Melhora da Eficácia em Função dos Custos da Promoção do Aleitamento Materno em Maternidades

Resumo do Estudo USAID/LAC HNS
na América Latina
(1992-1995)

USAID

Prefácio:

A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) tem a promoção do Aleitamento Materno como uma prioridade no seu enfoque de melhoria de saúde materno infantil. Este documento resume os resultados do estudo sobre Custo-Eficácia de atividades de Aleitamento Materno na América Latina. Os resultados mostram como a análise de eficácia em termos dos custos pode ser útil no momento de decidir sobre investimentos alternativos, encontrar formas de melhorar o impacto de intervenções e reduzir custos. Este estudo é particularmente oportuno por permitir que os recursos limitados de países com economias instáveis possam ser utilizados com maior eficiência. Esperamos que este trabalho encoraje os planeadores, gerentes e responsáveis por programas de saúde a utilizarem a valiosa metodologia de Custo-Eficácia no processo de elaboração e decisão de políticas públicas.

David Oot
Diretor
Escritório de Saúde e Nutrição
Coordenação Geral
USAID

Carol Dabbs
Chefe
População, Saúde e Nutrição
Coordenação para América Latina e Caribe
USAID

Melhora da Eficácia em Função dos Custos da Promoção do Aleitamento Materno em Maternidades

Resumo do Estudo USAID/LAC HNS na América Latina (1992-1995)

por Tina G. Sanghvi, Ph.D.

Índice

Introdução 2
Cobertura dos Serviços de Aleitamento Materno 3
Impactos dos Programas 5
Eficiência 6
Necessidade de Atividades de Educação Materna 7
Papel do Trabalho Materno Fora do Lar 8
Planejamento Familiar e Aleitamento Materno 9
Custo-Eficácia e Determinação de Prioridades 10
Conclusões 11

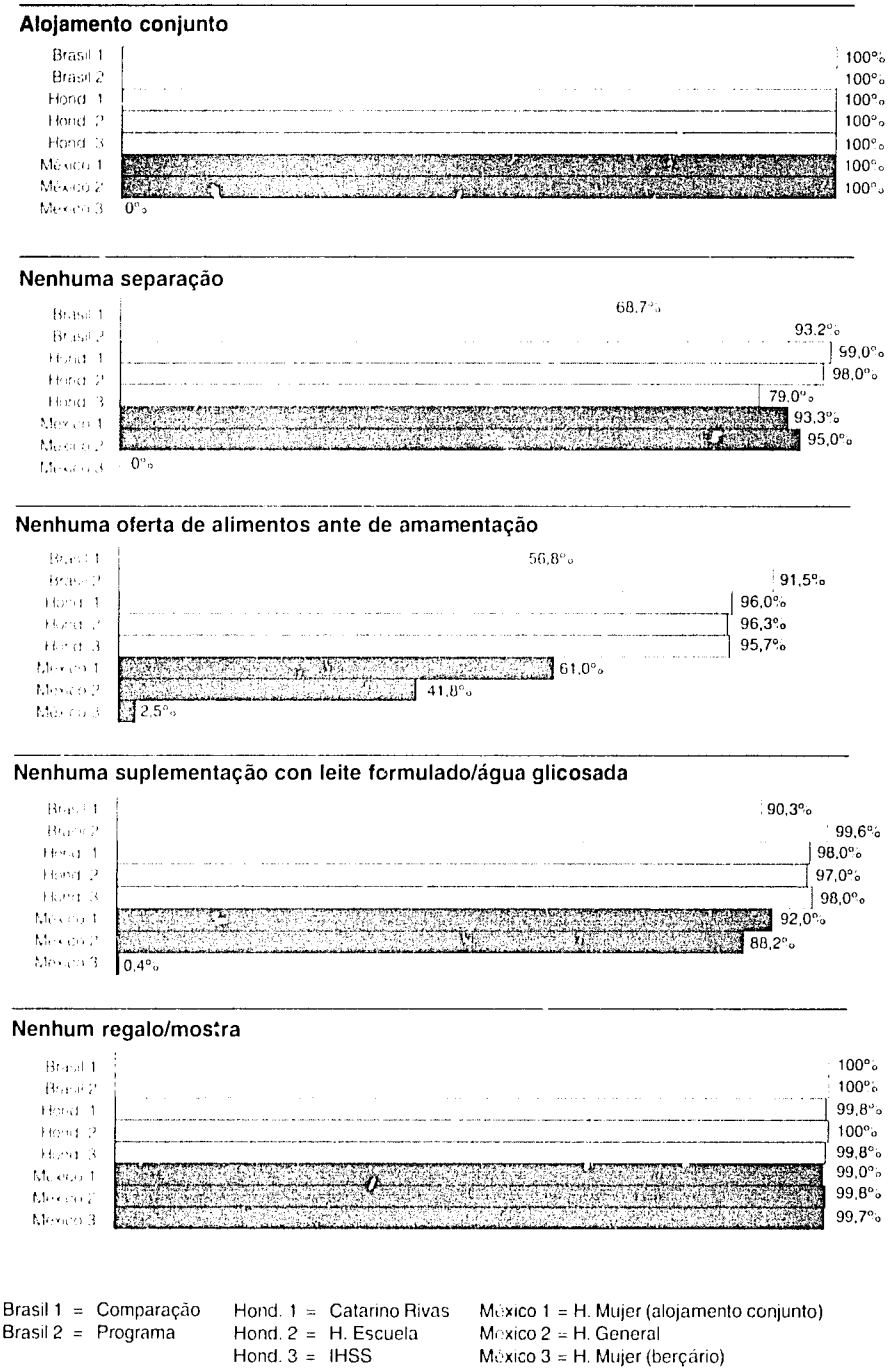
I N T R O D U Ç Ã O

A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) por meio do seu contrato Latin America and Caribbean Health and Nutrition Sustainability (LAC HNS), financou, um estudo no Brasil, Honduras e México entre 1992 e 1995 com o objetivo de identificar a situação atual da promoção do Aleitamento Materno nas Maternidades que atendem à população de baixa renda e identificar maneiras de melhorar a relação custo-eficácia desta atividade.[1] Este documento resume os resultados do estudo e está destinado aos prestadores de assistência de saúde, aos responsáveis de tomar decisões sobre as prioridades sanitárias e aos pesquisadores na área de alimentação infantil. Os relatórios técnicos detalhados do estudo, os quais estão enumerados ao final do documento, estão disponíveis a solicitação da USAID.

A promoção do Aleitamento Materno é considerada componente fundamental das estratégias dos cuidados primários de saúde devido os indícios epidemiológicos do seu efeito protetor contra a incidência, gravidade e mortalidade das doenças infantis.[2] No entanto, os relatos sobre a promoção do Aleitamento Materno na literatura são raros tanto no que tange ao impacto destes programas como também quanto ao Aleitamento Materno Exclusivo. Além disso, o registro dos custos dessas intervenções e de sua eficácia em função dos custos mereceu atenção ainda menos satisfatória. Este estudo coletou informações provenientes de oito programas referentes à cobertura e à qualidade da promoção da amamentação em clínicas pré e pós-natais, salas de parto e da área física da Maternidade, entrevistando às mães no momento da alta hospitalar. As mesmas mães foram entrevistadas no lar para registrar as práticas de alimentação infantil. Em total, foram realizadas mais de 7.500 entrevistas.

O estudo documentou a qualidade da realização de atividades de promoção da amamentação e a gama dos impactos que podem ser esperados dos programas de campo que modificam as práticas das

Figura 1.A: Cobertura dos serviços de amamentação
Políticas e procedimentos



Brasil 1 = Comparação
Brasil 2 = Programa

Hond. 1 = Catarino Rivas
Hond. 2 = H. Escuela
Hond. 3 = IHSS

México 1 = H. Mujer (alojamento conjunto)
México 2 = H. General
México 3 = H. Mujer (berçário)

instituições de saúde. Foram identificadas ações no sentido de aumentar a eficácia de tais programas em termos de reforçar seus impactos e reduzir seus custos. O estudo investigou igualmente as variáveis sócio-econômicas, cognitivas e demográficas que distinguem as práticas de amamentação especialmente no caso de mães com trabalho fora do lar, das razões por elas assinaladas para não adotar unicamente o Aleitamento Materno e do uso de anticoncepcionais. Mais importante ainda, foi documentar as aplicações dos recursos na obtenção de diferentes níveis de cobertura e impacto, havendo efetuado um levantamento dos custos recorrentes.

COBERTURA DOS SERVIÇOS DE ALEITAMENTO MATERNO

Foram examinadas cinco áreas principais de intervenção: a amamentação na sala de parto, normas relativas à alimentação artificial[3] e o Alojamento Conjunto, informações e treinamento das mães, mensagens educacionais dadas às mães e instrução pré e pós-natal. É importante observar quanto às conclusões relativas à cobertura que a amostra dos hospitais não foi representativa, sendo mesmo parcial em favor dos países mais ativos e dos hospitais mais progressistas no que se refere aos esforços de promoção do aleitamento materno. Conseqüentemente, somente é possível fazer hipóteses quanto à verdadeira situação dos serviços de saúde em geral levando-se em consideração de outros estudos.[4]

Uma das mais importantes séries de conclusões abrange o grau de qualidade nas modificações de normas e na efetivação de atividades pelos Hospitais, logo que resolvem promover a amamentação. Esses dados aparecem resumidos nas Figuras 1.A-1.E. A retirada da mamadeira — modificação de diretriz que exige limitado investimento de tempo e produz significativos resultados— é relativamente ampla *(vide Figura 1.A)*, conquanto não seja tão meticulosa em termos de eliminar totalmente o uso dos leites industrializados infantis em todos

A retirada da mamadeira— modificação de diretriz que exige limitado investimento de tempo e produz significativos resultados—é relativamente ampla.

Figura 1.B: Cobertura dos serviços de amamentação
Contato precoce

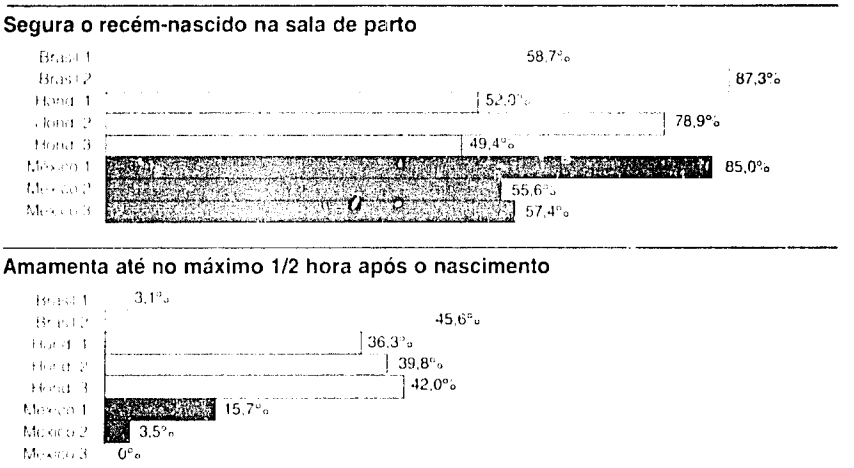
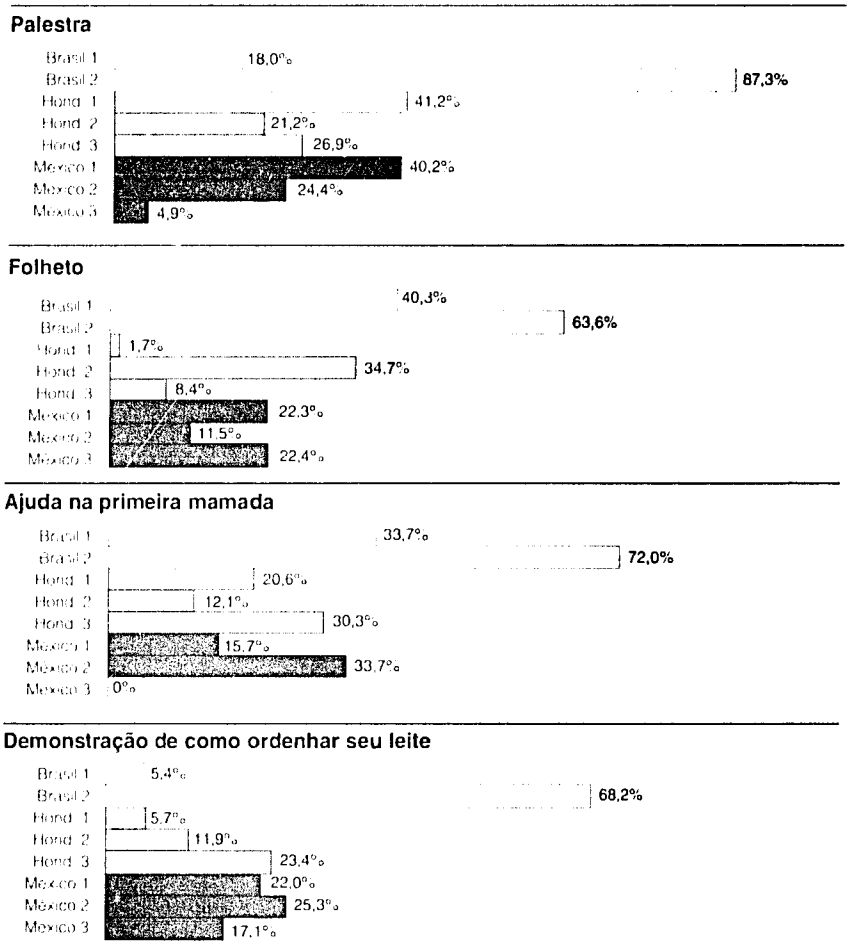


Figura 1.C: Cobertura dos serviços de amamentação
Informações e habilidades



Brasil 1 = Comparação
Brasil 2 = Programa

Hond. 1 = Catarino Rivas
Hond. 2 = H. Escuela
Hond. 3 = IHSS

México 1 = H. Mujer (alojamento conjunto)
México 2 = H. General
Mexico 3 = H. Mujer (berçário)

os casos, salvo nos de bebês e mães excepcionalmente doentes. Por sorte, assim que são adotadas as normas de alojamento no mesmo aposento e de retirada da mamadeira, a implementação rotineira dessas normas não parece constituir problema. Isto contrasta fortemente com os outros serviços de aleitamento materno. Não são disseminadas as práticas de amamentar na sala de parto ou logo depois do parto (*vide Figura 1.B*). É geralmente baixa a amplitude das atividades que consomem mais tempo e instrução intensiva por parte do pessoal de saúde e outras que exigem relacionamento de uma pessoa com outra, mesmo nos programas bem desenvolvidos (*vide Figuras 1.C, 1.D, 1.E*). As mensagens não são bem transmitidas, ou deixam de ser transmitidas: alta proporção de mães responderam "não sei" a perguntas pertinentes à maneira de resolver os mais freqüentes problemas da amamentação. Essa situação é preocupante, visto que a teoria da modificação da conduta realça a importância da "auto-eficácia" ou da confiança própria, consideradas fundamentais para influenciar o comportamento.

No que respeita ao nível econômico, as mães de menos educação, mais baixa renda ou na adolescência sofrem desvantagem relativa no recebimento de educação nos exames pré-natais e pós-natais e durante sua permanência nas maternidades. Em Honduras e no Brasil também se verificaram desvantagens, na obtenção de instruções, para as parturientes que se internaram em Maternidades nos fins de semana. As atuais taxas de prestação de serviços de educação materna e assessoramento revelam que os grupos de risco maior (mães com trabalho fora do lar e adolescentes) não recebem atenções especiais. As mulheres de camadas populacionais sócio-economicamente mais altas absorvem maior proporção dos recursos.

A fim de facilitar os progressos, há urgência de envidar esforços no sentido de manter as autoridades hospitalares informadas dessas discrepâncias entre as políticas "planejadas" e as práticas realmente levadas a cabo. Um elemento de baixo custo, simples e poderoso de

É geralmente baixa a amplitude das atividades que consomem mais tempo e instrução intensiva por parte do pessoal de saúde. Um elemento de baixo custo, simples e poderoso de fiscalização são as entrevistas feitas com as mães no momento da alta hospitalar.

fiscalização do trabalho das clínicas tomadas individualmente, de aferição de programas ao nível estadual e nacional são as entrevistas feitas sistematicamente com as mães no momento da alta hospitalar. Com base em indícios empíricos de que a situação atual é desfavorável, os indicadores-chave de aferição sugeridos para uso universal deveriam incluir: se o bebê foi amamentado ao peito na sala de parto, se alguém ajudou a mãe nas primeiras mamadas do bebê, se alguém ensinou a mãe como ordenhar seu leite, se lhe foi dito que atrasasse de 4 a 6 meses a introdução de líquidos, como determinar se o leite materno é suficiente, como aumentar a produção de leite e onde pode encontrar ajuda relativa à amamentação, após alta hospitalar.

IMPACTOS DOS PROGRAMAS

Três dos programas mais ativos—um no Brasil, outro em Honduras e o terceiro no México—tiveram seus impactos quantificados em comparação com um Hospital-Controle da mesma localidade. Nos três Programas houve provas do impacto das práticas de amamentação natural. Os resultados vão resumidos na Figura 2. A duração mediana da amamentação natural exclusiva foi notavelmente mais longa nos grupos do Programa. O Brasil apresentou o Programa mais altamente desenvolvido. A duração mediana da amamentação exclusiva entre as parturientes no Hospital-Programa foi 53 dias a mais quando comparado com as mulheres que

Figura 1.D: Cobertura dos serviços de amamentação
Mensagens

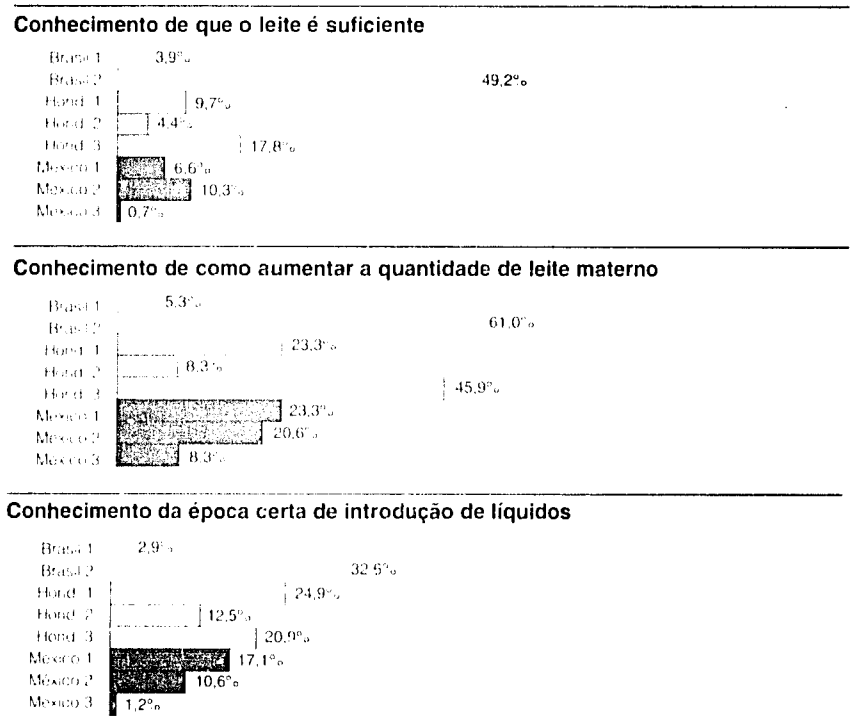
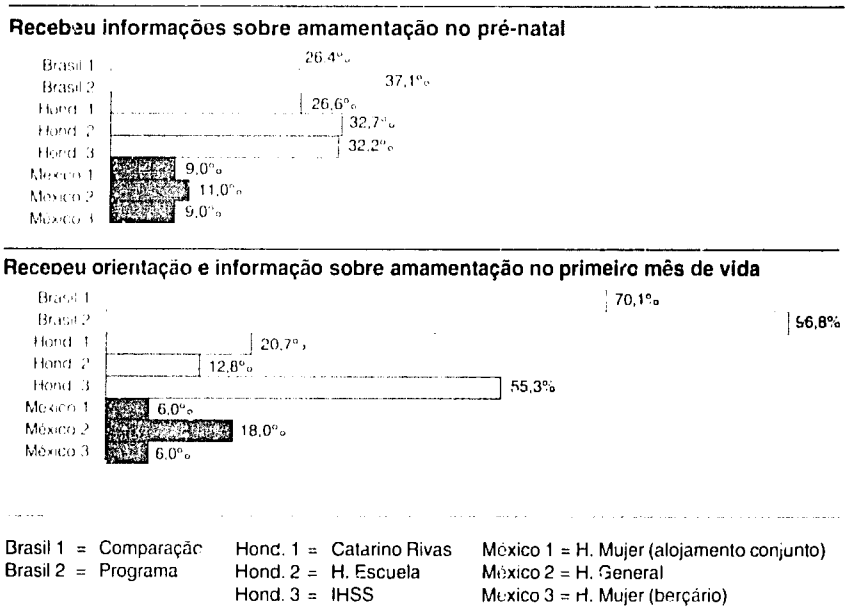


Figura 1.E: Cobertura dos serviços de amamentação
Informações pré y pós natais



Brasil 1 = Comparação
Brasil 2 = Programa

Hond. 1 = Catarino Rivas
Hond. 2 = H. Escuela
Hond. 3 = IHSS

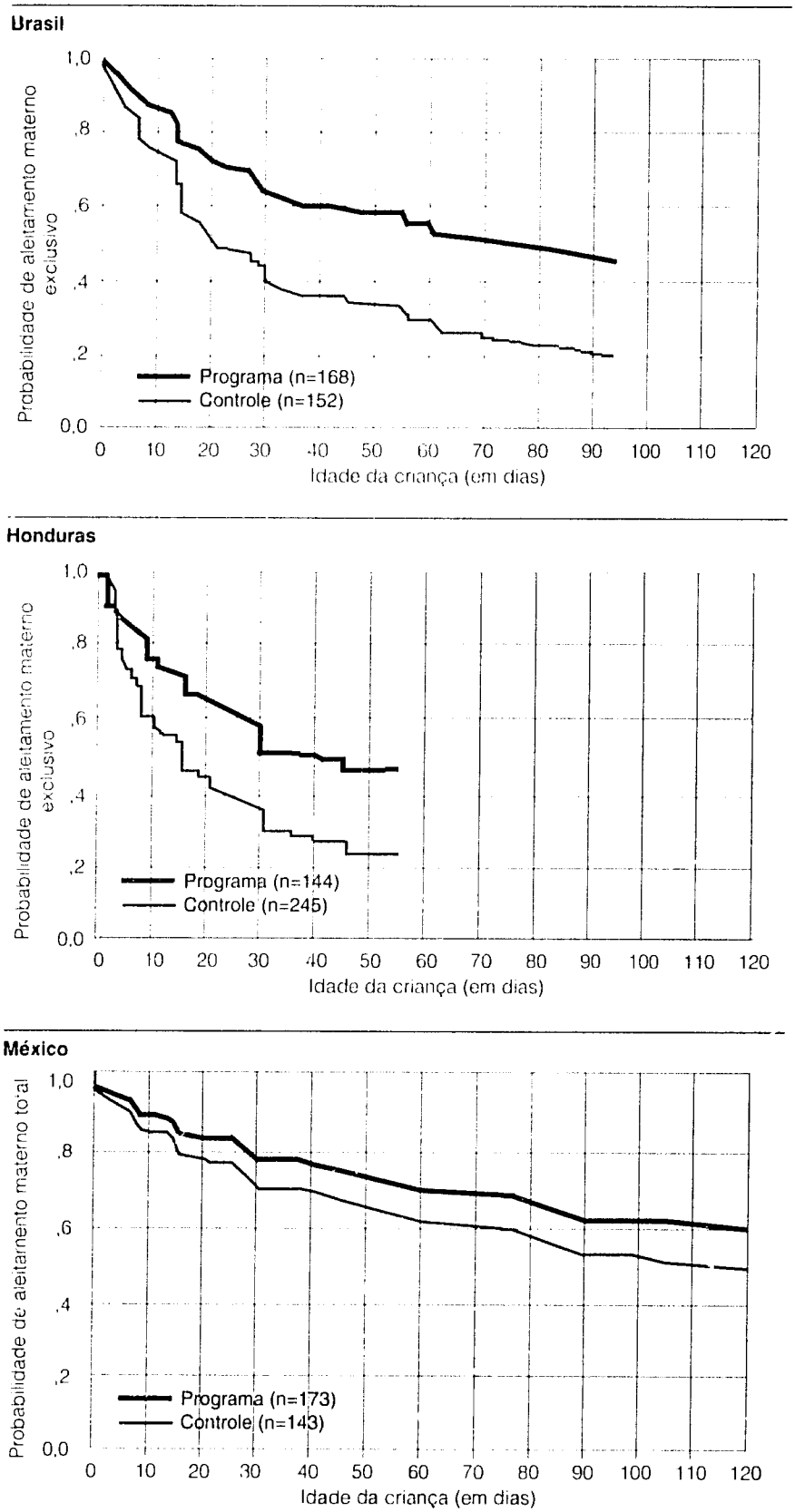
México 1 = H. Mujer (alojamento conjunto)
México 2 = H. General
México 3 = H. Mujer (berçário)

deram à luz no Hospital-Controle, localizado nas proximidades (75 dias contra 22 dias). As principais diferenças quanto às atividades programáticas foram educação materna e consolidação da confiança, principalmente no período pós-natal mas também, de forma importante na clínica pré-natal e na Maternidade. A amamentação na sala de parto prevaleceu de maneira significativa no Hospital-Programa. Os resultados dos três países reforçam a conclusão de que o aumento das atividades de educação materna redundará em duração mais longa da amamentação exclusiva e de todos os tipos.

EFICIÊNCIA

As comparações dos custos e da economia entre os países e entre os programas nacionais nos permitiram aquilatar opções para melhorar a eficiência dos Programas. As diferenças nos níveis de eficiência poderiam ser atribuídas a quatro grupos de fatores que incidem sobre os custos: 1. a partir de que ponto se procura obter melhoria nos serviços de amamentação; 2. o ambiente sócio-cultural e econômico (p. ex., tipos de mulheres servidas, níveis básicos de amamentação, preços dos substitutos do leite materno e salários); 3. práticas hospitalares relevantes (p. ex., duração da permanência, número de partos, proporção de cesáreas); e 4. a própria natureza da intervenção da amamentação (p. ex., fixação de metas, grau de motivação e coesão do pessoal, equilíbrio das atividades, arcabouço do apoio normativo, seleção de insumos, nível de investimento). Os resultados sugerem a possibilidade de fortes aumentos na poupança por meio da ampliação do Alojamento Conjunto e possivelmente do bedding-in,[6] a limitação do uso de

Figura 2: Efeito da promoção do aleitamento materno nas práticas de amamentação



leites industrializados e mamadeiras, tornar os bancos de leite centros de incentivo à amamentação e o decréscimo no uso de drogas de contração uterina.[7] É possível esperar aumento da eficácia graças à maior atenção à qualidade e âmbito da educação e do apoio às mães, tendo em vista, o aumento da confiança e o ensino de métodos específicos de amamentação. Parece revestir-se de especial importância, para sustentação da amamentação exclusiva, a prestação de apoio no período pós-natal. Os Hospitais que, no estudo, têm maior êxito, deram alta prioridade a esta atividade por meio de sessões clínicas pós-natais organizadas nos próprios edifícios ou em postos sanitários externos. Outra diferença dos programas mais avançados é sua dedicação ao treinamento segundo programas de estudo básico de medicina e enfermagem capazes de poupar aos hospitais, individualmente, consideráveis recursos com o extenso treinamento em serviço.

NECESSIDADE DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO MATERNA

Os resultados demonstram grande discrepância entre o tempo preferido ou planejado de amamentação exclusiva e a realidade. Em todos os países, a intenção é mais longa do que a prática real. Parece que as mulheres desejariam amamentar ao seio exclusivamente por mais tempo do que o que na verdade fazem. Amiúde as mulheres falaram em "leite insuficiente" como razão para terminar mais cedo que o desejado o período de amamentação natural, exclusiva ou não. A causa mais freqüentemente citada pelas mulheres para determinar a insuficiência foi "choro dos nenês", sendo a maior ingestão de líquidos pelas mães sua solução mais comum para aumentar o leite. Ambas "explicações" assinalam importantes equívocos"; na verdade, a

maioria das mulheres ignoravam as soluções corretas dos problemas comuns. As mulheres informaram que os profissionais de saúde e os membros da família desempenham papel-chave, influenciando as opções quanto à amamentação. Esse dado demonstra a importância que poderia produzir a reforma no currículo médico e a educação do público.

PAPEL DO TRABALHO MATERNO FORA DO LAR

Quando as mulheres empregadas efetivam o retorno ao trabalho, a probabilidade é que decaia a amamentação. Todavia, em seu conjunto, o estudo apresenta indicações animadoras de que o trabalho fora do lar não representa obrigatoriamente um obstáculo quanto ao objetivo de reverter os baixos níveis de amamentação, exclusiva ou não. Como assinalaram outros autores,[7] a proporção das mães que deixam de amamentar exclusivamente é bem maior do que a das que voltam ao trabalho *(vide Figura 3)*. A

magnitude dos impactos do programa no Brasil, onde 28% das mães trabalhavam fora habitualmente, sugere que a promoção da amamentação é um valioso investimento mesmo quando significativa parcela da população-alvo consiste de mulheres trabalhadoras. No Brasil, menos de 15% das mulheres haviam voltado ao trabalho três meses após o parto, ao passo que em Honduras (hospital do seguro social) 70% tinham retornado aos dois meses. Isto porque no Brasil, existe garantia do emprego por licença materna durante quatro meses comparada com a de 18 meses em Honduras. Certamente a legislação e as políticas que incentivam as mães que trabalham fora do lar a atrasar seu retorno ao trabalho possam proteger a amamentação exclusiva.

Esses resultados reforçam observações anteriores de que o emprego fora do lar não tem de ser obstáculo de monta na obtenção de benefícios da promoção da amamentação. Os programas e as normas deveriam focalizar a educação e o assessoramento no período perinatal, com vistas a conseguir maior duração de amamentação exclusiva nos primeiros meses da vida, período em que esta proporciona as maiores vantagens. Os resultados assinalam com grande ênfase um efeito sinergético das intervenções de política pública em prol de legislação sobre licença materna (abrangendo os quatro primeiros meses após o parto), do fortalecimento da educação e treinamento dos profissionais da saúde, e a educação do público.

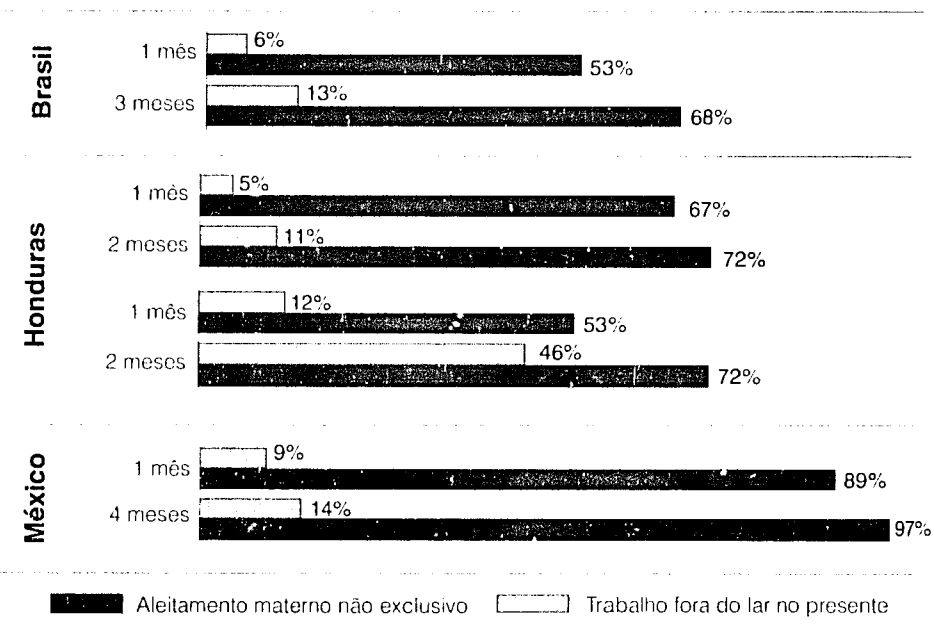
PLANEJAMENTO FAMILIAR E ALEITAMENTO MATERNO

Os estudos existentes indicam um conflito potencial entre o planejamento familiar e a promoção da amamentação. Para explorar as interações entre o planejamento familar e o aleitamento materno, o estudo coletou dados sobre o uso de contraceptivos pelas mães. Como revelaram levantamentos anteriores, a correlação entre o uso planejado e o real do método hormonal e a amamentação exclusiva foi significativa mas negativa nos três países em pauta (não havia correlação com o uso dos não-hormonais). A elucidação dos motivos dessa correlação negativa entre os anticoncepcionais hormonais e a amamentação é um tópico importante para futura pesquisa de diretrizes.

Os resultados assinalam com grande ênfase um efeito sinergético das intervenções de política pública em prol de legislação sobre licença materna (abrangendo os quatro primeiros meses após o parto), do fortalecimento da educação e treinamento dos profissionais da saúde, e a educação do público.

Os dados relativos ao uso de contraceptivos indicam que a orientação sobre amamentação deve ser acompanhada do planejamento familiar nos serviços de saúde materno-infantil. Conquanto entre 80 e 90% das mulheres entrevistadas ao sair das Maternidades planejassem usar algum método de anticoncepção, um mês após o parto o uso de contraceptivos não ia além de 5% em Honduras e 30% no Brasil, em comparação com 85% no México. A proporção calculada das mulheres que se arriscam a engravidar era de 54% em Honduras dois meses após o parto e, no Brasil, 21% três meses após o parto, visto não apresentarem amenorréia da lactação[10] nem usarem um método moderno de anticoncepção. Pode ser uma oportunidade perdida no Brasil, e mais ainda em Honduras, o aconselhamento perinatal para defesa da gravidez indesejada e deve merecer acompanhamento rotineiro como parte da avaliação das atividades de promoção da amamentação. Os resultados do estudo apoiam a necessidade de atividades para aumentar o uso de contraceptivos e fortalecer as práticas apropriadas de amamentação.

Figura 3: Trabalho fora do lar versus interrupção de aleitamento materno exclusivo *(% de mulheres)*



CUSTO-EFICÁCIA E DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A Figura 4 compara os custos e benefícios da promoção do aleitamento materno com as estimativas existentes para outras intervenções sanitárias. Os resultados fazem crer que a promoção da amamentação pode ser uma das ações mais eficazes em termos dos custos para a conquista de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). Como apresentado na Figura 4, a promoção do aleitamento materno custa menos por AVAI ganho do que quase qualquer outra intervenção (figura perto da linha diagonal mais elevada) e custa menos por intervenção (figura mais à direita). Os benefícios são consideráveis em diferentes tipos de Programas. Os Programas que incluem a suspensão do uso de leites industrializados em mamadeiras e do uso de medicação durante o parto, redundam em alto nível de impacto por unidade de custo incremental líquido *(vide o ponto BF1 na Figura 4)*. O custo-benefício é menos evidente (mas ainda assim atraente em comparação com outras intervenções) nos Hospitais que já tiverem instituído a partilha de aposentos e abandonado o uso de mamadeiras e investem em instrução materna *(vide o ponto BF2 na Figura 4)*.

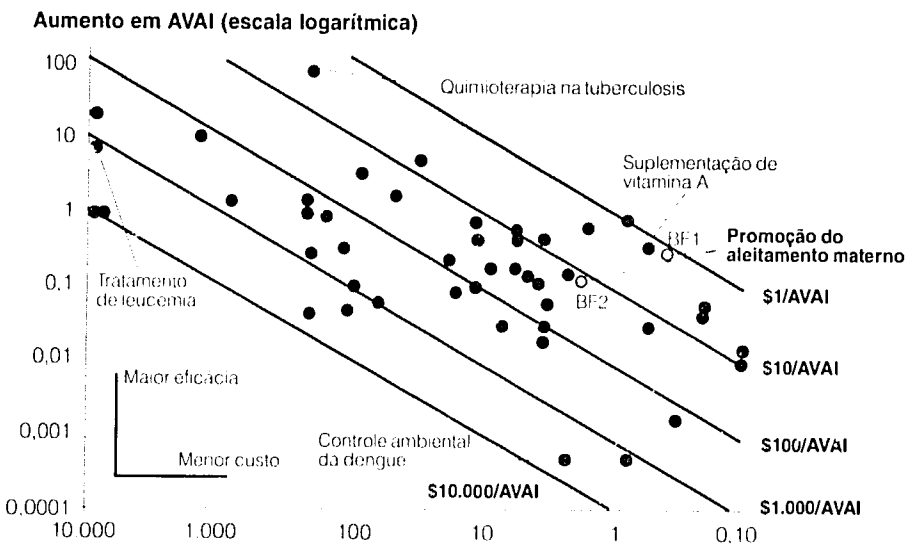
A relação custo-eficácia melhora à medida que os programas se consolidam. A um custo anual de 30 ou 40 centavos de dólar por nascimento,[10] os programas que planejam suspender o uso de leites industrializados nas Maternidades, podem reduzir os casos de diarréia a um custo variável entre 65 centavos a 1,10 dólares por caso evitado, e evitar mortes por diarréia com US$100 a US$200 por caso e reduzir a doença gastando de 2 a 4 dólares por AVAI ganho. As Maternidades que já tiverem eliminado a mamadeira podem, por meio do investimento primário em atividades de educação materna, à razão de 2 a 3 dólares por nascimento, prevenir casos e óbitos por diarréia à razão de US$3,50 a US$6,75 por caso e US$550 a US$800 por óbito, respectivamente, com ganhos em vida saudável ao custo de US$12 a US$19 por AVAI.

Para a comparação entre as opções de controle de diarréias, as estimativas publicadas do custo da promoção da amamentação por episódio diarreico evitado e por morte diarreica evitada são bem mais elevadas do que as nossas novas estimativas.[11] Parte da diferença pode ser explicada pelas generosas estimativas de custo no exercício hipotético – US$ 7 por nascimento, mais do dobro que quaisquer custos por nascimento, efetivamente aferidos em nosso estudo. O resto é explicado pela cautelosa presunção, no estudo anterior, de que a redução do número de bebês não amamentados no peito se traduzia somente em amamentação parcial não exclusiva ao passo que o nosso estudo verificou a ocorrência de aumentos substanciais da amamentação exclusiva (no Brasil e em Honduras, mas não no México), amamentação parcial ou outra (no México).

Entre as opções de controle da diarréia, nossos novos cálculos sugerem que a promoção do aleitamento materno compete muito de perto com a imunização contra o sarampo e o rotavírus, em matéria de custo-eficácia *(vide Figura 5)*. Isto se torna evidente quando as modificações nas rotinas hospitalares incluem redução da alimentação por leite industrializado e de medicação no parto com as implicações de significativa economia, vista em nossos resultados no México e no Brasil (históricos).[11] Também é verdade, porém, que depois da incorporação de modificações das rotinas hospitalares, foi acentuada a redução no uso de leites industrializados e a promoção do Aleitamento Materno assume a forma de um investimento ativo em educação e apoio (p. ex., no Brasil atual e em Honduras).

Os programas que principiam pela retirada de leites industrializados e medicamentos durante o parto têm a maior probabilidade de causar alto nível de impacto por unidade de custo líquido

Figura 4: Benefícios e custos de intervenções em saúde e nutrição

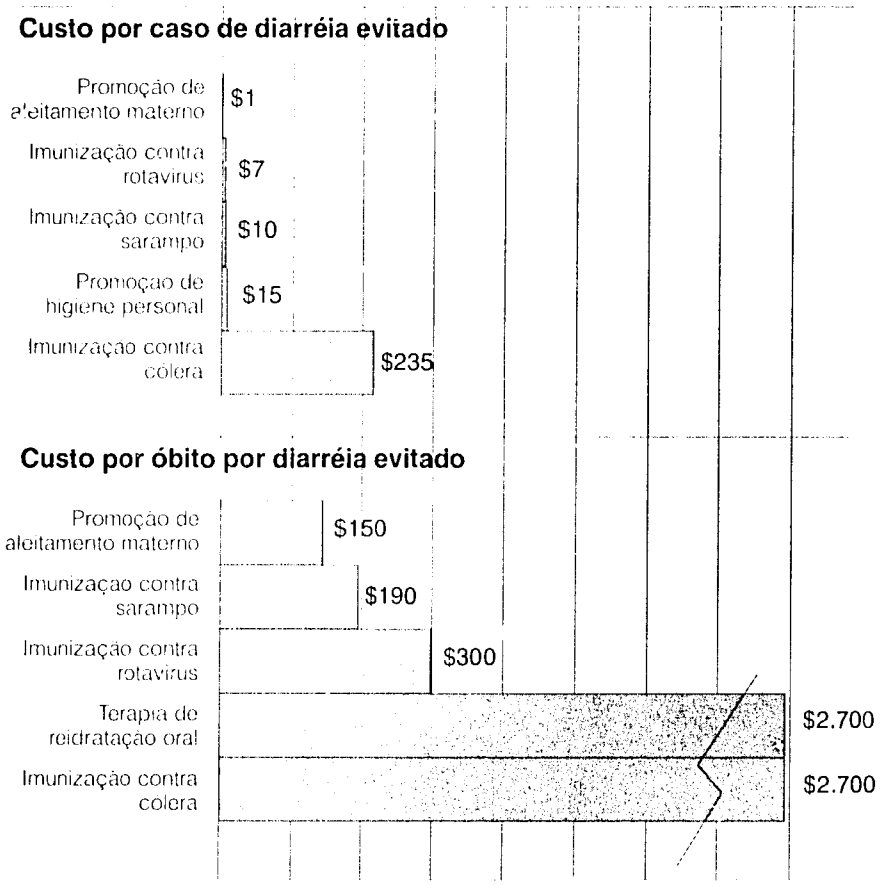


BF1 = Movimento do programa de uso do leite industrializado e eliminação da alimentação artificial e atividades de educação maternal (Brasil histórico, México)

BF2 = Programas de investimentos em educação e promoção após retirada dos leites industrializados (Honduras, Brasil atual)

(Adaptado do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993.)

Figura 5: Comparação da eficácia en função dos custos de intervenções para o controle da diarréia *(US$, 1994)*



(devido às consideráveis economias). E depois de haverem sido institucionalizadas com sucesso as modificações (nos programas de ensino de medicina e enfermagem, normas e rotinas que regem os cuidados pré-natais, Maternidade e clínicas pós-natais) e decrescido os custos recorrentes destas atividades, os investimentos na melhor qualidade da educação concernente à amamentação e o assessoramento das mães proporcionam acentuadas vantagens em práticas aperfeiçoadas de amamentação bem como em matéria de redução da morbi-mortalidade.

É um descoberta valiosa. A diminuição do uso de leites industrializados e o Alojamento Conjunto têm sido uma atraente opção para os responsáveis pelas políticas, ansiosos, no atual clima de restrições financeiras, de identificar potenciais de economia. O que nossos resultados indicam é que determo-nos apenas na etapa de alterar as rotinas hospitalares em relação ao uso de leites industrializados sem passar à etapa seguinte, do estabelecimento de atividades de apoio integral e de educação das mães, em especial no período pós-parto, seria perder a chance de um investimento de saúde altamente atraente.

Comparada com outras opções de saúde, a promoção da amamentação oferece a possibilidade de ser relativamente mais atraente em termos de ampliação porque, ao contrário da imunização, por exemplo, existem muitas áreas sem programas de promoção nos Hospitais tendo baixo custo de arranque e implantação. Além disso, onde os programas já existem, sua cobertura é geralmente pequena podendo ser considerável a perspectiva de expansão dos mesmos.

CONCLUSÕES

A promoção da amamentação nas Maternidades leva a uma redução dos custos hospitalares, pois a diminuição nas taxas de morbi-mortalidade. Isto justifica a necessidade de uma legislação adequada além de apoio político decisivo. Dada a necessidade de um apropriado contexto legislativo e político por um lado e, por outro, impactos mais amplos sobre a população em geral (tais como redução da fertilidade, menor demanda dos serviços de saúde), assinalam enfaticamente a necessidade de serem tomadas medidas governamentais para desenvolver normas e diretivas objetivando apoio às práticas de amamentação recomendadas. Exemplos dessas ações incluem a eliminação de subsídios às fórmulas de alimentação infantil, licença de maternidade e horários flexíveis de trabalho para as mães que trabalham fora do lar, normas e rotinas de apoio à amamentação em todos os Hospitais Públicos e Instituições de Saúde, inclusão do Aleitamento Materno nos currículos das Escolas de Saúde e investimentos em campanhas de educação do público.

A promoção da amamentação nas Maternidades leva a uma redução dos custos hospitalares, pois a diminuição nas taxas de morbi-mortalidade.

NOTAS

1. Este estudo faz parte de uma série mais ampla de análises de nutrição em funçao dos custos na América Latina e Caribe tefetuado por Sanghvi et alia durante o período de 1992-1995).

2. Referências: Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. Pediatrics. 1990;86(6):874-880. Brown KH, Black RE, de Romana GL, de Kanashiro HC. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. Pediatrics. 1989;83(1):31-40. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, Fuchs SMC, Moreira LB, Gigante LP, Barros FC. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. The Lancet. 1987;2:319-321.

3. A alimentação lactea previa à amamentação natural compreende todos os líquidos tais como leites industrializados e agua glicosada dados ao recém nascido antes do iniciado do aleitamento materno.

4. Referências: Margen S, Melnick V, Neuhauser L, Rios E. Infant feeding in Mexico: A study of health facility and mothers' practices in three regions. Nestle Infant Formula Audit Commission. 1991. Washington D.C. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. Pediatrics. 1990;86(6):874-880. Adair LS, Popkin BM, Guilkey DK. The duration of breast-feeding: how is it affected by biological, sociodemographic, health sector, and food industry factors? Demography. 1993;30(1):63-80.

5. Número considerável de instituições deixaram de restringir suficientemente os leites industrializados e a glicose, menor separação de mães e neonatos, reduzir o uso de berçários e limitar o uso de medicação durante o parto. Grandes desperdícios e ineficiências provêm da desnecessária classificação de mães e filhos como carentes de remédios, leites industrializados e separações. No Hospital de la Mujer do México, D.F., por exemplo, a maioria dos filhos de primiparas e de parturientes submetidas a cesáreas (quase 50% de todos os nascimentos) foram de preferência colocados em berçários e alimentados por mamadeira.

6. Bedding-in e a técnica de colocar-se o bebê e a mãe na mesma cama. Esta técnica diminui os custos de manutenção e limpieza dos berços infantis.

7. Como a amamentação estimula o mamilo e induz contrações uterinas, os Hospitais que promovem o aleitamento materno na sala de parto ou imediatamente apos o parto conseguiram reduzir fortemente o uso de drogas para contração uterina destinadas a estancar as hemorragias.

8. Os fatos que sugerem uma insuficiencia de leite materno são: baixo ganho de peso do bebê e numero diminuido de evacuações diárias. A solução mais correta para aumentar a produção do leite materno e tornar as mamadas mais freqüentes.

9. Referência: Winikoff B, Castle M, Laukaran V, eds. Feeding Infants in Four Societies: Causes and Consequences of Mother's Choices. Westport, Conn: Greenwood Press, 1988.

10. A amenorreia da lactação constitui um método natural para a redução de fertilidade entre mulheres que amamentam. É basado na ausência de menstruação durante o período de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses posparto.

11. Anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) é um indicador proposto pelo Banco Mundial com o objetivo de comparar diferentes intervenções sanitarias. Este indicador pode captar com um unico numero, os três mais importantes efeitos de saúde: morbidade, mortalidade e incapacidade. O calculo de AVAI exige as estimativas dos três coeficientes que são convertidos em anos de vida sadios com os anos de vida futuros descontados e com atribuição do peso a cada idade, para que o indicador possa refletir valores sociais correspondentes aos individuos de diferentes grupos etarios.

12. Estes custos se referem às estimativas anuais, correspondentes à manutenção do programa, após terem sido descontadas as estimativas de economias relativas ao menor uso de leites industrializados e medicamentos.

13. Referência: Phillips MA, Feachem RG, Mills A. Options for diarrheal diseases control. The cost and effectiveness of selected interventions for the prevention of diarrhea. Report for WHO. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1987.

14. A análise (histórica) do Brasil compara os custos dos serviços de aleitamento materno anteriores a 1975 no hospital do programa (quando 50% de todos os bebês recebiam mamadeira) com os serviços atuais (sem mamadeira).

RELATÓRIOS TÉCNICOS DE LAC HNS

Os documentos citados a continuação podem ser solicitados da USAID no seguinte endereço:

Documents Distribution Unit
USAID Clearinghouse
1500 Wilson Blvd., 10th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Telefone 703-351-4006. Fax 703-351-4039.

1. Teruya K, Segall A, Almeida P, Fiedler J, Lutter C, Pérez-Escamilla R, Sanghvi T, Wickham C. Custo-Eficácia na Promoção do Aleitamento Materno em Hospitais: Estudo de Caso em Santos, Brasil

2. Rivera A, Dominguez L, Lutter C, Phillips M, Pérez-Escamilla R, Wickham C, Tercero Z, Cardona S, Flores V, Sanghvi T. Eficacia en función de los costos de la promoción de la lactancia materna a traves de los hospitales: Honduras, 1992-1993

3. Lutter C, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C, Fiedler J. Hospital-Based Breastfeeding Promotion Program and Exclusive Breastfeeding Among Low-Income Women in Brazil

4. Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall A, Rivera A. Breastfeeding and Priority Setting in Health

5. Perez-Escamilla R, Lutter C, Wickham C, Phillips M, Trevino-Siller S, Sanghvi T. Risk Factors for Shorter Breastfeeding Duration in Mexico City Through Survival Analysis

6. Lutter C, Perez-Escamilla R, Sanghvi T, Rivera A. Maternal Employment and Exclusive Breastfeeding: The Effect of Usual Versus Current Employment Status

7. Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall A, Rivera A, Sanghvi T. Determinants of Exclusive Breastfeeding in Brazil, Honduras and Mexico: A Survival Analysis Approach

8. Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall A, Rivera A, Sanghvi T. Breastfeeding and Family Planning in Three Urban Areas of Latin America

9. Lutter C, Pérez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Rivera A. The Effect of Hospital-Based Breastfeeding Promotion Programs on Exclusive Breastfeeding in Three Latin American Countries

10. Fiedler J. The Cost of Breastfeeding Promotion in the Guilherme Alvaro Hospital in Santos Brazil

11. Sanghvi T. A Monitoring System for Breastfeeding Services in Hospitals in Honduras

12. Sanghvi T, Lutter C, Pérez-Escamilla R, Rivera A, Teruya K, Segall A, Treviño-Siller S, Phillips M, Fiedler J, Wickham C. Coverage and Quality of Breastfeeding Promotion in Maternity Services in Latin America

13. Sanghvi T, Perez-Escamilla R, Lutter C, Rivera A, Teruya K, Segall A. What Urban Low Income Women in Latin America Say About Plans, Practices and Reasons for Exclusive Breastfeeding

14. Phillips M, Sanghvi T, Fiedler J, Lutter C, Pérez-Escamilla R, Rivera A, Segall-Correa A, Teruya K. A Comparison of the Costs, Savings and Cost-Effectiveness of Three Breastfeeding Promotion Programs in Latin America

15. Robertson R, Sanghvi T, Brownlee A, Fiedler J, Phillips M. Guidelines for Measuring the Costs, Savings and Cost-Effectiveness of Breastfeeding Promotion Through Hospitals

Equipe técnica do estudo da eficácia do aleitamento materno em função dos custos

Directora do Estudo
Tina Sanghvi, Ph.D.

Epidemiologos
Chessa Lutter, Ph.D.
Rafael Pérez-Escamilla, Ph.D.
Cheryl Wickham, M.S.

Economistas
Margaret Phillips, M.S.
John Fiedler, Ph.D.
Susan Horton, Ph.D.

Brasil
Keiko Teruya, M.D.
Ana Segall-Correa, M.D. Dr.P.H.

Honduras
Ada Rivera, M.D.
Lilian Domínguez de David, M.D.

México
Adolfo Hernandez, M.D.
Sandra Treviño-Siller, M.S.
Armando Montaño, M.D.
Horacio Reyes, M.D.

Revisores técnicos
Ann Brownlee, Ph.D., WELLSTART International; Kathryn Dewey, Ph.D., University of California; Robert Hornik, Ph.D., University of Pennsylvania; Susan Horton, Ph.D., University of Toronto; Barry Popkin, Ph.D., University of North Carolina; Robert Robertson, Ph.D., Mt. Holyoke College; Beverly Winikoff, M.D., The Population Council

Fotografias
Agradecemos a Carlos Gaggero da Organização Panamericana da Saúde pelo uso da fotografia que aparece na página 2 e ao Centro de Lactação de Santos pelo uso das fotografias nas páginas 6 e 9.

Financiado pela Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, por meio do contrato LAC-0657-C-00-0051-00 (LAC Health and Nutrition Sustainability) com a University Research Corporation (URC) e International Science and Technology Institute (ISTI), 7200 Wisconsin Avenue, Bethesda, MD 20814, USA.

Este documento está disponível em inglês, espanhol e português e pode ser solicitado no seguinte endereço: WELLSTART, Expanded Program for Breastfeeding, 3333 K Street NW, Washington, DC 20007 USA. Telefone 202-298-7979.