

# A cultura da puericultura



Andréa Loyola

*A puericultura é, sem dúvida, um objeto privilegiado para os que desejam compreender os caracteres específicos da difusão de técnicas e dos conhecimentos no interior de uma sociedade estratificada. A difusão da puericultura no final do século passado, como atualmente, não se deu de forma espontânea nem por acaso; é o resultado de um projeto mais amplo, mais ambicioso: regular todos os atos de vida, inclusive os mais íntimos e os mais privados, os que se realizam no seio do lar.*

Luc BOLTANSKI

## A puericultura e a família: origens

Apesar de a puericultura no Brasil ter tomado corpo como área independente na medicina a partir deste século, a preocupação com o problema remonta aos tempos coloniais.

Data de 1790 a primeira publicação sobre a assistência à parturiente e os cuidados com o recém-nascido: o *Tratado de educação física dos meninos para uso da Nação Portuguesa*, de Francisco de Melo Franco.

As famílias viviam num relativo isolamento social, cabendo ao homem o relacionamento com o mundo exterior, enquanto as mulheres permaneciam em casa coordenando as atividades domésticas. As escravas amamentavam e cuidavam das crianças.

Embora a taxa de mortalidade infantil fosse muito elevada nessa época, a noção de que a criança ao morrer seria trans-

formada em anjo, destituía o fato de valorações negativas. O número de médicos era pequeno, dominando na medicina a concepção da doença em função de miasmas: as medidas terapêuticas previstas diziam respeito ao uso de vesicatórios, suadores, sangrias, purgas e ventosas, e como medidas de cunho preventivo aconselhava-se o uso de defumadores, a limpeza da casa com vinagre e o reforçamento das sepulturas.

As grandes alterações sociais, econômicas e políticas, provocadas pela transmigração da família real em 1808, tiveram profundas repercussões no âmbito da medicina, que foi obrigada a ajustar-se à sua nova condição de instrumento de apoio científico ao exercício do poder. Coube a ela, primordialmente, a execução de medidas saneadoras na cidade do Rio de Janeiro, já conhecida pela sua pestilência, fato que impedia o desenvolvimento comercial necessário para sustentar a elite portuguesa ali instalada.<sup>1</sup> No plano teórico, seu objeto passou a ser a saúde, e a atuação do médico foi sendo cada vez mais orientada no sentido de impedir o aparecimento das doenças, através de intervenções diretas sobre o modo de ser e de viver das pessoas e sobre a própria organização da cidade.

A família foi um dos grandes centros de preocupação da medicina neste período. O Estado brasileiro sempre encontrou na família um dos mais fortes obstáculos à sua consolidação. A higienização das cidades, estratégia do Estado moderno, esbarrava freqüentemente nos hábitos e condutas que repetiam a tradição

<sup>1</sup> Data desta época a fundação das duas primeiras escolas de Cirurgia no Brasil — na Bahia e no Rio de Janeiro —, que foram transformadas em faculdades de Medicina em 1822.

familiar e levavam os indivíduos a não se subordinarem aos objetivos do governo. Por isto a reconversão das famílias ao Estado pela higiene tornou-se uma tarefa urgente dos médicos. Paralelamente, no Segundo Império, a medicina social procurou modificar a conduta física, intelectual, moral e sexual da família burguesa citadina, com vistas à sua adaptação ao sistema econômico e político.<sup>2</sup>

O escravo era apontado como principal obstáculo à formação de uma família brasileira sadia: segundo os médicos da época, o hábito até então natural do aleitamento pelas escravas era muito pernicioso à criança, pois o leite seria um veículo de transmissão de doenças (particularmente das venéreas) e das disposições hereditárias negativas da raça negra.

Tais teorias aparecem de forma bastante clara nos compêndios de ensino e nas teses de doutoramento, que constituíam na época o que havia de mais representativo do saber médico no país. Nestas publicações era marcante a influência da medicina francesa, inspirada nas noções hipocráticas relativas ao determinismo das leis da natureza, à influência dos alimentos naturais na gênese e na cura da doença e à inter-relação entre o físico e o moral.

Havia uma tendência bastante acenuada no sentido de estimular o aleitamento materno, enfatizando-se que, ao invés de prejudicar a estética, poderia ser fonte de grandes benefícios físicos e morais. A não amamentação era apontada como antinatural, podendo provocar vários distúrbios no organismo (metrites, peritonites, flebites, etc.) além de contribuir para o afrouxamento dos laços familiares.

As recomendações da medicina visavam principalmente à mãe, sendo numerosas as regras sobre o aleitamento e inúmeros os conselhos e considerações em torno da concepção e da gravidez. A amamentação era contra-indicada somente nos casos de moléstias contagiosas — sífilis e tísica — e de uma nova gravidez.

Quanto à criança, recomendava-se o uso exclusivo do leite de peito até o aparecimento dos primeiros dentes (em torno dos 8 meses), que anunciava as novas aptidões do tubo digestivo: a partir daí, eram introduzidas as papas de araruta ou de mandioca, mas o leite materno devia ser mantido até os 18 meses, quando a criança seria completamente desmamada. Praticamente não se fala em outro leite além do materno.

## A puericultura e a higiene: formação

Na segunda metade do século, a preocupação com a criança aparece de forma cada vez mais clara, sempre referida à construção do futuro do país. Apoiados em teorias sobre a inferioridade e o potencial degenerativo da raça negra, os médicos desse período condenavam o aleitamento escravo e o contato direto das crianças com as escravas, tidos como uma das principais causas da transmissão de doenças e da mortalidade infantil.

No final do século XIX, em razão de uma série de descobertas e inovações no campo médico, a puericultura francesa veio a se constituir em um saber autônomo, passando, juntamente com a escola, à vanguarda do movimento de conversão das classes populares à nova ordem burguesa que o advento do capitalismo instaurara. A revolução pasteuriana permitiu à puericultura criar uma teoria que justificava cientificamente as suas normas que, daí em diante, passam a ser impostas à massa de trabalhadores que começava a invadir as cidades.<sup>3</sup>

Os reflexos desses acontecimentos se fizeram sentir imediatamente em nosso país. Já em 1881, tendo como titular o prof. Moncorvo de Figueiredo, foi instalada, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a cadeira de Clínica e Policlínica Médica e Cirúrgica de Crianças, cuja frequência só se tornou obrigatória em 1895.<sup>4</sup>

As taxas de mortalidade infantil e sua relação com as condições de higiene ocupavam o centro das preocupações dos médicos nesse período, parte por imitação da puericultura francesa, parte porque o Brasil começava a se industrializar e a tomar consciência da necessidade de proteger sua força de trabalho.

Podemos dizer que no início do século, a assistência materno-infantil seguiu basicamente duas tendências: uma, com Fernandes Figueira na pediatria e Fernando de Magalhães na obstetrícia, mais voltada para os problemas de saúde individual; outra, com Moncorvo Filho, dirigida sobretudo para os problemas mais gerais de higiene e saúde pública, como a mortalidade infantil e as formas de educação e de assistência médica às classes mais baixas. Sob a influência da medicina preventiva americana, foram criados nesta época o Instituto de Higiene (1918) e o Departamento da Criança do Brasil (1919), este último por

<sup>2</sup> FREIRE, Jurandir Costa. *Ordem Médica e Norma Familiar*, Rio, Graal, 1979.

<sup>3</sup> BOLTANSKI. *Prime Education et Morale de Classe*

<sup>4</sup> NOVAES, H. M. D. *Pediatria Preventiva e Prática Social*, Relatório n.º 3, agosto de 1975, janeiro de 1976 (mimeo), p. 16.

<sup>8</sup> PERNETTA, César. *Distúrbios do Intercâmbio Nutritivo do Lactente*, Rio de Janeiro, Editora Científica, 1944, p. 16.

<sup>5</sup> Para dar combate à miscigenação, ao alcoolismo e à sífilis, a Liga Brasileira de Saúde Mental propunha medidas de caráter preventivo, tais como, a instalação de ambulatórios para atendimento em massa e a obrigatoriedade do exame pré-nupcial. Sendo a imigração muito intensa neste período, os imigrantes — por extensão — eram também considerados potencialmente perigosos, fato que deu ao movimento uma conotação de xenofobia.

<sup>6</sup> Em 1931 o Instituto de Higiene passa a ser reconhecido como Escola de Higiene de São Paulo. Em maio de 1932 o Decreto n.º 21.417 regulou as condições de trabalho das mulheres nos principais estabelecimentos industriais e comerciais (principalmente quanto ao tratamento que lhes será dispensado quando grávidas). Em início de 1934, pelo Decreto n.º 24.723, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes que incluía em suas providências o auxílio-maternidade, acontecendo o mesmo em setembro daquele ano para os bancários e em 1973 para os industriários. Em 1934, a antiga Inspetoria de Higiene Infantil foi transformada em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. No mesmo ano foi também criado o Instituto Nacional de Puericultura. (NOVAES, H. M. D. *Pediatria Preventiva e Prática Social*, op. cit., p. .)

<sup>7</sup> NOVAES, H. M. D., idem, idem, p. 14.

<sup>9</sup> Cf. GESTEIRA, Martagão. *Puericultura, Higiene Alimentar e Social da Criança*, Rio de Janeiro, Panamérica, 1943. Este livro foi a primeira obra de puericultura publicada no Brasil para médicos e estudantes de Medicina. Até então os livros científicos sobre o assunto eram traduzidos do francês e do alemão e a divulgação para leigos era feita em manuais e cartilhas dirigidas às mães das classes média e alta, nos mesmos moldes atuais.

## Moncorvo Filho.

Paralelamente ao movimento higienista de Moncorvo Filho e coincidindo com a fase de consolidação da República até 1930, outro movimento importante desenvolveu-se no país: a Liga Brasileira de Saúde Mental. Promovido basicamente por psiquiatras, esse movimento visava ao aperfeiçoamento da raça<sup>5</sup> através de medidas eugênicas, tendo em vista a formação do Estado Nacional.

Nota-se no discurso pediátrico dessa época uma grande preocupação com as altas taxas de mortalidade infantil, atribuídas aos distúrbios gastrintestinais ocorridos na primeira infância. O principal argumento usado pelos médicos para justificar este estado de coisas eram as precárias condições de higiene das amas-de-leite, e, como peça de reforço, o abandono a que eram relegados os seus filhos. Apesar disto, o aleitamento mercenário permaneceu como a melhor opção nos casos de impossibilidade do aleitamento materno.

A partir de 1930, vamos encontrar a puericultura já consolidada. Permanece a concepção — essencial à sua constituição como campo de saber autônomo na medicina — de que a criança não é "um adulto em miniatura", mas um ser em evolução e com características próprias.

Em nível institucional, as políticas assistenciais foram bastantes ampliadas<sup>6</sup> e também nesse período as taxas de mortalidade infantil sofreram ligeiro decréscimo em algumas capitais.

Segundo Novaes, as normas de puericultura não sofreram alterações substanciais nesse período.<sup>7</sup> Nossos dados, entretanto, apontam em outra direção, ou seja, que uma nova tendência fortemente marcada pela escola alemã de pediatria, introduzida no país pelo prof. Martinho da Rocha na década de 1920, torna-se dominante.

De fato, por influência dessa corrente a atenção dos pediatras — até então voltada exclusivamente para o aparelho digestivo do recém-nascido e do lactente — foi deslocada para os efeitos que os distúrbios gastrintestinais provocam sobre a nutrição em geral, ou seja, para os processos do metabolismo celular do qual dependem as funções vitais do organismo infantil (crescimento, desenvolvimento físico e psíquico, imunidade, etc). Segundo Pernetta, "a velha sentença, na criança pequena tudo são intestinos foi revogada, pois o grande guia dietético do lactente é a totalidade do orga-

nismo".<sup>8</sup> Este deslocamento de ênfase para o metabolismo traz, como consequência, a introdução precoce da alimentação mista, destinada a suprir as deficiências nutritivas provocadas por uma dieta constituída exclusivamente de leite. Tal prática é hoje apontada como uma das causas do desmame precoce. A administração de substâncias complementares, vitamina C (suco de frutas cruas) e sais (caldo de carne e legumes) é considerada essencial, a partir do 2.º e 6.º mês, respectivamente. Com esta alimentação tem início o desmame, que deve se completar em torno dos 18 meses.

A nova visão totalizante do organismo infantil coincide com a ampliação do conceito de saúde que, além do aspecto fisiológico, passou a incluir também os aspectos mentais, sociais e psicológicos do comportamento humano. O reflexo dessa mudança na puericultura é a "psicologização" de suas normas, ou seja, a presença da psicologia legitimando cientificamente seu aspecto moralizador.

Essas duas inovações — introdução precoce da alimentação mista e psicologização do discurso — permanecem até nossos dias como os princípios básicos da moderna puericultura.

Por volta de 1937, com a implantação do Estado Novo e com o novo aumento das taxas de mortalidade infantil no país, foram tomadas algumas medidas oficiais com relação à puericultura. Foi criada a primeira cadeira de Puericultura na Faculdade Nacional de Medicina, cujo titular, prof. Martagão Gesteira desenvolveu intenso trabalho de cunho nacionalista visando ao aprimoramento da raça e à redução da taxa de mortalidade infantil, através de leis que assegurassem maior proteção à gestante e à criança e de obras sociais que as amparassem quando carentes de recursos.<sup>9</sup>

Em agosto de 1942, consoante essas diretrizes, foi fundada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), cuja principal atuação foi a instalação, em nível nacional, de postos de puericultura e lactários que prestavam assistência médica e distribuíam leite para crianças até os 2 anos de idade.

## A puericultura e a industrialização: 1945-1969

Com o término da Segunda Guerra Mundial, a industrialização se expandiu enormemente, acelerando a migração ru-

ral-urbana e o crescimento das cidades. O capital de origem estrangeira lança no país as bases de seu atual controle sobre amplos setores da economia, incluindo os da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos.

A medicina americana, importada juntamente com o capital proveniente dos Estados Unidos, inicia uma etapa de modernização que vai se refletir sobre a medicina brasileira e, particularmente, sobre os programas materno-infantis. "O conceito de doença se modifica, incluindo a idéia de que a doença é um processo que tem uma história própria: são desenvolvidas novas técnicas de planejamento que levam à elaboração de programas incluindo o meio ambiente (uso do conceito de comunidade). O atendimento ambulatorial é favorecido em detrimento do hospitalar e as etapas de trabalhos (prevenção primária, secundária e terciária) passam a ser planejadas, sendo que para estas atividades são recrutados outros profissionais além dos médicos: enfermeiras, assistentes sociais e nutricionistas".<sup>10</sup>

Em 1945, os berçários (existentes nos Estados Unidos desde 1935) foram implantados no Brasil como medida de higiene preventiva; alegava-se, na época, que o isolamento do recém-nascido reduziria os riscos de infecção e contaminação e, conseqüentemente, a taxa de mortalidade infantil. Além do mais, consoante o processo de intensa especialização da medicina, os berçários serviam também para delimitar fisicamente o espaço do pediatra, impedindo que a atuação do obstetra se prolongasse além do nascimento (sob a influência da psicologia freudiana, os contatos mais íntimos entre mãe e filho eram vistos com certas restrições).

A partir daí, os conselhos às gestantes e as normas de conduta referentes aos cuidados que as mães devem dispensar a si próprias após o parto — tão abundantes no período de formação da puericultura — praticamente desaparecem dos livros. O espaço dessas obras passa a ser ocupado quase que inteiramente com a criança; apesar de aumentarem consideravelmente os capítulos dedicados à alimentação artificial, o aleitamento materno continua como a opção mais indicada, com mamadas de 3 em 3 horas num total de 6 refeições diárias; o desmame, iniciado no 6.º mês, deve ser gradual, e completar-se em torno dos 12 meses.

Um fato importante desse período foi

a centralização das normas de saúde através da Organização Mundial de Saúde (OMS), fundada em 1948 juntamente com uma série de outras organizações que marcam esta nova etapa de integração do capitalismo mundial. Neste processo é dada especial atenção aos países do Terceiro Mundo, com o objetivo manifesto de ajudá-los a sair da condição de subdesenvolvimento, mas visando também mantê-los sob a órbita do capitalismo central.

Em 1949 a OMS firma com a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) um acordo para desenvolver um programa único de saúde na América Latina. À parte a erradicação de certas doenças endêmicas (malária, poliomielite e varíola), esse acordo teve como principal resultado o enquadramento da medicina latino-americana no eixo "medicalização-consumo-lucro", incrementando sistemas de saúde inadequados às necessidades das populações a que deveriam servir, mas entrosados com os interesses das indústrias farmacêuticas e alimentícias.<sup>11</sup>

No Brasil a preocupação crescente com a subnutrição induziu à criação, em fevereiro de 1954, da Comissão Nacional de Alimentação (CNA), que deu origem à Campanha Nacional de Alimentação Escolar (CNAE). Por anos seguidos a CNAE vem fazendo uma vultosa distribuição de alimentos, favorecendo sobretudo as multinacionais.<sup>12</sup>

De fato, durante as décadas de 50 e 60, períodos que registram um ligeiro declínio das taxas de mortalidade infantil, procurou-se contornar as deficiências de nutrição e saúde das populações de baixa renda através de políticas distributivas (principalmente do leite em pó), sem que as verdadeiras causas do problema fossem atacadas. Além do programa de suplementação alimentar da FAO, destaca-se a atuação da Aliança para o Progresso e do Plano Decenal de Saúde (estabelecido pela OEA em 1961) na implementação deste tipo de política.

O fato é que nos anos 50 a indústria de leite em pó se expandiu enormemente sobretudo nos países do Terceiro Mundo,<sup>13</sup> onde passou a atuar não só sobre o consumo, mas diretamente sobre a produção do saber. Além de suprir os hospitais, ambulatorios e os consultórios médicos com seus produtos e sua publicidade — à maneira de outros laboratórios farmacêuticos —, a indústria de leite em pó financia congressos, trabalhos e publicações científicas.

<sup>10</sup> NOVAES, H. M. D. *Pediatria Preventiva e Prática Social*, op. cit., p. 23.

<sup>11</sup> Sobre o assunto consultar: PINTO, H. F. M. *Puericultura, Medicalização e Ideologia*, Rio de Janeiro, IMS, UERJ, 1976. Consultar sobre o assunto: LUZ, Madel, T. *As Instituições de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1979; FIORI, J. L. *Introdução aos artigos de Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*, organizado por Reynaldo Guimarães (Graal, 1978) e na mesma obra o artigo de CORDEIRO, Hésio, "A Política de Medicamentos".

<sup>12</sup> AMARANTE, P. D. C. *Uma Análise de Políticas de Nutrição no Brasil*, Rio de Janeiro, IMS, UERJ (mimeo), 1977.

<sup>13</sup> Nos países industrializados o decréscimo das taxas de natalidade limitou o crescimento das vendas das companhias de alimentos. "Em consequência algumas companhias de produtos infantis partiram para a diversificação de sua produção, procurando novas oportunidades de lucro. Outras, por sua vez, entre elas as companhias de laticínios, procuraram expandir o mercado para seus produtos tradicionais, operando em regiões do mundo onde as populações estivessem em franco crescimento, isto é, foram para o Terceiro Mundo (KUCINSKI, B. e LEDOGAR, R. *Fome e Lucros*, São Paulo, Brasiliense, 1978, p. 166).

<sup>14</sup> Cf. sobre a Medicina Previdenciária. MELLO, Carlos Gentile: "A Medicina Previdenciária". In: GUIMARAES, R. (org.), *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*, op. cit.

<sup>15</sup> Cf. YUNES, J. e RONCHEZEL, V. S. C. "Evolução da Mortalidade Geral Infantil e Proporcional no Brasil". Rev. Saúde Públ., São Paulo (supl.): 3, 1974.

<sup>16</sup> Revista de la Organización Panamericana de la Salud, vol. 9, n.º 3, 1977, pp. 8-10.

<sup>17</sup> Anais Nestlé, fascículo n.º 78, p. 93.

<sup>18</sup> UNICEF — *Tendências na amamentação e seu impacto na saúde da criança*, Brasil, 1978.

<sup>19</sup> Verifica-se um aumento da ênfase nas vantagens do aleitamento materno, nas justificativas de caráter psicológico (equilíbrio emocional da mãe e do filho), e nos cuidados referentes à alimentação artificial, especialmente no preparo das mamadeiras; há maior flexibilidade no horário das refeições. A introdução do suco de frutas é antecipada para o 1.º mês, o desmame tem início no 3.º ou 4.º mês, com a introdução da sopa de legumes feita com caldo de carne. Em termos de conteúdo nenhuma modificação é registrada.

<sup>20</sup> Essa reunião realizada em 1975 abordou o tema "Metodologia para Formulação de Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição e sua Execução Intersetorial".

A Nestlé, que em nosso país domina inteiramente esse mercado, edita e distribui entre obstetras, pediatras e bibliotecas das Faculdades de Medicina os *Anais Nestlé* — utilizados com frequência nos cursos médicos —, em que figuram artigos de médicos e outros profissionais de saúde, assim como pesquisas financiadas pela empresa. É responsável também pela publicação do "Boletim de Informação" e da revista *Procedimentos*, editados pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Orientando sua propaganda e seus produtos segundo as tendências dominantes na puericultura, a indústria de leite em pó e de outros alimentos infantis é em grande parte responsável pela institucionalização da prática do desmame precoce.

A introdução da pílula anticoncepcional no início de 60 e a Bemfam (organismo encarregado de difundir-la nas classes baixas) constituem outros elementos associados à expansão da prática do desmame precoce no país, e são também peças importantes da engrenagem ideológica através da qual se evita questionar o modelo de desenvolvimento e a estrutura de classes que ele vem produzindo.

A década de 60 marca ainda o desenvolvimento de um novo estilo de exercício do poder no país — tecnoburocrático —, que, consolidado em 1968, dirige o leme da nação para as águas das multinacionais e do capital financeiro. Consoante esta nova direção, procura-se atacar o problema da saúde através do planejamento e da centralização, sendo a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966, o melhor exemplo desta política.<sup>14</sup> A expansão da Previdência Social e do financiamento da maior parte dos leitos da rede privada pelo INPS, entretanto, fez aumentar consideravelmente o número de partos hospitalares e de operações cesarianas — esses e estas apontados como fatores que induzem ao desmame precoce.

### A puericultura nos dias atuais: a década de 70

Em 1970 tem início o chamado "milagre brasileiro", que vai se esgotar poucos anos depois com a crise que temos presentemente instalada, e cujo indício no campo que analisamos é o aumento na taxa de mortalidade infantil.<sup>15</sup>

Como reconhece a própria OMS, "os

anos 60 são lembrados como a Década do Desenvolvimento. Nessa época foram destinados extraordinários recursos para a realização de planos de desenvolvimento e programas de assistência técnica. A maioria desses esforços foi baseada na suposição de que o desenvolvimento econômico se traduz automaticamente em progresso social. Agora sabemos que não é assim. O progresso social, que é a expressão do verdadeiro desenvolvimento, foi muito lento durante essa década".<sup>16</sup>

Já em 1968 o relatório de um comitê de especialistas dessa organização recomendava "a realização de estudos de nutrição e resistência às moléstias infecciosas".<sup>17</sup> Do conjunto de estudos experimentais realizados sob o patrocínio da OMS concluiu-se que a carência de proteínas, de vitaminas A e C e a má nutrição generalizada aumentam a vulnerabilidade a muitas doenças infecciosas. O aleitamento materno passa então a ser recomendado sobretudo nos países em desenvolvimento (nos países industrializados ele é também recomendado, porém para evitar a sobrealimentação), "onde as condições sanitárias ambientais são precárias e a probabilidade de as mães terem acesso à água potável é baixa. Da mesma forma, tendem a ser inadequados os meios para a fervura ou esterilização de mamadeiras utilizadas na alimentação da criança, e a preparação das fórmulas, quase inevitavelmente, conduzirá à contaminação e à infecção",<sup>18</sup> aumentando os riscos de morte na primeira infância.

A mortalidade infantil volta a ocupar uma posição prioritária no discurso médico oficial, como um problema ligado às deficiências nutricionais das classes baixas e passível de ser solucionado com uma dieta alimentar adequada. Nos livros de pediatria e nas obras de puericultura dirigidas a um público de classe média e alta esta dieta, portanto, não é alterada.<sup>19</sup> O problema é atacado através das políticas de saúde, intensificando-se os programas de distribuição de alimentos às populações "biologicamente vulneráveis". Em 1973 foi criado um órgão especial no Ministério da Saúde, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que elaborou o I Pronan (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição), cuja diferença básica em relação à CNAE reside no fato de estender sua cobertura às gestantes e nutrízes.

A partir da XXIII reunião do Conselho Diretivo da OPS<sup>20</sup> os problemas relativos à desnutrição, até então vincula-

dos exclusivamente à área de saúde, passaram a ser enfocados dentro de uma óptica intersetorial, que abrange dimensões sociais, políticas e econômicas. Ao setor saúde coube atuar de forma coordenada com os demais setores que, direta ou indiretamente contribuem na produção, comercialização, consumo e utilização dos alimentos.<sup>21</sup>

Assim, o II Pronan, elaborado em 1975, estendeu sua cobertura às populações "socialmente vulneráveis" e se propôs estimular a racionalização e comercialização dos alimentos da população de baixa renda. Embora reconhecendo formalmente que a suplementação alimentar, por si só, constitui um modelo emergencial e transitório, na prática este programa nada fez em relação às reformulações sócio-econômicas e políticas preconizadas pela OPS.

Em 1977 foi posto em execução o Programa de Nutrição e Saúde (PNS), que estendeu seu campo de atuação aos grupos "biologicamente vulneráveis da população socialmente vulnerável", ou seja, às gestantes, nutrizes e crianças de 6 meses a 7 anos.

Esse programa atua paralelamente ao Programa Materno-Infantil (PMI), elaborado pela Coordenadoria de Proteção Materno-Infantil, que também presta atendimento a este grupo de alta prevalência de morbo-mortalidade, causada direta ou indiretamente pela desnutrição.<sup>22</sup>

Como era de esperar, as políticas governamentais de nutrição, ao subordinarem os problemas de desnutrição ao modelo de desenvolvimento implantado no país, não corresponderam a nenhuma alteração significativa nos quadros de saúde das populações a que foram dirigidas.

Já em 1973 o Grupo de Consultoria sobre Proteínas das Nações Unidas declarava que "na ausência do aleitamento materno, as crianças dos grupos sócio-econômicos mais afluentes dos países industrializados e dos países em desenvolvimento não sofrem nenhuma desvantagem nutritiva quando alimentadas com produtos adequados. No entanto, o abandono precoce da amamentação nos grupos sócio-econômicos inferiores pode ser desastroso para as crianças".<sup>23</sup>

Os berçários também passam a ser vistos como um obstáculo à amamentação, pelo fato de manterem os recém-nascidos separados das mães: além desta justificativa psicológica, os mesmos argumentos de caráter imunológico que servi-

ram à sua implantação são agora utilizados para justificar a adoção do *rooming-in*, prática que vem sendo preconizada nos hospitais do INAMPS desde 1977; alega-se que o isolamento da criança — que anteriormente constituía uma proteção — torna-a mais vulnerável às infecções quando entra em contato com o ambiente familiar. Assim, no discurso das organizações internacionais de saúde, a prática do desmame precoce — atribuída "à ignorância das mães das classes baixas a respeito das necessidades nutricionais dos seus filhos" <sup>24</sup> — passa a ser apontada como principal responsável pelo estado de desnutrição infantil nos países do Terceiro Mundo. O aleitamento natural, considerado "a nova arma contra a desnutrição" <sup>25</sup>, volta a ser aconselhado como alimento indispensável até o 6.º mês, e como o principal componente lácteo da alimentação até os 12 meses.

O trabalho da mulher, a exigüidade das licenças-maternidade, a falta de creches são mencionadas como empecilhos ao aleitamento materno, assim como a nuclearização da família e a sua diminuta capacidade de proporcionar a preparação e apoio que a amamentação requer.

Argumentos de ordem psicológica passam a ser utilizados para incentivar a amamentação. Alega-se, por exemplo, que a mãe é a mediadora de toda percepção e conhecimento do recém-nascido, e que o ato de amamentar facilita o desenvolvimento normal da criança; enfatiza-se que a lactação reduz o *stress* da mãe e que a criança amamentada tem maior capacidade de adaptação ao meio, e, caso pertença às classes baixas, corre menor risco de se tornar um marginal.

Em nível puramente técnico, mesmo as vantagens anticoncepcionais do aleitamento materno não são esquecidas. Em 1978, uma publicação da UNICEF sobre o aleitamento materno afirmava que "ao suprimir a menstruação e a ovulação pós-parto, a amamentação ajuda a mãe a espaçar seus períodos de gravidez, fornecendo uma base sólida para o planejamento familiar complementar".<sup>26</sup>

No Brasil, pediatras ligados às políticas de saúde das organizações internacionais passam a promover a volta ao aleitamento materno. Além da necessidade da atuação de outros profissionais de saúde,<sup>27</sup> preconizam também a realização de campanhas educacionais, sobretudo através dos meios de comunicação de massa, para divulgação da importân-

<sup>21</sup> AMARANTE, P. D. C. *Uma Análise da Política da Nutrição no Brasil*, op. cit., p. 3.

<sup>22</sup> Segundo Marques, o PMI constituiu basicamente uma alternativa racionalizadora para o exercício da prática profissional, em face da crise no setor saúde.

<sup>23</sup> KUCINSKI, B. e LEDOGAR, R. *Fome e Lucros*, op. cit., p. 168.

<sup>24</sup> OMS, *Guia Prática de Combater a Desnutrição em los Niños de Edad Preescolar*, 1975.

<sup>25</sup> OMS. *idem*, *idem*.

<sup>26</sup> UNICEF, *Tendências na amamentação e seu impacto na saúde da criança*, op. cit., p. 10.

<sup>27</sup> Outros pediatras, parecem absorver com relutância essa diretriz, que acarretaria, sem dúvida, a perda do monopólio de decisão neste campo. Deve-se em parte a este fato a afirmação de HERVEDA: "É uma tarefa científica tornar o aleitamento natural aceito pelos médicos". (HERVEDA, A. In: *Atualidades Médicas*, mar., 1979, p. 17.

cia dessa prática no desenvolvimento físico e mental da criança nos primeiros meses de vida. Alegam que neste período a criança é extremamente vulnerável "às alterações genéticas e às lesões irreversíveis do sistema nervoso causadas pela desnutrição, que provocarão, sem dúvida, distúrbios de conduta, determinando um estado de agressividade permanente, tornando a criança fisiologicamente incapaz de usufruir as oportunidades que lhe são oferecidas".<sup>28</sup> Para os estratos inferiores, estas oportunidades estão vinculadas às exigências atuais de mão-de-obra especializada e de alta produtividade que só um estado nutricional adequado pode proporcionar.

Outros médicos e nutricionistas, engajados na campanha pró-aleitamento materno, denunciam abertamente o que consideram seu principal obstáculo: a indústria de leite em pó, em especial os leites maternizados. Argumentam que, além de induzirem ao desmame precoce, "esses leites são inadequados porque nosso problema é de subnutrição, ao contrário da superalimentação que as fórmulas dos leites maternizados visam combater".<sup>29</sup> Em consequência, a indústria de alimentos torna-se mais discreta com relação à promoção desses produtos e intensifica a publicidade de farinhas, sopas e legumes, papas de frutas, etc.

Nos livros de pediatria e puericultura observa-se um movimento semelhante: mais do que nunca são enfatizadas as qualidades nutritivas do leite materno; nos capítulos dedicados à alimentação artificial, aumentam consideravelmente as referências aos "alimentos em potinho", ou seja, às sopas e papas industrializadas. Sob a influência da psicologia, acentuam-se a flexibilidade dos intervalos entre as mamadas, a tendência à livre demanda e multiplicam-se as páginas dedicadas à educação e ao desenvolvimento emocional da criança, que colocam em evidência os novos rumos da moderna puericultura.

## Conclusão

Segundo Novaes, ao longo de sua história, "a puericultura consolidou sua pretensão de controlar cientificamente todos os momentos da vida de uma criança, desde a vida intra-uterina até tornar-se adulta, passando a ter respostas para

todas as dúvidas e sentindo-se suficientemente segura para poder garantir uma perfeita saúde ao indivíduo que adotar todos os seus preceitos. Tanto que nos últimos anos muito pouco tem se produzido aqui sobre o assunto puericultura, dando a impressão de ser um território já completamente conquistado".<sup>30</sup>

Tal impressão, entretanto, só é verdadeira do ponto de vista da função de controle social que a puericultura vem desempenhando desde suas origens. Do ponto de vista do conhecimento, sobretudo da dietética infantil, ela permanece atrasada em mais de cinquenta anos, sendo que, até hoje, nem sequer a taxa exata de proteína do leite humano é conhecida.<sup>31</sup> Colidindo com suas pretensões científicas, observa-se, como vimos, uma volta da puericultura à "natureza" e ao "empirismo", uma "reentrega da criança à mãe" sob o aval e controle dos psicólogos e dos nutricionistas que há algum tempo começam a penetrar em sua seara, até então sob domínio dos pediatras.

A atual campanha em favor da amamentação é a evidência mais cabal desta contradição: toda a ciência médica e das áreas afins é mobilizada para restaurar a naturalidade do que a própria ciência desnaturalizou — o aleitamento materno —, transferindo às mães a solução dos problemas, cuja origem, até o presente, a puericultura ajudou a camuflar.

De fato, o que se propõe às mães, por meio da amamentação, é uma tarefa considerável: erradicar do país a desnutrição e a desordem social, desenvolver o planejamento familiar e melhorar, a longo prazo, a qualidade da força de trabalho; em poucas palavras, encobrir as contradições e assegurar a continuidade da estrutura social que o desenvolvimento do país vem reproduzindo e ampliando.

Sem a crítica permanente de sua função social, a puericultura não poderá abdicar do seu papel conservador e tornar-se instrumento de transformação das condições de existência das populações a quem ela tem prometido um mundo melhor.

<sup>28</sup> AGUINAGA, Hélio. "Ano da Criança", *Jornal do Brasil*, dez. 1978.

<sup>29</sup> FILHO, J. Barbosa. "O Problema do Leite Maternizado (Desnutrição Comercializada)". In: *Rev. Med. HSE*, 29 (3), 1977, p. 119.

<sup>30</sup> NOVAES, H. M. D. *Pediatria Preventiva e Prática Social*, op. cit., p. 28.

<sup>31</sup> FILHO, J. Barbosa. "O Problema do Leite Maternizado (Desnutrição Comercializada)". In: *Rev. Med. HSE*, op. cit., p. 119.

Maria Andréa Loyola é autora de *Os Sindicatos e o PTB*, 1979, e é professora do Instituto de Medicina Social da UERJ.