



CÂMARA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO / MG

VEREADOR MARCELO CESÁRIO - MALUCÃO

Indicação Nº ____/2022

Exmo. Prefeito Municipal
Sr. Bertolino da Costa Neto
prefeito@bomdespacho.mg.gov.br
Avenida Maria da Conceição Del Duca, 150 – Bairro Jaraguá

O Vereador subscritor, com assento nesta Casa Legislativa, amparado no art. 141 do Regimento Interno e no art. 71 da Lei Orgânica Municipal, vem perante Vossa Excelência solicitar que seja enviada ao Prefeito Bertolino da Costa Neto a seguinte indicação:

Indica ao Sr. Prefeito Municipal que envie a esta Casa Legislativa um Projeto de Lei Ordinária, cujo o anteprojeto encontra-se em anexo, juntamente com outras leis de diversos municípios e estudos de caso, com objetivo de ampliar em mais 60 (sessenta) dias o período de licença maternidade das servidoras públicas do município de Bom Despacho.

JUSTIFICATIVA:

A presente indicação proposta tem em vista conceder um aumento de 60 (sessenta) dias no tempo da licença maternidade das servidoras públicas municipais, que no momento encontra-se em 120 (cento e vinte) dias.

É recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que os bebês sejam alimentados, exclusivamente, com leite materno até os 06 (seis) meses de idade, visto que o leite materno é um alimento que ajuda no desenvolvimento da criança, protegendo sua saúde, suprindo todas as necessidades nutricionais até os 06 (seis) meses de idade. A criança amamentada ao seio estará protegida contra alergias e infecções, fortalecendo-se com os anticorpos da mãe e evitando problemas como diarreias, pneumonias, otites e meningites. Além disso, a amamentação favorece o desenvolvimento dos ossos e fortalece os músculos da face, facilitando o desenvolvimento da fala, regulando a respiração e prevenindo problemas na dentição. Ainda, merece destaque o fato comprovado de que o aleitamento materno cria um vínculo entre a mãe e o bebê, proporcionando maior união entre eles. Ressalta-se que, há estudos que também sugerem que as crianças amamentadas são mais tranquilas, inteligentes e mais felizes.

Por fim, salienta-se que o incentivo à amamentação além de trazer benefícios para mãe e o bebe, favorecerá o próprio Governo, visto que a criança que cresce mais saudável, tende a diminuir os futuros gastos com a saúde pública.



CÂMARA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO / MG

VEREADOR MARCELO CESÁRIO - MALUCÃO

Bom Despacho, 19 de outubro de 2022.

MARCELO
CESARIO DA
SILVA:949977306
10

Assinado de forma digital
por MARCELO CESARIO
DA SILVA:94997730610
Dados: 2022.10.19
16:47:28 -03'00'

Marcelo Cesário - Malucão
Marcelo Cesário da Silva
Vereador

(Minuta de Anteprojeto de Lei – De autoria do Vereador Marcelo Cesário - Malucão)

Projeto de Lei nº ____/2.022

Altera o caput do art. 103 da Lei nº 1.321/91 do estatuto dos servidores públicos do município de Bom Despacho para majorar o prazo da licença-maternidade de 120 dias para 180 dias.

O Prefeito Municipal de Bom Despacho/MG, no uso de suas atribuições, especialmente o disposto no inciso IV do art. 87 da Lei Orgânica Municipal, encaminha o presente Projeto de Lei para posterior tramitação legal nessa Egrégia Casa.

Art. 1º Fica instituído o prazo à licença maternidade de 180 (cento e oitenta) dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

Art 2º. O art 103 da Lei nº 1.321/91, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 103** À servidora gestante será concedida, mediante inspeção médica, licença de cento e oitenta dias consecutivos, com remuneração integral.

Parágrafo único – A licença deverá ser requerida a partir do oitavo mês de gestação, salvo prescrição em contrário.”

Art. 3º Esta Lei será regulamentada por Decreto do Poder Executivo Municipal.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor 90 (noventa) dias a partir da data de sua publicação.

Bom Despacho, ____ de _____ de 2022, 111º ano de emancipação do Município

Prefeito Municipal

JUSTIFICATIVA

O anteprojeto tem por objetivo ampliar o período de licença maternidade para 180 (cento e oitenta) dias, para as servidoras públicas deste município, garantindo que o bebê tenha todos os cuidados recomendados ao seu saudável desenvolvimento nesses primeiros momentos de vida.

O leite materno é o alimento mais completo para o bebê, especialmente nos primeiros meses de vida, pois é fonte de nutrientes nas quantidades adequadas para um organismo em desenvolvimento e para o crescimento da criança até os seis meses de idade, não havendo necessidade de complementar a alimentação do lactente nesse período.

É recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que os bebês sejam alimentados, exclusivamente, com leite materno até os 06 (seis) meses de idade, visto que a amamentação é eficaz contra a mortalidade infantil, protegendo as crianças de diarreias, infecções respiratórias e alergias, além de auxiliar na prevenção de hemorragias nas puérperas e também na proteção contra o câncer de mama e ovário. O ato de amamentar é a ação isolada mais eficaz que promove impacto na saúde integral da mãe e da criança, além de nutrir, reforça vínculo, promove afeto e proteção, impactando nos indicadores de saúde de toda sociedade. Estudos apontam que a amamentação possui reflexos positivos durante a vida adulta, como no aumento no quociente de inteligência e na proteção contra excesso de peso e obesidade.

Por fim, salienta-se que o incentivo à amamentação além de trazer benefícios para mãe e o bebê, favorecerá o próprio Governo, visto que a criança que cresce mais saudável, tende a diminuir os futuros gastos com a saúde pública.

Acredito que não existam maiores dúvidas sobre a importância deste anteprojeto e, diante do acima exposto e do comprometimento do nosso município com o funcionalismo público, bem como com a saúde, acredito e espero que o presente seja atendido pelo Poder Executivo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SERRANA
ESTADO DE MINAS GERAIS
CNPJ/MF N° 18.291.385/0001-59

LEI COMPLEMENTAR N° 014/2019

Altera o art. 145 e seu §2º, o Art. 146 e exclui o art. 147 e seu parágrafo único da Lei nº 1.548/2000 – Estatuto dos Servidores Públicos de Nova Serrana/MG e dá outras providências.

FAÇO SABER QUE O POVO DO MUNICÍPIO DE NOVA SERRANA (MG), por meio de seus Representantes na Câmara Municipal, **APROVOU** e eu, Prefeito Municipal, em seu nome, sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º O artigo 145 da Lei nº 1.548, de 11 de fevereiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 145 Será concedida licença-maternidade à servidora gestante por 180 (cento e oitenta) dias consecutivos, sem prejuízo de remuneração.

Art. 2º Fica alterado o § 2º do artigo 145 da Lei nº 1.548, de 11 de fevereiro de 2000, conforme a redação abaixo:

§ 2º No caso de nascimento prematuro, a licença-maternidade terá início a partir do parto, por 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 3º O artigo 146 da Lei nº 1.548, de 11 de fevereiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 146 Pelo nascimento do filho, o servidor terá direito a licença-paternidade de 20 (vinte) dias consecutivos.

Art. 4º Fica revogado o art.147 e seu parágrafo único da Lei 1.548, de 11 de fevereiro de 2000.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Nova Serrana (MG), 05 de dezembro de 2019.

EUZÉBIO RODRIGUES LAGO
Prefeito Municipal

ATO PUBLICADO NO DIÁRIO
OFICIAL DO MUNICÍPIO,
EM 05/12/19



**Prefeitura de Juiz de Fora
Sistema de Legislação Municipal**

Norma: Lei 11422 / 2007

Data: 12/09/2007

Ementa: Altera o caput do art. 222, da Lei nº 8710, de 31 de julho de 1995, que dispõe sobre o período de licença à servidora gestante.

Processo: 03522/1995 vol. 04

Publicação: Tribuna de Minas em 13/09/2007 página 04

LEI N° 11.422 – de 12 de setembro de 2007.

Altera o caput do art. 222, da Lei nº 8710, de 31 de julho de 1995, que dispõe sobre o período de licença à servidora gestante.

Mens. 3638, de autoria do Executivo.

A Câmara Municipal de Juiz de Fora aprova e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O caput do art. 222, da Lei nº 8710, de 31 de julho de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 222 Será concedida licença à servidora gestante por 180 (cento e oitenta dias) consecutivos, sem prejuízo da remuneração."

Art. 2º A licença de que trata o art. 222, da Lei nº 8710/1995, com sua nova redação, será igualmente concedida às servidoras da CESAMA, EMPAV, FUNALFA e Câmara Municipal.

Art. 3º Fica revogado o art. 224 da Lei nº 8710, de 31 de julho de 1995.

Art. 4º Ficam mantidos os textos dos parágrafos do art. 222, bem como, dos demais arts. da Lei nº 8710, de 31 de julho de 1995, não revogados pela presente Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro de 2008.

Paço da Prefeitura de Juiz de Fora, 12 de setembro de 2007.

a) ALBERTO BEJANI – Prefeito de Juiz de Fora.

a) RENATO GARCIA – Secretário de Administração e Recursos Humanos.

[INÍCIO](#) / [LEIS](#) / LEI COMPLEMENTAR Nº 83, DE 12 DE AGOSTO DE 2021.

LEI COMPLEMENTAR Nº 83, DE 12 DE AGOSTO DE 2021.

23/08/2021 - 12:06

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município.

ALTERA OS ARTIGOS 103 E 106, DA LEI Nº 3.175, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2003 E REVOGA A LEI COMPLEMENTAR Nº 58, DE 31 DE MARÇO DE 2017 E A LEI COMPLEMENTAR Nº 67, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2018



Os cidadãos de Montes Claros – MG, por seus representantes na Câmara Municipal, aprovou e o Prefeito Municipal, em seu nome e no uso de suas atribuições, sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º – O artigo 103, da Lei nº 3.175, de 23 de dezembro de 2003, passa a vigorar acrescido de §5º. e com a seguinte redação:

"Art. 103 – Será concedida licença a servidora gestante, por 180 (cento e oitenta) dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração.

§1º ...

...

§5º. A servidora pública não poderá exercer nenhuma atividade remunerada no período da licença de que trata o presente artigo, bem como deverá manter a criança sob seus cuidados.

§6º. O disposto no parágrafo anterior, quanto ao exercício da atividade remunerada, não se aplica aos casos em que o vínculo seja anterior à concessão da licença prevista no caput deste artigo.”

Art. 2º – O artigo 106, da Lei nº 3.175, de 23 de dezembro de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 106 – À servidora que adotar ou obtiver guarda judicial de pessoa com menos de 18 (dezoito) anos de idade será concedido 180 (cento e oitenta) dias consecutivos de licença remunerada.

Parágrafo Único. Aplicam-se à servidora adotante, no que couber, as mesmas regras previstas no artigo 103, desta Lei.”

Art. 3º – O disposto nesta Lei Complementar aplica-se também à servidora pública que se encontrar, na data de publicação da presente Lei, no gozo das licenças previstas nos artigos 103 e 106 da Lei Municipal nº 3.175, de 23 de dezembro de 2.003.

Art. 4º – Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Lei Complementar nº 58, de 31 de março de 2017 e a Lei Complementar nº 67, de 21 de dezembro de 2018.

Art. 5º – Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Município de Montes Claros, 12 de agosto de 2021.

Humberto Guimarães Souto

Prefeito de Montes Claros



PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR N° 5, DE 07 DE FEVEREIRO DE 2022

Altera a Lei Complementar n.º 866, de 23 de julho de 1999, na forma que especifica.

Altera a Lei Complementar n.º 866, de 23 de julho de 1999, na forma que especifica.

O Prefeito do Município de Cláudio, Estado de Minas Gerais, no uso de suas atribuições legais, propõe a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei Complementar n.º 866, de 23 de julho de 1999, na forma que especifica.

Art. 2º A Lei Complementar n.º 866, de 23 de julho de 1999, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 122. É concedida licença à servidora gestante por 180 (cento e oitenta) dias consecutivos, com remuneração, nos termos da legislação vigente.” (NR)

“Art. 125. À servidora que adotar ou obtiver a guarda judicial de criança de até 1 (um) ano de idade serão concedidos 150 (cento e cinquenta) dias, com remuneração, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. No caso de adoção ou guarda judicial de criança com mais de 1 (um) ano de idade, o prazo de que trata este artigo será de 90 (noventa) dias, com remuneração, nos termos da legislação vigente”. (NR)

Art. 3º A Lei Complementar n.º 866, de 23 de julho de 1999, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

“Art. 122.

-
- 5º A servidora terá direito à remuneração integral, nos mesmos moldes devidos no período de percepção do salário maternidade suportado pelo Regime Geral de Previdência Social, sendo a ampliação de 60 (sessenta) dias custeada pelo Município”. (NR)

Art. 4º Fica revogado o art. 124 da Lei Complementar n.º 866, de 23 de julho de 1999.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Cláudio (MG), 07 de fevereiro de 2022.

REGINALDO DE FREITAS SANTOS

Prefeito do Município

Cláudio, 07 de fevereiro de 2022.

Mensagem n.º 06/2022.

Assunto: Encaminha Projeto de Lei Complementar n.º 5/2022.

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Encaminhamos a essa Egrégia Casa de Leis, para apreciação dos Senhores Vereadores, o incluso Projeto de Lei Complementar que “*Altera a Lei Complementar n.º 866, de 23 de julho de 1999, na forma que especifica*”.

O presente Projeto de Lei Complementar visa alterar e incluir dispositivo na Lei Complementar n.º 866, de 1999, que dispõe sobre o Estatuto do Servidor do Município de Cláudio, na parte referente à licença maternidade concedida à Gestante e à Adotante, conforme definido no art. 110, inciso IV, e art. 122 e seguintes da Lei em referência.

A licença à Gestante e à Adotante concedida nos termos do art. 122 e seguintes da Lei Municipal n.º 866, de 1999, a qual se pretende a sua alteração, visa gerar benefícios para as servidoras lactantes, adotantes e aos seus filhos recém-nascidos, contribuindo para a proteção da saúde da mãe e da criança. E, ainda, proporcionando um período maior de convivência entre mãe e filho, o qual é fundamental ao desenvolvimento dos vínculos afetivos e para assegurar o bem-estar do bebê.

Objetiva-se com este projeto, também, promover o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nossa pretensão encontra amparo na Lei Orgânica Municipal, que prevê em seu art. 142 a proteção à família e à maternidade, fundamentando-se, ainda, pela publicação da Lei n.º 11.770, de 9 de setembro de 2008, que cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença maternidade mediante a concessão de incentivo fiscal. Ou seja, com a extensão da licença maternidade remunerada às servidoras o Município de Cláudio poderá obter redução da carga tributária, nos termos da lei vigente.

Neste sentido, propomos a alteração na Lei n.º 866, de 1999, para estender o prazo da licença maternidade e a licença adotante por mais 60 (sessenta dias).

Diante das alterações pretendidas por este projeto, não será mais necessário constar na lei que a servidora lactante terá direito, durante a jornada de trabalho, a uma hora de descanso, para amamentar o próprio filho, até a idade de 6 meses, já que neste período ela estará afastada em decorrência da licença maternidade ora estendida. Por este motivo estamos propondo a revogação do art. 124 da Lei em destaque.

É importante destacar que o presente projeto de lei é uma política pública da atual gestão, a qual representa seu compromisso com os cidadãos claudienses no que tange aos objetivos fixados no Plano de Governo, especialmente o Cuidado com as Pessoas, através de ações de Promoção da Saúde, Bem-Estar e Promoção Social dispensados às servidoras municipais e seus filhos recém-nascidos, de forma direta, e as suas famílias, de forma indireta. Tais medidas inserem-se no eixo 1 da Proposta de Governo.

Neste mesmo sentido, trata-se de programa que visa o atingimento do terceiro eixo do Plano de Governo, concernente à promoção de uma Administração Ética e Transparente, visto que a execução desta política pública representa um estímulo às servidoras públicas, promovendo-lhes benefícios de ordem social e de saúde, a si e seus filhos.

Vislumbra-se, portanto, como objetivo maior, a concretização do Governo Humano e Democrático proposto aos cidadãos.

Com estas considerações, submetemos o presente projeto de lei à apreciação desta E. Casa, na esperança de que seja aprovado o mais breve possível.

Qualquer dúvida suscitada poderá ser esclarecida através da Advocacia Geral do Município que desde já se coloca a disposição dos Nobres Edis.

Renovamos a Vossa Excelência nossa distinta consideração.

REGINALDO DE FREITAS SANTOS

Prefeito do Município

Excelentíssimo Senhor

TIM_MARITACA

Presidente da Câmara Municipal de CLÁUDIO-MG



www.LeisMunicipais.com.br

LEI COMPLEMENTAR Nº 205, DE 03 DE MARÇO DE 2022.

Altera a redação do art. 119 da Lei Complementar nº 028, de 26 de dezembro de 2007 e da outras providencias.

O Prefeito do Município de Juara, Estado de Mato Grosso, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

[Art. 1º] O Art. 119 da Lei Complementar nº 028, de 26 de dezembro de 2007, passa a vigorar com a seguinte redação:

[Art. 119.] À servidora gestante será concedido licença por 180 (cento e oitenta) dias, com remuneração garantida pelo salário-maternidade .

[Art. 2º] Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Governo Municipal de Juara, Estado de Mato Grosso, 03 de março de 2022.

Carlos Amadeu Sirena

Prefeito do Município

ANEXO ÚNICO

QUADRO GERAL DE CARGOS ELETIVOS E COMISSIONADOS DA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL

Cargo	Nº de Vagas	Classificação do Agente	Grau na Hierarquia	Subsídio em Reais
Prefeito	01	Agente Político	1º escalão	Lei própria
Vice Prefeito	01	Agente Político	1º escalão	Lei própria
Secretário	10	Agente Político	2º escalão	Lei própria
Secretário Adjunto	02	Agente Político	2º escalão	R\$ 8.154,87
Procurador Geral	01	Agente Político	2º escalão	R\$ 9.174,16
Secretário Chefe de Gabinete	01	Agente Político	2º escalão	R\$ 9.174,16
Ouvidor Municipal	01	Agente Político	2º escalão	R\$ 2.282,95
Diretor	17	Agente Público	3º escalão	R\$ 7.572,37
Coordenador	34	Agente Público	4º escalão	R\$ 3.669,68
Chefe	20	Agente Público	5º escalão	R\$ 2.388,21
Administrador do Fundo de Previdência Própria	01	Agente Público	5º escalão	R\$ 5.125,91
Encarregado Administrativo do Fundo Previdência Própria	01	Agente Público	6º escalão	R\$ 3.669,68

Assessor Técnico de Nível Superior	03	Agente Público	5º escalão	R\$ 3.669,68
Assessor Jurídico	03	Agente Público	5º escalão	R\$ 3.669,68
Conselheiro Tutelar	06	Agente Político	6º escalão	R\$ 2.213,46

Nota: Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial.

Data de Inserção no Sistema LeisMunicipais: 15/03/2022



www.LeisMunicipais.com.br

LEI N° 4464, DE 27 DE MARÇO DE 2012

DISPÕE SOBRE A AMPLIAÇÃO DO PERÍODO DE LICENÇA MATERNIDADE À SERVIDORA PÚBLICA MUNICIPAL PARA 180 (CENTO E OITENTA) DIAS, NA FORMA QUE ESPECIFICA.

Eu, JOÃO GUALBERTO FATTORI, Prefeito do Município de Itatiba, Estado de São Paulo, no uso das atribuições de meu cargo, FAÇO SABER que a Câmara Municipal de Itatiba, em sua 145º Sessão Ordinária, realizada na data de 20 de março de 2012, aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída para as servidoras públicas municipais a prorrogação por mais 60 (sessenta) dias da licença maternidade, além do prazo constitucional de 120 (cento e vinte) dias previsto no inciso XVIII, do artigo 7º, da Constituição Federal.

Parágrafo Único - A prorrogação de que trata o caput deste artigo será concedida imediatamente após a fruição dos 120 (cento e vinte) dias iniciais.

Art. 2º A remuneração da licença maternidade dar-se-á da seguinte forma:

I - nos 120 (cento e vinte) dias iniciais, pelo Regime Geral de Previdência Social; e

II - nos 60 (sessenta) dias restantes, pelo ente público ao qual a servidora esteja vinculada.

Art. 3º Durante todo o período da licença maternidade a servidora não poderá exercer qualquer atividade remunerada e a criança não poderá ser mantida em creche ou instituição similar.

Parágrafo Único - Em caso de descumprimento do disposto no caput deste artigo, a beneficiária perderá o direito à prorrogação e deverá ser apurada a sua responsabilidade funcional.

Art. 4º As servidoras que na data da publicação desta lei estiverem em gozo da licença maternidade farão jus ao acréscimo de 60 (sessenta) dias, contados a partir do primeiro dia subsequente ao término do período inicial de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 5º As despesas decorrentes da execução da presente lei correrão por conta de dotação orçamentária própria, suplementada se necessário.

Art. 6º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Paço Municipal de Itatiba "Prefeito Roberto Arantes Lanhoso", em 27 de março de 2012.

JOÃO GUALBERTO FATTORI

Prefeito Municipal

Redigida e lavrada na Secretaria dos Negócios Jurídicos. Publicada no Paço Municipal, mediante afixação no local de costume, na data supra.

MARCO AURÉLIO GERMANO DE LEMOS
Secretário dos Negócios Jurídicos

Nota: Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial.

Data de Inserção no Sistema LeisMunicipais: 16/05/2013

EU QUERO ME ALIMENTAR MELHOR

Aleitamento materno beneficia mãe e bebê

Recomendação da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde é de aleitamento materno até os dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva até o sexto mês de vida do bebê

Publicado em 11/08/2017 00h00 Atualizado em 26/01/2022 17h04

Compartilhe:



Acada ano que passa aumenta a conscientização da sociedade sobre a importância da amamentação até os dois anos ou mais, sendo exclusiva até os seis meses de idade do bebê. A criança que recebe o leite da mãe no primeiro semestre de vida não precisa de qualquer outra fonte de alimento, nem mesmo água.

A amamentação exclusiva passou de 3% em 1986 para 41% em 2008. A meta mundial é de alcançar 50% de **aleitamento materno** exclusivo até 2025. "Estamos comemorando a Semana Mundial da Amamentação com o intuito de envolver toda a sociedade nesta causa. Ao longo dos 26 anos de campanha, percebemos que as mães têm se conscientizado e o resultado disso são as taxas de aleitamento materno exclusivo que aumentaram", aponta Fernanda Monteiro, coordenadora das ações de Aleitamento Materno do Ministério

saúde, principalmente durante o pré-natal, na conscientização das mulheres.

Aleitamento materno para geração de vínculo

Maria Emilia Rodrigues Miranda, 39 anos, tem três filhos mas só conseguiu oferecer a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses ao terceiro filho. "Nas duas primeiras gestações eu trabalhava e não tive o privilégio da licença maternidade, então tive de introduzir outros alimentos antes. Com o terceiro filho, hoje com um ano e quatro meses, foi diferente. Mãe, avós e tias me passaram a importância do aleitamento materno exclusivo e percebi o quanto foi interessante, tanto para mim quanto para o bebê. O vínculo entre nós dois está ainda maior", explica.

A professora Maria Elvira Oliveira de Jesus, 36 anos, obteve informações importantes antes mesmo do bebê nascer. "Já recebi a orientação da amamentação exclusiva desde o início, no atendimento no hospital, durante o pré-natal, mas também de alguns parentes e na mídia, que hoje ajuda bastante. Muitos estranharam essa questão de o bebê não precisar nem mesmo de água, mas o leite tem tudo o que a criança necessita", ensina Maria Elvira. "A amamentação exclusiva acalenta e acalma o bebê e é algo que vai além da nutrição. Ela gera um vínculo que toda mãe tem de experimentar. É um sentimento único, difícil de explicar, e que traz benefícios tanto para as mulheres quanto para os filhos."

É importante lembrar que a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde é de amamentar com leite materno até os dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva até o sexto mês de vida do bebê.

[Leia mais Mitos e verdades sobre amamentação](#)



Semana Nacional de Amamentação 2018

Com o slogan *Amamentação é a Base da Vida*, a nova campanha de aleitamento materno, lançada em 27 de julho, em alusão à Semana Mundial da Amamentação (1º a 7 de agosto), reforça a importância do leite materno para o desenvolvimento das crianças até dois anos e exclusivo até os seis meses de vida, orientação preconizada pela OMS. Além de reduzir em 13% a mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos, o aleitamento materno também reduz casos de diarreia, infecções respiratórias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade.

Para o ministro da Saúde, Gilberto Occhi, é preciso incentivar a amamentação assim como a doação de leite também. "Quanto mais tempo as crianças são amamentadas, mais elas adquirem resistência às doenças. A mulher que amamenta tem benefícios para sua saúde. Peço que as mães, além de amamentar, também doem leite, que é fundamental para crianças que necessitam de leite materno. Estamos trabalhando para ampliar o número de salas de amamentação nas empresas e dentro dos nossos serviços de saúde", destacou o ministro.

Outro passo importante foi o aumento do número de implantações, por empresas privadas e públicas, de Salas de Apoio à Amamentação. Atualmente, o país possui 200 salas certificadas pelo Ministério da Saúde, com capacidade de beneficiar até 140 mil mulheres. Em 2014, eram 16 salas de apoio à amamentação.

As Salas de Apoio à Amamentação são locais simples e de baixo custo para as empresas, onde a mulher pode retirar o leite durante a jornada de trabalho e armazená-lo corretamente para que, ao final do expediente, possa levá-lo para casa e oferecê-lo ao bebê.

Bancos de leite humano

Os Bancos de Leite Humano (BLH) são uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade infantil. Atualmente, o Brasil conta com 221 bancos de leite e 188 postos de coleta, além da coleta domiciliar. Todos os estados brasileiros possuem, pelo menos, um BLH. Desde 2011, mais de 8 milhões de mulheres receberam algum tipo de assistência dentro da rede de bancos de leite humano.

Assista ao vídeo da campanha:



Categoria

Saúde e Vigilância Sanitária

Compartilhe:   

Serviços que você acessou





Portal Saúde Bucal da Criança

Sorrindo com Saúde

Odontopediatria – FOUSP

pesquise aqui

[Página Inicial](#)

[Bebês](#)

[Vídeos](#)

[Podcasts](#)

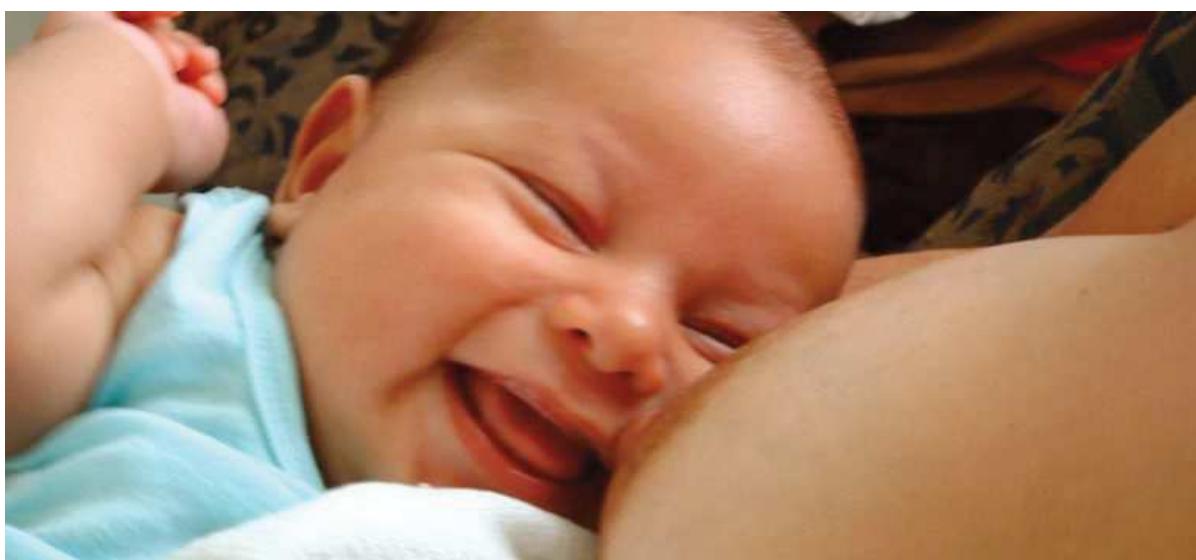
[Teleodontologia](#)

[Projeto](#)

[Contato](#)

[Coronavírus](#)

BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO



PODCAST #5 – Benefícios da Amamentação

00:00

00:00

O aleitamento materno, ou a amamentação, é muito especial para a mãe e o bebê. Além de nutrir, o ato de amamentar favorece o vínculo afetivo entre eles e traz muitos benefícios para a saúde materno-infantil ao longo de toda a vida.

A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, já que o leite materno é considerado alimento mais completo e que supre todas as necessidades

do bebê nesse período. A partir daí, a amamentação deve ser complementada com introdução de alimentos saudáveis. A introdução alimentar é um assunto muito importante. Preparamos algumas dicas, vale a pena conferir no **Portal Saúde Bucal da Criança** da FOUSP.

Dentre os benefícios da amamentação para a saúde geral do bebê, podemos citar; a redução da mortalidade; a melhora da imunidade; e a redução do risco no desenvolvimento de doenças crônicas, como sobrepeso, obesidade e diabetes do tipo 2. Os benefícios da amamentação para a saúde geral materno-infantil são bem estabelecidos. **Mas você sabia que a amamentação também é benéfica para a saúde bucal do bebê?**

O aleitamento materno beneficia o desenvolvimento das estruturas do rosto, estimulando corretamente os músculos que são responsáveis por funções importantes, como a sucção, respiração e deglutição, o que pode favorecer o futuro aprendizado da mastigação e da fala. O aleitamento materno protege ainda contando problemas na oclusão dos dentes de leite, as chamadas maloclusões. E este benefício pode impactar nos dentes permanentes. Também existem inúmeros benefícios para a mãe, como ajuda no retorno do útero ao tamanho normal após o parto, reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2, e protege contra o câncer de mama e de ovário.

Todos estes benefícios não estão presentes com o uso da mamadeira, e esse hábito está relacionado com impactos negativos na saúde. Além disso, a amamentação não tem custo e é sustentável. Portanto, deve ser incentivada e apoiada. Para saber mais, acesse o **Portal Saúde Bucal da Criança** da Faculdade de Odontologia da USP.

Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recém nascido

Benefits of breastfeeding for women and newborns

Beneficios de la lactancia materna para mujeres y recién nacidos

Recebido: 15/12/2020 | Revisado: 22/12/2020 | Aceito: 01/02/2021 | Publicado: 07/02/2021

Francisco Lucas Leandro de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2802-2378>
Centro Universitário Maurício de Nassau, Brasil
E-mail: lucasleandro2912@gmail.com

Rayssa Stéfani Sousa Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9666-675X>
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil
E-mail: rayssastefani02@gmail.com

Airton César Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7184-8488>
Centro Universitário Santo Agostinho, Brasil
E-mail: ainton.cesar2014@gmail.com

Mariana Pereira Barbosa Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0852-8099>
Universidade Estadual do Piauí, Brasil
E-mail: marianapbsilvaa@gmail.com

Celina Araújo Veras

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6542-0888>
Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
E-mail: celinaveras22@outlook.com

Ronnyele Cassia Araujo Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9203-2680>
Centro Universitário Mauricio de Nassau, Brasil
E-mail: ronnyeleenfermagem@gmail.com

Rafaela Guimarães Freitas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1112-3917>
Universidade Do Estado Da Bahia, Brasil
E-mail: rafaelafreitas_02@hotmail.com

Vanessa Cristina Regis da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8415-5779>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: vanessacrifisio@hotmail.com

Angelica Taciana Sisconeto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6396-7372>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: angelicasisconeto@hotmail.com

Kelly Savana Minaré Baldo Sucupira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1932-9458>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: kellyminare@gmail.com

Laíssa Almeida Custódio da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3115-9375>
Centro Universitário Fametro, Brasil
E-mail: laissa020@gmail.com

Sidney Freires dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4112-3336>
Centro Universitário Maurício de Nassau, Brasil
E-mail: sidneyfreire12@gmail.com

Samilly Lorâna Farias de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2647-9382>
Universidade Potiguar, Brasil
E-mail: Samilly.lorrana@yahoo.com.br

Mariana Albuquerque de Miranda Galdino

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2170-8695>
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil
E-mail: mariechicoenfermagem@gmail.com

Maria dos Santos Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8746-6481>
Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Brasil
E-mail: mariafernandes9378@gmail.com

Daniela Marta da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5256-3698>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: daniellasilva_06@yahoo.com.br

Jéssika Roberta Firme de Moura Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1268-2400>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: jessikafmsantos@gmail.com

Vitória Pires Alencar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5548-9670>
Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
E-mail: vitoriapalencar@outlook.com

Barbara Rodrigues Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1154-4364>
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: barbara.ferreira@altamira.ufpa.br

Resumo

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca dos benefícios do aleitamento materno para a mulher e para o recém nascido. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, realizada por meio da buscativa de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o auxílio das seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Center for Biotechnology Information (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de inclusão compreendem pesquisas de revisão da literatura disponíveis nos bancos de dados descritos, compreendidos entre os anos de 2015 a 2021. Como critérios de exclusão, não foram considerados artigos mediante a recompensa monetária, incompletos e não convergentes com este estudo. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 12 artigos científicos. Os resultados constata que, a prática do aleitamento materno é de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade, devendo ser sempre incentivada e protegida. Constitui-se em uma sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, gerando um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e, consequentemente, na redução da morbimortalidade infantil e materna. Conclui-se que o leite materno é o alimento adequado para a criança tanto do ponto de vista nutritivo e imunológico quanto no plano psicológico, pois além de favorecer o vínculo mãe-filho, oferece os nutrientes que a criança necessita para iniciar uma vida saudável.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Saúde da criança; Saúde da mulher; Promoção da saúde.

Abstract

This study aims to carry out a bibliographic review on the benefits of breastfeeding for women and newborns. It is an integrative literature review, with a qualitative approach, carried out by searching for articles indexed in the Virtual Health Library (VHL), with the help of the following databases: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Center for Biotechnology Information (PUBMED), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). The inclusion criteria include literature review surveys available in the databases described, between the years 2015 to 2021. As exclusion criteria, they were not considered articles for monetary reward, incomplete and not converging with this study. After applying the inclusion and exclusion criteria, 12 scientific articles remained. The results show that the practice of breastfeeding is of fundamental importance for the mother, child and society, and should always be encouraged and protected. It constitutes a wise natural strategy of bonding, affection, protection and nutrition for the child, generating a great impact in promoting the integral health of the mother / baby couple and, consequently, in reducing infant and maternal morbidity and mortality. It is concluded that breast milk is the appropriate food for the child, both from a nutritional and immunological point of view, as well as at a psychological level, since in addition to favoring the mother-child bond, it offers the nutrients that the child needs to start a healthy life.

Keywords: Breastfeeding; Child health; Women's health; Health promotion.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre los beneficios de la lactancia materna para mujeres y recién nacidos. Se trata de una revisión integradora de la literatura, con enfoque cualitativo, realizada mediante la búsqueda de artículos indexados en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con la ayuda de las siguientes bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Centro Nacional de Información Biotecnológica (PUBMED), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Los criterios de inclusión incluyen encuestas de revisión de la literatura disponibles en las bases de datos descritas, entre los años 2015 a 2021. Como criterios de exclusión, no se consideraron artículos de recompensa monetaria, incompletos y no convergentes con este estudio. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, quedaron 12 artículos científicos. Los resultados muestran que la práctica de la lactancia materna es de fundamental importancia para la madre, el niño y la sociedad, y siempre debe ser fomentada y protegida. Constituye una sabia estrategia natural de vinculación, afecto, protección y nutrición para el niño, generando un gran impacto en la promoción de la salud integral de la pareja madre / bebé y, en consecuencia, en la reducción de la morbimortalidad infantil

y materna. Se concluye que la leche materna es el alimento adecuado para el niño, tanto desde el punto de vista nutricional e inmunológico, como desde el punto de vista psicológico, ya que además de favorecer el vínculo madre-hijo, ofrece los nutrientes que el niño necesita comenzar una vida saludable.

Palavras clave: Amamentamiento; Salud de los niños; La salud de la mujer; Promoción de la salud.

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aleitamento materno é o processo pelo qual o lactente recebe leite materno independentemente de consumir outros alimentos. O aleitamento materno exclusivo é o processo em que o bebê recebe leite materno de sua mãe ou nutriz ou leite materno extraído, sem receber nenhum outro líquido ou sólido, exceto vitaminas, complementos minerais ou medicamento (Furtado & Assis, 2018).

A amamentação é uma prática antiga, reconhecida por seu benefício nutricional, imunológico, cognitivo, econômico e social. Tais benefícios são aproveitados em sua plenitude quando a amamentação é praticada por pelo menos dois anos e de forma exclusiva, até o sexto mês de vida (Furtado & Assis, 2018).

A oferta do seio materno ao bebê é um direito biológico e eticamente inquestionável da mãe e do filho, além de fundamental para a sobrevivência e a qualidade de vida infantil nos primeiros anos de vida. Hoje, sabe-se que os benefícios do aleitamento materno não se limitam à duração da prática, mas se estendem até a vida adulta e têm repercussões na qualidade de vida a longo prazo (Ciampo & Ciampo, 2018).

Nos últimos 30 anos, o Brasil tem promovido ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tendo em vista aumentar os índices de aleitamento exclusivo e complementar no país e inibir o desmame precoce (Azevedo et al., 2015). Em 1981, foi instituído o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), na tentativa de intervir na mortalidade infantil (Furtado & Assis, 2018).

A Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) é organizada de acordo com as seguintes estratégias: Incentivo ao Aleitamento Materno na Atenção Básica - Rede Amamenta Brasil; Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e Método Canguru na atenção hospitalar; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; Proteção legal através da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL); Ações de Mobilização Social através de campanhas e parcerias; Monitoramento das ações e práticas de aleitamento materno e, nos últimos anos, implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) (Azevedo et al., 2015).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (Brasil, 2015).

O leite materno é o alimento com maior quantidade de nutrientes e agentes imunológicos que protegem o recém nascido de infecções, sendo estas as principais causas de mortalidade neonatal (Campos, Gouveia, Strada & Moraes, 2020).

Desse modo, o aleitamento materno imediato ao nascimento é essencial para o recém nascido, e evita que 22% dos neonatos morram por infecções, além de auxiliar na prevenção de hemorragias nas puérperas, que é a principal causa de morte materna atualmente. O aleitamento materno ainda traz benefícios de longo prazo para a criança, como maior rendimento escolar, maior quociente de inteligência e maior tempo de estudo (Campos, Gouveia, Strada & Moraes, 2020).

É extremamente importante que os profissionais reconheçam a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a (Lima et al., 2019).

Sendo assim, quais são os benefícios do aleitamento materno? A importância desse estudo consiste em aprimorar o conhecimento acerca da temática proposta e identificar quais são as estratégias assistenciais do enfermeiro frente as orientações em saúde quanto ao benefício do aleitamento materno para a mulher e para o recém nascido.

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca dos benefícios do aleitamento materno para a mulher e para o recém nascido.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo uma vez que é definida como um tipo de investigação voltada para o aspecto qualitativo de uma determinada questão, nesse caso, a importância e benefícios do aleitamento materno. A revisão de literatura permite aprofundar dentro de diversos autores e referenciais, sobre os discursos e principais temas abordados (Pereira et al., 2018).

A análise dos dados foi realizado entre setembro de 2020 a janeiro de 2021, mediante a revisão sistemática de artigos indexados e publicados na Plataforma da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), que compreende as bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem).

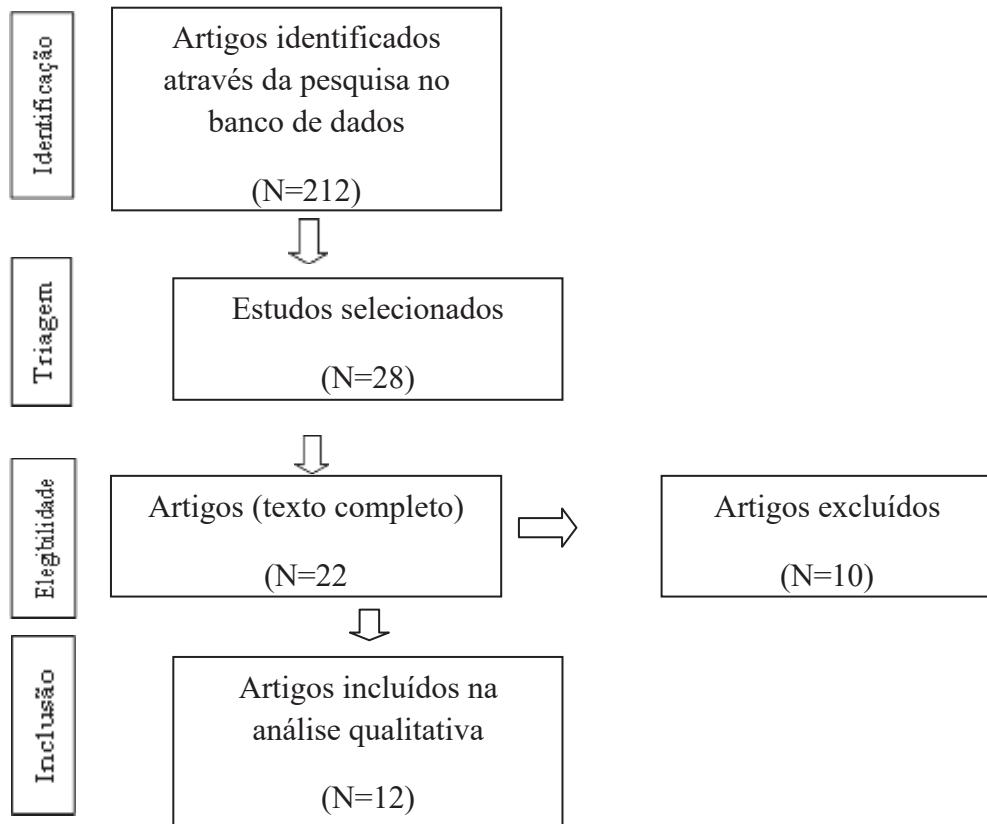
Foram usados os seguintes descritores em base DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Aleitamento materno; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Promoção da Saúde; Combinados com o operador booleando “AND” entre os descritores citados.

Os critérios de inclusão para a seleção dos conteúdos foram, artigos completos na linguagem portuguesa, inglesa e espanhola. Publicados na íntegra de acordo com a temática proposta, e artigos científicos publicados nos referidos bancos de dados compreendendo os anos de 2015 a 2021. Os critérios de exclusão foram, artigos que não tivessem relevância com a temática, materiais duplicados, incompletos, resumos, resenhas, debates, relato de caso, relato de experiência, publicados em anais de eventos e materiais indisponíveis na íntegra.

3. Resultados e Discussão

A partir da revisão de literatura e análise dos estudos indexados nas bases de dados eletrônicas, acerca da temática proposta, foram encontrados 212 estudos científicos, sendo que, apenas 28 estudos foram selecionados, 22 atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, destes, 10 foram excluídos com base nos critérios de exclusão, restando 12 artigos para composição e análise do estudo. O fluxograma com o detalhamento das etapas de pesquisa está apresentado a seguir na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos. 2020.



Fonte: Elaboração Própria (2021).

O leite materno é o alimento mais adequado para promover o desenvolvimento e crescimento eficaz da criança. A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com o Ministério da Saúde recomenda que ele deve ser ofertado de forma exclusiva nos seis primeiros meses de vida da criança e sob livre demanda. Sendo que após esse período o aleitamento materno poderá ser complementado com outros tipos de alimentos até os dois anos de idade ou mais (Brasil, 2015).

A lactação é uma característica diferencial dos mamíferos. A síntese e a secreção do leite são processos bioquímicos e neuroendócrinos complexos sob controle hormonal e envolvem os terminais sensíveis da aréola e do mamilo. A lactação é o resultado direto e natural da gravidez e do nascimento e parte integrante do processo reprodutivo que beneficia mãe e filho simultaneamente. A interação desses fatores culmina com a produção de leite, causa mudanças no organismo materno e favorece boas condições de saúde física e emocional para a mãe lactante, que se estenderão para a sua vida futura (Ciampo & Ciampo, 2018).

O leite humano contém água em quantidade suficiente; proteína e gordura mais adequadas para a criança, além de vitaminas em quantidades suficientes, dispensando o uso de suplementos vitamínicos, assim protegendo contra alergias e infecções, especialmente as diarreias, favorecendo o crescimento e desenvolvimento da criança (Azevedo et al., 2015).

A prática do aleitamento materno é de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade, devendo ser sempre incentivada e protegida. Constitui-se em uma sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, gerando um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e, consequentemente, na redução da morbimortalidade infantil e materna (Lima et al., 2019).

É através da amamentação que a criança vivencia estímulos diversos e a interação estabelecida a cada mamada propicia-lhe a consolidação de sentimentos de segurança, proteção e bem estar, os quais são fundamentais para um desenvolvimento infantil saudável. A proximidade entre os corpos permite a criança perceber os batimentos cardíacos, a temperatura e a respiração materna (Macedo et al., 2015).

Estabelece-se um bem estar físico, onde o lactente se sente aconchegado no seio materno. Além da sensação de proteção, o contato com a pele, exerce também um impacto positivo no desenvolvimento emocional da criança, tornando-a mais calma e tranquila. Forma-se, um verdadeiro elo de afetividade, o qual é imprescindível para o desenvolvimento mental e psíquico do lactente (Macedo et al., 2015).

Os benefícios do contato pele a pele (CPP) para o recém nascido são melhor efetividade da primeira mamada, redução do tempo de desenvolver uma sucção eficaz, regulação e manutenção da temperatura corporal do recém nascido e estabilidade cardiorrespiratória (Campos, Gouveia, Strada & Moraes, 2020).

Já para a mulher, ocorre diminuição da dor causada pelo ingurgitamento mamário, sentimento de alívio, segurança e diminuição da ansiedade desenvolvida ao longo da gestação (Campos, Gouveia, Strada & Moraes, 2020).

Além disso, o contato pele a pele pode resultar em melhores índices de aleitamento materno nos primeiros quatro meses após o parto, maior duração do aleitamento materno, melhor comportamento de afeto e apego da mãe, vínculo, sentimentos de felicidade, amor, tranquilidade e conforto para a mulher e o recém nascido. Essa mistura de sentimentos faz com que a mulher desvie sua atenção do desconforto e da dor do parto para o prazer de estar com o seu recém nascido (Campos, Gouveia, Strada & Moraes, 2020).

O aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida do bebê é de suma importância, pois garante nutrição adequada, ajuda no desenvolvimento das estruturas orais, como lábios, língua, bochechas, palato duro e mole, responsáveis pelo funcionamento adequado das funções de respiração, sucção, mastigação, deglutição e fonoarticulação, além de propiciar o padrão de respiração nasal (Rosa & Delgado, 2017).

Além de todas as vantagens para as crianças, o aleitamento materno traz também importantes benefícios para a saúde da mulher (Peres, Cascaes, Nascimento & Victora, 2015).

Mulheres que amamentam recuperam mais rapidamente o peso que possuíam antes da gravidez, além de possuírem menor risco de hemorragias no puerpério imediato e consequentemente anemia por perda sanguínea, ressalta-se ainda, uma maior proteção contra o desenvolvimento de câncer de mama, entre outros (Chowdhury et al., 2015).

O aleitamento materno também inclui vantagens de curto e longo prazo para o recém nascido e para as mulheres. O aleitamento materno imediatamente após o nascimento, em curto prazo, previne morbidade e mortalidade neonatal, estando associado ao maior tempo de duração do aleitamento materno e maior tempo de aleitamento materno exclusivo (Campos, Gouveia, Strada & Moraes, 2020).

Para a mulher, favorece a liberação de ocitocina e tem efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno. Em longo prazo, entre os benefícios, está o melhor desenvolvimento motor dos recém nascidos, além da diminuição do risco de doenças, como: diabetes, obesidade, gastroenterite, entre outras. A mulher apresenta amenorréia lactacional, diminuição de risco de desenvolver diabetes tipo 2, cânceres de ovário e de mama, além de perder peso mais rápido (Campos, Gouveia, Strada & Moraes, 2020).

Segundo evidências científicas a prática de amamentar o bebê exclusivamente com leite materno até o sexto mês de vida promove a prevenção de várias doenças tais como: diarreia e outras doenças intestinais, infecções respiratórias, infecções bacterianas, infecções do trato urinário, alergias, infecções hospitalares, melhor padrão cardiorrespiratório durante a alimentação, melhor resposta às imunizações e proteção contra as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (Taveiro, Vianna & Pandolfi, 2020).

O aleitamento materno favorece o crescimento e o desenvolvimento da criança, tanto por suas características nutricionais, imunológicas e psicológicas, quanto por possibilitar o crescimento harmonioso da face, promovendo a maturação das funções do sistema estomatognático. A amamentação é recomendada de forma exclusiva até o sexto mês de vida e de forma complementada até dois anos ou mais, tornando desnecessário o uso de mamadeiras com qualquer tipo de líquido (Teles, Junior, Júnior, Fonseca & Eugênio, 2017).

Azevedo et al. (2015) aborda que amamentar não é um processo simples e que envolve questões sociais, biológicas, psicológicas e culturais. Deve-se respeitar os desejos e decisões maternas, orientando-as visando garantir a melhor alimentação para o recém-nascido. Sendo assim, o manejo clínico da amamentação deve ser iniciado ainda no pré-natal, período em que a mulher já vai compreendendo a fisiologia da lactação, os benefícios para si e para o bebê durante a amamentação, dos intervalos entre as mamadas, dos sinais de hipoglicemia, o que lhe permite chegar à maternidade com esses conhecimentos. Se a orientação correta começar precocemente, as intervenções tenderão a diminuir quando a amamentação tiver sido iniciada.

Uma das características mais relevantes no pré-natal são o vínculo e o acolhimento das gestantes junto aos profissionais de saúde, devido ao corpo de conhecimento que o profissional dispõe com a associação de um conhecimento clínico, evidências científicas, para identificar e abordar particularidades de cada mulher. O vínculo estabelecido e fortalecido permite compreender necessidades, capacidades e limitações da mulher na compreensão do processo gestacional e do nascimento (Alves, Couto, Barreto & Quitete, 2020)

Cabe aos profissionais da saúde a tarefa de garantir, a cada mãe, uma escuta ativa, ou seja, saber ouvi-la, diminuir suas dúvidas, entendê-las e esclarecê-las sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário. É importante que as mães se sintam encorajadas a prosseguir com o aleitamento natural (Furtado & Assis, 2018).

4. Considerações Finais

Este estudo confirmou a importância do aleitamento materno para a mulher e o recém nascido, considerando que o leite materno é o alimento adequado para a criança tanto do ponto de vista nutritivo e imunológico quanto no plano psicológico, pois além de favorecer o vínculo mãe-filho, oferece os nutrientes que a criança necessita para iniciar uma vida saudável, sendo essencial para o lactente até o sexto mês de vida como alimento único e exclusivo, a partir de então, complementado com outras fontes nutricionais até pelo menos dois anos de idade. É importante que os profissionais da saúde incentivem e orientem as mães quanto aos benefícios do aleitamento materno, fornecendo as informações necessárias para que a prática do aleitamento seja fortalecida.

Este estudo não contribui somente para a formação acadêmica, mas sugere e estimula a produção de novas pesquisas de temática similar que abordem a importância do aleitamento materno para que se possa contribuir futuramente na melhor qualidade de vida das pessoas.

Referências

- Alves, Y. R., Couto, L. L., Barreto, A. C. M., & Quitete, J. B. (2020). A amamentação sob a égide de redes de apoio: uma estratégia facilitadora. *Escola Anna Nery*, 24(1), e20190017.
- Azevedo, A. R. R., Alves, V. H., Souza, R. M. P., Rodrigues, D. P., Branco, M. B. L. R., & Cruz, A. F. N. (2015). O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 19(3), 439-445.
- Campos, P. M., Gouveia, H. G., Strada, J. K. R., & Moraes, B. A. (2020). Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(spe), e20190154.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R., & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica*, 104(467), 96–113.
- Ciampo, L. A. D., & Ciampo, I. R. L. D. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(6), 354-359.
- Furtado, L. C. R., & Assis, T. R. (2018). Diferentes fatores que influenciam na decisão e na duração do aleitamento materno: Uma revisão da literatura. *Movimenta*,

5(4), 303-312.

Lima, S., Santos, E., Erdmann, A., Farias, P., Aires, J., & Nascimento, V. (2019). Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 248-254.

Macedo, M. D. S., Torquato, I. M. B., Trigueiro, J. V. S., Albuquerque, A. M., Pinto, M. B., & Nogueira, M. F. (2015). Aleitamento materno: identificando a prática, benefícios e os fatores de risco para o desmame precoce. *Journal of Nursing UFPE on line*, 9(1), 414-423.

Ministério da Saúde. (2015). *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. (2a ed.) Cadernos de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Pereira, A. S., et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. UAB/NTE/UFSM. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Peres, K. G., Cascaes, A. M., Nascimento, G. G., & Victora, C. G. (2015). Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 104(467), 54–61.

Rosa, J. B. S., & Delgado, S. E. (2017). Conhecimento de puérperas sobre amamentação e introdução alimentar. *Rev Bras Promoç Saúde*, 30(4), 1-9.

Taveiro, E. A. N., Vianna, E. Y. S., & Pandolfi, M. M. (2020). Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo em Bebês de 0 a 6 Meses Nascidos em um Hospital e Maternidade do Município de São Paulo. *Rev Bras Ciênc Saúd*, 24(1), 71-82.

Teles, M. A. B., Junior, R. F. S., Júnior, G. G. S., Fonseca, M. P., & Eugênio, K.K. (2017). Conhecimento e práticas de aleitamento materno de usuárias da estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*, 11(6), 2302-2308.

Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida

Cesar G. Victora¹

Aluísio J. D. Barros¹

Giovanny V. A. França¹

Rajiv Bahl²

Nigel C. Rollins²

Susan Horton³

Julia Krusevec⁴

Simon Murch⁵

Mari Jeeva Sankar⁶

Neff Walker⁷

¹International Center for Equity in Health, Post-Graduate Programme in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil

²Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA), WHO, Geneva, Switzerland

³Department of Economics, University of Waterloo, ON, Canada

⁴Data and Analytics Section, Division of Data, Research, and Policy, UNICEF, New York, NY, USA

⁵University Hospital Coventry and Warwickshire, Coventry, UK

⁶WHO Collaborating Centre for Training and Research in Newborn Care, All India Institute of Medical Sciences (AIIMS), New Delhi, India

⁷Institute for International Programs, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA

Tradução para o idioma português do artigo: *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*, publicado na revista *The Lancet*, v. 387, Jan 30, 2016, cuja versão original em inglês encontra-se disponível em: <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>. Tradução elaborada por Leila Posenato Garcia e Giovanny Vinícius Araújo de França.

A importância da amamentação nos países de baixa e média renda é bem reconhecida, mas existe menos consenso a respeito de sua importância nos países de alta renda. Nos países de baixa e média renda, apenas 37% das crianças menores de idade são exclusivamente amamentadas. Com poucas exceções, a duração da amamentação é menor em países de renda alta do que naqueles carentes de recursos. Nossas metanálises indicam que a amamentação confere proteção contra infecções na infância e maloclusão, aumenta a inteligência, e provavelmente reduz a ocorrência de sobrepeso e diabetes. Não foram encontradas associações com distúrbios alérgicos, como asma, ou com pressão sanguínea ou colesterol, e observou-se um aumento na ocorrência de cárie dentária com a maior duração da amamentação. Para lactantes, a amamentação forneceu proteção contra o câncer de mama e aumentou o intervalo interpartal, e também

pode proteger contra o câncer de ovário e o diabetes tipo 2. A ampliação da amamentação a um nível quase universal poderia prevenir 823.000 mortes a cada ano em crianças menores de 5 anos e 20.000 mortes por câncer de mama. Recentes achados epidemiológicos e biológicos, da última década, ampliaram os conhecimentos sobre os benefícios da amamentação para mulheres e crianças, sejam elas ricas ou pobres.

Introdução

“Em todas as espécies de mamíferos, o ciclo reprodutivo compreende a gestação e a amamentação; na ausência da última, nenhuma destas espécies, inclusive o homem, teria sobrevivido” (tradução livre), escreveu o pediatra Bo Vahlquist em 1981.¹ Três anos antes, Derek e Patrice Jelliffe, em seu livro clássico “Leite materno no mundo moderno”² (tradução livre), afirmaram que

Endereço para correspondência:

Cesar G. Victora – International Center for Equity in Health, Post-Graduate Programme in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Pelotas, RS, 96020, Brazil
E-mail: cvictora@equidade.org

Estratégia de busca e critérios de seleção

Obtivemos informação sobre as associações entre amamentação e desfechos em crianças ou mães a partir de 28 revisões sistemáticas e metanálises, das quais 22 foram recomendadas para esta revisão. No apêndice, encontram-se informações sobre as bases de dados pesquisadas e os termos de busca usados. Revisamos os seguintes desfechos na infância: mortalidade infantil; incidência e hospitalização por diarreia; incidência, prevalência e hospitalização por infecções das vias aéreas inferiores; otite média aguda; eczema; alergias alimentares; rinite alérgica; asma ou sibilância; crescimento infantil (comprimento, peso, índice de massa corporal); cáries dentárias; e maloclusão. Para crianças maiores, adolescentes e adultos, realizamos revisões sistemáticas sobre pressão arterial sistólica e diastólica; sobrepeso e obesidade; colesterol total; diabetes tipo 2; e inteligência. Para mães, realizamos revisões sistemáticas que abordaram os seguintes desfechos: amenorreia lactacional; câncer de mama e ovário; diabetes tipo 2; alteração de peso pós-parto; e osteoporose.

“a amamentação é um motivo de preocupação nos países industrializados e em desenvolvimento, pois ela tem uma ampla gama de consequências frequentemente subestimadas”.³ Estes autores anteciparam que a amamentação seria relevante para o “interesse atual sobre as consequências da nutrição infantil na saúde adulta subsequente” (tradução livre).³ Essas afirmações foram desafiadas pela Academia Americana de Pediatria, que em seu relatório de 1984 sobre a evidência científica para a amamentação afirmou que “se existem benefícios associados com a amamentação, em populações com boas condições de saneamento, nutrição e assistência médica, estes são aparentemente modestos” (tradução livre).⁴

Nas últimas três décadas, as evidências por trás das recomendações relacionadas à amamentação evoluíram acentuadamente. Os resultados de estudos epidemiológicos e o crescente conhecimento dos papéis da epigenética, das células-tronco e das origens precoces da saúde e da doença, fornecem forte suporte

Mensagens principais

- As crianças que são amamentadas por mais tempo têm menor morbidade e mortalidade, menos maloclusão dentária, e maior inteligência do que aquelas que são amamentadas por períodos mais curtos ou não são amamentadas. Esta desigualdade persiste até mais tarde na vida. Evidência crescente também sugere que a amamentação pode proteger contra o excesso de peso e diabetes mais adiante na vida.
- A amamentação beneficia mães. Pode prevenir o câncer de mama, aumentar o intervalo interpartal e reduzir o risco da mulher desenvolver diabetes ou câncer de ovário.
- Países de alta renda têm menor duração da amamentação do que países de baixa e média renda. Entretanto, mesmo nos países de baixa e média renda, apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas.
- Estima-se que a ampliação da amamentação possa prevenir 823.000 mortes de crianças e 20.000 mortes por câncer de mama a cada ano.
- Achados de estudos realizados com técnicas biológicas modernas sugerem novos mecanismos que caracterizam o leite materno como um medicamento personalizado para crianças.
- A promoção da amamentação é igualmente importante nos países ricos e pobres, e pode contribuir para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

às ideias propostas por Vahlquist e pelos Jelliffes. Nunca antes na história da ciência se sabe tanto a respeito da complexa importância da amamentação para mães e para crianças.

Aqui, no primeiro dos dois artigos da Série, descrevemos padrões atuais e tendências da amamentação no mundo, revisamos as consequências em curto e longo prazo da amamentação para a criança e a mãe, estimamos o potencial de vidas salvas por ano pela ampliação da amamentação e sumarizamos informações sobre como a amamentação pode moldar permanentemente o ciclo de vida dos indivíduos. O segundo artigo da Série⁵ trata dos determinantes da amamentação e da

efetividade das intervenções para sua promoção. Nele, discutimos o papel da amamentação na transmissão do HIV e como o conhecimento sobre essa questão evoluiu nas últimas duas décadas, examinando ainda o lucrativo mercado dos substitutos do leite materno, o papel ambiental da amamentação e suas implicações econômicas. No contexto da agenda de desenvolvimento pós-2015, os dois artigos documentam o quanto a amamentação é essencial para a construção de um mundo melhor para as gerações futuras em todos os países, sejam ricos ou pobres.

Indicadores de amamentação e fontes de dados para esta revisão

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os seguintes indicadores para o estudo das práticas alimentares de bebês e crianças:⁶ iniciação precoce da amamentação (proporção de crianças nascidas nos últimos 24 meses que foram amamentadas na primeira hora de vida); amamentação exclusiva em menores de 6 meses (proporção de crianças de 0-5 meses que são alimentadas exclusivamente com leite materno. Este indicador é baseado nas dietas de crianças menores de 6 meses durante as 24 horas anteriores à entrevista [para evitar viés de memória], não na proporção de crianças que são exclusivamente amamentadas durante todo o período de 6 meses); amamentação continuada até 1 ano de vida (proporção de crianças de 12-15 meses que são amamentadas); e amamentação continuada até os 2 anos (proporção de crianças de 20-23 meses que são amamentadas).

Devido a poucos países de alta renda reportarem os indicadores supramencionados, calculamos indicadores adicionais para permitir comparações mundiais: amamentação alguma vez na vida (crianças com relato de terem sido amamentadas, ainda que por um curto período); amamentação aos 6 meses (nos países de alta renda, a proporção de crianças que foram amamentadas do nascimento até 6 meses ou mais; nos países de baixa e média renda com inquéritos padronizados, a proporção de crianças de 4-7 meses [mediana de 6 meses] que foram amamentadas); e amamentação aos 12 meses (nos países de alta renda, a proporção de crianças amamentadas por 12 meses ou mais; nos países de baixa e média renda, a proporção de crianças de 10-13 meses [mediana de 12 meses] que foram amamentadas).

Para esta revisão, usamos os últimos três indicadores adicionais exclusivamente para comparações entre países de alta renda e de baixa e média renda. Em outras situações, reportamos os indicadores padronizados internacionalmente.

Para países de baixa e média renda, reanalisamos os inquéritos nacionais realizados desde 1993, incluindo Inquéritos de Demografia e Saúde (*Demographic Health Surveys – DHS*), Inquéritos de Indicadores Múltiplos Agregados (*Multiple Indicator Cluster Surveys – MICS*), e outros. Quase todas as pesquisas tiveram taxas de resposta superiores a 90% e usaram questionários e indicadores padronizados.

Para todos os países de alta renda, com 50.000 ou mais nascimentos anuais, realizamos revisões sistemáticas dos estudos publicados e da literatura cintzenta e contatamos pesquisadores locais ou profissionais da saúde pública quando os dados do país não estavam disponíveis ou quando havia ambiguidade. A informação sobre amamentação derivada de amostras com representatividade nacional não estava disponível para muitos países. Embora 27 dos 35 países tivessem alguma informação sobre a amamentação em nível nacional, as taxas de resposta variaram geralmente entre 50-70%, os indicadores raramente eram padronizados e os períodos de recordatório tendiam a ser longos. Usamos dados administrativos ou outros quando não havia dados disponíveis provenientes de inquéritos. Quando necessário, estimamos a proporção de crianças amamentadas aos 12 meses com base na informação disponível para amamentação aos 6 meses e vice versa. Calculamos tendências temporais usando modelos de regressão linear multinível (modelos hierárquicos mistos) que levam em consideração que duas ou mais pesquisas de cada país foram incluídas nas análises. Exploramos desvios da linearidade a partir de modelos de regressão com polinômios fractionais.⁷ Em todas as análises, ponderamos os dados dos países por suas populações de crianças menores de 2 anos de idade.

Realizamos buscas sistemáticas da literatura publicada e, quando possível, metanálises para desfechos postulados como sendo associados com a amamentação. Essas revisões sistemáticas e metanálises foram especialmente encomendadas pela OMS para fornecer informação de base para esta Série.

Usamos a ferramenta *Lives Saved Tool (LiST)*⁸ para estimar quantas mortes de crianças menores de 5 anos se-

riam evitadas se os padrões de amamentação encontrados em 2013 fossem ampliados nos 75 países que fazem parte da iniciativa Contagem Regressiva para 2015 (*Countdown to 2015*),⁹ onde ocorrem mais de 95% do total de mortes de crianças no mundo. Para isso, assumimos que 95% das crianças menores de 1 mês e 90% das menores de 6 meses seriam exclusivamente amamentadas e que 90% daquelas com idade de 6-23 meses seriam parcialmente amamentadas. Aplicamos os riscos relativos para a proteção contra todas as causas infecciosas de morte, obtidas de nossas novas metanálises,¹⁰ para todas as causas infecciosas de morte em crianças menores de 2 anos e também para 15% das mortes causadas por complicações da prematuridade que ocorrem após a primeira semana de vida. Também estimamos o número potencial de mortes por câncer de mama que poderiam ser evitadas pelo prolongamento da duração da amamentação.

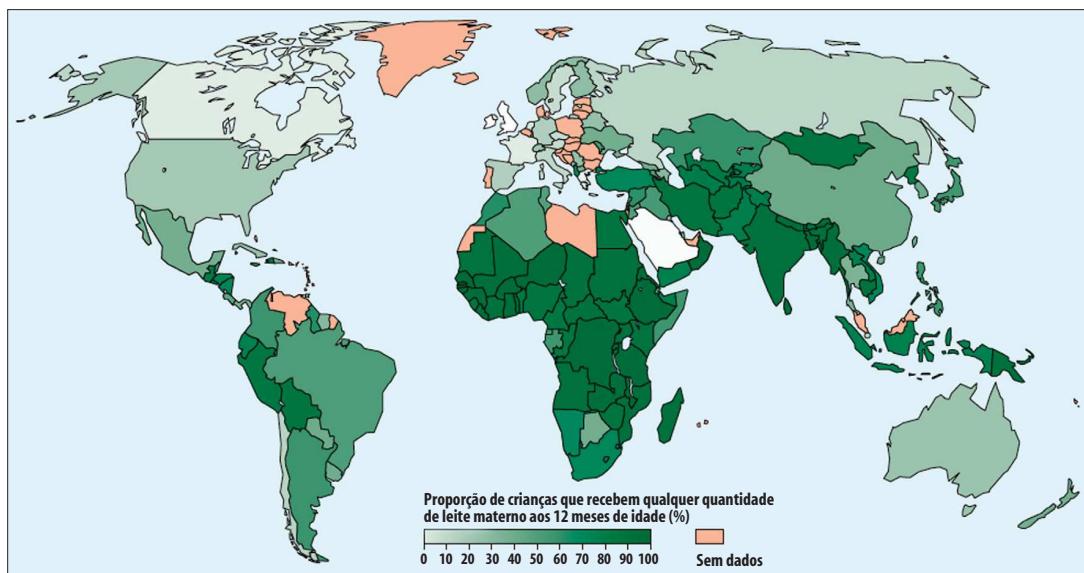
Epidemiologia: níveis e tendências

Obtivemos informação completa sobre 127 dos 139 países de baixa e média renda, que totalizam 99% das crianças de tais países. Para aqueles de alta renda, nós obtivemos dados para 37 dos 75 países, mas para vários deles, somente um subconjunto dos indicadores estava disponível: estes dados devem, portanto, ser interpretados com cautela.

Globalmente, as prevalências mais altas de amamentação aos 12 meses foram encontradas na África Subsaariana, no Sul da Ásia e em partes da América Latina (Figura 1). Na maioria dos países de alta renda, a prevalência é inferior a 20%. Observamos diferenças importantes – por exemplo, entre Reino Unido (<1%) e Estados Unidos da América (EUA) (27%), e entre Noruega (35%) e Suécia (16%).

Avaliamos os indicadores de amamentação de acordo com grupos de renda dos países (figura 2). A informação sobre iniciação precoce e sobre amamentação exclusiva ou continuada aos 2 anos não estava disponível para a maioria dos países de alta renda. Observamos uma forte correlação inversa (coeficiente de correlação de Pearson = -0,84; $p<0,001$) entre a amamentação aos 6 meses e o logaritmo do produto interno bruto *per capita*; nossas análises de regressão mostraram que cada vez que o produto interno bruto per capita era duplicado, a prevalência da amamentação aos 12 meses diminuía dez pontos percentuais.

A maioria das mães em todos os grupos de países iniciaram a amamentação; apenas três países (França, Espanha e os EUA) tiveram taxas inferiores a 80% para amamentação alguma vez na vida. Entretanto, a iniciação precoce foi baixa em todos os cenários, assim como a amamentação exclusiva (Figura 2). A



Dados de 153 países entre 1995 e 2013.

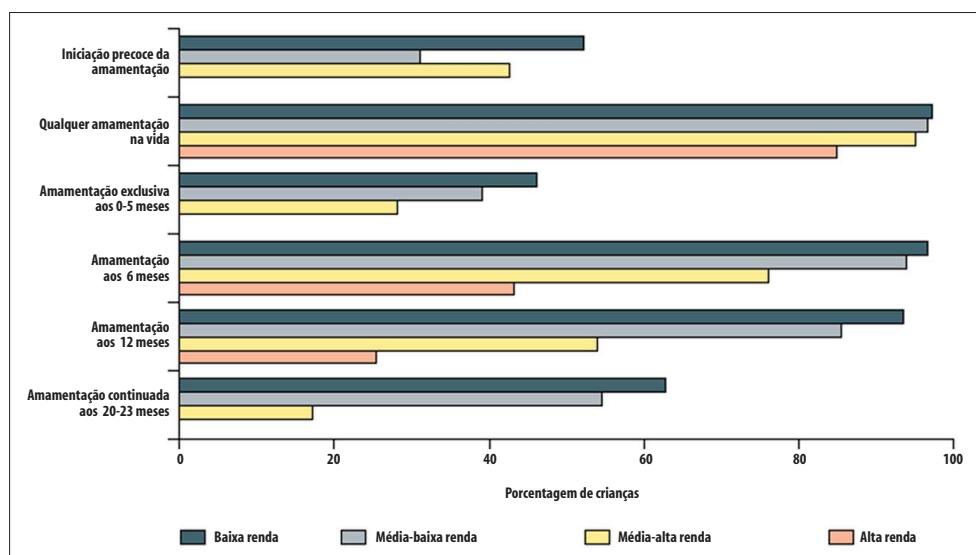
Figura 1 – Distribuição global da amamentação aos 12 meses de idade

amamentação aos 12 meses mostrou-se disseminada em países de baixa e média-baixa renda, mas ainda é incomum em outros lugares.

Exceto para a iniciação precoce, a prevalência de todos os indicadores diminuiu com o incremento da riqueza nacional. Países de baixa renda tiveram uma

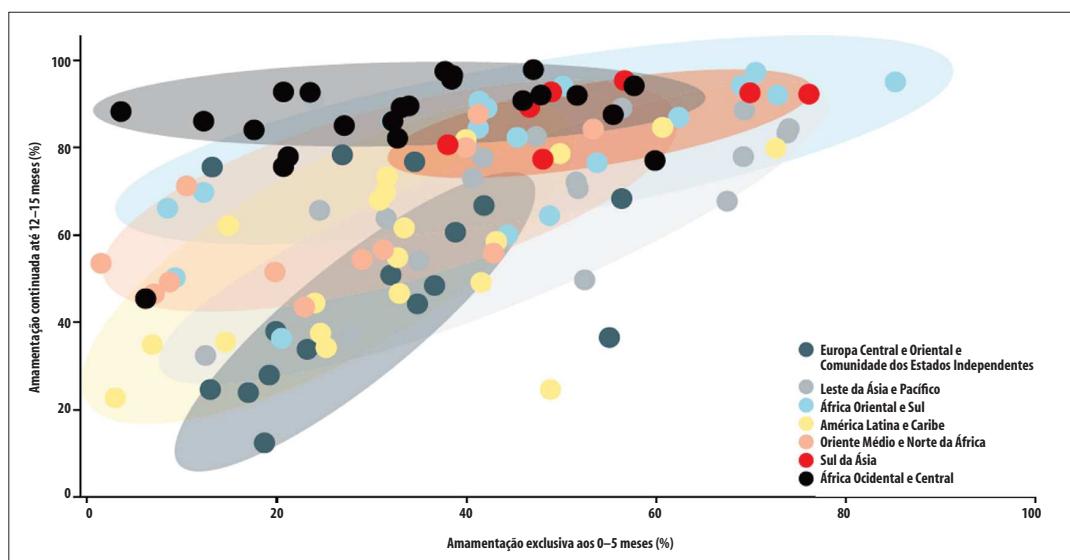
prevalência elevada de amamentação em todas as idades, mas as taxas de início precoce e amamentação exclusiva são insatisfatórias mesmo nestes países.

Surpreendentemente, a maioria dos indicadores de amamentação em nível nacional não foram fortemente correlacionados. Encontramos somente uma correla-



Dados de pesquisas nacionais que utilizaram indicadores padronizados, ponderados pelas populações nacionais de crianças menores de dois anos. Dados de até 153 países.

Figura 2 – Indicadores de amamentação por grupos de países de acordo com a renda em 2010



Os pontos representam os países (valores da pesquisa mais recente em 117 países, 2000–13) e são coloridos de acordo com sua região. As elipses sombreadas incluem pelo menos 80% dos pontos em cada região.

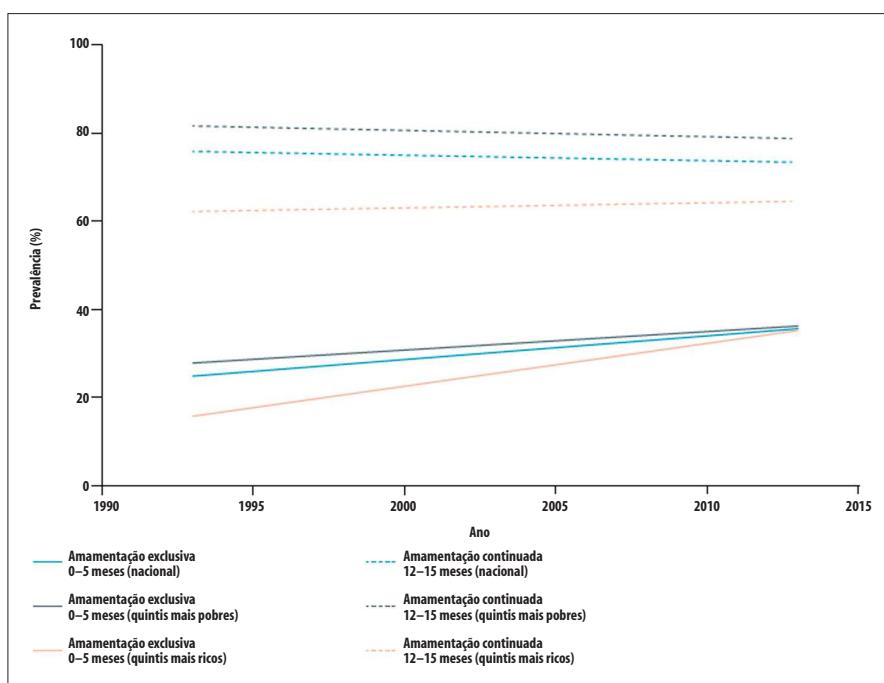
Figura 3 – Relação entre amamentação exclusiva aos 0–5 meses e amamentação continuada até 12–15 meses, por região

ção moderada (coeficiente r de Pearson = 0,54) entre a amamentação exclusiva e continuada até 1 ano nos países de baixa e média renda. Embora a prevalência da amamentação continuada tenha sido elevada por toda a África Ocidental e Central, as taxas de amamentação exclusiva variaram amplamente (Figura 3). Países da África Oriental e Sul tenderam a ter, em média, taxas mais baixas de amamentação continuada, mas taxas mais elevadas de amamentação exclusiva quando comparados aos países da África Ocidental. Na América Latina e Caribe, e na Europa Central e Oriental e na Comunidade dos Estados Independentes (CEI), ambos os indicadores tenderam a ser mais baixos do que na África. Os países do Sul da Ásia tiveram valores mais elevados de ambos os indicadores, enquanto que os países do Oriente Médio e Norte da África tiveram taxas mais baixas. Os países da Ásia Oriental e da região do Pacífico tiveram prevalência moderada a alta de ambos os indicadores.

Dentre as crianças menores de 6 meses em países de baixa e média renda, 36,3 milhões (63%) não recebiam amamentação exclusiva no momento da

pesquisa nacional mais recente. As porcentagens correspondentes foram 53% nos países de baixa renda, 61% nos países de média-baixa renda e 63% nos países de média-alta renda. Dentre as crianças de 6-23 meses em países de baixa e média renda, 64,8 milhões (37%) não recebiam leite materno no momento da pesquisa nacional mais recente, com taxas correspondentes de 18% nos países de baixa renda, 34% nos de média-baixa renda e 55% nos de média-alta renda. Nos países de baixa e média renda, 100,1 milhões de crianças não eram amamentadas de acordo com as recomendações internacionais.

Para a maioria dos países de média e baixa renda, havia disponibilidade de dados de várias pesquisas ao longo do tempo, tornando possível explorar tendências temporais no nível nacional e para crianças das famílias 20% mais pobres e 20% mais ricas. Nossas análises foram restritas aos inquéritos para os quais a estratificação dos indicadores de amamentação por quintos de renda foi possível (214 inquéritos para amamentação exclusiva e 217 para amamentação continuada), representando 83% da população total de crianças menores



Os dados têm pesos por populações de crianças menores que 2 anos de idade na época da pesquisa. Análises restritas a 66 países com informação sobre riqueza domiciliar.

Figura 4 – Tendências temporais da amamentação exclusiva e continuada em nível nacional e segundo quintos de riqueza, 1993–2013

de 2 anos de idade em países de renda baixa e média no ano de 2010. Reportamos tendências lineares, pois não havia evidência de desvio da linearidade. As taxas de amamentação exclusiva aumentaram levemente, de 24,9% em 1993 para 35,7% em 2013 (Figura 4). Nas crianças das famílias do último quinto de renda (20% mais ricas), o crescimento foi mais abrupto, enquanto que o primeiro quinto (20% mais pobres) seguiu a tendência geral. A amamentação continuada até 1 ano (12-15 meses) declinou levemente no nível global (de 76,0% para 73,3%), parcialmente devido à redução entre as 20% mais pobres em cada país (Figura 4).

Epidemiologia: desigualdades dentro dos países

Analisamos 98 inquéritos de países de renda média e baixa para investigar desigualdades dentro dos países de acordo com quintos de renda. Foram pequenas as desigualdades na amamentação relacionadas à renda, mas as disparidades nas taxas de amamentação continuada foram consistentes: as pessoas mais pobres tendem a amamentar por mais tempo do que as pessoas mais ricas em todos os grupos de países, mas especialmente nos países de média renda. Resultados similares baseados em 33 países foram reportados em outra publicação.¹¹

Nossa revisão de estudos em países de alta renda mostrou que a amamentação era mais comum em mulheres com maior renda e alta escolaridade do que entre aquelas nos grupos de renda baixa e com menos anos de educação formal.¹⁷⁻²⁰ A iniciação da amamentação nos EUA foi mais comum em mães com menor escolaridade até a década de 1960, mas o gradiente social reverteu desde então.⁴

Em países de baixa e média renda, a amamentação é um dos poucos comportamentos positivos relacionados à saúde que é menos frequente em pessoas ricas, tanto entre como dentro dos países. As baixas taxas de amamentação continuada em famílias mais ricas indicam que é possível que mães mais pobres passem a utilizar substitutos do leite materno com o aumento de sua renda, uma preocupação que é reforçada pelas taxas decrescentes em populações pobres.

Efeitos de curto prazo em crianças: mortalidade e morbidade

Os resultados de 28 metanálises sobre as associações entre amamentação e desfechos em crianças e

mães, das quais 22 foram encomendadas para esta Série, estão sumarizados na Tabela. Devido aos estudos apresentarem variações quanto à classificação das práticas alimentares para diversos desfechos, nós comparamos durações da amamentação mais longas *versus* mais curtas (por exemplo, nunca *vs.* amamentação alguma vez na vida, amamentação por menos ou mais do que um determinado número de meses, e para poucos desfechos, amamentação exclusiva por períodos mais longos *vs.* mais curtos). Testamos para heterogeneidade devida ao tipo de categorização da amamentação e, em sua ausência, agrupamos os diferentes estudos. Descrevemos os resultados dos ensaios randomizados sobre como a promoção da amamentação afeta desfechos de saúde, nutrição ou desenvolvimento, mas não aqueles provenientes de ensaios nos quais o desfecho final foi restrito a indicadores de amamentação; estes ensaios são revisados no segundo artigo desta Série.⁵

Apenas três estudos em países de baixa e média renda apresentaram informação sobre mortalidade de acordo com a amamentação exclusiva, predominante, parcial ou nenhuma nos primeiros 6 meses de vida (Tabela). Um forte efeito protetor foi evidenciado, sendo que as crianças amamentadas exclusivamente tiveram apenas 12% do risco de morte em comparação com aquelas que não foram amamentadas.¹⁰ Outros três estudos em países de renda média e baixa mostraram que as crianças menores de 6 meses que não foram amamentadas tiveram aumentos de 3,5 vezes (meninos) e 4,1 vezes (meninas) na mortalidade em comparação com aquelas que receberam leite materno, e que essa proteção para as crianças amamentadas diminuiu com a idade.³³ Estes resultados são suportados por estudos com crianças de 6-23 meses, nos quais a amamentação mostrou-se associada a uma redução de 50% nas mortes (Tabela).

A amamentação também pode proteger contra mortes em países de alta renda. Uma metanálise de seis estudos de alta qualidade mostrou que a amamentação (alguma vez na vida) associou-se a uma redução de 36% ($IC_{95\%}$ 19; 49) na ocorrência de morte súbita infantil.³⁴ Outra metanálise de quatro ensaios controlados randomizados mostrou uma redução de 58% ($IC_{95\%}$ 4; 82) na ocorrência de enterocolite necrotizante,³⁴ uma doença com alta letalidade em todos os cenários.³⁵

Em termos de morbidade infantil, existe evidência contundente proveniente de 66 análises diferentes,

Tabela – Resultados de metanálises sobre as associações entre amamentação e desfechos em crianças e mães

Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Estudos (n)	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC _{95%})	Confundimento e modificação de efeito	Outros vieses	Conclusões	
Efeitos em crianças, adolescentes ou adultos, de acordo com o padrão de amamentação								
Sankar <i>et al</i> (2015) ¹⁰	Mortalidade por doenças infecciosas	Exclusiva <i>versus</i> predominante	3	<6 meses	OR 0,59 (0,41; 0,85)	Todos os estudos de países de baixa e média renda, onde o confundimento por PSE provavelmente subestimaria o efeito da amamentação. Estudos ajustados para fatores de confusão mostraram efeitos similares	Estudos que evitaram causalidade reversa (interrupção da amamentação devido a uma doença) mostraram efeitos similares. Sem evidências de viés de publicação, porém poucos estudos disponíveis	Evidência consistente de alta proteção. Poucos estudos utilizaram as quatro categorias de amamentação para bebês, mas evidências de outros estudos comparando amamentação na vida com nenhuma são bastante consistentes
Sankar <i>et al</i> (2015) ¹⁰	Mortalidade por doenças infecciosas	Exclusiva <i>versus</i> parcial	3	<6 meses	OR 0,22 (0,14; 0,34)	Ver acima	Ver acima	Ver acima
Sankar <i>et al</i> (2015) ¹⁰	Mortalidade por doenças infecciosas	Exclusiva <i>versus</i> nenhuma	2	<6 meses	OR 0,12 (0,04; 0,31)	Ver acima	Ver acima	Ver acima
Sankar <i>et al</i> (2015) ¹⁰	Mortalidade por doenças infecciosas	Amamentação na vida <i>versus</i> nenhuma	9	6-23 meses	OR 0,48 (0,38; 0,60)	Ver acima	Ver acima	Ver acima
Horta <i>et al</i> (2013) ²¹	Incidência de diarreia	Mais amamentação <i>versus</i> menos amamentação	15	<5 anos	RR 0,69 (0,58; 0,82)	A maioria dos estudos provém dos países de baixa e média renda, onde o confundimento provavelmente subestimaria o efeito. Estudos com ajuste para fatores de confusão apresentaram efeitos similares. Três ECR sobre promoção da amamentação (não incluídos na metanálise) demonstraram proteção contra morbididade por diarreia (OR conjunta 0,69 [0,49–0,96])	Poucos estudos que permitiram causalidade reversa também demonstraram proteção. Vieses de publicação não explicariam os achados, uma vez que resultados de estudos pequenos e grandes foram similares	Grande evidência de alta proteção contra morbidade e internações hospitalares por diarreia, principalmente em bebês, com base em um grande número de estudos
Horta <i>et al</i> (2013) ²¹	Incidência de diarreia	Ver acima	23	<6 meses	RR 0,37 (0,27; 0,50)	Ver acima	Ver acima	Ver acima
Horta <i>et al</i> (2013) ²¹	Incidência de diarreia	Ver acima	11	6 meses a 5 anos	RR 0,46 (0,28; 0,78)	Ver acima	Ver acima	Ver acima
Horta <i>et al</i> (2013) ²¹	Internação hospitalar por diarreia	Ver acima	9	<5 anos	RR 0,28 (0,16; 0,50)	Ver acima	Ver acima	Ver acima

Continua

Tabela – Continuação

Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Estudos (n)	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC _{95%})	Confundimento e modificação de efeito	Outros viéses	Conclusões	
Efeitos em crianças, adolescentes ou adultos, de acordo com o padrão de amamentação								
Horta et al (2013) ²¹	Infecções do trato respiratório inferior (incidência ou prevalência)	Ver acima	16	<2 anos	RR 0,68 (0,60;0,77)	A maioria dos estudos provém de países em desenvolvimento, onde o confundimento provavelmente subestimaria os efeitos da amamentação. Estudos com ajuste para fatores de confusão apresentaram efeitos similares	Estudos que evitaram causalidade reversa demonstraram efeitos similares. Não há evidência de viés de publicação	Forte evidência de redução nas infecções respiratórias severas em crianças que são amamentadas, com base em um grande número de estudos
Horta et al (2013) ²¹	Internação hospitalar por infecções respiratórias	Ver acima	17	<2 anos	RR 0,43 (0,33;0,55)	O único ECR disponível mostrou um RR de 0,85 (0,57-1,27), uma redução pouco significativa nas internações hospitalares	Ver acima	Ver acima
Bowatte et al (2015) ²²	Otite média aguda	Mais versus menos tempo de amamentação (alguma vez vs nunca; amamentação exclusiva aos 6 meses vs não exclusiva aos 6 meses; qualquer duração de amamentação por ≥3–4 meses vs <3–4 meses)	11	≤2 anos	OR 0,67 (0,62;0,72)	O teste de Egger para estudos menores mostrou pouca evidência para viés de publicação ($p=0,360$)	Evidência consistente de redução na otite média aguda durante os primeiros dois anos de vida associada a maiores durações da amamentação, com base em 11 estudos. Não há evidência de proteção após 2 anos de idade	
Bowatte et al (2015) ²²	Otite média aguda	Ver acima	5	>2 anos	OR 1,21 (0,60;2,45)	A maioria dos estudos foi realizada em países de alta renda. Vários estudos não ajustaram para fatores de confusão importantes	Alta heterogeneidade ($I^2=84\%$) entre os cinco estudos com crianças maiores de 2 anos	Ver acima
Lodge et al (2015) ²³	Eczema	Mais versus menos tempo de amamentação (alguma vez vs nunca; amamentação exclusiva aos 6 meses vs não exclusiva aos 6 meses; qualquer duração de amamentação por ≥3–4 meses vs <3–4 meses)	17	≤2 anos	OR 0,95 (0,85;1,07)	Cerca de um terço dos estudos provém de países de baixa e média renda, e os resultados são similares àqueles nos países de alta renda. Poucos estudos em crianças menores estão sujeitos a causalidade reversa. Vários estudos não realizaram ajuste para fatores de confusão essenciais	Alguma evidência de viés de publicação, com tamanhos de efeito combinado menores em estudos maiores	Sem evidência de associação entre amamentação e eczema

Continua

Tabela – Continuação

Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Estudos (n)	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC _{95%})	Confundimento e modificação de efeito	Outros vieses	Conclusões
Efeitos em crianças, adolescentes ou adultos, de acordo com o padrão de amamentação							
Lodge et al ²³	Eczema	Ver acima	20	>2 anos	OR 1,09 (0,99;1,20)	Ver acima	Ver acima
Lodge et al ²³	Alergias alimentares	Ver acima	10	≤5 anos	OR 1,07 (0,90;1,26)	Ver acima	Os dez estudos sobre alergia alimentar em crianças menores de 5 anos foram altamente heterogêneos ($I^2=88\%$) Sem evidência sobre a associação entre amamentação e alergia alimentar
Lodge et al ²³	Alergias alimentares	Ver acima	4	>5 anos	OR 1,08 (0,73;1,26)	Ver acima	Ver acima
Lodge et al ²³	Rinite alérgica	Ver acima	5	≤5 anos	OR 0,79 (0,63;0,98)	Ver acima	Possível proteção contra rinite alérgica em crianças menores de 5 anos, com base em apenas cinco estudos
Lodge et al ²³	Rinite alérgica	Ver acima	9	>5 anos	OR 1,05 (0,99;1,12)	Ver acima	Ver acima
Lodge et al ²³	Asma ou sibilância	Ver acima	29	5-18 anos	OR 0,91 (0,85;0,98)	O efeito protetor para asma foi menor e não significativo em 16 estudos com rígido controle para fatores de confusão (OR 0,95 [0,85-1,06]) e nos 13 estudos de coorte (OR 0,94 [0,80-1,11]). Existem poucos estudos para estimar a associação com asma em adultos	Ver acima
Giugiani et al ²⁴	Altura	Ensaios randomizados ou quase-experimentos comparando crianças que receberam intervenções de promoção à amamentação com crianças controle	17	Cerca de 6 meses (variação 3-24)	Escore Z 0,03 (-0,02; 0,08)	A maioria dos estudos é de países de média renda. O confundimento é improvável, pois 15 dos 17 estudos são ensaios randomizados. As análises foram por intenção de tratar, logo a baixa adesão à promoção da amamentação pode subestimar a magnitude do efeito	Evidências de viés de publicação para IMC, com estudos pequenos mostrando reduções maiores
Giugiani et al ²⁴	Peso	Ver acima	16	Ver acima	Escore Z 0,03 (-0,06; 0,12)	Ver acima	Ver acima

Continua

Tabela – Continuação

Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Estudos (n)	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC _{95%})	Confundimento e modificação de efeito	Outros vieses	Conclusões
Efeitos em crianças, adolescentes ou adultos, de acordo com o padrão de amamentação							
Giugiani <i>et al</i> (2015) ²⁴	IMC ou peso para altura	Ver acima	11	Ver acima	Escore Z -0,06 (-0,12; 0,00)	Ver acima	Ver acima
Tham <i>et al</i> (2015) ²⁵	Cárie dentária	Amamentação >12 meses <i>versus</i> ≤12 meses	4	<6 anos	OR 2,69 (1,28;5,64)	A maioria dos estudos não controlou a introdução de alimentos ou bebidas açucaradas. A maioria dos estudos provém de países de alta renda, onde se esperava que a PSE alta confundiria negativamente a associação	O viés de publicação vai ao encontro de estudos que mostram associação entre amamentação por mais de 12 meses ou sob demanda e cárries dentárias
Tham <i>et al</i> (2015) ²⁵	Cárie dentária	Amamentação sob demanda ou noturna <i>versus</i> não (em crianças amamentadas)	6	<6 anos	OR 2,90 (2,33-3,60)	Ver acima	Ver acima
Peres <i>et al</i> (2015) ²⁶	Maloclusão	Nenhuma vs amamentação na vida; duração longa vs curta da amamentação exclusiva; duração longa vs curta da amamentação na vida	41	Crianças, adolescentes e adultos	OR 0,32 (0,25-0,40)	80% dos estudos são de países de renda baixa e média. Como as maloclusões não estão associada com a PSE ou qualquer outro determinante conhecido dos padrões de amamentação, é pouco provável que esses estudos sejam afetados por confundimento	Alguma evidência de viés de publicação, mas essa associação também estava presente em estudos maiores e com desenhos melhores
Horta <i>et al</i> (2015) ²⁷	Pressão arterial sistólica	Nenhuma vs amamentação na vida; duração longa vs curta da amamentação	43	Crianças, adolescentes e adultos	-0,80 mm Hg (-1,17; -0,43)	Evidência de viés de publicação em estudos sobre pressão arterial sistólica	Sem evidência de redução na pressão arterial associada à amamentação
Horta <i>et al</i> (2015) ²⁷	Pressão arterial diastólica	Nenhuma vs amamentação na vida; duração longa vs curta da amamentação	38	Crianças, adolescentes e adultos	-0,24 mm Hg (-0,50; 0,02)	Três quartos dos estudos são de países de baixa e média renda. Há evidência de confundimento residual nos estudos em países de alta renda, mas não aqueles de baixa e média renda	Evidência de viés de publicação em estudos sobre pressão arterial diastólica

Continua

Tabela – Continuação

Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Estudos (n)	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC _{95%})	Confundimento e modificação de efeito	Outros vieses	Conclusões
Efeitos em crianças, adolescentes ou adultos, de acordo com o padrão de amamentação							
Horta et al (2015) ²⁷	Excesso de peso ou obesidade	Nenhuma vs amamentação na vida; duração longa vs curta da amamentação exclusiva; duração longa vs curta da amamentação na vida	113	Crianças, adolescentes e adultos	OR 0,74 (0,70; 0,78)	Em países de alta renda, o confundimento residual por PSE é uma possibilidade; entretanto, o tamanho do efeito foi similar em países de média e baixa renda (um terço dos estudos). 23 estudos de alta qualidade mostraram uma menor redução conjunta de 13% (IC _{95%} 6; 19)	Alguma evidência de viés de publicação com efeitos maiores em estudos menores, porém até mesmo estudos maiores e bem controlados mostraram uma redução de 20% na prevalência
Horta et al (2015) ²⁷	Colesterol total	Nenhuma vs amamentação na vida; duração longa vs curta da amamentação	46	Crianças, adolescentes e adultos	-0,01 mmol/L (-0,05; 0,02)	Sem evidência de heterogeneidade com quase todos os estudos mostrando efeitos pequenos. Três quartos dos estudos foram em países de alta renda	Sem evidência de associação Sem evidência de associação
Horta et al (2015) ²⁷	Diabetes tipo 2	Nenhuma vs amamentação na vida; duração longa vs curta da amamentação exclusiva; duração longa vs curta da amamentação na vida	11	Crianças, adolescentes e adultos	OR 0,65 (0,49-0,86)	Apenas 2 dos 11 estudos eram de países de baixa e média renda; estes estudos mostraram redução de 14%; confundimento residual pode ter afetado os estudos em países de alta renda	Poucos estudos disponíveis; sem evidência de viés de publicação
Horta et al (2015) ²⁷	Inteligência	Nenhuma vs amamentação na vida; duração longa vs curta da amamentação	16	Crianças, adolescentes e adultos	Pontuação de QI: 3,44 (2,30; 4,58)	Nos países desenvolvidos (14 dos 16 estudos), confundimento residual por PSE foi uma possibilidade; entretanto, o efeito também estava presente em dois estudos de países de baixa e média renda. Um ECR de alta qualidade mostrou aumento estatisticamente significativo no QI de mais de 7 pontos	Alguma evidência de viés de publicação, com efeitos maiores em estudos menores, mas até mesmo estudos maiores apresentaram efeito. Nove estudos com ajuste para o QI materno mostraram diferença de 2,62 pontos (1,25; 3,98)

Continua

Tabela – Continuação

Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Estudos (n)	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC _{95%})	Confundimento e modificação de efeito	Outros viéses	Conclusões
Efeitos nas mulheres que amamentaram							
Chowdhury <i>et al</i> (2015) ²⁹	Amenorreia lactacional	Maior vs menor duração da amamentação	13	Mulheres (< 1 ano de pós parto)	RR 1,17 (1,04; 1,32)	A maioria dos estudos era países em de baixa e média renda. Confundimento residual improvável. Efeitos mais fortes quando a amamentação exclusiva ou a predominante foi comparada com a parcial (RR 1,21) ou com nenhuma amamentação (RR 1,23)	Sem evidência de viés de publicação
Chowdhury <i>et al</i> (2015) ²⁹	Câncer de mama	Maior vs menor duração da amamentação	76	Mulheres adultas	OR 0,81 (0,77; 0,86)	Três quartos dos estudos são de países de alta renda. A paridade reduz o risco de câncer de mama e está associada com maior tempo de duração da amamentação durante a vida. A maioria dos estudos não realizou ajuste adequado por paridade e por isso tenderam a exagerar o tamanho do efeito. Uma análise conjunta de 47 estudos com ajuste criterioso mostrou uma OR de 0,96 para cada 12 meses de amamentação ³⁰	Efeito protetor consistente da amamentação contra o câncer de mama em 47 estudos bem delineados, 4,3% de redução para cada 12 meses de amamentação em estudos mais bem controlados
Chowdhury <i>et al</i> (2015) ²⁹	Câncer de ovário	Maior vs menor duração da amamentação	41	Mulheres adultas	OR 0,70 (0,64-0,75)	Apenas 6 estudos de países baixa e média renda. O confundimento por paridade pode afetar os resultados, mas o confundimento por PSE é pouco provável. Estudos com ajustes criteriosos para paridade e exclusão de mulheres nulíparas mostraram menos proteção com OR de 0,82 (0,75; 0,89)	Alguma evidência de viés de publicação, com tamanhos de efeito menores nos 22 estudos com amostras maiores que 1.500 mulheres (OR 0,76 [0,69-0,84])
Chowdhury <i>et al</i> (2015) ²⁹	Osteoporose (rádio distal)	Maior vs menor duração da amamentação	4	Mulheres adultas	SDS -0,132 (-0,260; -0,003)	Todos os estudos de países de alta renda. Elevada heterogeneidade nas análises do rádio distal, com o maiores estudo não mostrando associação e os menores, mostrando proteção	Não avaliado devido ao pequeno número de estudos
Continua							

Tabela – Continuação

Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Estudos (n)	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado ($IC_{95\%}$)	Confundimento e modificação de efeito	Outros vieses	Conclusões
Efeitos nas mulheres que amamentaram							
Chowdhury et al (2015)²⁹	Osteoporose (colo do fêmur)	Maior vs menor duração da amamentação	4	Mulheres adultas	SDS -0,142 (-0,426; 0,142)	Todos os estudos são de países de alta renda. Nenhum mostrou associação	Não avaliado devido ao pequeno número de estudos
Aune et al (2013)³¹	Diabetes tipo 2	Maior vs menor duração da amamentação	6	Mulheres adultas	RR 0,68 (0,57; 0,82)	Muitos fatores de confusão foram ajustados. Proteção significativa para aumento na duração da amamentação para 3 e 12 meses. Cinco dos seis estudos são de países de alta renda. Todos os seis estudos mostraram proteção	Poucos estudos disponíveis; sem evidência de viés de publicação
Neville et al (2014)³²	Mudança de peso pós-parto	Revisão qualitativa	45	Mulheres (< 2 anos pós-parto)	Não foi estimado devido a desfechos diferentes em idades pós-parto variadas	Os estudos tiveram grande variação. A maioria não mostrou associação. Dos 5 estudos com alta qualidade metodológica, quatro relataram efeitos benéficos. Quase todos os estudos eram de países de alta renda	Não foi avaliado

Os dados são razão de odds ($IC_{95\%}$), risco relativo ($IC_{95\%}$), escore Z ($IC_{95\%}$), mmHg ($IC_{95\%}$), quociente de inteligência ($IC_{95\%}$), desvio padrão ($IC_{95\%}$). Em 22 grupos de análise, os tamanhos de efeito efeitos sumarizados são os resultados conjuntos de estudos que compararam durações de amamentação mais longa versus mais curta (seja nenhuma versus alguma amamentação; amamentação exclusiva por mais do que determinada quantidade de meses vs por menos que determinada quantidade de meses; ou qualquer tipo de amamentação por mais do que determinada quantidade de meses vs por menos que determinada quantidade de meses). Resultados separados para cada tipo de categorização estão disponíveis no apêndice. OR = razão de odds. PSE = posição socioeconómica. RR = risco relativo. ECR = ensaio controlado randomizado. IMC = índice de massa corporal. QI = quociente de inteligência.

principalmente de países de baixa e média renda e incluindo três ensaios controlados randomizados, de que a amamentação protege contra diarreia e infecções respiratórias (Tabela).²¹ Aproximadamente metade de todos os episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias poderiam ser evitadas pela amamentação. A proteção contra internações hospitalares devido a estas doenças é ainda maior: a amamentação pode prevenir 72% das internações por diarreia e 57% daquelas por infecções respiratórias. Discutimos os riscos associados aos substitutos do leite materno em termos de contaminação química e biológica no apêndice.

Nossas revisões sugerem proteção importante contra otite média em crianças menores de 2 anos de idade, predominantemente em cenários de alta renda, porém com achados inconclusivos para crianças com maior idade (Tabela).²² Não observamos evidências claras da proteção contra distúrbios alérgicos: ausência de associação com eczema ou alergias alimentares e alguma evidência de proteção contra rinite alérgica em crianças menores de 5 anos.²³ Quando analisamos

os 29 estudos sobre asma, observamos evidência estatisticamente significativa de uma redução de 9% ($IC_{95\%} 2; 15$) na asma na presença da amamentação, mas os efeitos foram menores e não significativos quando restringimos as análises aos 16 estudos com controle mais rígido para confundimento (uma redução de 5%; $IC_{95\%} -6; 15$) ou aos 13 estudos de coorte (redução de 6%; $IC_{95\%} -11; 20$).

Com base em 49 estudos realizados predominantemente em países de baixa e média renda, nossas análises de desfechos em saúde bucal (tabela) mostraram que a amamentação foi associada com uma redução de 68% na ocorrência de maloclusões ($IC_{95\%} 60; 75$).²⁶ A maioria dos estudos foram restritos a crianças menores com dentição decídua, mas a maloclusão nesse grupo etário é um fator de risco para maloclusão na dentição permanente (adultos).³⁶⁻³⁷ Entretanto, a amamentação por períodos mais longos que 12 meses e a amamentação noturna foram associadas com aumentos de 2-3 vezes na ocorrência de cárries dentárias em dentes decíduos, possivelmente devido à higiene bucal inadequada após a alimentação.²⁵

Informação sobre a amamentação e crescimento infantil foi derivada de 17 estudos, incluindo 15 ensaios controlados randomizados, a maioria de países de média renda.² O peso e o comprimento alcançados ao redor dos 6 meses de vida não diferiram, mas houve uma pequena redução (escore Z -0,06; IC_{95%} -0,12; 0,00) no índice de massa corporal (IMC) ou no indicador peso-para-altura em crianças cujas mães receberam a intervenção de promoção da amamentação em comparação com aquelas cujas mães não receberam esta intervenção (Tabela).

Efeitos de longo prazo em crianças: obesidade, doenças não transmissíveis e inteligência

Atualizamos metanálises existentes¹⁸ sobre as associações entre amamentação e desfechos relacionados a doenças não transmissíveis (Tabela). A maioria dos estudos foram realizados em cenários de alta renda. Com base em todos os 113 estudos identificados, períodos mais longos de amamentação foram associados com uma redução de 26% (IC_{95%} 22; 30) na chance de desenvolver excesso de peso ou obesidade.²⁷ O efeito foi consistente em todas as classificações de renda. O único ensaio de promoção da amamentação que relatou este desfecho não detectou associação; neste ensaio, os investigadores relataram importantes diferenças precoces entre o grupo intervenção e o grupo de comparação quanto à amamentação exclusiva, mas aos 12 meses de idade, apenas 19% das crianças no grupo intervenção e 11% das crianças no grupo de comparação estavam sendo amamentadas.^{39,40} Uma metanálise de 2005⁴¹ sobre amamentação e IMC médio incluiu 36 artigos, dos quais 11 incluíram o ajuste para situação socioeconômica, fumo materno, e IMC materno; sua estimativa de efeito combinado não sugeriu uma associação com a amamentação. Em nossa revisão,²⁷ incluindo 23 estudos de alta qualidade com tamanhos de amostra maiores do que 1.500 participantes e ajuste para situação socioeconômica, IMC materno e morbidade perinatal, a amamentação apresentou uma redução combinada na prevalência do excesso de peso ou obesidade de 13% (IC_{95%} 6; 19).

Para a incidência de diabetes tipo 2, os resultados combinados de 11 estudos indicaram uma redução de 35% (IC_{95%} 14; 51). Consideramos que apenas três estudos eram de alta qualidade, cujos resultados

indicaram uma redução potencialmente importante, mas não estatisticamente significativa, de 24% (IC_{95%} com variação de redução de 60% a aumento de 47%).²⁷ A direção e a magnitude da associação com diabetes são consistentes com os achados para excesso de peso. Uma revisão prévia de seis estudos indicou um possível efeito protetor contra diabetes tipo 1.³⁴ As metanálises para pressão arterial sistólica (43 estudos) e diastólica (38 estudos), e colesterol total (46 estudos) não mostraram evidência de efeito protetor da amamentação.²⁷

A amamentação foi consistentemente associada com maior desempenho em testes de inteligência em crianças e adolescentes, com um incremento combinado de 3,4 pontos no quociente de inteligência (QI) (IC_{95%} 2,3; 4,6) com base nos achados de 16 estudos observacionais que controlaram para vários fatores de confusão, incluindo estimulação em casa (Tabela).²⁸ Nove estudos também ajustaram para inteligência materna, mostrando um efeito combinado de 2,6 pontos (IC_{95%} 1,3; 4,0). Um grande ensaio randomizado reportou um aumento de mais de 7 pontos do QI aos 6,5 anos de idade,⁴² e um efeito similar foi reportado em um ensaio não randomizado no qual crianças pré-termo foram alimentadas com fórmula ou leite materno.⁴³ Associações positivas com a escolaridade alcançada foram reportadas no Reino Unido,^{44,45} na Nova Zelândia⁴⁶ e no Brasil,⁴⁷ mas uma análise conjunta de quatro coortes em países de renda baixa e média mostrou resultados conflitantes.⁴⁸ Um estudo no Brasil incluindo 30 anos de seguimento sugeriu um efeito da amamentação na inteligência, na escolaridade alcançada e na renda na vida adulta, sendo 72% do efeito da amamentação sobre a renda explicado pelo aumento no QI.⁴⁹ Uma revisão de 18 estudos sugeriu que a amamentação está associada com uma redução de 19% (IC_{95%} 11; 27) na incidência de leucemia na infância.⁵⁰

Efeitos na mãe

A Tabela mostra os resultados de novas revisões (publicadas em julho de 2015) na amenorreia lactacional, cânceres de mama e ovário, diabetes tipo 2 e osteoporose.²⁹ Também citamos revisões existentes sobre diabetes, osteoporose, retenção de peso e depressão materna. A maioria dos estudos foram realizados em países de alta renda, exceto aqueles sobre amenorreia lactacional.

O papel da amamentação no intervalo interpartal é bem reconhecido. Em 2003, estimou-se que nos países

onde a amamentação continuada era prevalente, por exemplo, Uganda e Burkina Faso, seriam esperados 50% mais nascimentos na ausência da amamentação.⁵¹ Nossa revisão confirma que o aumento da amamentação, e especialmente a amamentação exclusiva ou predominante, foram associados com períodos mais longos de amenorreia.²⁹ Achados de ensaios controlados randomizados sobre intervenções pra promoção da amamentação também confirmam esse efeito.⁵²

Existe evidência de uma robusta associação inversa entre amamentação e câncer de mama (Tabela). A maior análise em nível individual sobre esse tópico incluiu aproximadamente 50.000 pacientes com câncer de 47 estudos,³⁰ que correspondem a cerca de metade daqueles incluídos em nossa metanálise. Cada aumento de 12 meses na amamentação na vida foi associado com uma diminuição de 4,3% (IC_{95%} 2,9; 6,8) na incidência de câncer de mama invasivo. Esta análise incluiu um ajuste criterioso para paridade e outros fatores de confusão; mulheres nulíparas foram excluídas. Os resultados não variaram substancialmente de acordo com o status quanto à menopausa. Nossa metanálise sugere uma maior magnitude da proteção, mas quando restrita aos 14 estudos com ajuste criterioso para paridade e exclusão de mulheres nulíparas, a redução comparando durações mais longas *versus* mais curtas da amamentação foi 7% (IC_{95%} 25; 36).²⁹

A metanálise de 41 estudos sobre amamentação e câncer de ovário mostra uma redução de 30% associada com períodos mais longos de amamentação (IC_{95%} 25; 36). O confundimento por paridade pode afetar os resultados, mas o confundimento socioeconômico é pouco provável, uma vez que a situação socioeconômica é fracamente associada com a incidência de câncer de ovário. A redução combinada, com base em estudos com ajuste criterioso para paridade e exclusão de mulheres nulíparas, foi de 18% (IC_{95%} 14; 42).²⁹ Revisamos a evidência sobre osteoporose, não tendo encontrado evidência de associação entre amamentação e densidade mineral óssea nos quatro estudos disponíveis (Tabela).²⁹

Uma metanálise de seis estudos de coorte sobre diabetes tipo 2 mostrou uma razão de odds de 0,68 (IC_{95%} 0,57; 0,82).³¹ Frente a este achado, poderia ser prevista uma associação com excesso de peso, mas uma revisão de 54 artigos sobre o possível papel da amamentação na mudança de peso pós-parto foi inconclusiva.³² Poucos estudos sobre a associação

em longo prazo entre amamentação e adiposidade estão disponíveis. Depois que a revisão dos estudos sobre excesso de peso e amamentação foi publicada, uma análise de 740.000 mulheres britânicas, com acompanhamento por um longo período, mostrou que o IMC médio foi 1% menor para cada 6 meses que uma mulher tinha amamentado.⁵³ Uma revisão qualitativa de 48 estudos mostrou associações claras entre amamentação e menor ocorrência de depressão materna,⁵⁴ todavia é mais provável que a depressão afete a amamentação do que o inverso.

Estimação das vidas salvas para crianças e mães

A ferramenta *Lives Saved Tool*[®] estima que 823.000 mortes anuais seriam evitadas em 75 países de renda baixa e média em 2015 se a amamentação fosse ampliada a níveis quase universais. Isso corresponde a 13,8% das mortes de crianças menores de 2 anos de idade. Para mortes preveníveis, 87% teriam ocorrido em crianças menores de 6 meses, devido a uma combinação de elevadas taxas de mortalidade e baixa prevalência de amamentação exclusiva.

Estimamos o efeito potencial da amamentação na mortalidade por câncer de mama. Usando as estimativas de proteção do estudo combinado, nós estimamos que as taxas globais existentes de amamentação evitariam 19.464 mortes por câncer de mama em comparação com um cenário no qual nenhuma mulher amamentasse (Tabela).³⁰ As regiões de baixa renda com durações longas de amamentação (África e Sul da Ásia) totalizam 58% das mortes preveníveis na atualidade, apesar de somarem apenas 36% da população global incluída nesta análise. Também estimamos que mais 22.216 vidas seriam salvas por ano se a duração da amamentação fosse aumentada dos níveis atuais para 12 meses por criança em países de alta renda e 2 anos por criança nos países de média e baixa renda. Não pudemos modelar o mesmo efeito em todos os países, devido a diferenças na disponibilidade de dados e ao fato de que pouquíssimas crianças nos países de renda alta são amamentadas por mais de 12 meses. A América Latina, a Europa Central e Oriental, a CEI e países de alta renda seriam os mais beneficiados, devido a sua elevada incidência de câncer de mama e também menores durações da amamentação no presente.

Conclusões

O fato de que o ciclo reprodutivo inclui amamentação e gestação¹ tem sido amplamente negligenciado na prática médica, levando à suposição de que o leite materno pode ser substituído por produtos artificiais sem consequências prejudiciais. Essa negligência é particularmente importante nos países de alta renda, onde menos de uma a cada cinco crianças é amamentada aos 12 meses de vida. Para cada duplicação no produto interno bruto per capita, a prevalência da amamentação aos 12 meses diminui 10 pontos percentuais.

Achados de estudos epidemiológicos e biológicos corroboram o fato de que a decisão de não amamentar uma criança tem efeitos importantes em longo prazo na saúde, nutrição e desenvolvimento da criança e na saúde da mãe. Possivelmente, nenhum outro comportamento de saúde pode afetar desfechos tão diversos nos dois indivíduos que estão envolvidos: a mãe e a criança. Achados de estudos imunológicos, epigenéticos, microbiômicos e com células-tronco, realizados durante as últimas duas décadas, que elucidaram os potenciais mecanismos por meio dos quais a amamentação pode melhorar os desfechos, provavelmente serão seguidos por outras descobertas ainda mais animadoras sobre o extraordinário medicamento personalizado fornecido pelo leite humano (Painel).

Nossas análises globais mostram que mais de 80% dos recém-nascidos recebem leite materno em quase todos os países. Entretanto, apenas aproximadamente metade inicia a amamentação na primeira hora de vida, embora tal recomendação tenha sido feita pela OMS há mais de 25 anos.⁷⁰ Devido ao fato de, atualmente, 60% das crianças do mundo nascerem por parto assistido por profissional qualificado,⁹ é possível promover ainda mais a iniciação precoce da amamentação. Na maioria dos países, as taxas de amamentação exclusiva são bastante inferiores a 50%, e a correlação com a duração da amamentação é somente moderada. Este achado sinaliza a necessidade de atrelar as estratégias de apoio à amamentação aos padrões específicos encontrados em cada país. Nos países mais pobres, a iniciação tardia e baixas taxas de amamentação exclusiva são os principais desafios. Nos países de média e alta renda, a curta duração da amamentação é um desafio adicional.

Nossas análises de tendência mostram que, para países de média e baixa renda como um todo, a ama-

mentação exclusiva aumentou em aproximadamente 0,5 pontos percentuais por ano desde 1993, atingido 35% em 2013. Em 2012, a 66ª Assembleia Mundial da Saúde fixou como meta para 2025 “aumentar a taxa de amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses para pelo menos 50%”.⁷¹ Para atingir essa meta, seria necessário dobrar o incremento anual recente, para mais de um ponto percentual por ano na próxima década, que corresponde a taxa atual entre os 20% mais ricos. Em vista dos benefícios da amamentação exclusiva e das conquistas presentes pelos países líderes, não poderia ser visada uma meta mais ambiciosa? A Assembleia não determinou uma meta para a amamentação continuada.

Em termos de desigualdades, nossos achados mostram que a amamentação é um dos poucos comportamentos de saúde positivos que é mais prevalente nos países pobres do que nos ricos. Eles também mostram que as mulheres pobres amamentam por mais tempo que as mais ricas nos países de renda baixa e média, enquanto que nos países ricos este padrão é invertido. Esses resultados sugerem que os padrões de amamentação estão contribuindo para a redução das disparidades em saúde entre crianças ricas e pobres em países de renda baixa e média, que seriam ainda maiores na ausência da amamentação.

Em países de baixa e média renda, não existem desigualdades entre mães ricas e pobres nas taxas de amamentação exclusiva. Achados de nossas análises de tendências temporais sugerem que isso ocorre devido às mães ricas estarem adotando a amamentação exclusiva mais rapidamente do que as mães pobres – 20 anos atrás, as mães pobres tinham taxas de amamentação exclusiva substancialmente mais altas. A amamentação continuada é ainda mais comum em mães pobres do que em mães ricas, mas as taxas parecem estar declinando entre as primeiras, enquanto permanecem estáveis entre as mães ricas. A proteção da amamentação nas populações mais pobres do mundo é, portanto, uma grande prioridade.

Nossas revisões sistemáticas enfatizam o quanto importante a amamentação é para todas as mulheres e crianças, independente de onde elas vivem, sejam elas ricas ou pobres. Práticas adequadas de amamentação previnem a morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média. Onde as doenças infecciosas são causas comuns de morte, a amamentação fornece grande proteção, mas mesmo em populações

Painel: Leite materno – um medicamento personalizado

As vantagens nutricionais da amamentação e sua proteção contra infecções são bem conhecidas. Nas últimas duas décadas, tornou-se evidente a possibilidade de que cruciais eventos conformadores possam ser modulados durante a amamentação, com efeitos potenciais no curso da vida para a criança.⁵⁵ Esses eventos podem ser mediados diretamente ou por meio de efeitos na microbiota infantil. A capacidade da microbiota de regular respostas no hospedeiro durante a infância depende das espécies bacterianas individuais, que modulam a polarização das células-T e a regulação imune, as respostas metabólicas, a adipogênese e, possivelmente, até mesmo o desenvolvimento do cérebro e das funções cognitivas.^{56,57} Padrões anormais de colonização têm um efeito deletério em longo prazo na homeostase imune e metabólica. É notável, portanto, que o leite materno transmita elementos da microbiota e respostas imunes da mãe e ainda forneça prebióticos específicos para auxiliar o crescimento de bactérias benéficas.

O tipo de parto estabelece inicialmente se a flora do trato gastrointestinal da mãe (parto vaginal) ou se a flora da pele da mãe (parto cesáreo) dominará os colonizadores iniciais,⁵⁸ o que induz uma resposta imune importante na criança. O modo de alimentação é o segundo determinante fundamental da microbiota da criança. As crianças amamentadas mantêm diferenças microbianas persistentes, independentemente do tipo de parto,^{59,60} devido aos efeitos dos oligossacarídeos presentes no leite humano (HMOs). O leite humano contém uma variedade bem mais ampla de açúcares do que outros leites de mamíferos: até 8% de seu valor calórico é fornecido na forma de HMOs indigeríveis, que funcionam como prebióticos que auxiliam o crescimento de bactérias específicas. Eles não podem ser utilizados pela maioria dos organismos entéricos, mas auxiliam o crescimento do *Bifidobacterium longum* biovar *infantis*, que coevolui para expressar as enzimas necessárias para a utilização dos HMOs.⁵⁵ Existe uma variação interindividual substancial na produção de HMO materno, que por sua vez sustenta o padrão de aquisição da flora pela criança.⁶¹ Portanto, existe especificidade na interação entre o leite materno e a microbiota da criança, causando diferentes efeitos induzidos pelas bactérias no metabolismo e na imunidade da criança.

Essa especificidade da interação é adicionada suportada pelo eixo entero-mamário da mãe. Para manter sua própria homeostase intestinal, as células dendríticas do intestino da mãe carregam bactérias do lúmen e as transportam para os folículos linfoides,⁵⁶ onde as células-T regulam o fenótipo e as células B se deslocam para a imunoglobulina A. Células dendríticas e linfócitos programados então retornam à circulação antes de regressarem ao intestino por meio da interação entre suas integrinas $\beta 7$ induzidas e a molécula de adesão celular a addressinas de mucosa (MadCAM-1) expressa localmente. A MadCAM-1 é expressa no endotélio mamário durante a gestação, possibilitando a absorção seletiva das células programadas pelo intestino na mama.⁶² As consequências do trânsito entero-mamário incluem a liberação – no colostro e no leite materno – de células dendríticas contendo bactérias vivas do trato gastrointestinal materno, células-T que expressam integrinas $\beta 7$ derivadas do trato gastrointestinal, e células do plasma produtoras de imunoglobulina A específica para as bactérias do trato gastrointestinal. O leite materno, portanto, contém uma dominância de células imunes do fenótipo relacionado ao trato gastrointestinal (células $\gamma\delta$ e $\beta 7+$) que passaram por maturação dentro do intestino da mãe.⁶³ As citocinas do leite materno também variam dependendo das experiências imunológicas da mãe. Portanto, ocorre uma absorção coordenada para o sistema imune mucosal nascente da criança, específica para a microbiota da mãe, no qual tipos de bactérias distintos são favorecidos e respostas imunes tolerogênicas são transmitidas. Parto cesáreo, antibióticos perinatais e falha em amamentar são os três principais fatores que afetam esse processo de conformação coevoluído. Os achados de um estudo sobre a aquisição de flora e respostas imunes em primatas identificaram diferenças claras na composição da flora bacteriana gastrointestinal e respostas imunes das mucosas de macacos amamentados em comparação com macacos alimentados com fórmulas, com as respostas persistindo na vida adulta.⁶⁴

Além das mudanças mediadas pela flora, componentes individuais do leite materno podem afetar diretamente a programação epigenética da criança.⁶⁵ O efeito adverso de polimorfismos do receptor ativado

por proliferadores de peroxissoma γ sobre a adiposidade e o metabolismo é prevenido pela amamentação, possivelmente devido ao conteúdo do receptor ativado por proliferadores de peroxissoma na modulação de constituintes como ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa e prostaglandinas.⁶⁶ A proteção contra o câncer de mama para as mães que amamentam também pode ser mediada por meio da modulação pelo receptor ativado por proliferadores de peroxissoma.⁶⁶ A lactoferrina, um importante componente do leite materno, liga as bactérias CpG e atenua as respostas do NF-κB à microbiota. Microvesículas, chamadas de exossomos, são secretadas no leite materno, e podem inibir a sensibilização atópica, a depender da experiência imune materna.⁶⁷ Os glóbulos de gordura do leite materno contém vários micro-RNAs secretados, que são modulados pela dieta materna, programados para terem como alvo vários genes no bebê.⁶⁸ Também há evidências de que células-tronco multipotenciais são secretadas no leite materno e podem permanecer nos bebês.⁶⁹

O leite materno humano é, portanto, não apenas um suplemento nutricional perfeitamente adaptado para os bebês, mas provavelmente o medicamento personalizado mais específico que o bebê receberá, oferecido em um momento em que a expressão gênica está sendo ajustada para a vida. Esta é uma oportunidade a conformação de saúde que não deve ser perdida.

de alta renda a amamentação diminui a mortalidade por causas como a enterocolite necrotizante e a síndrome da morte súbita na infância. Evidência disponível mostra que a amamentação melhora o capital humano por meio do aumento da inteligência. Ela também ajuda as lactantes, pois previne o câncer de mama. Adicionalmente, nossa revisão sugere efeitos prováveis sobre a ocorrência de excesso de peso e diabetes entre crianças que são amamentadas e no câncer de ovário e diabetes nas mães. A única consequência negativa da amamentação que detectamos foi um aumento nas cáries dentárias em crianças amamentadas por mais de 12 meses. Em vista dos muitos benefícios da amamentação, essa observação não deve levar à descontinuação da amamentação, mas sim à melhoria da higiene bucal.

Os achados de nossas revisões sistemáticas são restritos pela natureza observacional da maioria dos dados disponíveis sobre amamentação, e pelas limitações das metanálises.^{72,73} Dados experimentais são escassos, pois atividades de promoção da amamentação devem ser altamente efetivas para mudar padrões de alimentação de modo a levar a um efeito mensurável em desfechos em curto e longo prazos. Além disso, pode ocorrer confundimento, pois a amamentação está associada com maior posição socioeconômica em países de alta renda. Nossas revisões incluíram subanálises de estudos com controle rigoroso para confundimento. Sempre que possível, também realizamos análises separadas de estudos em países de baixa e média renda, uma vez que os indivíduos pobres

tenderam a ser amamentados por mais tempo do que os ricos nestes países, uma associação que é inversa em países de alta renda. A interpretação das associações também é afetada pelo fato de que as crianças não amamentadas recebem dietas diferentes em diferentes países - por exemplo, leite animal na maioria das sociedades pobres e fórmula nas populações de média e alta renda. A associação entre amamentação e excesso de peso, por exemplo, é provavelmente afetada pela dieta das crianças que não são amamentadas.

Não existe consenso se a amamentação pode ou não proteger contra o risco posterior de uma criança ter excesso de peso ou diabetes,^{34,38,41} principalmente devido ao potencial confundimento residual. Embora a evidência não seja tão forte quanto para infecções ou inteligência, argumentamos que a evidência que liga a amamentação com a proteção contra excesso de peso e diabetes mais adiante na vida é crescente. Achados de nossas metanálises mostraram que a associação persistiu quando restrita a estudos de alta qualidade, e também quando restrita somente a estudos em cenários de baixa e média renda. A associação parece ser específica – por exemplo, não observamos efeito na pressão arterial ou nas concentrações de lipídios no sangue, para as quais os padrões de confundimento são similares. Finalmente, achados de ensaios randomizados sobre promoção da amamentação indicam uma redução na adiposidade.

Estima-se que a ampliação das práticas de amamentação a níveis quase universais possa prevenir 823.000 mortes anuais, ou 13,8% de todas as mortes

de crianças menores de 24 meses nos 75 países que participam da iniciativa Contagem Regressiva para 2015.⁹ A meta de 95% das crianças menores de 6 meses receberem amamentação exclusiva é ambiciosa, pois atualmente as prevalências nacionais mais altas são 85% em Ruanda e 76% no Sri Lanka. Também usamos uma meta de 90% para amamentação na vida aos 6-23 meses, mas cinco países já têm níveis superiores a esta meta (Nepal, Ruanda, Etiópia, Burundi e Guiné). Reconhecemos que essas metas são ambiciosas, mas as estimativas mostram o número potencial de vidas salvas se as mães e crianças aderissem às recomendações internacionais. Apesar das diferenças nos métodos, nossas estimativas sobre vidas potencialmente salvas são consistentes com aquelas da Série sobre nutrição publicada na revista *The Lancet* em 2013 (804.000 mortes),⁷⁴ entretanto mais elevadas do que aquelas do estudo Carga de Doença Global de 2010 (540.000 mortes),⁷⁵ no qual as suposições e métodos não foram suficientemente detalhados para que fosse possível compreender as razões para a discrepância. A amamentação é potencialmente uma das principais intervenções para reduzir a mortalidade em menores de 5 anos e as mudanças modestas nas taxas de amamentação desde 2000 contribuíram para o fato de que a maioria dos países de baixa e média renda não alcançaram o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, de reduzir a mortalidade na infância em dois terços.⁷⁶ Mostramos que o aumento da amamentação exclusiva deve estar entre as principais prioridades para a redução das mortes de crianças.

Como exemplo do potencial para salvar as vidas de mulheres, estimamos que as taxas de amamentação atuais previnem quase 20.000 mortes por câncer de mama a cada ano, e mais 20.000 são preveníveis a partir da ampliação das práticas de amamentação. Para atingir seu efeito completo, a amamentação deve continuar até a idade de 2 anos. A proteção contra a mortalidade e a morbidade por doenças infecciosas se estende até o segundo ano de vida – por exemplo, a amamentação previne metade das mortes causadas por infecções em crianças de 6-23 meses. A proteção contra otite média, uma doença comum na infância em todo o mundo, também se prolonga ate 2 anos e possivelmente além. Achados de estudos sobre sobrepeso e obesidade mostram que durações mais longas da amamentação estão associadas com risco mais baixo, assim como estudos sobre QI que mostram uma associação dose-resposta clara com a duração. O câncer de

mama é reduzido pela duração da amamentação na vida entre mulheres que amamentaram, com redução de 6% para cada 12 meses.⁵⁰ Achados de pesquisas etnográficas mostram que a duração total da amamentação varia entre 2 e 4 anos na maioria das sociedades tradicionais,⁷⁷ e nossa revisão da literatura fornece suporte às recomendações internacionais sobre a duração total da amamentação, em países de alta e baixa renda.

A disponibilidade de dados sobre padrões de amamentação mostra uma distribuição incomum. Autoridades de saúde e pesquisadores em países de alta renda parecem negligenciar a amamentação até tal ponto que a maioria destes países são incapazes de relatar indicadores confiáveis e padronizados. Essa situação contrasta nitidamente com a alta qualidade dos dados sobre amamentação em países de renda baixa e média, como consequência da condução regular de pesquisas padronizadas como a Demographic and Health Survey (DHS) e o Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS).

Nossos achados mostram como a proteção, a promoção e o apoio à amamentação são essenciais para o alcance de muitos dos recentemente lançados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. A amamentação é claramente relevante para o terceiro objetivo sustentável, que inclui não somente a saúde materna e infantil, mas também doenças não transmissíveis, tais como câncer de mama e diabetes, bem como sobre peso e obesidade. Também é relevante no segundo objetivo (sobre nutrição). O efeito da amamentação na inteligência e no capital humano é relevante para o quarto objetivo (educação), para o primeiro (pobreza) e o oitavo (crescimento econômico inclusivo). Finalmente, por ajudar a diminuir a distância entre ricos e pobres, a amamentação pode contribuir para o décimo objetivo – reduzir as desigualdades.

Contribuição dos autores

CGV e NCR conceberam o artigo. CGV foi o autor principal. Os outros coautores contribuíram com seções específicas: SM (mecanismos biológicos), SH (casos de câncer de mama evitados), NW (vidas de crianças salvas), MJS (metanálise sobre mortalidade infantil), e RB (iniciação precoce da amamentação). AJDB, GVAF e JK coletaram e analisaram os dados. Todos os autores revisaram a versão preliminar e aprovaram a versão final do manuscrito.

Grupo da Série sobre amamentação para The Lancet

Austrália K Allen (Royal Children's Hospital, Parkville, VIC), S Dharmage, C Lodge (University of Melbourne, Parkville, VIC), K G Peres (University of Adelaide, Adelaide, SA); Índia N Bhandari, R Chowdhury, B Sinha, S Taneja (Society for Applied Studies, New Delhi); Brasil Elsa Giugliani (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre), B Horta, F Maia, C L de Mola (Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul); Vietnã N Hajeebhoy (Alive and Thrive, Hanoi); EUA C Lutter (Pan American Health Organization, Washington, DC),

Referências

1. Vahlquist B. Introduction. Contemporary patterns of breast-feeding Report of the WHO Collaborative Study on Breast-feeding. Geneva: World Health Organization, 1981.
2. Jelliff e DB, Jelliff e EFP. Human milk in the modern world. Oxford: Oxford University Press, 1978.
3. Jelliff e DB, Jelliff e EFP. Human milk in the modern world [letter]. BMJ 1978; 2: 1573.
4. Task Force on the Assessment of the Scientific Evidence Relating to Infant-Feeding Practices and Infant Health. Report of the task force on the assessment of the scientific evidence relating to infant-feeding practices and infant health. Pediatrics 1984; 74: 579–762.
5. Rollins NC, et al. Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. Lancet 2016; 387: 491–504.
6. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: definition. Geneva: World Health Organization, 2008.
7. Royston P, Sauerbrei W. Multivariable model-building: a pragmatic approach to regression analysis based on fractional polynomials for modelling continuous variables. Chichester: Wiley, 2008.
8. Walker N, Tam Y, Friberg IK. Overview of the Lives Saved Tool (LiST). BMC Public Health 2013; 13 (suppl 3): S1.
9. Requejo JH, Bryce J, Barros AJ, et al. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. Lancet 2015; 385: 466–76.
10. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality. A systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr 2015; published online Aug 7. DOI:10.1111/apa.13147.
11. Roberts TJ, Carnahan E, Gakidou E. Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. BMC Med 2013; 11: 254.
12. Berger-Achituv S, Shohat T, Garty BZ. Breast-feeding patterns in Central Israel. Isr Med Assoc J 2005; 7: 515–19.
13. Häggkvist AP, Brantsæter AL, Grjibovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. Public Health Nutr 2010; 13: 2076–86.
14. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. Pediatrics 2011; 128: 1117–25.
15. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. Br J Nutr 2008; 99: 1127–32.
16. Labbok M, Taylor E. Achieving exclusive breastfeeding in the united states: findings and recommendations. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee, 2008.
17. Ministere des Solidarites de la Sante et de la Famille, Institut National de la Sante, Institut National de la Sante et la Recherche Medicale. Enquête Nationale Perinatale 2003. Paris: MSSF, 2005.
18. Oakley LL, Henderson J, Redshaw M, Quigley MA. The role of support and other factors in early

- breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 88.
19. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatr* 2010; 10: 20.
20. Almquist-Tangen G, Strömbäck U, Holmén A, et al. Influence of neighbourhood purchasing power on breastfeeding at four months of age: a Swedish population-based cohort study. *BMC Public Health* 2013; 13: 1077.
21. Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization, 2013.
22. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 85–95.
23. Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 38–53.
24. Giugliani EJ, Horta BL, de Mola CL, Lisboa BO, Victora CG. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: a systematic review and meta-analyses. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 20–29.
25. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 62–84.
26. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 54–61.
27. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 30–37.
28. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 14–19.
29. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015; 104: 96–113.
30. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360: 187–95.
31. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2014; 24: 107–15.
32. Neville CE, McKinley MC, Holmes VA, Spence D, Woodside JV. The relationship between breastfeeding and postpartum weight change—a systematic review and critical evaluation. *Int J Obes (Lond)* 2014; 38: 577–90.
33. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355: 451–55.
34. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
35. Holman RC, Stoll BJ, Curns AT, Yorita KL, Steiner CA, Schonberger LB. Necrotising enterocolitis hospitalisations among neonates in the United States. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2006; 20: 498–506.
36. Onyeaso CO, Isiekwe MC. Occlusal changes from primary to mixed dentitions in Nigerian children. *Angle Orthod* 2008; 78: 64–69.
37. Peres KG, Peres MA, Thomson WM, Broadbent J, Hallal PC, Menezes AB. Deciduous-dentition malocclusion predicts orthodontic treatment needs later: findings from a population-based birth cohort study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2015; 147: 492–98.
38. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization, 2013.
39. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al, and the PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285: 413–20.
40. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, et al, and the PROBIT Study Group. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2007; 86: 1717–21.
41. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillman MW, Cook DG. The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 1298–307.

42. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, et al, and the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 578–84.
43. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; 339: 261–64.
44. Richards M, Hardy R, Wadsworth ME. Long-term effects of breast-feeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function. *Public Health Nutr* 2002; 5: 631–35.
45. Martin RM, Goodall SH, Gunnell D, Davey Smith G. Breast feeding in infancy and social mobility: 60-year follow-up of the Boyd Orr cohort. *Arch Dis Child* 2007; 92: 317–21.
46. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 1998; 101: E9.
47. Victora CG, Barros FC, Horta BL, Lima RC. Breastfeeding and school achievement in Brazilian adolescents. *Acta Paediatr* 2005; 94: 1656–60.
48. Horta BL, Bas A, Bhargava SK, et al, and the COHORTS group. Infant feeding and school attainment in five cohorts from low- and middle-income countries. *PLoS One* 2013; 8: e71548.
49. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e199–e205.
50. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr* 2015; 169: e151025.
51. Becker S, Rutstein S, Labbok MH. Estimation of births averted due to breastfeeding and increases in levels of contraception needed to substitute for breast-feeding. *J Biosoc Sci* 2003; 35: 559–74.
52. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD003517.
53. Bobrow KL, Quigley MA, Green J, Reeves GK, Beral V. Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. *Int J Obes (Lond)* 2013; 37: 712–17.
54. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affec Disord* 2015; 171: 142–54.
55. Gura T. Nature's first functional food. *Science* 2014; 345: 747–49. 56 Hooper LV, Littman DR, Macpherson AJ. Interactions between the microbiota and the immune system. *Science* 2012; 336: 1268–73.
56. Mayer EA, Knight R, Mazmanian SK, Cryan JF, Tillisch K. Gut microbes and the brain: paradigm shift in neuroscience. *J Neurosci* 2014; 34: 15490–96.
57. Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010; 107: 11971–75.
58. Azad MB, Konya T, Maughan H, et al. Gut microbiota of healthy Canadian infants: profiles by mode of delivery and infant diet at 4 months. *CMAJ* 2013; 185: 385–94.
59. Yatsunenko T, Rey FE, Manary MJ, et al. Human gut microbiome viewed across age and geography. *Nature* 2012; 486: 222–27.
60. De Leo Z ML, Kalantra KM, Bokulich NA, et al. Human milk glycomics and gut microbial genomics in infant feces show a correlation between human milk oligosaccharides and gut microbiota: a proof-of-concept study. *J Proteome Res* 2015; 14: 491–502.
61. Bourges D, Meurens F, Berri M, et al. New insights into the dual recruitment of IgA+ B cells in the developing mammary gland. *Mol Immunol* 2008; 45: 3354–62.
62. Latuga MS, Stuebe A, Seed PC. A review of the source and function of microbiota in breast milk. *Semin Reprod Med* 2014; 32: 68–73.
63. Ardeshir A, Narayan NR, Mendez-Lagares G, et al. Breast-fed and bottle-fed infant rhesus macaques develop distinct gut microbiotas and immune systems. *Sci Transl Med* 2014; 6: 252ra120.
64. Verduci E, Banderoli G, Barberi S, et al. Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients* 2014; 6: 1711–24.
65. Verier C, Meirhaeghe A, Bokor S, et al, and the Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence (HELENA) Study Group. Breastfeeding modulates the influence of the peroxisome proliferator-activated receptor-gamma (PPARG2) Pro12Ala polymorphism on adiposity in adolescents: the Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence (HELENA) cross-sectional study. *Diabetes Care* 2010; 33: 190–96.
66. Torregrosa Paredes P, Gutzeit C, Johansson S, et al. Differences in exosome populations in human breast milk in relation to allergic sensitization and lifestyle. *Allergy* 2014; 69: 463–71.
67. Munch EM, Harris RA, Mohammad M, et al. Transcriptome profiling of microRNA by Next-Gen

- deep sequencing reveals known and novel miRNA species in the lipid fraction of human breast milk. *PLoS One* 2013; 8: e50564.
68. Hassiotou F, Hartmann PE. At the dawn of a new discovery: the potential of breast milk stem cells. *Adv Nutr* 2014; 5: 770–78.
69. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva: World Health Organization, 1989.
70. World Health Organization. Essential Nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: World Health Organization, 2013.
71. Greenland S. Can meta-analysis be salvaged? *Am J Epidemiol* 1994; 140: 783–87.
72. Bailar JC 3rd. The promise and problems of meta-analysis. *N Engl J Med* 1997; 337: 559–61.
73. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382: 427–51.
74. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224–60.
75. Requejo J, Bryce J, Victora CG, and the Countdown to 2015 writing team. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. New York: UNICEF and the World Health Organization, 2014.
76. Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Macadam PS, Dettwyler KA, eds. *Breastfeeding: biocultural perspectives*. New York: Walter de Gruyter, Inc; 1995: 39–73.

A licença-maternidade e sua influência sobre a amamentação exclusiva

Maternity leave and its influence on exclusive breastfeeding

Sonia Isoyama Venancio^I

Marina Ferreira Rea^{II}

Silvia Regina Dias Médici Saldíva^{III}

"According to Winnicot: 'there is no such thing as a baby; there is a baby and someone'.

In view of the marked neurologic, physiologic, and psychosocial dependence of the infant upon its mother and the potentially adverse impact of a premature separation, the implications of a brief or nonexistent maternity leave are indeed disturbing¹⁴."

Resumo

Introdução: Amamentar é um direito que a sociedade deve garantir a toda mulher e a toda criança, inclusive quando a mulher tem um trabalho remunerado. As leis trabalhistas de proteção à amamentação podem desempenhar função importante para que a amamentação exclusiva seja praticada até o sexto mês de vida dos bebês, conforme recomendam a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde.

Objetivo: Analisar a relação entre licença-maternidade e prevalência da amamentação exclusiva em menores de seis meses. Foram analisados dados de inquérito epidemiológico sobre nutrição infantil, realizado em 77 municípios do Estado de São Paulo na campanha de vacinação de 2008, usando um mesmo questionário e procedimentos de análise padrão.

Resultados: Das 15.315 crianças menores de seis meses analisadas, 37,2% estavam em amamentação exclusiva. A análise de prevalência, segundo a situação de trabalho das mães no momento da entrevista, revelou maior porcentual de amamentação exclusiva – AME – entre aquelas que estavam sob licença-maternidade (54,6%) e menor porcentual entre aquelas que estavam trabalhando fora, sem usufruir da licença (25,6%). A escolaridade materna não interferiu nesses resultados. **Conclusão:** Ampliar as possibilidades da mulher, particularmente com emprego pago, de permanecer ao lado de seu filho nos primeiros meses de vida é mais um direito da criança a ser respeitado; as ações de proteção à amamentação exclusiva até o sexto mês e, entre elas, o direito à licença-maternidade, têm nisso função relevante.

Palavras-chave: Amamentação; direitos reprodutivos; licença-maternidade; mulher e trabalho

Abstract

Background: Breastfeeding is a right that society should guarantee to all women and children, including those with a paid employment. The labor legislation for maternity protection might be important to practice exclusive breastfeeding (EBF) for six months after birth, as recommended by the World Health Organization and the Brazilian Minister of Health. **Objective:** to analyze the relationship between the maternity leave and EBF prevalence in infants below six months. **Methods:** A survey on infant feeding was carried out in 77 municipalities of São Paulo State, during the 2008 National Children Vaccination Day, using a standard simple questionnaire and analytical procedures. **Results:** Among 15,315 children below six months analyzed, 37.2% were EBF. According to current mothers' employment, it was found more infants EBF from mothers with maternity leave (54.6%) compared to those that declared be employed but without be entitled to maternity leave (25.6%). Mother's education did not modify those results. **Conclusions:** Providing opportunities to women, particularly in paid job, to keep their infants together during the first months of life is another children's right to be respected; actions to protect exclusive breastfeeding for 6 months including the right to paid maternity leave is essential to achieve this practice.

Key words: Breastfeeding; reproductive rights; maternity leave; working women

^ISonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica VI e assistente técnica de direção do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. É membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno.

^{II}Marina Ferreira Rea (marinarea@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III}Silvia Regina Dias Médici Saldíva (smsaldiva@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica V e diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

A Declaração dos Direitos da Criança, aprovada em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1959, esclarece, no 4º princípio, que “todas as crianças têm direito a crescer com saúde e que toda criança tem direito a alimentação, habitação, recreação e assistência médica”¹¹.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990) reitera esse princípio no primeiro capítulo, o qual dispõe sobre o Direito à Vida e à Saúde: “Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento saudável e harmonioso, em condições dignas de existência”¹.

Este artigo trata de uma ação imprescindível para a garantia do direito à vida e à saúde das crianças: o direito à amamentação, através de leis trabalhistas que assegurem o direito da mulher trabalhadora de amamentar seu filho.

A relação entre o aleitamento materno (AM) e a saúde infantil está amplamente documentada na literatura. O aleitamento materno é a estratégia que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher⁵.

Com base em evidências científicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda amamentação exclusiva até os seis meses e manutenção do AM, junto de alimentos complementares, por dois anos ou mais¹⁵.

Apesar dos reconhecidos benefícios da amamentação, sua prática teve declínio em todo o mundo e também em nosso país.

Venancio e Monteiro analisaram a situação da amamentação em amostra representativa do Brasil, a partir do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), realizado entre 1974 e 1975. Essa análise mostrou duração mediana de apenas 2,5 meses e sua comparação com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, de 1989, identificou uma tendência ascendente da amamentação no Brasil entre 1974 e 1989, com sua duração mediana aumentando para 5,5 meses¹².

As Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde, realizadas em 1986, 1996 e 2006, permitem verificar avanços na prática de amamentação no País. A amamentação exclusiva, verificada em somente 3,6% das crianças menores de quatro meses em 1986, passa à duração mediana de 1,1 meses e 1,4 meses em 1996 e 2006, respectivamente^{2,6,10}.

As Pesquisas de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras, coordenadas pelo Ministério da Saúde em 1999 e 2008, mostram um aumento de 35,5% para 51,2% da amamentação exclusiva (AME) em menores de quatro meses e um aumento da duração mediana da amamentação de 10 meses para 11,2 meses³.

Embora esses inquéritos apontem para uma tendência crescente da amamentação no Brasil, também mos-

tram que se está distante das recomendações da OMS e Ministério da Saúde. Essa constatação remete à reflexão sobre a importância política de proteção, promoção e apoio ao aleitamento.

No Brasil, com a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981, iniciou-se uma intensa campanha pró-amamentação na mídia, além de uma proposta de atuação abrangente em diversos setores⁷. No contexto da política de saúde, a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são ações prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/ DAPES/ SAS do Ministério da Saúde e fazem parte do conjunto de estratégias para a redução da mortalidade infantil. Esse foi um compromisso assumido pelo Brasil tanto no plano internacional (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio) como nacional, por meio do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Pacto pela Vida, Programa Mais Saúde e, mais recentemente, do Termo de Compromisso firmado entre o Governo Federal e Estadual da Região Nordeste e Amazônia Legal como estratégia de redução das desigualdades regionais.

São consideradas ações estratégicas: a promoção do aleitamento no âmbito da Atenção Básica (Rede Amamenta Brasil), no atendimento hospitalar (Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Método Canguru), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, as campanhas (Semana Mundial da Amamentação e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano), o acompanhamento da situação nacional da amamentação e a proteção legal ao aleitamento materno. No tocante à proteção legal, merece destaque a existência, desde 1988, da Norma Brasileira de Comercialização dos Alimentos para Lactentes (NBCAL), tornada Lei 11.265 em 2006, que protege o aleitamento materno contra o *marketing* não ético de produtores e distribuidores de produtos que interferem nessa prática. E destaca-se, também, a legislação trabalhista de proteção à maternidade. Essa legislação assegura, entre outros benefícios, licença-maternidade de 120 dias, licença-paternidade de cinco dias, garantia da manutenção do vínculo de trabalho de grávidas, direito às presidiárias de permanecer com os filhos durante o período de amamentação, berçário ou creche no lugar de trabalho e pausas para amamentar durante a jornada.

A influência negativa do trabalho sobre a prática da amamentação, especialmente a amamentação

exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança, vem sendo objeto de debate nacional, em razão da proposta de extensão da licença-maternidade para 180 dias.

Para contribuir com o debate, propõe-se, neste artigo, analisar a influência da licença-maternidade sobre a prevalência de amamentação exclusiva, com base em dados coletados no Estado de São Paulo por ocasião da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em 2008.

Métodos

A II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal caracteriza-se como um inquérito epidemiológico de corte transversal, realizado durante a segunda etapa da campanha de vacinação de 2008, cujo objetivo foi analisar as práticas alimentares de menores de um ano³.

No Estado de São Paulo, houve adesão espontânea à pesquisa de 77 municípios de diferentes regiões. Profissionais de saúde desses municípios participaram de uma oficina com duração de 8 horas, cujo produto foi a capacitação para a realização de todas as etapas da pesquisa. Os participantes receberam manuais de apoio contendo todas as orientações para os coordenadores municipais, supervisores de campo e entrevistadores.

O questionário, aplicado a todos os acompanhantes de menores de um ano, era composto por questões sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos – incluindo água, chás e outros líquidos – nas últimas 24 horas, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre amamentação. Além disso, foram coletadas informações sobre características maternas, como escolaridade e trabalho, entre outras³.

Os municípios realizaram a digitação dos dados em um aplicativo informatizado *on-line*, que gerou relatórios segundo os indicadores propostos pela OMS. O conjunto das informações foi analisado utilizando-se o programa SPSS 13.0.

Neste artigo, foram analisadas informações sobre menores de seis meses, sendo considerados em amamentação exclusiva aqueles que recebiam somente leite materno, sem água, chá ou outros líquidos/alimentos.

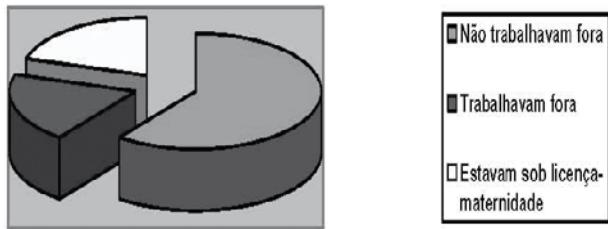
A situação das mães em relação ao trabalho foi caracterizada segundo as categorias: “estar em licença maternidade”, “estar trabalhando fora de casa” e “não estar tra-

lizando fora de casa” no momento da entrevista. As mães foram também caracterizadas segundo a escolaridade: “até 8 anos de estudo” e “8 anos de estudo ou mais”.

Resultados

Foram incluídas na análise 15.315 menores de seis meses, residentes em 77 municípios do Estado de São Paulo. A prevalência de amamentação exclusiva de zero a seis meses foi de 37,2%, em média, no conjunto dos municípios da amostra analisada. Nessas cidades, a situação de trabalho das mães dessas crianças revelou que 53,2% delas não estavam trabalhando fora de casa no momento da entrevista; 17,2% estavam trabalhando fora e 17,8% estavam sob licença-maternidade (Figura 1).

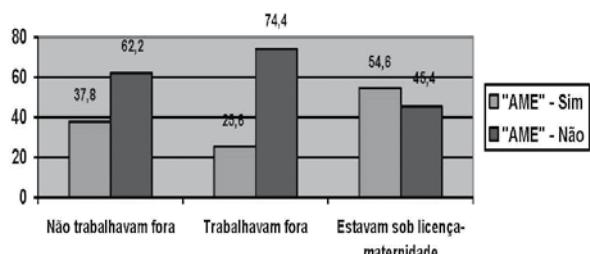
Figura 1. Distribuição das mães segundo a situação de trabalho em 77 municípios paulistas, 2008



A análise de prevalência da amamentação exclusiva, segundo a situação de trabalho das mães no momento da entrevista, revelou maior porcentual de AME entre aquelas que estavam sob licença-maternidade (54,6%) e menor porcentual entre aquelas que estavam trabalhando fora (25,9%), conforme a Figura 2.

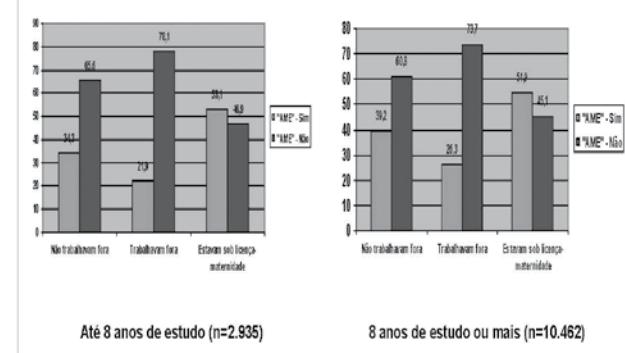
Quanto à escolaridade das mães, observa-se a seguinte distribuição: 19,6% tem menos de 8 anos de estudo e 69,7% tem 8 anos ou mais de escolaridade.

Figura 2. Prevalência de AME segundo trabalho materno em 77 municípios paulistas, 2008



Analisa-se, então, a influência da situação de trabalho sobre o AME segundo anos de estudo das mães. A Figura 3 mostra que houve maior prevalência do AME entre as mães que estavam sob licença-maternidade em ambas as cate-

Figura 3. Prevalência de AME segundo trabalho e escolaridade de materna em 77 municípios paulistas, 2008



gorias de escolaridade materna, ou seja, amamenta-se exclusivamente nos primeiros seis meses de vida da criança, independentemente do grau de escolaridade materna.

Discussão

A principal limitação desse estudo diz respeito à não representatividade da amostra em relação à população do Estado de São Paulo, por se tratar de uma amostra não probabilística de municípios que optaram pela realização da pesquisa. Em que pesem as implicações desse fato no tocante à estimativa da prevalência do AME, a análise da influência da licença-maternidade foi feita em conjunto expressivo de crianças, residentes em 77 municípios de diferentes regiões do Estado. Por outro lado, o estudo está limitado também no que diz respeito à não inclusão de um mosaico que represente as mulheres trabalhadoras e suas diferentes ocupações – este não foi seu objetivo, mas sim buscar mulheres-mães de crianças menores de 12 meses e estudar as práticas de alimentação infantil.

Inicialmente, vale ressaltar que, de fato, nos 77 municípios estudados, trabalhar fora de casa leva a interromper com mais frequência o aleitamento materno exclusivo: se, em média, encontra-se, no total das mães analisadas, a prevalência de AME de 0-6 meses é de 37,2%, quando se avalia somente aquelas mães que já estão trabalhando fora, essa prevalência cai para 25,6%. E trabalhando fora, mas recebendo o benefício da licença-maternidade, as mulheres amamentam mais (55,6%). Esses dados devem ser reconsiderados pelos elaboradores de políticas públicas que sabem da importância de amamentar exclusivamente até seis meses de vida.

As ações pró-aleitamento materno devem levar em conta o crescimento da mão de obra feminina observado no Estado de São Paulo, especialmente na última déca-

da. Um estudo realizado pela Fundação Seade registrou, no Estado de São Paulo, um crescimento no emprego feminino. Tal movimento decorreu, em especial, da ampliação de empregos nos grupos de trabalhadoras dos serviços de limpeza e outros, e dos serviços administrativos, sendo que estes passaram a ser, em 2000, ocupado majoritariamente por mulheres. Esses dois grandes grupos – que se caracterizam por reunir as ocupações tradicionalmente desempenhadas por mulheres – respondiam por cerca da metade do contingente de mulheres assalariadas. Além disso, em algumas regiões, esse emprego cresceu mais, particularmente nas Regiões Administrativas de Barretos (21,9%), São José do Rio Preto (16,5%) e Franca (16,0%), tornando-se muito superior à média estadual (9,1%). As ocupações acima descritas não costumam ser impeditivas para a decisão da mulher de tornar-se mãe e, sendo formais, permitem à mulher o benefício da licença-maternidade de quatro meses⁸.

Este estudo pôde identificar que a prevalência de AME em crianças de 0 a 6 meses, nos municípios analisados do Estado de São Paulo, foi mais baixa que aquela identificada no país na PNDS/2006 (39,8%)² e no conjunto das capitais brasileiras em 2008 (41%)³. Isso pode estar relacionado, entre outros fatores, com o fato de mais mulheres estarem na força de trabalho no Estado de São Paulo, comparado ao resto do País.

Nossos dados são semelhantes aos de Vianna et al.: em inquérito realizado no Estado da Paraíba, também em uma campanha de vacinação com 11.076 menores de um ano de 70 municípios, a prevalência de amamentação exclusiva foi de 22,4% em crianças de 0-4 meses e foi significativamente maior entre as mães que trabalhavam fora e que tiveram licença-maternidade¹³.

Ao analisar a influência da escolaridade das mulheres, não se verificou maior prevalência de AME entre as mães que estavam sob licença-maternidade e tinham maior escolaridade. Sabe-se que no Estado a proporção de trabalhadoras com grau superior completo, em relação ao total de ocupadas, está mais presente na Região Metropolitana da Grande São Paulo (22,7%), na Baixada Santista (18,8%) e na Regional de Presidente Prudente (18,0%). Foge ao escopo deste trabalho analisar se foi diferente a prática de AME em trabalhadoras de municípios dessas regiões apontadas, pois tal avaliação requer futuras análises desses dados⁸.

Desde 2001, quando a OMS passou a recomendar a amamentação exclusiva por seis meses¹⁵, expôs-se so-

bre a necessidade de assegurá-la, entre trabalhadoras formais, por meio da licença-maternidade de 180 dias. Porém, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) permanece recomendando a licença-maternidade paga por 14 semanas, mostrando incoerência entre os dois órgãos das Nações Unidas.

No Brasil, desde 1988, a Constituição assegura o direito à licença-maternidade de 120 dias, o que pode ser considerado, à época, um avanço e uma conquista dos movimentos sociais. O debate acerca da necessidade de ampliação do período da licença-maternidade em nosso país intensificou-se nos últimos anos. Atualmente, a licença-maternidade de seis meses existe em alguns setores do serviço público e é opcional na iniciativa privada. As empresas que desejam estender de quatro para seis meses o período de licença de suas funcionárias podem aderir a um programa de incentivos fiscais (Lei 11.770/08). Um levantamento da Sociedade Brasileira de Pediatria, realizado em 2009, identificou adesão à proposta de aumento do período da licença-maternidade entre servidoras públicas no DF, 22 Estados e 137 municípios brasileiros⁹.

Durante a elaboração deste artigo, o Senado Federal aprovou (em 3/08/2010), em segundo turno, a obrigação de concessão de licença-maternidade de seis meses, inclusive na iniciativa privada. A proposta seguiu para a Câmara e precisa ser aprovada em dois turnos, com 308 votos. Se o texto não for modificado na Câmara, seguirá para promulgação. Se sofrer alteração, o projeto volta ao Senado para nova votação. Espera-se desfecho favorável dessa votação, pois os resultados deste estudo mostram que a ampliação da licença-maternidade poderá ter impacto positivo sobre os índices de aleitamento materno no País.

Entretanto, ainda se encontram objeções à licença-maternidade paga. Mesmo em nosso país, seu aumento para seis meses não é unanimidade, assim como não foram os 120 dias concedidos em 1988. Contesta-se, por exemplo, se a licença-maternidade paga não ameaçaria a competição por um mesmo emprego entre mulheres e homens; os empregadores poderiam criar mecanismos de identificar grávidas à admissão, ou mesmo coibir essas mulheres a não engravidar quando já empregadas. Os empregadores questionam se a ausência das empregadas por várias semanas não as levaria a perder sua habilidade na ocupação⁴.

Há também uma série de facilidades que têm sido progressivamente adicionadas aos locais de trabalho,

mesmo que estes não sejam obrigados ou não possam cumprir a lei (como as pequenas empresas com poucas mulheres em idade reprodutiva): são os horários flexíveis de saída e entrada no trabalho, as salas de apoio à amamentação para retirada de leite e estoque e as iniciativas individuais, como férias ou mesmo redução da jornada de trabalho para tempo parcial. Todas essas providências, que tornariam o local de trabalho mais “amigável” à amamentação, substituiriam a licença maternidade paga? Esse é um tema em discussão hoje nos Estados Unidos, onde os direitos humanos e os direitos comerciais muitas vezes colidem.

Concluindo, acredita-se que os avanços alcançados por vários países do mundo, inclusive o Brasil, não podem ser perdidos. Eles permitem uma licença-maternidade paga, garantindo que a mulher trabalhadora possa permanecer com seu filho nos momentos mais importantes de sua vida e, assim, amamentá-lo. De acordo com Calnen, uma mulher e seu bebê necessitam estar juntos por vários meses após o nascimento, quando a maior parte do cérebro da criança se desenvolve e ela é profundamente dependente de sua mãe, emocional e fisiologicamente⁴. Impedir essa proximidade por exigências pecuniárias da sociedade nos parece inadequado, pois isso estará, no mínimo, em desacordo com os diversos Pactos realizados pelo País em favor do direito da criança.

Referências

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8060.htm
2. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.195-212. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_criancamulher.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, 2009. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
4. Calnen G. Paid Maternity Leave and Its Impact on Breastfeeding in the United States: An Historic, Economic, Political, and Social Perspective. *Breastfeeding Medicine* 2007 Mar; 2(1): 34-44.
5. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003 Jul; 362(9377): 65-71.
6. Monteiro CA. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. *Cadernos de Políticas Sociais, Série Documentos para Discussão*, 1. Brasília: UNICEF; 1997.
7. Rea MF. The Brazilian national breast-feeding program: a success story. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31 (Suppl 1):79-82; Discussion 83-4.
8. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Analise de dados. [Acesso em 16/09/2010]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/master>.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. [Acesso em 25/08/2009]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=17&id_detalhe=2175&tipo_deta.
10. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
11. UNICEF. Declaração Universal dos Direitos da Criança. UNICEF; 1959.
12. Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiologia* 1998; 1(1):40-49.
13. Vianna RT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2403-09.
14. Winnicott DW. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: studies in the theory of emotional development*. International Universities Press: New York; 1965.
15. World Health Organization. Resolution 54.2. Infant and young child nutrition. Geneva; 2001. Disponível em: <http://www.babymilkaction/regs/res542.html>



PT



Entrar

[Órgãos do Governo](#)[Acesso à Informação](#)[Legislação](#)[Acessibilidade](#)

> [Assuntos](#) > [Saúde Brasil](#) > [Eu quero me alimentar melhor](#) > [Notícias](#) > [2017](#) > [A importância da amamentação até os seis meses](#)

EU QUERO ME ALIMENTAR MELHOR

A importância da amamentação até os seis meses

Quando se fala em amamentação, o foco é sempre a saúde do bebê, mas é preciso dizer que a mãe também recebe diversos benefícios

Publicado em 04/08/2017 00h00 Atualizado em 26/01/2022 15h38

Compartilhe:



Aleitamento materno reduz em 13% a mortalidade até os cinco anos, evita diarreia e infecções respiratórias, diminui o risco de alergias, diabetes, colesterol alto e hipertensão, leva a uma melhor nutrição e reduz a chance de obesidade. Além disso, o ato contribui para o desenvolvimento da cavidade bucal do pequeno e promove o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê.

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) trabalham durante o Mês do Aleitamento Materno para promover a importância do leite da mãe, que deve ser o alimento exclusivo do bebê nos primeiros seis meses de vida, e que traz diversos benefícios aos pequenos e suas mamães.



Trecho de frase da entrevista

"Os benefícios de amamentar até os seis meses são muitos, tanto para a criança quanto para a mãe. E estamos descobrindo ganhos ainda mais duradouros que se refletem ao longo de toda a vida", aponta Fernanda Monteiro, coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. "Por meio do leite, a mãe passa ao bebê vários anticorpos que são extremamente importantes para a saúde dele", completa.

"Muitos estudos mostram que o bebê que é amamentado acaba apresentando maior escolaridade, o que impacta diretamente no desenvolvimento do país. O leite materno também garante à criança que ela cresça com menos riscos de hipertensão, diabetes e colesterol alto, por exemplo, trazendo uma evolução para a saúde pública como um todo", explica a coordenadora.

"Quando se fala em aleitamento materno, o foco é sempre a saúde do bebê, mas é preciso dizer que a mãe também recebe diversos benefícios. Amamentar até os seis meses diminui o risco de câncer de mama na mulher e ajuda no pós-parto, já que o útero se contrai e volta ao tamanho normal mais rapidamente", finaliza Fernanda Monteiro.

Mães devem amamentar até os dois anos ou mais e de forma exclusiva até o sexto mês



Semana Nacional de Amamentação 2018

Com o slogan *Amamentação é a Base da Vida*, a nova campanha de aleitamento, lançada em 27 de julho, em alusão à Semana Mundial da Amamentação (1º a 7 de agosto), reforça a importância do leite materno para o desenvolvimento das crianças até dois anos e exclusivo até os seis meses de vida, orientação preconizada pela OMS. Além de reduzir em 13% a mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos, a amamentação materna também reduz casos de diarreia, infecções respiratórias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade.

Para o ministro da Saúde, Gilberto Occhi, é preciso incentivar a amamentação assim como a doação de leite também. "Quanto mais tempo as crianças são amamentadas, mais elas adquirem resistência às doenças. A mulher que amamenta tem benefícios para sua saúde. Peço que as mães, além de amamentar, também doem leite, que é fundamental para crianças que necessitam de leite materno. Estamos trabalhando para ampliar o número de salas de amamentação nas empresas e dentro dos nossos serviços de saúde", destacou o ministro.

[» Confira a matéria completa do Portal da Saúde sobre a Semana Nacional de Amamentação](#)

Salas de Apoio à Amamentação

com capacidade de beneficiar até 140 mil mulheres. Em 2014, eram 16 salas de apoio à amamentação.

As Salas de Apoio à Amamentação são locais simples e de baixo custo para as empresas, onde a mulher pode retirar o leite durante a jornada de trabalho e armazená-lo corretamente para que, ao final do expediente, possa levá-lo para casa e oferecê-lo ao bebê.

 distribuição de salas de amamentação no país

Bancos de leite humano

Os Bancos de Leite Humano (BLH) são uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade infantil. Atualmente, o Brasil conta com 221 bancos de leite e 188 postos de coleta, além da coleta domiciliar. Todos os estados brasileiros possuem, pelo menos, um BLH. Desde 2011, mais de oito milhões de mulheres receberam algum tipo de assistência dentro da rede de bancos de leite humano.



 botão assista ao vídeo da campanha

Categoria

Saúde e Vigilância Sanitária

Compartilhe:   

**Realizar Inscrição no
INSS**

**Obter a Carteira de
Trabalho**



Brasil

 Página

Aleitamento materno

O leite materno tem tudo de que o bebê precisa até o sexto mês de vida. Quando recebe só leite materno, não precisa consumir chá, sucos ou água. O leite materno já contém a água de que o bebê necessita, mesmo em locais muito quentes.



© UNICEF/UNI235510/Willocq



ACREDITE! VOCÊ TEM O PODER DA MUDANÇA.

DOE AGORA

essa idade, deverá ser dada alimentação complementar apropriada, mas a amamentação deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais.

Amamentar os bebês imediatamente após o nascimento pode reduzir a mortalidade neonatal – aquela que acontece até o 28º dia de vida.

O aleitamento materno na primeira hora de vida é importante tanto para o bebê quanto para a mãe, pois, auxilia nas contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragia. E, além das questões de saúde, a amamentação fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Amamentação garante saúde ao bebê e à mãe

Bebês que são amamentados ficam menos doentes e são mais bem nutridos do que aqueles que ingerem qualquer outro tipo de alimento.

Utilizar substitutos do leite materno, como fórmulas infantis ou leite de outros animais, pode ser um grande risco para a saúde do bebê. Isso ocorre principalmente quando os pais não podem comprar os substitutos na quantidade necessária ou quando a água que utilizam para preparar o alimento não é limpa o suficiente.

Quase todas as mães conseguem amamentar com sucesso. Aquelas que não possuem confiança para amamentar precisam do estímulo e do apoio prático do pai da criança, bem como da família e dos amigos. Agentes de saúde, organizações femininas, a mídia e os empregadores também podem oferecer o seu apoio.

Todos devem ter acesso às informações sobre os benefícios do aleitamento materno. É obrigação de cada governo fazer com que as pessoas tenham acesso a essas informações.





ACREDITE! VOCÊ TEM O PODER DA MUDANÇA.

DOE AGORA

- O leite materno é o melhor alimento que um bebê pode ter. É de fácil digestão e promove um melhor crescimento e desenvolvimento, além de proteger contra doenças. Mesmo em ambientes quentes e secos, o leite materno supre as necessidades de líquido de um bebê. Água e outras bebidas não são necessárias até o sexto mês de vida. Dar ao bebê outro alimento, que não o leite materno, aumenta o risco de diarreia ou outra doença.
- Existe o risco da mulher que tem HIV passar o vírus para seu bebê durante a amamentação. Mulheres que vivem com HIV/aids, ou que suspeitem ter o vírus, devem procurar auxílio médico para ser testadas, aconselhadas e orientadas sobre como proceder para evitar a contaminação da criança. A mãe com status positivo para o HIV não pode amamentar, mas o bebê pode tomar a fórmula infantil, que é de graça, em uma situação aconchegante, com a mesma atenção e carinho.
- Bebês recém-nascidos devem ficar perto de suas mães e devem ser amamentados na primeira hora após o parto. O colostro, o leite amarelado e grosso que a mãe produz nos primeiros dias após o nascimento, é o alimento ideal para recém-nascidos. É muito nutritivo e ajuda a proteger o bebê contra infecções. O bebê não precisa de nenhum outro alimento enquanto espera que a mãe produza mais leite.
- A amamentação frequente faz com que a mãe produza mais leite. Quase toda mãe é capaz de amamentar com sucesso. No entanto, muitas mães precisam ser encorajadas e ajudadas para que possam começar a amamentar.
- O aleitamento materno protege bebês e crianças pequenas de doenças perigosas. O leite materno é a primeira ‘vacina’ do bebê. A amamentação também é responsável por criar um laço maior entre mãe e filho.
- A utilização de mamadeiras pode levar a doenças e à morte. Se uma mulher não puder amamentar o seu filho, ele deve ser alimentado com leite materno, ou um substituto, em um copo normal, limpo. Mesmo os recém-nascidos podem ser alimentados com um copo aberto, que pode ser limpo mais facilmente.
- A partir dos seis meses, os bebês precisam de uma alimentação variada, n.º 1. O aleitamento materno deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou





ACREDITE! VOCÊ TEM O PODER DA MUDANÇA.

DOE AGORA

- A mulher que trabalha fora pode continuar a amamentar. Se não for possível estar com o filho durante as suas horas de trabalho, ela deve amamentá-lo sempre que estiverem juntos. O aleitamento frequente vai garantir a produção de leite. Quando a mulher não puder amamentar em seu local de trabalho, ela deve retirar o leite de duas a três vezes por dia e conservá-lo em um recipiente limpo.
- A mãe que amamenta precisa de uma maior quantidade de alimentos e líquidos. Assim supre suas necessidades e produz leite em quantidade e qualidade adequadas ao bebê. Ela precisa comer frutas, verduras, carnes, miúdos, legumes, feijão e arroz, que possuem os nutrientes e vitaminas de que precisa. Deve beber bastante líquido: chás, água, sucos ou leite. Isso ajuda a produzir leite. E não deve consumir álcool, fumo e outras drogas, nem tomar medicamentos sem receita médica.

Amamentação é um direito garantido por lei.

Todas as mães têm o direito de amamentar seus filhos. No trabalho, em casa e até quando estão privadas de liberdade, elas têm direito a alimentar o seu filho no peito. O aleitamento materno é também um direito da criança. Segundo o artigo 9º do Estatuto da Criança e do Adolescente, é dever do governo, das instituições e dos empregadores garantir condições propícias ao aleitamento materno.

Saiba mais

Vídeo

Miniaula com especialistas – Amamentação

Especialista em amamentação responde algumas perguntas e as dúvidas mais comuns sobre o aleitamento materno.





PT



Entrar

[Órgãos do Governo](#)[Acesso à Informação](#)[Legislação](#)[Acessibilidade](#)

> [Assuntos](#) > [Saúde Brasil](#) > [Eu quero me alimentar melhor](#) > [Notícias](#) > [2017](#) > [Aleitamento materno beneficia mãe e bebê](#)

EU QUERO ME ALIMENTAR MELHOR

Aleitamento materno beneficia mãe e bebê

Recomendação da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde é de aleitamento materno até os dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva até o sexto mês de vida do bebê

Publicado em 11/08/2017 00h00 Atualizado em 26/01/2022 17h04

Compartilhe:



Acada ano que passa aumenta a conscientização da sociedade sobre a importância da amamentação até os dois anos ou mais, sendo exclusiva até os seis meses de idade do bebê. A criança que recebe o leite da mãe no primeiro semestre de vida não precisa de qualquer outra fonte de alimento, nem mesmo água.

A amamentação exclusiva passou de 3% em 1986 para 41% em 2008. A meta mundial é de alcançar 50% de **aleitamento materno** exclusivo até 2025. "Estamos comemorando a Semana Mundial da Amamentação com o intuito de envolver toda a sociedade nesta causa. Ao longo dos 26 anos de campanha, percebemos que as mães têm se conscientizado e o resultado disso são as taxas de aleitamento materno exclusivo que aumentaram", aponta Fernanda Monteiro, coordenadora das ações de Aleitamento Materno do Ministério

Sai

[CONTEÚDO](#) 1

[PÁGINA INICIAL](#) 2

[NAVEGAÇÃO](#) 3

[BUSCA](#) 4

[MAPA DO SITE](#) 5

saúde, principalmente durante o pré-natal, na conscientização das mulheres.

Aleitamento materno para geração de vínculo

Maria Emilia Rodrigues Miranda, 39 anos, tem três filhos mas só conseguiu oferecer a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses ao terceiro filho. "Nas duas primeiras gestações eu trabalhava e não tive o privilégio da licença maternidade, então tive de introduzir outros alimentos antes. Com o terceiro filho, hoje com um ano e quatro meses, foi diferente. Mãe, avós e tias me passaram a importância do aleitamento materno exclusivo e percebi o quanto foi interessante, tanto para mim quanto para o bebê. O vínculo entre nós dois está ainda maior", explica.

A professora Maria Elvira Oliveira de Jesus, 36 anos, obteve informações importantes antes mesmo do bebê nascer. "Já recebi a orientação da amamentação exclusiva desde o início, no atendimento no hospital, durante o pré-natal, mas também de alguns parentes e na mídia, que hoje ajuda bastante. Muitos estranharam essa questão de o bebê não precisar nem mesmo de água, mas o leite tem tudo o que a criança necessita", ensina Maria Elvira. "A amamentação exclusiva acalenta e acalma o bebê e é algo que vai além da nutrição. Ela gera um vínculo que toda mãe tem de experimentar. É um sentimento único, difícil de explicar, e que traz benefícios tanto para as mulheres quanto para os filhos."

É importante lembrar que a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde é de amamentar com leite materno até os dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva até o sexto mês de vida do bebê.

[Leia mais Mitos e verdades sobre amamentação](#)



Semana Nacional de Amamentação 2018

Com o slogan *Amamentação é a Base da Vida*, a nova campanha de aleitamento materno, lançada em 27 de julho, em alusão à Semana Mundial da Amamentação (1º a 7 de agosto), reforça a importância do leite materno para o desenvolvimento das crianças até dois anos e exclusivo até os seis meses de vida, orientação preconizada pela OMS. Além de reduzir em 13% a mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos, o aleitamento materno também reduz casos de diarreia, infecções respiratórias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade.

Para o ministro da Saúde, Gilberto Occhi, é preciso incentivar a amamentação assim como a doação de leite também. "Quanto mais tempo as crianças são amamentadas, mais elas adquirem resistência às doenças. A mulher que amamenta tem benefícios para sua saúde. Peço que as mães, além de amamentar, também doem leite, que é fundamental para crianças que necessitam de leite materno. Estamos trabalhando para ampliar o número de salas de amamentação nas empresas e dentro dos nossos serviços de saúde", destacou o ministro.

Outro passo importante foi o aumento do número de implantações, por empresas privadas e públicas, de Salas de Apoio à Amamentação. Atualmente, o país possui 200 salas certificadas pelo Ministério da Saúde, com capacidade de beneficiar até 140 mil mulheres. Em 2014, eram 16 salas de apoio à amamentação.

As Salas de Apoio à Amamentação são locais simples e de baixo custo para as empresas, onde a mulher pode retirar o leite durante a jornada de trabalho e armazená-lo corretamente para que, ao final do expediente, possa levá-lo para casa e oferecê-lo ao bebê.

Bancos de leite humano

Os Bancos de Leite Humano (BLH) são uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade infantil. Atualmente, o Brasil conta com 221 bancos de leite e 188 postos de coleta, além da coleta domiciliar. Todos os estados brasileiros possuem, pelo menos, um BLH. Desde 2011, mais de 8 milhões de mulheres receberam algum tipo de assistência dentro da rede de bancos de leite humano.

Assista ao vídeo da campanha:



Categoria

Saúde e Vigilância Sanitária

Compartilhe:   

Serviços que você acessou



News

Why increasing breastfeeding prevalence is 'essential'



July 20, 2018 – In the wake of a U.S. attempt to derail a recent international effort to encourage breastfeeding as a better option than breast milk substitutes, and looking ahead to [World Breastfeeding Week](#) (Aug. 1–7), Harvard T.H. Chan School of Public Health's [Ana Langer](#) discusses the health benefits of breastfeeding, its low prevalence, and why there should be greater efforts to promote it.

Q: At a recent United Nations meeting, Trump administration officials tried, unsuccessfully, to water down an international resolution to promote breastfeeding and restrict the promotion of food products that might harm young children. The officials said their efforts were aimed at protecting women's choice in providing nutrition for their babies. What's your take on this?

A: Breastfeeding has been recognized for decades as the best way to feed [infants](#), with evidence consistently demonstrating its health, psychological, and financial

benefits. Breast milk and the experience of breastfeeding protect babies against malnutrition and infections, represent a unique mother–baby bonding opportunity, promote [psychological wellbeing](#) for both mothers and babies, and contribute to children’s cognitive development. Breastfeeding also protects the longer-term health of the child by reducing his or her risk of [obesity](#) and related conditions, such as [diabetes](#) and hypertension, and protects [women](#) against ovarian and breast [cancer](#). Furthermore, breast milk does not require any special preparation, does not expose the baby to contaminated water, and does not involve any direct financial cost. While women—and all people—should always be able to make their own choices in matters that affect their health and wellbeing and that of their dependents, the evidence about the benefits of breastfeeding is so strong and consistent that universal consensus has been reached on some key recommendations: Babies should be put to the breast within one hour after delivery, breastfed exclusively during their first six months of life, and continue to be breastfed, complemented with solid foods, until one or two years of age.

Obviously, there are individual cases when breastfeeding might not be possible or the preferred alternative. When that is the case, mothers and others in charge of feeding the baby should learn how to prepare formula safely and how to deliver it in a way that replicates, to the extent possible, the breastfeeding experience, for example ensuring skin-to-skin and eye contact.

High-level guidelines and recommendations, like those from the World Health Organization (WHO) that the Trump administration tried to modify, are based on evidence and target the general population. They are not tailored to the rare individual cases to which they may not apply. Therefore, attempts to water down evidence-based breastfeeding recommendations are not justified and are likely to reflect the influence of the formula industry that has been instrumental in the decline of breastfeeding over the last 70 years.

Q: Are concerted efforts to advance breastfeeding needed? What is the role of World Breastfeeding Week?

A: Breastfeeding was the norm until the early 20th century, when the practice started to be associated with low class and lack of education, especially in Canada and the United States. Infant formula had become available by then and its use

increased, especially after World War II. The decline of breastfeeding became widespread, including in the developing world, where babies' feeding with breast milk substitutes introduced significant risks for their health and survival. From the 1960s forward, breastfeeding experienced a modest increase, at least in part because of WHO and UNICEF's-sponsored initiatives aimed at supporting the practice, including the [Baby-Friendly Hospital Initiative](#) and the [International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes](#). But the improvements have been modest. One recent [review](#) of the situation in the developing world has shown that the prevalence of exclusive breastfeeding among infants aged less than six months between 1995 and 2010 only increased from 33% to 39%.

There are multiple factors that contribute to the low prevalence and slow increase of the practice worldwide, such as negative attitudes towards breastfeeding in public and its association with "low class" in many cultures, insufficient promotion in health systems, lack of supporting policies regarding maternity leave and opportunities to breastfeed in the workplace and, very importantly, the aggressive campaigns of the breast milk substitutes industry.

Investments and commitments to improve infant feeding practices have a critical impact on children's lives. That is why efforts like the Worldwide Breastfeeding Week, which since 1992 has been instrumental in promoting breastfeeding, are essential.

Q: Are there certain countries or parts of the world where promoting breastfeeding is a particular challenge? What should be done to promote breastfeeding worldwide?

A: Low prevalence of breastfeeding is a universal problem. UNICEF, WHO, and the Global Breastfeeding Collective published a report last year called [Global Breastfeeding Scorecard](#) that evaluated 194 nations. The report found that no country fully meets recommended standards for breastfeeding, only 40% of children younger than six months are breastfed exclusively, and only 23 countries have exclusive breastfeeding rates above 60%.

The report included an analysis demonstrating that an annual investment of only \$4.70 per newborn would be needed to increase the global rate of exclusive

breastfeeding among children under six months to 50% by 2025.

Obviously, much more than financial investments are needed to increase the prevalence of breastfeeding. It's essential that there be coordinated, evidence-based, and sustained global and national efforts involving the public and private sectors as well as the advocacy, policy, and technical communities to ensure that breastfeeding—one of the most cost-effective and deeply humane health promotion interventions—will become the norm.

— [Karen Feldscher](#)

Share this: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#) [Reddit](#)

Copyright © 2022 The President and Fellows of Harvard College

Tradução

Por que aumentar a prevalência da amamentação é “essencial”?

– Karen Feldscher

20 de julho de 2018 – Na esteira de uma tentativa dos EUA de inviabilizar um recente esforço internacional para incentivar a amamentação como uma opção melhor do que os substitutos do leite materno, e antecipando a Semana Mundial de Aleitamento Materno (1 a 7 de agosto), Harvard T.H. Ana Langer, da Chan School of Public Health, discute os benefícios do aleitamento materno para a saúde, sua baixa prevalência e por que deveria haver maiores esforços para promovê-lo.

Pergunta: Em uma recente reunião das Nações Unidas, funcionários do governo Trump tentaram, sem sucesso, diluir uma resolução internacional para promover a amamentação e restringir a promoção de produtos alimentícios que possam prejudicar crianças pequenas. As autoridades disseram que seus esforços visam proteger a escolha das mulheres em fornecer nutrição para seus bebês. Qual é a sua opinião sobre isso?

Resposta: O aleitamento materno é reconhecido há décadas como a melhor maneira de alimentar bebês, com evidências demonstrando consistentemente seus benefícios para a saúde, psicológicos e financeiros. O leite materno e a experiência da amamentação protegem os bebês contra desnutrição e infecções, representam uma oportunidade única de vínculo mãe-bebê, promovem o bem-estar psicológico tanto para mães quanto para bebês e contribuem para o desenvolvimento cognitivo das crianças. A amamentação também protege a saúde da criança a longo prazo, reduzindo seu risco de obesidade e doenças relacionadas, como diabetes e hipertensão, e protege as mulheres contra o câncer de ovário e de mama. Além disso, o leite materno não requer nenhum preparo especial, não expõe o bebê a água contaminada e não envolve nenhum custo financeiro direto. Embora as mulheres – e todas as pessoas – devam sempre poder fazer suas próprias escolhas em questões que afetam sua saúde e bem-estar e a de seus dependentes, as evidências sobre os benefícios da amamentação são tão fortes e consistentes que o consenso universal foi alcançado em alguns principais recomendações: Os bebês devem ser colocados no peito até uma hora após o parto, amamentados exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida e continuar a ser amamentados, complementados com alimentos sólidos, até um ou dois anos de idade.

Obviamente, existem casos individuais em que a amamentação pode não ser possível ou a alternativa preferida. Quando for esse o caso, as mães e outros responsáveis pela alimentação do bebê devem aprender a preparar a fórmula com segurança e a entregá-la de forma a replicar, na medida do possível, a experiência da amamentação, por exemplo, garantindo o contato pele a pele e contato visual.

Diretrizes e recomendações de alto nível, como as da Organização Mundial da Saúde (OMS) que o governo Trump tentou modificar, são baseadas em evidências e visam a população em geral. Eles não são adaptados aos raros casos individuais aos quais podem não se aplicar. Portanto, as tentativas de diluir as recomendações de amamentação baseadas em evidências não são justificadas e provavelmente refletem a influência da indústria de fórmulas que tem sido fundamental no declínio da amamentação nos últimos 70 anos.

Pergunta: São necessários esforços conjuntos para promover a amamentação? Qual é o papel da Semana Mundial do Aleitamento Materno?

Resposta: O aleitamento materno foi norma até o início do século 20, quando a prática passou a ser associada à classe baixa e à falta de educação, principalmente no Canadá e nos Estados Unidos. A fórmula infantil já estava disponível e seu uso aumentou, especialmente após a Segunda Guerra Mundial. O declínio da amamentação tornou-se generalizado, inclusive no mundo em desenvolvimento, onde a alimentação dos bebês com substitutos do leite materno apresentou riscos significativos para sua saúde e sobrevivência. A partir da década de 1960, o aleitamento materno experimentou um aumento modesto, pelo menos em parte por causa de iniciativas patrocinadas pela OMS e UNICEF destinadas a apoiar a prática, incluindo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Mas as melhorias foram modestas. Uma revisão recente da situação no mundo em desenvolvimento mostrou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses entre 1995 e 2010 aumentou apenas de 33% para 39%.

São múltiplos os fatores que contribuem para a baixa prevalência e o lento aumento da prática em todo o mundo, como atitudes negativas em relação à amamentação em público e sua associação com “classe baixa” em muitas culturas, promoção insuficiente nos sistemas de saúde, falta de políticas de apoio à maternidade licenças e oportunidades para amamentar no local de trabalho e, muito importante, as campanhas agressivas da indústria de substitutos do leite materno.

Investimentos e compromissos para melhorar as práticas de alimentação infantil têm um impacto crítico na vida das crianças. Por isso, esforços como a Semana Mundial de Aleitamento Materno, que desde 1992 tem sido fundamental na promoção do aleitamento materno, são essenciais.

Pergunta: Existem certos países ou partes do mundo onde a promoção do aleitamento materno é um desafio particular? O que deve ser feito para promover o aleitamento materno em todo o mundo?

Resposta: A baixa prevalência de aleitamento materno é um problema universal. A UNICEF, a OMS e o Global Breastfeeding Collective publicaram um relatório no ano passado chamado Global Breastfeeding Scorecard, que avaliou 194 nações. O relatório constatou que nenhum país atende totalmente aos padrões recomendados para amamentação, apenas 40% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente e apenas 23 países têm taxas de amamentação exclusiva acima de 60%.

O relatório incluiu uma análise demonstrando que seria necessário um investimento anual de apenas US\$ 4,70 por recém-nascido para aumentar a taxa global de aleitamento materno exclusivo entre crianças menores de seis meses para 50% até 2025.

Obviamente, são necessários muito mais do que investimentos financeiros para aumentar a prevalência do aleitamento materno. É essencial que haja esforços globais e nacionais coordenados, baseados em evidências e sustentados envolvendo os setores público e privado, bem como a advocacia, políticas e comunidades técnicas para garantir que o aleitamento materno – uma das medidas de saúde mais econômicas e profundamente humanas intervenções de promoção – se tornará a norma.



News & Research

Milk Matters

First comprehensive picture of health,
economic benefits of breast-feeding

October 3, 2016 | [Care Delivery](#)



Image: iStock

Lower-than-recommended breast-feeding rates in the U.S. cause thousands of maternal and child deaths and cost the health care system billions of dollars each year, according to a new study published in [Maternal & Child Nutrition](#).

The study—believed to be the most comprehensive picture to date of the health and economic benefits of breast-feeding in the U.S.—was based on a statistical model of existing data. The results suggest that breast-feeding affects women's health more dramatically than once thought.

The authors said their findings underscore the importance of providing women with the support they need to breast-feed, beginning at birth.

"The results should lead to policies that help women breast-feed longer and breast-feed exclusively—policies such as paid family leave, workplace support and evidence-based maternity practices around infant feeding," said the study's lead author, Melissa Bartick, assistant professor of medicine at Harvard Medical School and a hospitalist at Cambridge Health Alliance.

For the study, the research team modeled two groups. One was an "optimal" group, in which the majority of mothers breast-fed as recommended: for a total of one year and exclusively for six months. That group was compared with a "suboptimal" group, in which mothers breast-fed at current rates in the U.S., which are less than the recommended guidelines.

Using existing research and government data, they projected the rates and costs of diseases that breast-feeding is known to reduce, along with the rates and costs of early deaths from those diseases.

Children's diseases included in the evaluation were acute lymphoblastic leukemia, ear infections, Crohn's disease, ulcerative colitis, gastrointestinal infections, lower respiratory tract infections, obesity, necrotizing enterocolitis and SIDS.

For mothers, the study included breast cancer, premenopausal ovarian cancer, Type 2 diabetes, high blood pressure and heart attacks.

The researchers found that suboptimal breast-feeding was associated with more than 3,340 premature deaths in the U.S. each year, costing the nation \$3 billion in medical costs, \$1.3 billion in indirect costs and \$14.2 billion in costs related to premature deaths. The majority of the excess deaths and medical costs—nearly 80 percent—were maternal.

The authors concluded that raising breast-feeding rates to optimal levels could substantially improve public health and save more than \$4.3 billion in health care and related costs annually.

"Breast-feeding has long been framed as a child health issue; however, it is clearly a women's health issue as well," said study co-author Eleanor Bimla Schwarz, professor of medicine at UC Davis Health System. "Breast-feeding helps prevent cancer, diabetes and heart disease, yet many women have no idea breast-feeding has any of these benefits."

The study results underscore the importance of having policies that make it possible for women to breast-feed, according to senior author Alison Stuebe, distinguished scholar of infant and young child feeding at the Carolina Global Breastfeeding Institute and associate professor of obstetrics at the University of North Carolina at Chapel Hill.

"Currently, 22 percent of employed mothers return to work within 10 days of birth," Stuebe said. "Paid leave keeps mothers and babies together, which is essential for breast-feeding. Enacting paid family leave will impact the lifelong health of women and children."

The authors caution that their analysis extrapolates from data that merely linked breast-feeding to improved health outcomes and did not show cause-and-effect relationships.

The research was funded by the W.K. Kellogg Foundation.

Adapted from a Cambridge Health Alliance [news release](#).

Trending News



Late-Night

Eating Impact

OCTOBER 4,
2022

New study provides experimental evidence that late eating may increase obesity risk

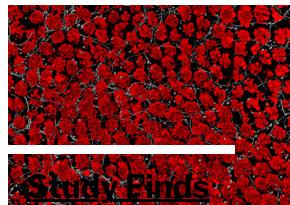


How

Muscle, Fat Tissues Respond to Exercise, Obesity

OCTOBER
13, 2022

First-of-its-kind study reveals single-cell changes in metabolic tissues



Study Finds

Unexpected Protective Properties of Pain

OCTOBER
14, 2022

Work in mice illuminates how pain neurons shield the gut from damage



HARVARD
MEDICAL SCHOOL

25 Shattuck Street
Boston, MA 02115
617-432-1000

© 2022 by The President and Fellows of Harvard College

Tradução

A IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO

Taxas de aleitamento materno abaixo do recomendado nos EUA causam milhares de mortes maternas e infantis e custam bilhões de dólares ao sistema de saúde a cada ano, de acordo com um novo estudo publicado na *Maternal & Child Nutrition*.

O estudo – considerado o retrato mais abrangente até o momento dos benefícios econômicos e de saúde da amamentação nos EUA – foi baseado em um modelo estatístico de dados existentes. Os resultados sugerem que a amamentação afeta a saúde das mulheres de forma mais dramática do que se pensava.

Os autores disseram que suas descobertas ressaltam a importância de fornecer às mulheres o apoio necessário para amamentar, desde o nascimento.

“Os resultados devem levar a políticas que ajudem as mulheres a amamentar por mais tempo e amamentar exclusivamente – políticas como licença familiar remunerada, apoio no local de trabalho e práticas de maternidade baseadas em evidências sobre alimentação infantil”, disse a principal autora do estudo, Melissa Bartick, assistente professor de medicina da Harvard Medical School e hospitalista da Cambridge Health Alliance.

Para o estudo, a equipe de pesquisa modelou dois grupos. Um deles era um grupo “ótimo”, no qual a maioria das mães amamentava conforme recomendado: por um total de um ano e exclusivamente por seis meses. Esse grupo foi comparado com um grupo “sub-ótimo”, em que as mães amamentaram nas taxas atuais nos EUA, que são inferiores às diretrizes recomendadas.

Usando pesquisas existentes e dados governamentais, eles projetaram as taxas e custos de doenças que a amamentação é conhecida por reduzir, juntamente com as taxas e custos de mortes precoces por essas doenças.

As doenças infantis incluídas na avaliação foram leucemia linfoblástica aguda, infecções de ouvido, doença de Crohn, colite ulcerativa, infecções gastrointestinais, infecções do trato respiratório inferior, obesidade, enterocolite necrosante e SMSI.

Para as mães, o estudo incluiu câncer de mama, câncer de ovário na pré-menopausa, diabetes tipo 2, pressão alta e ataques cardíacos.

Os pesquisadores descobriram que a amamentação abaixo do ideal estava associada a mais de 3.340 mortes prematuras nos EUA a cada ano, custando ao país US\$ 3 bilhões em custos médicos, US\$ 1,3 bilhão em custos indiretos e US\$ 14,2 bilhões em custos relacionados a mortes

prematuras. A maioria do excesso de mortes e custos médicos – quase 80 por cento – foram maternos.

Os autores concluíram que aumentar as taxas de amamentação para níveis ideais poderia melhorar substancialmente a saúde pública e economizar mais de US\$ 4,3 bilhões em cuidados de saúde e custos relacionados anualmente.

“O aleitamento materno há muito é considerado um problema de saúde infantil; no entanto, é claramente um problema de saúde das mulheres também”, disse a coautora do estudo, Eleanor Bimla Schwarz, professora de medicina da UC Davis Health System. “A amamentação ajuda a prevenir câncer, diabetes e doenças cardíacas, mas muitas mulheres não têm ideia de que amamentar tem algum desses benefícios”.

Os resultados do estudo ressaltam a importância de ter políticas que possibilitem às mulheres amamentar, de acordo com a autora sênior Alison Stuebe, ilustre estudiosa de alimentação infantil do Carolina Global Breastfeeding Institute e professora associada de obstetrícia da Universidade de Carolina do Norte em Chapel Hill.

“Atualmente, 22% das mães empregadas retornam ao trabalho dentro de 10 dias após o nascimento”, disse Stuebe. “A licença remunerada mantém as mães e os bebês juntos, o que é essencial para a amamentação. Aprovar a licença familiar remunerada afetará a saúde ao longo da vida de mulheres e crianças.”

Os autores alertam que sua análise extrapola de dados que meramente ligavam a amamentação a melhores resultados de saúde e não mostravam relações de causa e efeito.

A pesquisa foi financiada pelo W.K. Fundação Kellogg.

Adaptado de um comunicado de imprensa da Cambridge Health Alliance.