



O Matador de Bebês

(The Baby Killer)

MIKE MULLER

Edição Original por
"War on Want" - 1974

IMIP - 2023

MIKE MULLER

O MATADOR DE BEBÊS

Uma investigação da War on Want sobre a promoção e venda de fórmula infantil para bebês, no Terceiro Mundo.

3ª edição

Tradução do original The Baby Killer, publicado pela War on Want em 1977.

Segunda edição com apêndice de Christopher Robbins, publicada em 1975.

Primeira edição, publicada em 1974.

Recife, PE, Brasil.



2023

©1974 War on Want e Mike Muller.

Todos os direitos desta obra são reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou utilizada por nenhuma forma ou por qualquer meio, eletrônico ou físico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer sistema de armazenamento e recuperação, exceto por citações breves, as quais devem ser atribuídas à publicação correspondente dos autores.

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

PRESIDENTE DE HONRA

Professor Fernando Figueira (*In memoriam*)

DIRETORIA DO IMIP

Presidente: Sílvia Rissin

Vice-Presidente: Ítalo Rocha Leitão

SUPERINTENDÊNCIAS DO IMIP

Superintendente Geral: Tereza Campos

Superintendência de Administração e Finanças: Maria Sílvia Vidon

Superintendência de Atenção à Saúde: Adriana Scavuzzi

Superintendência de Ensino e Pesquisa: Fernando Augusto Figueira

Capa: Adaptação da Capa Original pelo Marketing IMIP.

Normalização: Jéssica Cavalcanti.

Revisores da 3ª Edição:

Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

e João Guilherme Bezerra Alves

Ficha Catalográfica

Elaborada por Jéssica Cavalcanti CRB-4/1828

M958m Muller, Mike

O matador de bebês/ Mike Muller; tradução de Fernando Figueira; revisão de Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva e João Guilherme Bezerra Alves – 3. ed. trad. – Recife: IMIP, 2023.

177 p. : il.

1. Aleitamento Materno. 2. Leite Materno. 3. Indústria de Laticínios. 4. Desnutrição Proteico-Calórica. I. Título.

CDD 613.269

Agradecimentos da edição original

Agradecemos à revista *New Internationalist* e sua equipe, que foram os primeiros a manifestar interesse pelo tema e que encorajaram a *War on Want* para continuar investigando, e, particularmente, à Hugh Geach que fez o trabalho inicial para *New Internationalist* e colocou seu material à nossa disposição.

Agradecemos, também, aos médicos e profissionais em outros campos, que nos deram seu tempo e conselho, especialmente ao Dr. Morley, da Unidade Tropical de Saúde Infantil do Instituto de Saúde Infantil da Universidade de Londres, que fez muitas sugestões úteis, bem como a leitura do rascunho deste relatório.

Algumas das companhias envolvidas também foram muito pacientes ao explicar o que pensavam da situação. Em particular, o Dr. H. Muller e o Sr. G. Fookes – Divisão Dietética da Nestlé, que nos concederam grande parte de seu tempo, do mesmo modo que o Sr. Barter, da Divisão Internacional da Unigate. Esses senhores estabelecem o programa de ação em suas organizações, e as citações atribuídas simplesmente à Nestlé ou à Cow & Gate decorrem de entrevistas por eles concedidas.

A *War on Want* é uma das muitas entidades caritativas trabalhando para o Terceiro Mundo, endividadas com algumas companhias de fórmulas infantis por doações de alimentos infantis e outros produtos para seus programas de socorro. Em desastres e outras situações “anormais”, esses produtos podem ser extremamente úteis. Podemos ser acusados de “morder a mão que alimenta”, por causa deste relatório, mas nossa responsabilidade é para com as comunidades em que colaboramos.

Sumário

Apresentação.....	08
Carta do IMIP: ao público e às autoridades.....	13
Prefácio da 1ª edição.....	25
Prefácio da 2ª edição.....	30
Prefácio da 3ª edição.....	32
Prefácio da 3ª edição (traduzido).....	36
Prefácio da edição original de 1977.....	41
Contextualização.....	44
Introdução.....	47
Os fatos essenciais de desnutrição: uma perspectiva do problema... 49	
A longo prazo.....	51
Seios versus mamadeira: o alimento conveniente original.....	54
A incomparabilidade do leite materno.....	54
Proteção contra infecção.....	56
A pílula natural.....	56
Por que apelar para a mamadeira?.....	58
Mudança social.....	60
Vendedoras com uniformes de enfermeiras.....	61
Aqueles que não podem... provavelmente poderiam!.....	62
Uma questão de confiança.....	64
No contexto do Terceiro Mundo: o fogão de “três pedras”.....	66
O dilema dos médicos.....	71
Manipulação por assistência.....	72
Endosso por associação.....	73

A desnutrição gerada pelo comércio: o papel da indústria	76
Os meios de comunicação	77
Enfermeiras.....	80
Amostras grátis.....	83
Literatura educativa e a mamadeira.....	85
Rótulos.....	87
A artimanha do brinde.....	89
A responsabilidade da indústria.....	90
Efeitos sociais secundários e fatais.....	91
Nossa meta é o dinheiro.....	92
O contexto mais amplo	94
Kwashiorkor e a criança maior.....	95
Estratégias nacionais para nutrição.....	96
Novo papel para a indústria.....	98
Ação, como?.....	100
Processo lento	101
Neste ínterim.....	102
Ainda na Grã-Bretanha	104
O tributo atual.....	108
As recomendações da “War on Want”	110
Para a indústria.....	110
Para os governos dos países em desenvolvimento.....	110
Para o governo britânico.....	111
Para a classe médica.....	112
Para outros canais.....	112
Referências	114
Apêndice A – O leite materno na alimentação infantil	118
Anexo A – Portaria N° 99 de 03 de dezembro de 1974	143

Anexo B – Critérios para a Iniciativa	
Hospital Amigo da Criança (IHAC).....	147
Anexo C – Pela amamentação natural dos bebês	151
Anexo D – <i>Letter Lancet Breastfeeding</i>	162
ANEXO E – <i>Letter Lancet Breastfeeding</i> (traduzida)	165

Apresentação

Em 1974, o relatório intitulado *The Baby Killer* emergiu como um divisor de águas na percepção global sobre as práticas da indústria alimentícia. De autoria do incansável Mike Muller, o trabalho denunciou ao mundo as táticas inescrupulosas de corporações multinacionais, particularmente a Nestlé, na promoção agressiva de substitutos do leite materno. A ênfase dada a lucros astronômicos em detrimento do bem-estar de mães e bebês, principalmente nos países em desenvolvimento, foi posta a nu. Esse manifesto incitou um boicote global e influenciou a formação de leis e regulamentos mais restritos.

Mike Muller, o autor original dessa obra magistral, era um jovem jornalista britânico na época da publicação de *The Baby Killer*. Ao longo de sua carreira, Muller tem se dedicado a trabalhos investigativos com foco em justiça social e direitos humanos. Sua contribuição para o relatório da *War on Want*, posteriormente publicado como *The Baby Killer*, teve repercussão global, posicionando-o como uma voz respeitada em questões de saúde e nutrição infantil.

Paralelamente, no Brasil, uma figura singular estava atenta a essa situação. O Professor Fernando Figueira, em 1974, então Secretário de Saúde de Pernambuco, num gesto *avant-garde*, editou a Portaria nº 99, proibindo a propaganda realizada pelos fabricantes

ou distribuidores de leite em pó, doado diretamente às mães, nos hospitais e outras unidades da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Em 1995, uma tradução brasileira desse relatório paradigmático foi concretizada graças à iniciativa de um grande nome da medicina nacional: o Professor Fernando Figueira. Médico, acadêmico e ativista social, ele fundou, em 1960, com um grupo de médicos, o Instituto de Medicina Infantil de Pernambuco (IMIP), que, mais tarde, passou a se denominar Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

A perspectiva única do Professor Fernando Figueira compreendia que a medicina deveria transcender o tratamento de doenças individuais, abordando também questões sociais amplas que afetam a saúde das populações. A materialização dessa visão se deu por meio do IMIP, uma referência tanto no cenário nacional quanto internacional no que se refere à saúde, ensino, pesquisa e assistência social.

Sua visão inovadora foi o que o motivou a publicar *O Matador de Bebês no Brasil*, traduzindo o relatório fundamental de Muller para o português e introduzindo em nosso país a discussão essencial acerca da ética nas práticas de marketing da indústria alimentícia.

A publicação desse livro foi um ato de coragem e responsabilidade social, que ressoa até hoje. Esse ato é um legado que nos instiga, enquanto profissionais de saúde, a priorizar as

necessidades dos pacientes e lutar por uma indústria mais ética, sabendo que é um engano supor que a problemática tenha sido completamente sanada. Em nossos dias, sem uma vigilância contínua e uma regulamentação rigorosa, práticas análogas ainda são realizadas, especialmente nos países mais pobres. Essas ações prejudiciais persistem, colocando em risco a saúde e a vida de incontáveis crianças, o que torna a reedição de *O Matador de Bebês* não apenas uma revisão histórica, mas uma convocação ao engajamento.

A reedição brasileira de *O Matador de Bebês*, quase três décadas depois da primeira publicação, é um tributo ao legado de coragem e responsabilidade social deixado pelo Professor Fernando Figueira. Essa nova edição, portanto, é uma chamada à ação, um lembrete da luta contínua por justiça social, pela ética nas práticas corporativas e pelo direito universal à saúde.

Agora, tenho a honra de seguir os passos do Professor Figueira. Como filho, médico e Superintendente de Ensino e Pesquisa do IMIP, assumo a grande responsabilidade de perpetuar sua herança e reacender essa discussão fundamental.

Nesta edição, temos o privilégio de incluir um prefácio do próprio Mike Muller, oferecendo uma ligação direta com a história original e seu autor incansável. Ainda hoje, as práticas de marketing desenfreadas da indústria de substitutos do leite materno continuam a ser um problema, especialmente nos países com menor índice

de desenvolvimento humano. Essas práticas são uma violação dos direitos humanos e representam uma ameaça à saúde pública que deve ser combatida.

Esperamos que essa publicação inspire, informe e fomente discussões, assim como fez em seu lançamento original. Que possamos aprender com a história e persistir na defesa de um mundo mais justo, na promoção de práticas corporativas éticas e no fortalecimento do direito universal à saúde.

Acredito que a melhor maneira de honrar a memória do Professor Fernando Figueira é seguindo seu exemplo. Seja você um profissional de saúde, um estudante de medicina, um político ou simplesmente um cidadão preocupado com as causas sociais, todos temos o poder e a responsabilidade de promover a mudança. Vamos todos nos esforçar para estar à altura da herança deixada pelo Professor Fernando Figueira.

Fernando Augusto Figueira

Recife, julho de 2023.

Com este livro, o IMIP reafirma sua posição contra o uso de fórmulas industrializadas na alimentação das crianças, em detrimento dos produtos naturais. É mais uma contribuição com o objetivo de afastar os intermediários, nem sempre escrupulosos, que elevando o preço dos alimentos, reduzem o número de crianças atendidas e agravam a desnutrição que é de alta prevalência no Brasil.

Fernando Figueira[†]

Para a edição de agosto de 1994.

[†] (*In memoriam*)

Carta do IMIP: ao público e às autoridades

O Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) tem uma história, uma filosofia de trabalho e um compromisso social. Fundado há quase 30 anos (13/06/1960), por inspiração e iniciativa de um grupo de médicos pernambucanos, o IMIP é a materialização a nível de Estado e Região, de uma doutrina de saúde que já se consolidara na França, com Robert Debret, na Inglaterra, com David Morley, nos Estados Unidos com Julius Richmond, no México com Frederico Gomez, e no Brasil com Fernandes Figueira, Martagão Gesteira, Martinho da Rocha, Gomes de Mattos, Pedro de Alcântara e outros. Partindo de uma visão holístico-humanista, o IMIP nasceu e se desenvolveu comprometido com a saúde da mulher e da criança, no contexto da família e da sociedade. Coerente e fiel com esta compreensão abrangente do processo saúde/doença, o IMIP sente-se na obrigação política e ética de fazer, de público, uma reflexão crítica sobre os problemas de saúde da mulher e da criança no Brasil e, particularmente, no Nordeste. É uma forma de movimentar ideias, de desencadear análises, de renovar compromissos, de estimular o debate participante e construtivo. Pretende-se, neste momento de transição, de dúvidas e até desalento, a busca de perspectivas para uma mobilização de vontades e consciências visando resgatar a enorme dívida social que se manifesta nos desajustes e contrastes do processo saúde/doença. Ainda que fundamentada no

registro amargurado de uma situação desalentadora e revoltante, é uma carta de esperança e fé, até mesmo pela razão criadora do inconformismo.

Mais do que uma simples convicção técnica, apoiada nas estatísticas oficiais sobre a situação de saúde e os cuidados de assistência à mulher e à criança, no Brasil, o IMIP tem um testemunho próprio desses problemas vivenciados nos 300.000 atendimentos anuais efetuados em seus serviços. Não se trata, por conseguinte, de um posicionamento apenas técnico, mas de um sentimento solidário que resulta da própria experiência do dia a dia, cumprido nas atividades de atenção primária à saúde, nas áreas de favela, no atendimento dos ambulatórios gerais e especializados e na assistência intensiva dos casos de hospitalização. Um pequeno retrato do grande painel nacional.

Nossas mães e crianças

Dois terços da população brasileira estão constituídos por crianças, adolescentes e mulheres no período reprodutivo da vida. São, portanto, cerca de 90 milhões de pessoas representando, por si só, um contingente humano maior que o de qualquer outro país latino do mundo. Em termos demográficos, seria uma grande nação dentro de uma grande pátria.

No entanto, a pátria tem sido pequena e até mesmo mesquinha para suas mães e crianças, excetuada a pequena minoria

de 8% que representaria a contraditória imagem de uma Bélgica dentro da Nigéria. É revoltante o contraste de um país que, o 8º no mundo em volume físico de sua economia, o 5º em extensão territorial, o 3º em rebanho bovino, o 2º em produção avícola e o 1º em terras agricultáveis, ocupando apenas um inaceitável 64º lugar no que se refere a possibilidade de sobrevivência de suas crianças no 1º ano de vida. Mesmo com uma renda “*per capita*” de 2.000 dólares, que poderia chegar aos 2.600 dólares se contabilizado o valor da chamada economia informal, o Brasil apresenta uma taxa de mortalidade infantil que se equipara à de El Salvador (840 dólares “*per capita*” e uma guerra interna de 15 anos) e Vietnã um dos países mais atrasados da Ásia, destruído, durante 20 anos, por uma guerra avassaladora contra as duas maiores potências militares do mundo, a França e os Estados Unidos. Estamos em situação de desvantagem com o Líbano, pequeno país vitimado pela mais destruidora guerra religiosa dos últimos cem anos. A mortalidade infantil no Brasil, bem superior à encontrada na Tailândia, com 810 dólares de renda “*per capita*” ou na China e Sri Lanka, com 300-400 dólares. É duas vezes maior que a da Guiana, com apenas 1/4 da renda “*per capita*” do Brasil, e quatro vezes mais elevada que a da Jamaica, nação que apresenta apenas 1/3 da renda média alcançada pelo nosso país.

Aqui morre quase a metade de todas as crianças que não sobrevivem ao crítico 1º ano de vida na América Latina. São 280.000 óbitos, quase 900 mortes por dia. O Nordeste brasileiro contribui,

isoladamente, com 1/4 dos óbitos infantis registrados em todo o continente latino-americano, apresentando, neste particular, um comportamento que se equipara às estatísticas do Congo, Quênia, Honduras e África do Sul. Doenças facilmente evitáveis e curáveis, como as diarreias, infecções respiratórias, desnutrição e doenças imunopreveníveis deixam de ser evitadas e curadas, respondendo, no caso do Nordeste, por mais de 70% dos óbitos ocorridos nos cinco primeiros anos de vida.

Tal como as crianças, as mães pagam um tributo elevado em termos de doenças e mortes relacionadas com a reprodução. Bastaria lembrar que, entre 1980 e 1987, morreram 150 mães para cada 100.000 nascimentos, enquanto na Noruega, Suíça e Suécia esse coeficiente era de quatro a cinco por 100.000 crianças nascidas vivas, segundo dados do UNICEF. No Norte do país, o indicador assumia proporções mais elevadas, chegando a 300 mortes maternas para cada 100.000 nascimentos. Adotando-se a estimativa de outras nações do Terceiro Mundo, acredita-se que 40% dos óbitos maternos registrados no ciclo gestação-parto-puerpério ocorrem por tentativa de aborto, justificada pelo dramático reconhecimento da dificuldade ou impossibilidade da criação de seus filhos.

No conjunto, as mortes na população materno-infantil representam 80% de todos os óbitos ocorridos no País, sendo que pelo menos 85% se devem a doenças que poderiam ser evitadas ou tratadas com sucesso.

A mortalidade infantil, pré-escolar e materna representa apenas a porção visível do grande “iceberg” imerso no oceano estrutural de doenças e outras adversidades que comprometem a qualidade de vida da população brasileira. Desse contexto fazem parte os trinta milhões de crianças desnutridas, os portadores de esquistossomose e os chagásicos, as vítimas de malária, de hanseníase, de meningite, do tracoma, da leishmaniose e as dezenas de milhões de pessoas parasitadas por protozoários e helmintos intestinais. O Brasil é um país de doentes, sendo as mães e crianças pobres as maiores vítimas deste hospital a céu aberto que subsiste nas favelas e nos campos.

A primeira exclusão

A discriminação de saúde, que se reflete no quadro de doenças prevalentes no expressivo grupo materno-infantil, é a própria reprodução, a nível epidemiológico, do “apartheid” econômico e social subsistente no país. Segundo o “Perfil estatístico de mães e crianças no Brasil”, publicado pelo IBGE* em 1988, 27% das famílias tinham uma renda “per capita” inferior a meio salário mínimo. No meio rural, mais da metade (52%) se achava nessa condição. No caso do Nordeste, a situação se agrava: 40% das famílias radicadas nas cidades e 68% dos residentes no meio rural

* IBGE. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: sistema de acompanhamento da situação sócio-econômica de crianças e adolescentes [em] 1981, 1983 [e] 1986. Rio de Janeiro: IBGE; 1988.

vivem de rendas abaixo de meio salário, sendo que metade desse contingente chegava apenas a 1/4 do salário-mínimo.

O Brasil tem um “déficit” de dez milhões de moradias. Das famílias com pessoas menores de 17 anos, 53,8% moram em habitações com condições inadequadas de saneamento. Entre as que ganham até 1/4 de salário-mínimo e possuem crianças ou adolescentes, 91% ocupavam moradias inadequadamente saneadas. Nas mesmas condições de renda, no Nordeste, somente 5,1% das famílias habitam casas saneadas de forma apropriada, enquanto no meio rural essa proporção, já residual, baixa para apenas 0,6%. As adversas condições materiais de vida se refletem, por outro lado, numa situação alimentar e nutricional extremamente desfavorável. Dois terços das famílias brasileiras apresentavam deficiência energética. Em 17% dos casos, essa deficiência alcançava 400 calorias/dia. O Brasil é o 5º país do mundo em número absoluto de crianças desnutridas. Um terço de gestantes apresenta anemia, problema que atinge cerca de 50% das crianças de um e dois anos de idade. Entre o Nordeste e o Norte se situa o mais extenso espaço geográfico, em termos de terras contínuas de um único país afetado pela deficiência de vitamina A. É o maior mapa de hipovitaminose A no mundo.

Sem renda, sem moradia, sem alimentação adequada, sem educação, sem acesso aos serviços de saúde, profissionalizando a esperança com a ficção remota do futuro, a população brasileira

vive num Bizâncio distante e inacessível, um Olimpo reservado apenas a poucos eleitos pela triagem econômica da sociedade estratificada e elitista.

É o *non sense* da organização econômica e social, com seus valores e suas práticas, que explica o próprio comportamento da política, dos serviços e dos profissionais de saúde. A doença tornou-se um produto de mercado. Mas doença significa mais procura aos balcões, como no sistema de compra e venda do comércio liberal. É uma lógica pervertida, operada por uma engrenagem perversa. A sociedade teratológica comporta-se como uma fábrica de doença. O sistema de prestação de serviços responde como uma rede de supermercados, buscando o lucro. Parte dos doentes passa pelos guichês dos serviços de saúde, pelo Caixa Um do atendimento previdenciário ou pelo Caixa Dois dos serviços privados. Outra parte dá entrada (muitas vezes, sem saída) nos serviços públicos de saúde. Uma terceira parcela fica sem entrada e sem saída – adoece e cura, adoece e se incapacita ou simplesmente adoece e morre, segundo a história natural da própria doença. Mesmo nas capitais brasileiras, onde se concentram os recursos humanos e materiais mais abundantes e qualificados, perde-se, a cada ano, quatro milhões de anos-vida, por mortes prematuras e evitáveis.

A segunda exclusão

O caráter excludente da sociedade se repete e até se acentua no comportamento dos processos e do sistema de prestação de serviços. Segundo dados do Ministério da Saúde, 20% dos partos no país ocorriam fora das maternidades, sendo que, no Nordeste, essa população mais que duplicava, chegando a 47%. Menos de 40% das mães recebem assistência pré-natal adequada. Quase 1/4 das crianças que morrem antes de completar um ano não recebe, pelo menos, um atestado de óbito corretamente preenchido, pela simples razão de que não foram assistidas de forma devida no curso ou no término de sua doença, encerrando suas breves e injustiçadas vidas como uma nebulosa referência de morte por “causas mal definidas”. No caso de pré-escolares (1-4 anos) a condição é mais deprimente. Mesmo entre escolares e adolescentes, grupos nos quais a mortalidade é das mais baixas, 15% dos óbitos não contam com um atestado conclusivo sobre suas causas.

Essas omissões simbolizam, por si, o quadro de negligências e abandono em que se encontra a saúde da mulher e da criança no Brasil. Sem cuidados iniciais ao nascer e sem cuidados terminais ao morrer, a criança, a própria imagem do descuido à saúde, do descaso à vida, da negação tácita, pré-cidadania. É nesse contexto que se inscreve a omissão dos partidos políticos, a omissão dos serviços e de profissionais de saúde e, por outro lado, a estranha posse da doença conseguida por empresas de saúde como fonte de

renda, a exemplo de qualquer mercado de ações que só considera o investimento na bolsa e a poupança no bolso. É uma política de exclusão e de despreço. Basta considerar a falta de simetria entre a magnitude dos problemas e o perfil das despesas públicas. Não há a menor correspondência, por exemplo, entre os gastos com a defesa, num país sem ameaças de invasão e sem ambições imperialistas, e o orçamento da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil que, em princípio, teria o encargo de atender a 90 milhões de clientes potenciais. Essa Divisão é apenas um pequeno apêndice de um Ministério também apendicular, que é o Ministério da Saúde. Trata-se de um gueto administrativo, uma presença simbólica face às responsabilidades dos problemas que deveria enfrentar.

Há de haver um novo direcionamento, na saúde e na educação. Nesse binômio é que repousa a consciência de um povo. É uma consciência coletiva, que há de se sobrepor à força do arbítrio. É nessa consciência que oferece segurança a um país. A qualquer país. E não no potencial bélico, que deve existir, só e exclusivamente, para respeitá-la.

Os subterrâneos da problemática

Subjacente a esse quadro, formando sua tese explicativa, encontra-se a pobreza cultural, gerada de um passado colonial e escravocrata e mantida, no presente, por um modelo de capitalismo selvagem que concentra a riqueza e espalha a miséria,

instituindo a libertinagem do lucro desmedido em substituição ao controle social do mercado de bens e serviços. É o capitalismo periférico e dependente, que começa em Wall Street, passa pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e ancora na especulação parasitária do mercado financeiro; na usura bancária que, a cada 8 meses, duplica seu patrimônio, nas manobras mercantilistas dos monopólios e oligopólios comerciais e industriais, no feudalismo agrário dos grandes latifundiários. O que representa, por exemplo, o serviço de nossa dívida interna? O governo gasta, pagando juros bancários oito vezes mais que os recursos aplicados nos programas de distribuição de alimentos às mães e crianças carentes e famintas da cidadania – o vilipêndio do analfabetismo malsão, o clientelismo vulgar, a baixeza da prostituição, a violência indiscriminada, o medo do poder e o poder do medo. Sem ética nos fins e sem princípios morais nos meios, a sociedade assim organizada, uma matriz permanente de desajustes, de desigualdades, de doenças, de incapacitações evitáveis; de mortes prematuras e de sequelas de toda ordem: físicas, mentais, morais e sociais.

A política do resgate

É necessário resgatar a saúde da mulher e da criança, como um problema nacional e de absoluta prioridade. O tratamento dessa questão passa, obrigatoriamente, pelo próprio questionamento do modelo econômico, político e social e pela definição das bases

éticas que devem fundamentar a mudança do quadro existente. Mas, necessário desde agora – e já com grande atraso – desencadear, na área própria da saúde, um movimento institucional de reciclagem dos princípios e práticas de abordagem dos problemas materno-infantis, partindo da premissa lógica de que a saúde é um direito do indivíduo, um bem social e uma obrigação do Estado.

É necessário estabelecer diretrizes e objetivos seguros para que a política de saúde materno-infantil, com muito mais razão de que se reconhece a necessidade de uma política para o Banco Central e o Banco do Brasil.

É necessário colocar as estatísticas de saúde materno-infantil (a mortalidade infantil, a mortalidade materna, a mortalidade por doenças evitáveis e curáveis etc.), nos painéis de controle da administração pública e da informação social, ao lado do Produto Interno Bruto (PIB), da inflação, do desemprego, dos números das dívidas externa e interna, dos investimentos públicos e privados.

É necessário estruturar um sistema de avaliação e até mesmo auditoria dos programas, projetos, atividades e seus resultados, na área de assistência materno-infantil, de forma a possibilitar um monitoramento responsável e consequente dos problemas pertinentes desta área, com apresentação de relatórios periódicos a título de prestação de contas à opinião pública.

Mais do que a simples prevenção de mortes, é necessário buscar a promoção da saúde materno-infantil como direito de plena

afirmação do potencial genético de crescimento e desenvolvimento em seus aspectos físico, biológico, cultural e social, sem discriminação de qualquer natureza.

É necessário, enfim, o estabelecimento de uma ética política e profissional de pleno respeito à vida das mães e crianças, como forma de se alcançar a legitimação da cidadania, validando, assim, o próprio conceito político de Nação Moderna.

Esta carta é nosso compromisso, a nossa crítica e a nossa pergunta. Como qualquer carta, aguarda a devida resposta. Do governo, da sociedade, de toda a nação, nesta semana histórica em que se faz uma eleição presidencial depois de 29 anos, em que a República completa seu primeiro centenário e em que a ONU consolida um conjunto de recomendações e compromissos em comemoração Universal dos Direitos da Criança.

Fernando Figueira e colaboradores.

Recife, 20 de novembro de 1989.

NOTA – Divulgada amplamente na imprensa pernambucana no Diário de Pernambuco e Jornal do Commercio. Foi ainda remetida às autoridades de saúde do país.

Prefácio da 1ª edição

Conselheiro do Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), fui por este distinguido com o convite para prefaciara versão portuguesa, ora feita por sua iniciativa, da terceira edição inglesa, publicada em agosto de 1977, da investigação realizada pela War on Want sobre promoção e venda de leite em pó para bebês do Terceiro Mundo.

Nesta qualidade – Conselheiro do CEMICAMP – é que o faço sublinhando que as apreciações e conceitos aqui expedidos, refletindo apenas o pensamento e o enfoque pessoal do prefaciador, são de sua exclusiva responsabilidade e não envolvem – nem sobre elas devem projetar-se – as instituições que tem a honra de dirigir.

É motivo nuclear da investigação o velho e sempre renovado problema do aleitamento natural versus alimentação infantil com leites industrializados.

Nela, mostra-se, com profusão de informações, a tendência cada vez mais alarmante de abandono do aleitamento materno e sua substituição pela pressão dos alimentos infantis produzidos artificialmente.

Fato cuja ocorrência ultrapassa fronteiras, já que também ultrapassa fronteiras a atividade incessante e diuturna das grandes empresas interessadas e pode ser observado em qualquer parte

do mundo, notadamente, entre os povos subdesenvolvidos e em desenvolvimento, mais vulneráveis, que são, aos apelos da catequese propagandística.

Em 1978, por exemplo, Ivo de Oliveira, em sua Dissertação de Mestrado, consignou cifras surpreendentes de desmame: 98,6%, logo no 30º dia de vida, e isso já na zona rural de Gravatá, Município do interior de Pernambuco, bem próximo do Recife.

Por outro lado, Gilda Bringel (Dissertação de Mestrado, 1979 – Recife) em estudo realizado num grupo de crianças (0-4 meses de idade), comprovou que naquelas amamentadas, mesmo apresentando diarreias, não foram constatados germes patogênicos nas coproculturas, enquanto naquelas alimentadas artificialmente foi detectado um percentual de 60% desses germes. Ressalte-se que eram crianças de um mesmo ambiente e sujeitas à carência semelhante.

Tais pesquisas acrescentam mais argumentos aos inúmeros outros sobre a interação infecção/desnutrição associada à alimentação artificial do bebê e como fator relevante de alta morbimortalidade infantil do Terceiro Mundo.

Na análise do problema, inegavelmente complexo, porém de complexidade já largamente submetida a estudos sérios e conclusivos, quer quanto à sua reformulação, quer quanto ao seu encadeamento social, evidenciam-se confrontações entre a já determinada superioridade do aleitamento materno e os sistemas

comerciais de mercado – propaganda e produção em massa de alimentos infantis.

Destaca-se aí o impacto crescente e dominante das forças economicamente poderosas sobre a verdade científica, assentada na observação, em pesquisa, na experimentação e ratificada entre nós, também por meio de Seminários, Reuniões, Simpósios, Teses etc.

E muito embora seja incontestável que os custos do aleitamento materno se posicionam em tetos consideravelmente inferiores aos dos denominados nutrientes artificiais e, em consequência, repercutem no minguado orçamento familiar de grande segmento das populações como agentes de parcimônia, os fascinantes e caros chamamentos de divulgação programada encontram sempre acolhida fácil.

Há, também, que atentar para os inequívocos desajustes entre a ordenada utilização higiênica no preparo dos mais de uma vez citados alimentos infantis e o nível de instrução da população à qual são dirigidos os sistemas de propaganda para seu uso, agravando-se, ainda, a conjuntura, quando surgem fatores de desencontro cultural.

Vê-se, portanto, que o progressivo abandono do tradicional aleitamento natural está claramente delineado em suas causas, como cientificamente demonstradas estão suas más consequências sobre a alimentação e decorrente morbimortalidade infantil.

Não descabe, entretanto, o registro de que não é a indústria de alimentos infantis a responsável única por esse quadro de perspectivas desalentadoras para o futuro das pobres gerações nascentes.

Impossível, irracional até deixar de atribuir ao Governo estimável parcela dessa responsabilidade.

É dever inalienável do Governo, com mais abrangência, do Estado, qualquer que seja sua filosofia política, cuidar e bem cuidar de quem lhe dá substância e vida, e é, foi e será sempre sua primeira e última razão de ser – o homem, o cidadão, que o cria, que o impulsiona, que o renova.

A verdade acaciana nos diz: “na criança de hoje está o homem de amanhã”. Dizemos nós, também um tanto ou quanto acacianamente: no homem de amanhã está o país, a nação, com toda a carga de desempenhos que a mística do seu desenvolvimento reivindica.

Cumpra ao Estado, portanto, como medida de autoproteção, intervir, disciplinando-as para que se tornem componentes positivos, nas atividades que exploram a industrialização do alimento infantil, contrapondo-o ao alimento natural e impondo-o mediante o convencimento trabalhado por meio de doses maciças de acenos publicitários.

A competição entre as empresas é – sabe-se – aética, mas, mesmo abstraindo-se o entendimento de alguns, de que o Estado, por sua natureza igualmente o é, nos casos de bens essenciais à vida da criança, isto é, ao próprio futuro do país, a ética é ditada pelo interesse maior – o da comunidade – e à nação estatal, na hipótese, é imperativo de fortalecimento no sobreviver.

O texto que se segue revela, a amplitude dos seus detalhes, as coordenadas em que se desenha o problema.

Sua leitura, se atenta e meditada, propiciará reflexões que levarão, por certo, os espíritos equilibrados e justos à tomada de condizentes posições de luta.

Isto é o que esperamos todos nós que amamos o sorriso da criança.

Fernando Figueira*

Recife, outubro de 1981.

* À época, conselheiro do CEMICAMP.

Prefácio da 2ª edição

Esta edição de O Matador de Bebês – iniciativa do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, dá sequência a uma série de medidas que a nossa Instituição tem adotado com o objetivo de aumentar os índices de aleitamento materno.

Nesse sentido vale referir que no Complexo Hospitalar do IMIP foi criado o Banco de Leite Humano/Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (BLH/CIAMA/IMIP), que tem servido de modelo para outras instituições no Norte e Nordeste e na sua Maternidade, há muitos anos, é proibido o uso de mamadeiras, bicos e chupetas.

Cursos repetidos foram realizados sobre aleitamento natural, divulgação permanente sobre as vantagens do uso do leite humano nas favelas sob a responsabilidade do IMIP (são nove) e a criação do Programa de Mães Monitoras sediado no bairro de Sucupira e com atuação abrangendo várias comunidades da cidade do Recife.

O IMIP foi considerado em 1992 o “1º Hospital Amigo da Criança” no Brasil por ter cumprido os “10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

Por oportuno vale ressaltar a Portaria nº 99, de 03.12.74, da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco contida nesta edição proibindo a distribuição de leite em pó e mamadeira diretamente às mães nos hospitais e unidades de saúde pertencentes ao Estado de Pernambuco (Anexo A).

Nesta edição acrescentamos mais um apêndice com a finalidade de acentuar que o aleitamento materno é a medida mais importante e econômica na redução da mortalidade de crianças no seu primeiro ano de vida (Apêndice A).

Reforça a iniciativa de publicar a 2ª edição do O Matador de Bebês a criação no Estado de Pernambuco de um Comitê para a Redução da Mortalidade Infantil, do qual somos Presidente, o que muito nos honra e a todos que amam o sorriso da criança.

Fernando Figueira

Recife, agosto de 1995.

Prefácio da 3ª edição

It is a surprise and honour that, almost fifty years later, there is still an interest in publishing a new edition of *The Baby Killer* in Brazil. It's an honour that it is still considered to be relevant. And it is a surprise because so much excellent technical and political work has subsequently been done to protect young children from forces that see baby food as just one more business opportunity.

History is important. In today's connected world, we often fail to reflect on the past that brought us here or how progress can be sustained into the future. So there are some important lessons to be learnt from *The Baby Killer* and the events that followed its publication.

The starting point is to recognise the need for sustained public attention to issues that affect the health and well-being of our societies. Each new generation of parents needs to understand how to bring up healthy children. It is the responsibility of activists and communities as well as progressive professionals and politicians to ensure that the information they are offered and the way it is communicated is appropriate and relevant to their current circumstances. Ongoing vigilance and action will always be needed to protect and advance the gains that have been made.

Old concerns must be translated into messages that are relevant to new contexts. It was easy to identify milk marketing when it was carried out directly by company employees engaging with mothers and health professionals, using traditional advertising media to reinforce their marketing messages. It is more difficult in a digital world in which there is competition for 'eyeballs' and messages can be more subtle and transmitted through many channels that are often difficult to identify and monitor.

Public health policies and programmes must also recognise the social changes that have occurred in Brazil and elsewhere, particularly in the role of women in society and the economy. Those changes must be reflected in the way we think about and organise child care.

However, while societies have changed dramatically over the past 5 decades, the fundamental interests of private corporations have remained the same: their business is to make profits for their shareholders and to find new ways to do it. This is not to say that they do not develop many valuable innovations and make important products available. The challenge for society is to try and ensure, through regulation and other interventions, that what they do serves the wider public interest and does not just maximise private profits.

In this context, work in public health is often inherently political. Apparently dry technical statistics on morbidity and mortality are a reflection of the state of society and the lives of

different communities within it. We need to understand what the global food industry does (and does not do) and how it impacts peoples' lives and wellbeing.

It is important to keep challenging the companies, and the governments that should regulate them, to do better. In too many countries, wealthier members of society are well served by commercial enterprise. Meanwhile, poor people cannot access affordable and nutritious food because food production, markets and distribution are shaped by corporate not community interests.

Perhaps the most important lesson from The Baby Killer and the campaigns that were subsequently launched to control the commercialisation of infant feeding, is that organised collective action can achieve substantial change, locally, nationally and internationally.

The global baby food campaigns began before the public Internet had even been invented, when international telephone calls were impossibly expensive and international travel was difficult, particularly for people in poorer countries. Much of the action had to be organised at local level; communication between countries was by old-fashioned postal correspondence and there were only occasional face to face meetings.

Despite those difficulties - or perhaps because we had to be more organised in our work - those early efforts achieved significant

results. The challenge in today's complex, interconnected world is to find ways to interact and coordinate in a strategic and organised manner. The Baby Killer and the campaigns that followed focused on common goals that were easy to understand and widely supported. It may be that the initial sharp focus guided those involved into more structured and systematic analysis, cooperation and action and helped them to mobilise the support that has assured their subsequent success.

Mike Muller

Mozambique, March, 2023.

Prefácio da 3ª edição (traduzido)

É uma surpresa e honra que, quase cinquenta anos depois, ainda haja interesse em publicar uma nova edição do *The Baby Killer* no Brasil. É uma honra que ainda seja considerado relevante. E é uma surpresa porque tanto trabalho técnico e político excelente foi feito posteriormente para proteger as crianças pequenas de forças que veem a comida para bebês apenas como mais uma oportunidade de negócios.

A história é importante. No mundo conectado de hoje, muitas vezes deixamos de refletir sobre o passado que nos trouxe até aqui ou como o progresso pode ser sustentado no futuro. Portanto, há algumas lições importantes a serem aprendidas com *O Matador de Bebês* e os eventos que se seguiram à sua publicação.

O ponto de partida é reconhecer a necessidade de atenção pública sustentada às questões que afetam a saúde e o bem-estar de nossas sociedades. Cada nova geração de pais precisa entender como criar filhos saudáveis. É responsabilidade de ativistas e comunidades, bem como de profissionais e políticos progressistas, garantir que as informações que lhes são oferecidas e a forma como são comunicadas sejam apropriadas e relevantes para suas circunstâncias atuais. Vigilância e ação contínuas sempre serão necessárias para proteger e promover os ganhos obtidos.

Velhas preocupações devem ser traduzidas em mensagens relevantes para novos contextos. Foi fácil identificar o marketing de leite quando foi realizado diretamente por funcionários da empresa, envolvendo-se com mães e profissionais de saúde, usando a mídia tradicional de publicidade para reforçar suas mensagens de marketing. É mais difícil em um mundo digital em que há competição pela visibilidade e as mensagens podem ser mais sutis e transmitidas por muitos canais que muitas vezes são difíceis de identificar e monitorar.

As políticas e programas de saúde pública também devem reconhecer as mudanças sociais que ocorreram no Brasil e em outros lugares, particularmente no papel da mulher na sociedade e na economia. Essas mudanças devem se refletir na maneira como pensamos e organizamos o cuidado infantil.

No entanto, embora as sociedades tenham mudado dramaticamente nas últimas cinco décadas, os interesses fundamentais das empresas privadas permaneceram os mesmos: seu negócio é gerar lucros para seus acionistas e encontrar novas maneiras de fazê-lo. Isso não quer dizer que eles não desenvolvam muitas inovações valiosas e disponibilizem produtos importantes. O desafio para a sociedade é tentar garantir, por meio de regulamentação e outras intervenções, que o que eles fazem atenda ao interesse público mais amplo e não apenas maximize lucros privados.

Nesse contexto, o trabalho em saúde pública muitas vezes é inerentemente político. Aparentemente, estatísticas sobre morbidade e mortalidade são um reflexo do estado da sociedade e da vida de diferentes comunidades. Mas, precisamos entender o que a indústria global de alimentos faz (e não faz) e como isso afeta a vida e o bem-estar das pessoas.

É importante continuar desafiando as empresas e os governos que deveriam regulá-las a fazerem melhor. Em muitos países, os membros mais ricos da sociedade são bem servidos pelas empresas comerciais. Enquanto isso, os pobres não têm acesso a alimentos nutritivos porque a produção, os mercados e a distribuição de alimentos são moldados por interesses corporativos e não comunitários.

Talvez a lição mais importante de O Matador de Bebês e das campanhas que foram lançadas posteriormente para controlar a comercialização da alimentação infantil seja que a ação coletiva organizada pode alcançar mudanças substanciais, local, nacional e internacionalmente.

As campanhas globais de proteção da alimentação para bebês começaram antes mesmo de a Internet pública ter sido inventada, quando as ligações telefônicas internacionais eram incrivelmente caras e as viagens internacionais eram difíceis, principalmente para pessoas em países mais pobres. Grande parte da ação teve que ser organizada em nível local; a comunicação entre

os países era feita por correspondência postal antiquada e havia apenas encontros presenciais ocasionais.

Apesar dessas dificuldades - ou talvez porque precisávamos ser mais organizados em nosso trabalho - esses primeiros esforços alcançaram resultados significativos. O desafio no mundo complexo e interconectado de hoje é encontrar maneiras de interagir e coordenar de maneira estratégica e organizada. O Matador de Bebês e as campanhas que se seguiram focaram em objetivos comuns que eram fáceis de entender e amplamente apoiados. Pode ser que o foco inicial preciso tenha guiado os envolvidos para uma análise, cooperação e ação mais estruturadas e sistemáticas e os ajudado a mobilizar o apoio que assegurou seu sucesso subsequente.

Mike Muller

Moçambique, março de 2023.

Tradução livre de Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva.

O Matador de Bebês

(edição traduzida do original *The Baby Killer*, de 1977)

Prefácio da edição original de 1977

O Matador de Bebês, que foi publicado pela primeira vez em março de 1974, tem dado início a uma campanha ativa sobre alimentos infantis. Um grande número de cartas de apoio chegou à sede da War on Want incluindo o endosso dos resultados deste relatório por parte de pediatras e nutricionistas de muitas partes do mundo.

Assim, a Nova Guiné-Papua juntou-se, este ano, à Guiné-Bissau, no banimento da propaganda de leites infantis, e tem restringido seu fornecimento apenas aos compradores, munidos de prescrição médica. Na Malásia, está sendo feita uma campanha nacional de promoção do aleitamento materno, coordenada pelo Gabinete do Primeiro Ministro. Outros países têm iniciado promoções similares. A Organização Mundial de Saúde vem desenvolvendo estudos dos fatores que levam ao declínio da amamentação, enquanto a Organização de Agricultura e Alimento (FAO) está estudando o valor do leite humano como fonte nacional de alimento. Tenta convencer os governos de que campanhas para o aleitamento materno trazem vantagens em termos econômicos.

A reação da indústria de alimentos infantis tem sido variável. A Cow & Gate, subsidiária da firma britânica Unigate Ltda., enviou uma delegação à Nigéria. A firma concordou em que havia um problema e prometeu refrear sua promoção junto às comunidades pobres. Os

laboratórios Abbott, nos Estados Unidos, concordaram em deixar de usar representantes vestidas com uniformes de enfermeiras para falarem com as mães. Essa firma não faz mais propaganda direta ao público, e tem dado instruções às suas subsidiárias para que só permitam a equipe de vendedoras falar com as mães, se os médicos solicitarem por escrito.

A maior companhia, a Nestlé, respondeu menos favoravelmente. A Nestlé iniciou um processo criminal por calúnia contra o Grupo de Trabalho do Terceiro Mundo, em Berna. Esse grupo publicou uma tradução alemã de O Matador de Bebês, que provocativamente, intitulou de “Nestlé Mata Bebês”. O processo resultou na Nestlé retirar todas as acusações relacionadas com o conteúdo do relatório original. O grupo de Berna foi considerado culpado apenas na única acusação de caluniar a Nestlé na tradução do título, mas o juiz advertiu a Nestlé de que devia mudar seus métodos de venda. Uma “Vitória de Pirro” para a Nestlé, foi o comentário mais comum por parte da imprensa.

Entretanto, a promoção comercial de leites para bebês prossegue. Na Malásia, em 1976, “enfermeiras” de três companhias diferentes – Nestlé, Wyeth e Dutch Baby – foram encontradas impondo seus produtos a um grupo de mães numa clínica de caridade, em Kuala Lumpur. Todas essas vendedoras usavam uniformes de enfermeiras e não se diferenciavam das duas enfermeiras verdadeiras, que estavam tentando dirigir a clínica. A Nestlé e a Wyeth distribuíam amostras, e a Dutch Baby oferecia um

brinde aos consumidores de seu produto. Na rádio malaia, a Nestlé e a Dumex faziam propaganda dirigida à população rural pobre.

No entanto, o alcance da propaganda continua ampliando-se. Na Holanda, um grupo está trabalhando para assegurar que os donativos de leite em pó (do excedente europeu), como “auxílio de alimentos do Mercado Comum Europeu”, não afastem as mães da amamentação. A ativa campanha dos acionistas, feita nos Estados Unidos pela Interfaith Center of Corporate Responsibility, ganhou novo terreno, por meio da ação judicial contra a Companhia Bristol Myers, por deturpar, junto aos seus acionistas, a extensão de suas vendas de leite infantil no Terceiro Mundo. O fracasso da ação judicial tem dado lugar a uma mudança na intensidade, resultando uma campanha mais popular, que está obtendo mudanças consideráveis nas práticas das companhias americanas.

O Matador de Bebês já foi traduzido (por outras organizações) para o alemão, francês, holandês, dinamarquês, espanhol, italiano e swahili, com a possibilidade de versões em chinês, malásio e tamil. A contínua demanda da versão original da War on Want, levou a esta reimpressão e terceira edição.

War or Want*

Londres, julho de 1977.

* Publicado e impresso por War on Want, tradução livre dos editores da 2. ed. traduzida para língua portuguesa.

Contextualização

Bebês do Terceiro Mundo estão morrendo por que suas mães os alimentam no estilo ocidental com leites infantis em mamadeira. Muitos dos que não morrem, entram num círculo vicioso de desnutrição e doença que os deixarão física e intelectualmente em desvantagem pelo resto de suas vidas.

O fato assustador é que esse sofrimento é evitável. O remédio está à disposição de todos, exceto para uma pequena minoria de mães que não pode amamentar. Isso porque o leite materno é aceito por todos como o melhor alimento para qualquer bebê com menos de seis meses.

Apesar de até a própria indústria de alimentos infantis concordar que isso é correto, um número cada vez maior de mães do Terceiro Mundo está se voltando para a alimentação artificial durante os primeiros meses de vida de seus bebês. Na miséria e pobreza das novas cidades da África, Ásia e América Latina, frequentemente a decisão é fatal.

A indústria de alimentos infantis é acusada de promover seus produtos em comunidades que não podem usá-los adequadamente, de usar propaganda, vendedoras em uniformes de enfermeiras, de distribuir amostras e donativos para persuadir as mães e abandonarem a amamentação.

Mesmo na Grã-Bretanha, onde o padrão de vida é alto e a maioria das famílias vive em boas condições higiênicas; os bebês ainda sofrem de infecções transmitidas por mamadeiras conforme demonstram as estatísticas hospitalares. Nos “aldeamentos” da América Latina e nos subúrbios miseráveis da África, essas condições são um sonho que será inatingível por muitas gerações ainda.

Onde não há outra escolha a não ser a miséria, a opção por um substituto artificial para o leite materno é, na realidade, uma alternativa entre saúde e doença.

A desnutrição é apenas uma parte do ciclo de pobreza e miséria, podendo enfraquecer uma criança e torná-la mais vulnerável à infecção. Uma infecção, inevitável em condições miseráveis, impedirá uma criança de absorver os nutrientes de sua comida e a levará à desnutrição.

Esses resultados podem ser vistos nas clínicas e hospitais, nas favelas e cemitérios do Terceiro Mundo. Crianças cujos corpos se têm desgastado a ponto de que tudo o que restou é uma cabeça grande em cima de um corpo enrugado e contraído como o de um velho; crianças com uma barriga repulsiva, inchada pelo Kwashiorkor.

Por que as mães estão abandonando a amamentação, nos países em que ela faz parte da cultura? Estamos ajudando a estimular essa tendência? Qual a responsabilidade da indústria de alimentos infantis? O que estamos fazendo para impedir a desnutrição evitável?

Essas perguntas estão sendo feitas por médicos e nutricionistas em todo o Terceiro Mundo. A War on Want acredita que, ao oferecer o tema para debate público, poderá ser encontrada uma solução mais rápida do que pelo silêncio.

SPEAK, SEPTEMBER 1972



**FREE
DUMEX FEEDING
BOTTLE**

**Buy two tins of
Dumex Baby Food
and get a FREE
Feeding bottle now!**

Dear Dumex Mothers and Babies,

Buy two tins of Dumex Baby Food and send the paper discs from inside the tins to me and I will send you a 250 cc feeding bottle specially made for members of the Dumex Babies Union.

Join the Babies Union now by feeding your baby with Dumex Baby Food so baby will grow fat and strong.

Baby d
2nd President.



Issued by Dumex Limited.
Makers of
DUMEX BABY FOOD.

cut along dotted line.

DUMEX BABIES UNION.

Name:.....
Address:

Please send a FREE Dumex Babies Union Feeding Bottle for my baby. I enclose two paper discs from two Dumex Baby Food tins.
Offer closes 31st December 1972

Send this application to:
The Dumex Babies Union President,
P. O. Box 2104, Lagos.

FB9

Fonte: Muller M. The baby killer. London: War on Want; 1974. p. 3.

Introdução

O objetivo deste relatório não é provar que os leites infantis matam bebês. Em condições ótimas, com preparação e higiene apropriadas, eles podem ser um alimento infantil perfeitamente adequado.

Porém, na maior parte do Terceiro Mundo, as condições estão longe de serem ótimas. E em comunidades, onde o nível de vida é baixo, a habitação é pobre e as mães não têm acesso às facilidades básicas, que a maioria das donas de casa inglesas conhecem e desfrutam, os leites infantis podem ser assassinos.

Apesar disso, nessas comunidades, há uma tendência para se abandonar a amamentação, o método mais seguro e certo para nutrir o bebê.

Também não é nosso objetivo provar que a indústria de alimentos infantis é a única responsável por essa tendência. A mudança social é um fenômeno complexo e a tendência para a alimentação artificial é particularmente acentuada em comunidades urbanas recentes.

As pessoas falam de “urbanização” com respeito. É um processo difícil e cujos efeitos não são fáceis de quantificar, apesar de o produto ser, frequentemente, uma terrível paródia do chamado modo de vida “civilizado”. A urbanização é uma explicação muito cômoda para qualquer mudança social enigmática.

É fácil aceitar a visão de que a vida na cidade é essencialmente diferente da vida rural, e pouco pode ser feito para impedir que cada nova geração de moradores da cidade faça as coisas à maneira da cidade.

Mas as luzes brilhantes e sedutoras da cidade, que fazem tantas promessas, são meros anúncios nos cartazes e nos luminosos de neon. No redemoinho cultural da cidade nova, onde as culturas tradicionais enfrentam o materialismo estrangulador do modo de vida “moderno”, novas atitudes são moldadas facilmente até por esse comercialismo cru.

Assim, neste relatório, nós focalizamos um aspecto da urbanização e seus efeitos nas atitudes das mulheres em relação à amamentação; o papel da indústria de alimentos infantis e a promoção comercial que ela emprega.

Os fatos essenciais de desnutrição: uma perspectiva do problema

Uma pesquisa recente (1) mostrou que bebês chilenos, que tinham sido alimentados com mamadeira, durante os três primeiros meses de vida, apresentaram uma taxa de mortalidade três vezes maior, em relação à de seus irmãos e irmãs que tinham sido exclusivamente amamentados. Esse fato rigoroso realça os problemas de infecção e a desnutrição frequentemente a ela associada – criada pelo abandono precoce do leite materno.

A relação entre desmame precoce com a adoção de substitutos do leite humano e doença, foi bem documentada por pesquisas minuciosas na Jamaica (2), Jordânia (3), Índia (4) e comunidade árabes em Israel (5). Os médicos têm observado o caso, com preocupação, no campo da prática. A expressão “diarreia no desmame” é aceita, agora, como a descrição mais pertinente do amplo espectro de doenças infantis, no mundo em desenvolvimento.

O elo entre infecção e desnutrição está, igualmente, bem documentado.

“Há muita evidência de que a diarreia é mais frequente e séria nos desnutridos do que em bebês e crianças bem nutridas, e que a diarreia favorece a desnutrição, porque reduz a ingestão e absorção do alimento. A desnutrição proteico-calórica, nas suas

várias formas, está associada com a diarreia aguda ou crônica”, observa um dos trabalhos sobre desnutrição (6).

A forma com que a desnutrição se manifesta também está se modificando à medida que cresce o problema do desmame precoce em más condições. O Kwashiorkor, a clássica forma de desnutrição aguda, é geralmente encontrado entre as crianças acima de um ano, do que em bebês menores. Ocorre, principalmente, onde há deficiência de proteína na dieta, embora esteja também relacionada estreitamente com a infecção.

Um médico descreve a forma de desnutrição encontrada normalmente em bebês com menos de 12 meses (7): “Primeiro o aumento do peso do bebê cessa, depois começa a cair e a criança cada vez mais se parece com um pequeno velhinho atrofiado, condição conhecida como marasmo. Quando a nutrição da criança atinge esse estado, ela se torna mais suscetível à infecção, estabelecendo-se um círculo vicioso no qual ela se torna mais propensa a ter doença diarreica. A infecção provoca diarreia e por causa da diarreia a assimilação de alimentos, providos já insuficientemente, não se faz de modo adequado, resultando no agravamento do estado nutricional” (7).

Atualmente, cada vez mais, a profissão médica olha o Kwashiorkor e o marasmo como manifestações de Desnutrição Proteico-Calórica (MNPC). Mas é o marasmo que mais afeta à criança, e essa doença resulta do desmame precoce em condições precárias.

O marasmo está aumentando segundo vários médicos, em grande parte devido ao aumento da urbanização e das influências urbanas.

A pobreza leva a outro mau uso do leite para bebês, que tem consequências desastrosas. Mães pobres muitas vezes “esticam”, o leite que compram para fazê-lo render mais tempo. Um médico julga que, frequentemente, a diluição é feita com até três vezes mais água do que corresponde.

O resultado é ainda mais imediato do que com a infecção. O bebê só pode beber uma certa quantidade de líquidos por dia, portanto, não obtém suficientes proteínas ou calorias. O resultado é a subnutrição que rapidamente evolui para a desnutrição.

A longo prazo

A desnutrição causa muito sofrimento e morte imediatos e deve ser considerada prioridade nos programas nacionais de saúde na maioria dos países em desenvolvimento.

No entanto, a longo prazo, ela causa o que muitos consideram danos físicos e mentais irreparáveis.

Há alguns anos, não havia prova clara dos efeitos de desnutrição na infância sobre o comportamento do adulto. Mas, recentemente, aumentou a evidência dos efeitos mentais irreparáveis da desnutrição em crianças com menos de 2 anos.

O cérebro humano cresce até seu tamanho adulto em curto período; 80% do crescimento ocorrem durante os três meses anteriores ao nascimento, e nos primeiros 18-24 meses, após. A desnutrição, durante esse período, resulta em cérebros com tamanho acentuadamente menor, mas o cérebro é um órgão complexo e não se têm demonstrado ligação entre o seu tamanho e as medidas convencionais de desempenho cerebral.

A medida da inteligência e os fatores que a afetam são um terreno de controvérsias e emoções. Mas, em estudo recente, o Prof. Jack Tizard, do Instituto de Educação da Universidade de Londres, demonstra que crianças que sofreram desnutrição, se atrasaram no desenvolvimento da linguagem e de outros indicadores de desempenho intelectual (8).

“Esse atraso no desenvolvimento não pode ser atribuído simplesmente à pobreza de seu meio material e social, mas foi também demonstrado que está relacionado com seu crescimento físico subsequente” (um bom indicador dos efeitos da desnutrição), observa o prof. Tizard (9).

Ele é cuidadoso em apreciar os efeitos a longo prazo da desnutrição e enfatiza que os efeitos imediatos, medidos em termos de saúde e felicidade, são igualmente importantes.

Essa apreciação é ilustrada por um estudo que ele descreve. Um grupo de crianças, numa aldeia mexicana, recebeu alimento

suplementar desde o nascimento e foi comparado com outro grupo que recebeu a dieta normal da aldeia.

“O grupo suplementado cresceu mais depressa e se desenvolveu mais rapidamente do que o grupo controle. As do grupo suplementado dormiam menos, passavam mais tempo fora dos berços, falaram e andaram mais cedo e eram mais vigorosos ao brincar e mais propensas a liderar os jogos com seus irmãos e irmãs, e com seus companheiros de idade. E porque eram mais precoces, mais saudáveis e mais vivas, elas se tornaram mais interessantes para seus pais e eram mais estimadas por eles. Daí receberam mais atenção do que as outras crianças na aldeia e isto, por sua vez, aumentou sua capacidade”.

“Em outras palavras: as próprias crianças ocasionaram mudanças no ambiente social, o qual por sua vez, contribuiu para seu próprio desenvolvimento”.

Seios *versus* mamadeira: o alimento conveniente original

O leite materno é o alimento conveniente original. Não é necessário misturar, esquentar ou esterilizar; não há panelas e mamadeiras sujas para lavar depois; está sempre disponível em seus recipientes inquebráveis e especialmente projetados. E é genuinamente o produto integral mais nutritivo no mercado. É o sonho de um publicitário.

No entanto, apesar de todas as suas vantagens, o leite materno está perdendo terreno, rapidamente, para substitutos artificiais inferiores, em muitos países em desenvolvimento. A tendência é particularmente acentuada nas cidades, mas também está sendo notada onde quer que se espalhe a influência urbana.

No Chile, onde a queda tem sido mais violenta, há 20 anos, 95% das crianças, com 1 ano, eram amamentadas. Agora, apenas 20% das crianças são amamentadas aos 2 meses (10). Mas o padrão é semelhante em muitas outras partes do mundo.

A incomparabilidade do leite materno

A superioridade do leite materno sobre todos os substitutos artificiais tem que ser enfatizada – o que é de se esperar de um produto que se desenvolveu, juntamente com o homem, ao longo de milhares de anos de evolução.

Os leites dos diversos animais são muito diferentes uns dos outros. O leite humano contém apenas 1,3% de proteínas, o leite de vaca 3,5%. O leite de coelha contém 14%, daí os coelhos crescem depressa!

Se os humanos vivessem em águas geladas do Ártico, o leite de uma mulher poderia ter a alta percentagem de gordura que tem o leite de baleia. Não moramos lá, portanto, não possuímos tal gordura. O leite humano tem evoluído para atender às necessidades da criança, da espécie.

As proteínas e gorduras do leite humano diferem consideravelmente daquelas do leite de vaca; diferenças que são importantes para a digestibilidade do leite pelo lactente humano.

Os fabricantes dos leites infantis, atualmente fazem produtos “humanizados”, que se assemelham, segundo os fabricantes, o mais possível ao leite materno. Mesmo assim, eles admitem que seus produtos “são apenas aproximações do verdadeiro leite”. E muitos médicos acreditam que, se o bebê tiver de ser alimentado artificialmente, poderá bem ser com leite de vaca, relativamente não modificado e barato, em vez dos produtos mais sofisticados da moderna tecnologia de alimentos.

Proteção contra infecção

O leite humano também protege o bebê contra doenças. O mecanismo ainda não está claramente entendido, porém se deve a mais do que uma dose inicial qualquer de anticorpos no colostro (substância semelhante ao leite, produzido nos primeiros dias depois do nascimento).

“Aqueles de nós, cuja prática pediátrica data de várias décadas, na era pré-antibiótica, não hesitarão em testemunhar a favor do leite humano como a melhor dieta terapêutica para bebês, com uma severa (e geralmente fatal) infecção estafilocócica aguda (para citar apenas um exemplo)”, observa o prof. Paul György, da Universidade da Pensilvânia (11).

A pílula natural

Existem benefícios a longo prazo, decorrentes da amamentação, que são muito importantes. Eles serão enfatizados em um relatório da Organização Mundial de Saúde (na Série de Monografia Técnica) que vai ser publicado em meados de 1974.

Entre esses, está a contribuição que a amamentação dá para o espaçamento de filhos e, conseqüentemente, para o crescimento da população. Em muitas culturas tradicionais, uma mulher não dormiria com seu marido, enquanto não tivesse desmamado completamente sua criança. Se ela estivesse amamentando

durante dois ou três anos, isso teria, obviamente, um efeito no espaçamento dos filhos.

Também pode haver um efeito fisiológico direto. Tem-se observado que mulheres que permitem que suas crianças mamem sem restrição, não menstruam por até 2 anos (12). A média, em uma comunidade nigeriana, foi de 16 meses após o nascimento de uma criança (13,14). Esse controle físico da natalidade não é seguro, e pode ser devido simplesmente à má nutrição materna e à anemia. Mas há sugestões de que o efeito é mais acentuado onde a amamentação está “sob demanda” do que onde a amamentação é um “brinde” – como na Grã-Bretanha, onde as crianças são alimentadas com horário (12).

Nas sociedades onde a maioria das famílias parecem ganhar uma criança por ano, não é preciso enfatizar a importância de um hábito cultural que aumente o espaçamento entre nascimentos para dois e meio ou três anos.

Também há laços complexos entre a amamentação e o desenvolvimento emocional e físico. Um dos primeiros inquéritos mostrou que crianças amamentadas aprenderam a caminhar mais precocemente do que as que tomaram mamadeira, aparentemente porque a amamentação é um processo mais ativo para o bebê (15). Em geral, a amamentação também está associada a um desenvolvimento emocional melhor, embora a amamentação “tipo brinde” tem efeitos diferentes.

Por que apelar para a mamadeira?

No CHILE, o abandono total da amamentação no espaço de 20 anos pode ser paradoxalmente, devido a uma política de bem-estar social mal interpretada. O governo criou um esquema de leite gratuito nos anos quarenta (nos moldes do que foi feito na Grã-Bretanha), o qual atinge, hoje, 85% da população. De forma polida, um relatório da United Nations Protein Advisory Group (PAG) (16), fala do efeito de deslocamento da amamentação, pelos produtos lácteos distribuídos livremente, por meio dos serviços de saúde.

Na JAMAICA, onde não ocorre tal ação filantrópica, também há uma tendência para se abandonar o aleitamento. Um inquérito sobre alimentação infantil, nos arredores de Kingston, revelou que aproximadamente 90% das mães começavam a usar mamadeira antes de 6 meses (2), (época em que, segundo a maioria dos especialistas, é necessário dar aos bebês alguns alimentos adicionais).

Por que começaram com a mamadeira? 14% disseram que tinham sido orientadas por uma enfermeira de uma companhia de leite, ou que haviam recebido uma amostra de leite e uma mamadeira grátis, quando ainda estavam amamentando satisfatoriamente. Apenas 13% desistiram da amamentação, porque estavam trabalhando. A maior proporção (43%) alegou que seu leite não era suficiente.

“Há algumas dúvidas quanto à validade das razões apresentadas por algumas mães para introduzirem a mamadeira”, escreve o Dr. MacGregor, que conduziu a pesquisa. “Muitas mães, que disseram não ter leite suficiente, obviamente tinham bastante, quando foram melhor interrogadas”.

É interessante anotar que a propaganda das companhias de leite enfatiza “Quando o leite materno não é suficiente”.

Em IBADAN, NIGÉRIA (17), um estudo das práticas de alimentação infantil revelou uma situação semelhante. Mais de 70% das mães pesquisadas começaram a dar mamadeira a seus filhos, antes que tivessem quatro meses de idade. Isso em um país onde a amamentação tradicionalmente continua até os quatro anos.

“As razões apresentadas para a alimentação mista mostram, em grande parte, preocupações com a saúde e o vigor do bebê; a alimentação com mamadeira era vista como meio de apressar o desenvolvimento físico. Conceitos de “poder e força”, populares na cultura nigeriana e frequentemente usados na propaganda de alimentos, estavam fortemente associados a esse modo de alimentação”, diz o relatório.

“95% das mães que combinavam o seio e a mamadeira, acreditavam que haviam sido aconselhadas a fazê-lo por pessoal médico, principalmente por enfermeiras ou enfermeiras obstétricas. Os representantes das companhias de leite, que fazem palestras sobre alimentação, parecem estar identificados com o pessoal de hospitais e de clínicas”.

Mudança social

A mudança de culturas rurais tradicionais para um modo de vida urbano, fortemente influenciado pelo ocidente, é um dos fatores principais da tendência ao abandono da amamentação. À medida que a posição social das mulheres vai mudando e elas saem para ganhar um salário, há pressões óbvias contra a amamentação. A adoção de atitudes ocidentais, tal como encarar o seio como símbolo sexual mais do que como uma fonte de nutrição, reforça essa tendência.

O vazio cultural das comunidades recém-urbanizadas torna-as vulneráveis à adoção de novas práticas – que podem ser prejudiciais.

Mas, para deixar de amamentar, a existência de uma alternativa é quase uma pré-condição. E há pouca dúvida de que, no redemoinho cultural das sociedades do Terceiro Mundo, em que as comunidades rurais tradicionais se defrontam com as promessas materiais da sociedade de consumo, as companhias de alimentos infantis não têm hesitado em promover uma divulgação de seus produtos. E os meios que eles têm usado, frequentemente têm tido sérios efeitos no bem-estar dos bebês a quem estão destinados.

Vendedoras com uniformes de enfermeiras

Um pediatra de reputação internacional deu a seguinte interpretação ao papel da indústria láctea num grupo de discussão sobre “Novas Famílias Urbanas”.

“As duas últimas décadas se caracterizam pela expansão das atividades das companhias de alimentos infantis, nos países menos desenvolvidos, usando campanhas competitivas de propaganda, de modo que os leites artificiais caros, de alto “status”, foram impostos às comunidades despreparadas. Essas campanhas de propaganda de alta pressão empregam todos os canais e meios de comunicação disponíveis, usando modernas técnicas de motivação e persuasão. Em alguns lugares, as firmas empregam ‘enfermeiras de leite’ para fazerem visitas domiciliares e frequentarem clínicas a fim de promoverem ainda mais as vendas” (10).

As companhias que empregam enfermeiras (às vezes qualificadas, às vezes não) dizem que sua função é “educacional”. Supostamente, devem dar conselhos nutricionais e instruções às mães e não apenas vender o produto de sua companhia.

Uma nova mãe, em um país em desenvolvimento, que por acaso era casada com um especialista em nutrição infantil, teve um interesse profissional na estratégia de vendas de uma “enfermeira de leite” que a visitou sem ser solicitada.

A enfermeira começou dizendo, em termos gerais, que a amamentação era melhor. Depois passou a detalhar os alimentos suplementares de que o bebê amamentado necessita: deveriam ser dadas gotas de vitaminas com três ou quatro semanas; cereais com seis ou oito semanas; logo depois sucos de frutas, preparados adequadamente. A enfermeira estava deixando implícito que era possível dar, desde o nascimento, um leite para bebês patenteado, que evitaria estes problemas desnecessários (18).

As companhias de leite, com as quais falamos, enfatizaram a complexidade das mudanças sociais que estavam acontecendo no Terceiro Mundo, das quais o desmame precoce é apenas uma pequena parcela. Porém, conforme mostraremos em outra seção, elas não querem ver os efeitos mais complexos de sua própria propaganda. Nós admitimos que o abandono da amamentação não se deve inteiramente à publicidade das corporações; por outro lado, exemplos, como o dado acima, nos tornam relutantes em aceitar que os efeitos da promoção sejam aqueles que a indústria gosta de aparentar.

Aquelas que não podem... provavelmente poderiam!

A Cow & Gate considera o problema da mãe que não pode amamentar uma razão particularmente importante para permanecer no mercado, com promoção e tudo.

“Pense como seria se nós disséssemos que tudo está bem, que nós achamos que essas pessoas estão certas”, observa Ian Barter, da Cow & Gate. “Retiremos todo o apoio ao consumidor; não teremos nenhuma enfermeira; não teremos nada desta literatura; não colocaremos latas em exposição nas farmácias, porque a própria lata está mostrando à mãe que existe um substituto disponível. Tiremos tudo isto, e teremos somente um pouco nos centros médicos, para que ela (a mãe) o procure, se o hospital o estocar em tais circunstâncias. Bem, qual seria o resultado? Seria a morte de milhares de crianças, porque há dezenas de milhares de mães nesses países, que precisam ter algum substituto para o seu leite, a fim de alimentar seus bebês”.

Essa não é a conclusão a que se chega forçosamente, e nós discutiremos outras alternativas mais adiante. Mas, exatamente, quantas mães há que, realmente, não podem amamentar?

Um inquérito dirigido pelo Dr. David Morley, numa aldeia rural da Nigéria, registrou menos de 1% de mães com sérios problemas de amamentação. Entre 2% e 3% tiveram problemas temporários, devido à doença, mas, ainda assim, amamentaram a maior parte dos primeiros seis meses de vida dos seus bebês (19).

Mesmo nos países desenvolvidos, onde a amamentação já não faz parte da principal corrente cultural, numa “falha física da lactação” como os médicos chamam, não constitui um grave problema. Das novas mães que têm alta num hospital de Chelmsford,

87% saem amamentando seus bebês com sucesso. Os 13% que não o fazem são aquelas que não podem e as que não querem, sendo este último o grupo maior.

Nas áreas urbanas do Terceiro Mundo, é difícil a obtenção das cifras. A Nestlé estima que talvez 5% das mães teriam dificuldade. Os médicos confirmam esse número, como o de maior probabilidade.

Uma questão de confiança

Por que as mães não podem amamentar?

Exceto na pequena porcentagem que tem problema propriamente físico, as razões são emocionais e psicológicas. O “reflexo de ejeção” que controla o fluxo do leite para o mamilo da mãe, é um mecanismo nervoso. E é facilmente perturbado por influências emocionais: medo, dor, incerteza e embaraço. É por isso que um autor descreve a amamentação como uma questão de confiança (20).

A confiança não é problema nas sociedades tradicionais. O Dr. Morley descreve de que modo a sua tentativa, para estudar a quantidade de leite obtido pelas crianças amamentadas numa aldeia, se transformou em triste fracasso.

Embora ele e seus colegas houvessem instruído todas as mães para trazerem suas crianças, a fim de serem pesadas antes

e depois da mamada, o estudo teve de ser abandonado, porque muitas das mães simplesmente amamentavam os bebês sem tê-los pesado.

“Nós logo compreendemos que a decisão de levar o bebê ao seio é tomada subconscientemente pela mãe, enquanto sua atenção está presa a outra coisa”, comenta o Dr. Morley (14).

Em algum ponto, entre a aldeia e a cidade, difunde-se uma alternativa para esse processo incrivelmente natural. De alguma forma, as mães estão decidindo que é necessária uma mamadeira para suplementar o leite que elas produzem.

Algumas mães podem até ficar tão preocupadas de não ter leite suficiente, que acabam por não ter o bastante.

Uma parte significativa de toda a propaganda das companhias que nós temos visto, enfatiza “quando o leite da mãe não for suficiente, nosso produto ajudará a compensar a diferença”. Num contexto do Terceiro Mundo, tal abordagem seria realmente ética?

No contexto do Terceiro Mundo: o fogão de “três pedras”

Lave suas mãos cuidadosamente com sabão cada vez que você for preparar uma refeição para o bebê, assim começam as instruções sobre a alimentação com mamadeira, no Livro das Mães, da Nestlé.

Na capital do Malawi, 66% das moradias não têm nenhuma facilidade de higiene. 60% não têm cozinha dentro da moradia (21). A Nestlé vende leite para alimentar bebês nessas comunidades.

“Coloque a mamadeira e o bico em uma panela com água suficiente para cobri-las. Deixe ferver durante dez minutos”, diz o folheto Cuidado com o Bebê, da Cow & Gate para a África Ocidental, mostrando a foto de uma panela de alumínio reluzente sobre um fogão elétrico.

A grande maioria das mães, na África Ocidental, não tem fogões elétricos. Elas cozinham em um fogão de “três pedras”, isto é, três pedras sustentam uma panela sobre o fogo feito com lenha. A panela que deve ser usada para esterilizar a mamadeira também tem que servir para preparar a refeição de toda a família – de modo que, provavelmente, a esterilização e a fervura da água serão esquecidas. Leites da Cow & Gate são dados a bebês nesse tipo de comunidade na África Ocidental.

A Nestlé se mostra particularmente preocupada em demonstrar aos críticos que todos os seus produtos infantis são acompanhados de folhetos com instruções, nas principais línguas do país em que são vendidos. No folheto, estão desenhos simples que ilustram o método de preparar o alimento.

Entretanto, a maioria das mães do Terceiro Mundo são analfabetas, mesmo em sua língua nativa. E os quatro desenhos simples, por si próprios, quase não têm significado. Será que a Nestlé fez alguma pesquisa para descobrir se o entendimento das mães pode ser melhorado? “Nós não podemos realizar tal tipo de trabalho”, dizem os que estabeleceram o programa de ação da Divisão Dietética (Alimentação Infantil) da Nestlé.

“Cow & Gate é um alimento completo para bebês com menos de seis meses e pode ser usado como um substituto do leite materno”, diz o folheto da Cow & Gate.

Na Nigéria, o custo da alimentação de um bebê de três meses é aproximadamente 30% do salário mínimo urbano. Quando o bebê tiver seis meses, o custo terá aumentado para um danificante 47% (22). Na Nigéria, como na maioria dos países em desenvolvimento, o salário mínimo caracteriza o ganho da maioria da população. Os produtos da Cow & Gate são vendidos por toda a Nigéria.

A situação é similar na maioria dos países em desenvolvimento. A Protein Advisory Group (PAG), das Nações

Unidas, publicou uma tabela, mostrando o custo da alimentação artificial de um bebê como uma porcentagem do salário mínimo em alguns desses países, tomando a Grã-Bretanha como comparação.

Obviamente, para a maioria das mães nesses países, a alimentação com mamadeira simplesmente não é uma alternativa viável. Pois, mesmo que elas pudessem comprar leite suficiente seria improvável poderem preencher as condições mínimas para ministrá-lo ao bebê de modo seguro.

Isso é reconhecido pela maior parte das autoridades. “Nas regiões tecnicamente menos desenvolvidas do mundo [...] sérias e imediatas dificuldades básicas acompanham as tentativas de alimentar artificialmente crianças de tenra idade, com derivados do leite de vaca”, (leite em pó), afirma o Manual sobre Alimentação de Bebês e Crianças Pequenas, do PAG. “Elas incluem falta de dinheiro para comprar quantidades adequadas, pouca higiene da moradia (incluindo suprimento de água, combustível, utensílios de cozinha, armazenamento etc.) e conhecimento nutricional inadequado por parte da mãe. Nessas condições, que são comuns para a maioria, nos países menos desenvolvidos, a alimentação artificial significa o uso de leite de vaca demasiadamente diluído e muito contaminado, resultando, na melhor das hipóteses, em subnutrição, e na pior, em marasmo e doenças diarreicas (16).

**CUSTO DA ALIMENTAÇÃO EM ALGUNS PAÍSES
E % DOS SALÁRIOS MÍNIMOS**

País	Salário mínimo por semana	Custo por dia aos 3 meses		Custo por dia aos 6 meses	
	US\$	US\$	% Salário	US\$	% Salário
Reino Unido	39,20	0,84	2,1	1,30	3,3
Burma	5,01	0,53	10,6	0,81	16,2
Peru	5,60	0,84	15,0	1,30	23,2
Filipinas	9,69	1,67	17,2	2,59	26,7
Indonésia	5,60	1,05	18,8	1,62	28,9
Tanzânia	7,62	1,57	20,6	2,44	32,0
Índia	4,62	1,05	22,7	1,62	35,1
Nigéria	5,18	1,57	30,3	2,44	47,1
Afeganistão	2,80	1,05	37,5	1,62	57,9
Paquistão	5,18	2,09	40,3	3,23	62,4
Egito	4,09	1,67	40,8	2,59	63,3

Dados exatos sobre salários e custos de alimentos são difíceis de obter. Aqui estão expressos em dólares americanos para fins comparativos. Supõe-se que o alimento artificial, um leite integral modificado, supre as necessidades diárias totais da criança.

A informação, nessa tabela, é de um seminário feito, em 24 de março de 1970, na Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (Curso da UNICEF/OMS para professores de saúde infantil e estudantes de pós-graduação em nutrição), Reproduzido do Manual sobre Alimentação de Bebês e Crianças Pequenas do Protein Advisory Group, documento PAG 1.14/26, dezembro 1971.

Um médico diz isso de forma ainda mais veemente: “Está claro para todos, exceto para os que não querem ver, que a alimentação com mamadeira de forma esclarecida, adequada e relativamente segura, deve seguir, ou pelo menos, acompanhar, mas nunca preceder, a alfabetização, educação, suprimento de água não contaminada, saneamento e um nível de vida que permitia adquirir alimentos para bebês em quantidade suficiente, equipamentos e meios para esterilizar”, diz Dr. James Farquhar, a leitores da Universidade de Edimburgo, e consultor pediátrico do Hospital Real de Edimburgo, que tem viajado e trabalhado na África, Ásia e nas Américas.

A tendência atual do abandono do aleitamento materno, nas circunstâncias apresentadas pelo Terceiro Mundo, só pode ter consequências calamitosas. O PAG comenta (23): “A maior necessidade geral é alertar os serviços de saúde governamentais, os nutricionistas e a indústria de alimentos, sobre a situação de emergência que pode ocorrer nas áreas urbanas, em futuro próximo. Suas implicações não são apenas a certeza do aumento de mortalidade devido a uma quase epidemia de marasmo e diarreia, mas também ao fardo econômico para os serviços de saúde e para a obtenção de substitutos para o leite materno, em grande escala, bem como as consequências, a longo prazo, dos casos recuperados da desnutrição infantil, sobre o nível intelectual da comunidade”.

O dilema dos médicos

A profissão médica, demasiadas vezes, é parte do problema. Frequentemente são as classes profissionais, nos países em desenvolvimento, que adotam práticas ocidentais “progressistas” – como a alimentação com mamadeira.

A maioria da atual geração de médicos, na África, Ásia e América Latina aprendeu a alimentação infantil segundo a escola ocidental – quando não no próprio ocidente. Isso significa, para a maioria, uma ênfase nas possibilidades científicas da alimentação artificial.

“Parecia uma aula de química, ou talvez mais ainda, aula de cozinha”, diz um médico chileno. “Nós passávamos todo o tempo misturando diferentes tipos de fórmulas artificiais no laboratório. Nossos professores estavam muito mais interessados nisso que na amamentação” (24).

Um estudo recente do currículo na escola de Medicina de Kuala Lumpur, Malásia, mostrou que os estudantes não recebiam nenhuma instrução sobre o aleitamento materno (25).

Em grande parte, por causa da ênfase ocidental na sua educação, os médicos estão aplicando soluções ocidentais para situações do Terceiro Mundo, frequentemente com consequências desastrosas.

Certos detalhes, como as mamadeiras dadas rotineiramente nas maternidades, podem ser apenas uma conveniência administrativa para a equipe do hospital. Mas, vistos pelos olhos não sofisticados na cama da enfermaria, eles constituem um endosso à alimentação com mamadeira, muito maior do que qualquer coisa que as companhias de leite ousariam proclamar em suas propagandas.

A profissão médica, também, é um canal-chave pelo qual as companhias promovem seus produtos.

“Eu creio que os profissionais de saúde, incluindo os pediatras, não percebem a efetividade do que eu chamo ‘endosso por associação’ ou ‘manipulação por assistência’. Ambas as técnicas, é claro, são empregadas por tais companhias de maneira ampla, efetiva e muito econômica”, isso nos disse o Dr. D. B. Jelliffe, que foi diretor do Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe e agora é chefe da Divisão de População, Família e Saúde Internacional, da Universidade de Califórnia.

Manipulação por assistência

As companhias de leite confiam na promoção dirigida ao médico e à enfermeira, para obter sua parte no mercado, entre as mães de renda mais alta, que, geralmente, procuram o conselho do médico sobre alimentação artificial. Tais companhias

empregam enfermeiras e representantes que visitam os médicos e explicam os “benefícios” comparativos dos leites produzidos por suas organizações. Isso é muito semelhante à abordagem usada pelas companhias farmacêuticas, na promoção de suas drogas, e é interessante notar que a indústria farmacêutica está fazendo grandes investimentos nos negócios de alimentos para bebês.

Companhias como a Abbotts, Glaxo e Wyeth podem capitalizar sua reputação farmacêutica na abordagem aos médicos. Elas podem também economizar nos custos de promoção.

A Cow & Gate e a Nestlé não tinham a vantagem de uma ligação direta com a profissão médica, por isso, elas criaram “A Nestlé patrocina”, conferências sobre nutrição e assuntos afins, e tem ajudado a organizar cursos sobre nutrição para pediatras, seja como indústria ou por meio da Fundação Nestlé.

Do mesmo modo que os médicos confiam tranquilamente que as companhias farmacêuticas vão mantê-los informados sobre os avanços nos medicamentos, estão cada vez mais dependentes das indústrias lácteas, para informação sobre a alimentação infantil.

Endosso por associação

Em média, a mãe pobre do Terceiro Mundo não tem orientação do seu médico. Em vez disso, ela passa uma manhã inteira no posto de saúde, no dia marcado, esperando sua vez, para que o bebê seja examinado e pesado.

As enfermeiras da clínica sabem que as mães têm que esperar muito. Elas tentam tornar o local de espera o mais alegre e interessante possível. Mas os países em desenvolvimento têm pouco dinheiro para hospitais, e, menos ainda, para decorar suas clínicas. Assim as enfermeiras aceitam, com alegria, os cartazes educativos dados pelo representante de alguma companhia. A Nestlé, por exemplo, lançou recentemente uma nova série de cinco cartazes. Um é sobre cuidados no pré-natal; outro sobre a maneira de limpar e vestir o bebê; um terceiro, sobre os modos de preparar os primeiros alimentos sólidos para o bebê; um quarto, sobre a amamentação. O último era acompanhado de um guia para a alimentação que foi transformado em um cartaz separado.

A única sugestão de comercialismo, nos cartazes, é a mamadeira da Nestlé que aparece ilustrada, e a menção do CERELAC, um produto da Nestlé no cartaz sobre alimento sólido. E, é claro, o logotipo da companhia no canto superior, à direita de cada cartaz.

A mãe analfabeta os achará interessantes. E, embora a casa moderna e arrumada, as roupinhas brancas e limpas do bebê, o berço e os alimentos recomendados quase certamente estejam fora do seu alcance monetário, a mamadeira não está. Ela poderá ganhá-la, gratuitamente, de uma enfermeira. Se na clínica há cartazes sobre alimentação com mamadeira, não pode haver nada de condenável com ela.

A mãe poderá reagir da mesma forma, quando nota que o cartão da clínica tem a figura de uma lata de leite Lactogen. Ela não sabe que a companhia fornece os cartões à clínica. É quase certo que ela não sabe ler o texto em inglês que diz “Amamente seu bebê o maior tempo que você puder. O leite materno é o melhor para o bebê e lhe dá o melhor começo de vida...”.

Porém os serviços de saúde funcionam com um orçamento reduzido e os cartões ajudam a diminuir as despesas correntes da clínica.

Intencionalmente ou não, muito do material promocional ou educativo usado pelas companhias de leite, parecerá, aos analfabetos, aprovar a alimentação com mamadeira. E a associação desse material com a clínica ou o hospital só pode reforçar essa impressão.

A desnutrição gerada pelo comércio: o papel da indústria

“As firmas de alimentos infantis gozam de uma imagem inteiramente benévola no que concerne aos governos e aos profissionais de saúde que não pensam. Elas também têm uma autoimagem benévola”, disse o Dr. D. B. Jelliffe (24).

“Nós sentimos que se continuarmos como até agora, nós nos ajustariamos a nossa filosofia e ao nosso modo de fazer as coisas aqui, achamos que isto corresponde à opinião médica atual, e é a conduta certa a manter.” Lan Barter, gerente de vendas internacionais, Unigate (Cow & Gate).

Já em 1968, foram feitas declarações específicas contra a indústria de alimentos infantis, quando o professor Jelliffe descreveu a “desnutrição comerciogênica”, isto é, a desnutrição causada pela promoção inescrupulosa dos alimentos infantis nos países em desenvolvimento (26).

Essas afirmações continuam sendo feitas. Muitos dos que trabalham nesse campo acreditam que a indústria de alimentos infantis não está atuando de forma responsável, diante das imensas dificuldades que deve causar qualquer mudança na amamentação. A War on Want procurou as pessoas responsáveis pela política de vendas da Unigate e da Nestlé, e pediu seus pontos de vista. Ambas

as companhias estão cientes das críticas que vêm sendo feitas contra elas. Ambas acreditam, porém, que estão agindo corretamente.

Que problemas específicos podem surgir dos vários métodos de promoção? E o que pensa a indústria sobre o ponto de vista de seus críticos?

Os meios de comunicação

Tanto a Nestlé quanto a Cow & Gate usam a imprensa, a televisão e o rádio para fazer propaganda nos mercados do Terceiro Mundo. Ambas negam que isso tenha um papel importante na expansão de suas vendas.

“Nos mercados onde os empregamos, são usados como promoção de apoio para tentar manter a confiança de um produto de gerar indagações, porque sabemos que um médico provavelmente não tende a recomendar um produto antigo e experimentado. Ele não fará isso, mas ao mesmo tempo, quando a mãe pergunta: ‘Tal marca é boa?’, se você fez bem seu trabalho de promoção junto ao médico e seu produto tem valor, ele dirá ‘sim, é boa’. E essa é a justificativa para usar os meios de comunicação”, diz a Nestlé.

Ambas as companhias afirmam que sua política é enfatizar a importância da amamentação. “Se eu tomo os textos para o rádio, cada um começa com: ‘o melhor para o seu bebê é o seu próprio leite’, e nos anúncios das revistas adotamos o mesmo critério”, diz a Unigate.

Na verdade, um anúncio da Cow & Gate em uma revista da Nigéria – Woman’s World, abril de 1973 – começava assim: “Escolha o leite Cow & Gate para seu bebê e observe o seu desenvolvimento desde a primeira mamadeira” e não fazia nenhuma referência ao fato do leite materno ser o melhor.

O levantamento sobre alimentação infantil, feito em Ibadan, Nigéria, lançou alguma luz sobre o efeito dos anúncios naquela comunidade. Mostrou que 38% das 400 mães lembravam-se de, pelo menos, um anúncio sobre leite para bebês, um número alto em uma comunidade onde apenas 14% leem algum jornal ou revista, e apenas 52%, alguma vez, ouvem rádio.

A informação que elas prestam é igualmente interessante. 12% lembravam que segundo o anúncio, Lactogen dá ou restaura a força, a energia e o poder do bebê. Muito poucas lembravam que “é bom para os bebês, se o leite da mãe não for suficiente”, e nenhuma, na verdade, tinha ouvido dizer que o leite materno era melhor do que Lactogen!

Similarmente, a maioria das 33 mães que recordaram alguma coisa dos anúncios da Cow & Gate, lembraram que “Cow & Gate dá às crianças energia, força e poder”. Uma disse que era o “melhor alimento para os bebês”, uma opinião com a qual esperamos que a Cow & Gate não concorde.

O fato de recordar anúncios, em si mesmo, não indica que eles levaram a mãe diretamente para a mamadeira. Mas, mostra que o que é lembrado dos anúncios são as afirmações positivas sobre a alimentação com mamadeira, mais do que as importantes e prudentes advertências. “As entrevistas, em profundidade, mostraram claramente, a atitude das mães pertinente à alimentação com mamadeira”, observa o levantamento (17).

Embora não se tenham feito muitos estudos detalhados como esse, o pessoal de saúde, em vários países, confirma essa impressão resultante do efeito dos meios de propaganda.

O que as companhias acham dessa interpretação do seu comportamento?

“O que nós gastamos com propaganda é uma ninharia comparado com o que os outros fazem”, diz a Unigate.

Será que a Nestlé acha injusto afirmar que as mães estão respondendo positivamente a seus anúncios?

“É claro que nós esperamos que façam isso. De outro modo estaríamos desperdiçando nosso dinheiro. O que estamos dizendo, porém, é que isso é apenas um apoio à marca.”

Enfermeiras

A enfermeira é uma velha figura nos negócios de alimento infantil. A Dra. Cicely Williams, a pediatra que primeiro associou o Kwashiorkor à deficiência de proteínas, na Nigéria, também descreveu o dano causado, no início do século, pelas “enfermeiras” vendedoras, que vendiam leite condensado desnatado às mães da classe trabalhadora, na Grã-Bretanha.

Tanto a Nestlé como a Cow & Gate, atualmente, empregam enfermeiras para promoção de vendas. A sua abordagem é diferente e o produto, que elas vendem, é tecnicamente melhor embora alguns possam dizer que o dano que elas causam é tão grande quanto o que causaram as “enfermeiras”, que vendiam leite desnatado, deficiente em gorduras e vitaminas.

Vale a pena realizar os comentários das companhias sobre suas enfermeiras.

“A enfermeira é, na indústria de alimentos, o que na indústria farmacêutica é o representante que visita os médicos e os centros de saúde informando-os sobre nossos produtos. No contexto do Extremo Oriente e nos países em desenvolvimento, elas também têm papel subsidiário: o de dar conselhos às mães”, diz a Nestlé.

“Em princípio, nós queremos que as mães sejam abordadas nos Centros de Saúde, com o consentimento do pessoal do Centro, onde é possível falar-lhes sobre aspectos específicos da alimentação

com mamadeira, os aspectos médicos, cuidado e higiene das mamadeiras, preparação etc. As enfermeiras também poderiam dar conselhos sobre nutrição em geral.”

Essas mães seriam as que, casualmente, estavam na clínica em um dia específico? Haveria uma tentativa para selecionar um grupo particular, por exemplo, as que são mães pela primeira vez e que os médicos identificaram como tendo problemas de alimentação?

“Oh! não, isso seria impossível! Não temos recursos ilimitados. Uma enfermeira tem certo itinerário e ela aparece em certa clínica, num dia certo, e ali fala com um grupo de mães.”

Em alguns mercados, a Nestlé se envolveu de diferentes modos. Na Malásia, elas, “as enfermeiras”, faziam visitas domiciliares – oficialmente, para dar conselhos sobre alimentação, a pedido dos médicos. Isso foi interrompido, quando as enfermeiras começaram a ser usadas como faz-tudo, em geral. A Câmara dos Vereadores da cidade de Nairobi banuiu de suas clínicas estas “enfermeiras”, e em vários países elas têm de trabalhar fora das clínicas.

As enfermeiras da Cow & Gate são orientadas para enfatizar a importância da amamentação nos primeiros meses de vida. “No que diz respeito às nossas enfermeiras, elas têm instruções para não tentar dissuadir uma mãe de parar de alimentar o bebê no peito, se ela pode amamentá-lo. Se nós recebemos qualquer testemunho

de que uma mãe está mudando, influenciada por uma de nossas enfermeiras, esta perderá seu emprego imediatamente.”

Outras companhias, com as quais entramos em contato, também enfatizaram o papel educacional de sua promoção direta.

Mas, é do conhecimento geral que ocorrem abusos por parte de certas companhias por meio dessa abordagem “educacional”. E algumas práticas, que nos foram descritas, são antiéticas e imorais, no contexto do Terceiro Mundo.

- Vendedoras sem qualificações médicas são contratadas e vestidas com uniforme de enfermeiras, para fazer com que seu trabalho de venda pareça um conselho nutricional.
- As mães são encorajadas a alimentar seus filhos com mamadeira, enquanto estão amamentando satisfatoriamente, e antes de haver qualquer necessidade do suplemento.
- Enfermeiras qualificadas são pagas numa base de comissão sobre as vendas desmentindo seu papel educativo.

“Algumas enfermeiras receberão uma comissão sobre os resultados das vendas em sua área. Algumas vezes, elas também são advertidas de que serão dispensadas se não atingirem aqueles objetivos”, é o que nos disse um industrial.

Os erros podem ser um resultado direto da competição comercial, conforme a Nestlé nos assinalou. “Outras pessoas viram isso (o uso de enfermeiras) acontecer e viram que é uma força

de promoção muito efetiva. Conseguia-se boa vontade – afinal de contas, a promoção de alimentos infantis é baseada na boa vontade – e eles disseram OK, nós faremos o mesmo. Mas, quando se consegue uma situação competitiva neste tipo de coisa, gera-se todo tipo de males.”

O papel das enfermeiras também deve ser julgado quanto ao impacto real que causam nas comunidades em que atuam. Os inquéritos, em Ibadan e na Jamaica, mostraram que as enfermeiras das companhias constituíram um motivo importante, dado pelas mães, para começarem a alimentação com mamadeira. E a grande maioria iniciou a alimentação com mamadeira, muito antes que fosse necessário dar qualquer alimentação adicional.

Amostras grátis

O inquérito de Ibadan revelou que 9% das mães tinham recebido amostras, ou nos hospitais ou por meio de enfermeiras – não se pode determinar se essas eram das companhias ou enfermeiras “verdadeiras”. A proporção de mães analfabetas que recebeu amostras, comparada com a proporção de mães de melhor nível educacional, foi quase a mesma, indicando que não houve uma tentativa para selecionar mães que fossem suficientemente abastadas para poder usar o produto.

No inquérito da Jamaica, a situação foi muito pior, com uma proporção muito maior de mulheres que recebiam amostras. Algumas mães receberam até três marcas diferentes.

A Nestlé dá amostras em alguns de seus mercados. Qual é a sua justificativa para isso?

“Onde os médicos locais querem amostras, nós as fornecemos. Não se deve esquecer que os hospitais têm pouco dinheiro: muitos perderam o hábito de comprar, porque o leite é fornecido gratuitamente pelas companhias. E se nós não entramos com o nosso produto ficamos de fora. Nós ficamos à margem desse hospital, porque outra companhia se adianta e o abastece. O que deveríamos fazer? Parar de fazer doações e ser postos para fora do mercado?”

O motivo para distribuir amostras é, obviamente, encorajar as mães a usarem o produto da companhia. Novamente a Nestlé acha que é uma situação competitiva que escapou ao controle.

“Muitas companhias acham que, se o seu produto está sendo usado em uma clínica, automaticamente as mães continuarão a usá-lo. Agora nós temos alguns dados sobre isso vindos das Filipinas: um caso de amostras particularmente ruim, nós estávamos gastando de 4% a 5% de nosso movimento comercial (*turnover*), quantia absolutamente inacreditável. Nossa pesquisa mostrou que cerca de 50% das mães não usavam o mesmo leite

quando saíam do hospital. Muitas delas voltavam a amamentar, e isso foi uma das justificativas para a propaganda direta porque você atingia as mães aos quatro ou cinco meses, quando elas estavam fora da influência do médico, informando que ‘quando o leite materno não é suficiente, você deve usar um leite em pó bom e seguro e pedir conselho ao seu médico’. Com a ajuda da profissão médica, as amostras tem ajudado a dar um alto ‘status’ social à alimentação com mamadeira”.

“Muitas clínicas, se não estão fornecendo amostras, são consideradas lugares muito baratos e ruins. Faz parte da jogada receber uma amostra.”

O que preocupa muitos médicos é que, junto com as amostras, são dadas mamadeiras de graça. Eles dizem que é um estímulo direto à alimentação com mamadeira.

Literatura educativa e a mamadeira

Para muitos dos profissionais na área de saúde, que trabalham em países em desenvolvimento, a mamadeira é a base do problema. Ela é, ao mesmo tempo, o instrumento que transmite infecção e o símbolo da prática “moderna” de alimentação com mamadeira.

Uma circular do Diretor de Saúde Pública em Papua-Nova Guiné (27) começa assim: “Foi descoberto um cartaz, em uma loja de

Mount Hagen, mostrando uma mãe, um bebê com uma mamadeira e uma lata de Lactogen. O Departamento de Saúde não tolerará qualquer propaganda de mamadeiras. Favor informar ao Escritório Central o nome da loja, a origem do cartaz e a companhia, e o produto que está sendo anunciado em qualquer cartaz que mostre mamadeiras. Embora não tenhamos autoridade para remover anúncios censuráveis, os profissionais da saúde podem fazer todos os esforços para persuadir os donos de lojas a desistirem de tais cartazes. Devem-se aproveitar as ocasiões oportunas para falar com os donos das lojas e informá-los sobre o perigo das mamadeiras.”

É claro que, em Papua-Nova Guiné, nenhuma companhia de produtos lácteos pode permitir-se usar material de propaganda ou educativo que mostre qualquer coisa sobre alimentação com mamadeira. Mas, em outros países, onde a profissão médica não tem tomado uma posição tão firme, as companhias parecem adotar a política de “esperar e ver”.

“Ocasionalmente a criança tem de ser alimentada artificialmente porque a mãe está doente, ou morre, ou tem pouco leite. Isso deveria ser feito com xícara e colher e não com mamadeira. Será impossível para uma mãe camponesa manter a mamadeira limpa e o bebê correrá riscos de contrair uma gastroenterite grave”, escreve o Prof. M. H. Hamza, da Universidade de Dar es Salaam, em um guia sobre cuidados do recém-nascido, para o pessoal paramédico (28).

O Livro da Mãe, da Nestlé, para a África Oriental, ilustra somente alimentação com mamadeira. É difícil associar a intenção expressa pela companhia de cooperar com a profissão médica, com essa discrepância. Sem dúvida, se as autoridades médicas pedissem especificamente que a companhia mudasse sua literatura, ela o faria.

Porém, atualmente, a literatura da Nestlé está em contradição direta com as recomendações do pessoal de saúde local. Os críticos se perguntam se isso contribui para a educação ou para a confusão.

Rótulos

Atualmente, os rótulos nas latas de leite para bebês não trazem nenhuma indicação do número de dias em que uma criança pode ser alimentada com aquele conteúdo. Seria impossível fazê-lo?

“Será difícil, porque depende muito da idade e do tamanho do bebê”, diz a Unigate.

Porém, todas as latas de leite para bebês (e dos produtos não recomendados especificamente para alimentação de crianças) já indicam a quantidade a ser empregada em cada refeição e o número dessas por dia. A partir dessa informação, pode-se calcular facilmente quanto durará cada lata. Tal indicação seria simplesmente uma questão de mais uma linha na tabela com as instruções.

Seria possível indicar às mães que um leite para bebês poderia ser uma alternativa certamente demasiado cara para a maioria delas?

“Se você disser que é uma alternativa muito cara, muitas vezes esse poderá ser o melhor modo de promover o produto junto aos grupos de renda baixa, porque eles acham que estão comprando alguma coisa que apenas os ricos podem obter.”

O seguinte texto está numa lata de Dawn, um leite em pó produzido em Zâmbia:

AMAMENTE SUA CRIANÇA

O melhor alimento para a sua criança é o leite materno. Ele é melhor do que este ou qualquer tipo de alimento artificial

Não alimente sua criança artificialmente, a menos que você esteja segura de ter o dinheiro necessário para comprar leite suficiente. Quando sua criança tiver quatro meses, ela necessitará de 2,5kg de leite em pó, por mês. Você tem certeza de ter o dinheiro necessário para comprá-lo?

Alimente sua criança usando uma xícara e uma colher e não uma mamadeira.

Peça na loja em que você comprar essa lata que lhe deem um papel explicando como alimentar sua criança (14).

A companhia que produz Dawn, está nacionalizada. Presumivelmente, ela pode permitir-se, por interesse nacional, cuidar mais da forma com que seu produto é usado do que suas competidoras multinacionais.

A artimanha do brinde

“Compre duas latas de alimento Dumex para bebês e ganhe uma mamadeira agora”, dizia um anúncio da Spear, uma revista da África Ocidental. Esse tipo de distribuição gratuita não pode pretender estar preocupada em dar à mãe o conselho adequado sobre como alimentar o bebê. Os leites Dumex são produzidos por uma companhia dinamarquesa, subsidiária da Dei Ostasiatiska Kompagni (Companhia da Ásia Ocidental). Essa companhia criou associadas comerciais no mundo subdesenvolvido, e promove Dumex por meio delas, da mesma forma que qualquer outro produto comercial. Como resultado, seu apelo vai diretamente à mãe, em vez de fazê-lo por meio dos médicos.

É esse o fim máximo do espectro? Talvez. Mas, no Sudeste Asiático, a Nestlé também fez oferta gratuita com um de seus produtos.

A razão? Dumex tinha introduzido oferta similar que lhe fazia conquistar uma porção crescente na praça. Assim, a Nestlé vingou-se para manter sua parte no mercado. Mas, às custas de quem?

A responsabilidade da indústria

Deve ser a indústria a responsável pelo uso incorreto de seus produtos?

Aqui, em parte, o que a Nestlé tem a dizer: “Nós colocamos um leite no mercado; naturalmente, esse leite estará à disposição das pessoas. Nós não negamos que há uma tendência para usar esse leite na alimentação de bebês, mas nós podemos dizer que, em alguns casos, há fortes razões para fazê-lo. Se a mãe decide não amamentar, porque ela por alguma razão tem que usar uma alternativa, então não se trata da nossa promoção contra a amamentação. Nós colocamos um produto no mercado, mas não nos cabe a responsabilidade de impedir que as mães levem em consideração tal produto”.

“Desse problema, o mau uso de alimentos para bebês, causador de gastroenterites, nós conhecemos todo o ciclo: excesso de diluição, mamadeira sem higiene etc. Ninguém está tentando negar que isso acontece e nós deploramos o fato. É uma péssima propaganda para nosso produto. Portanto, gostaríamos de ser capazes de controlar o consumo para as pessoas que podem comprá-lo. É bom negócio fazer isto. Nosso problema é: como impedir que o produto alcance as pessoas que não deveriam usá-lo?”

“E a forma que nos parece correta, é estender a cobertura aos centros de saúde infantil, e fornecer às mães alimentos mais baratos do que elas podem obter nas lojas, por meio dos centros

de saúde, e assim, elas obterem orientação nos próprios centros. [...] Mas, essa ação é criticada por pessoas que dizem que nós estamos exercendo atividades comerciais nos centros de saúde, para encorajarmos mais mulheres a abandonarem a amamentação.”

Efeitos sociais secundários e fatais

Como é de se prever, os críticos de indústria não veem a responsabilidade como algo que lhes escapa das mãos. O Dr. Farquhar acredita que se deveria encarar o uso de leites para bebês, nos países em desenvolvimento, como uma droga que tem efeitos secundários possivelmente fatais.

“Se o leite para bebê fosse controlado do mesmo modo que um antibiótico, cujos efeitos secundários perigosos fossem conhecidos, esse só seria obtido por meio de supervisão médica e nós não teríamos o problema do seu uso indevido.”

É válido considerar, especialmente no que toca às companhias farmacêuticas no campo, que um efeito secundário comprovadamente fatal, se bem que um efeito secundário social, deve ser motivo de tanta preocupação quanto o efeito de uma droga.

Talvez, já antecipando-se à crítica crescente às promoções de leites em pó, a Nestlé agora esteja vendendo seus produtos aos médicos dos países em desenvolvimento, como “soluções” aos problemas da alimentação artificial.

“Algumas mães seguirão as instruções perfeitamente e darão corretamente os alimentos suplementares, no tempo e na quantidade certos... Mas muitas outras mães podem diluir excessivamente o leite por economia ou podem substituir o leite por outros alimentos de desmame com um conteúdo inadequado de proteínas. Se você suspeitar que isso vai acontecer, pode recomendar com segurança ‘Lactogen Full Protein’ que com apenas duas refeições, atende inteiramente às necessidades diárias de proteínas de uma criança de 6 a 12 meses.”

Realçando o problema sobre a diluição do leite em pó, sem mencionar as condições sanitárias pobres e a ignorância – com as quais sempre está associada – esse tipo de propaganda desempenha uma função educacional duvidosa. Juntamente com a promoção a ela associada poderia ser esta chamada, mais adequadamente, de deseducação.

Nossa meta é o dinheiro

É fácil esquecer que as companhias de leite existem para obter dinheiro para seus acionistas. E é a competição comercial que cria muitos dos problemas que temos mencionado. A consciência social das companhias é ditada pelos interesses, a longo prazo, de seus acionistas.

Os países em desenvolvimento são uma área de expansão essencial para a venda de alimentos infantis, conforme se deduz claramente do relatório anual, mais recente, da Nestlé: “Geralmente as vendas se desenvolvem satisfatoriamente; embora o declínio constante na taxa de natalidade, particularmente nos países com um alto padrão de vida, haja retardado o crescimento do mercado. Disso resultou uma competição consideravelmente maior e uma escolha bem maior de produtos disponíveis para o consumidor. Nos países em desenvolvimento, nossos produtos continuam a vender bem, graças ao crescimento da população e melhoria do nível de vida” (25).

É necessário ver a questão de alimento e nutrição num contexto mais amplo, para entender a importância econômica e social do debate seio *versus* mamadeira.

O contexto mais amplo

Uma minoria da humanidade, nos países abastados, consome mais do que as suas necessidades diárias de proteínas, enquanto muitas pessoas no mundo recebem menos do que necessitam para manter seu crescimento e sua saúde. Qualquer abandono da amamentação agrava esta “Falta Mundial de Proteína”.

As mulheres produzem a melhor proteína e a mais barata que existe no mundo – no que concerne aos bebês. O custo de um suplemento adequado na dieta da mãe que amamenta, para capacitá-la a produzir leite sem danos para sua própria saúde, está estimado em cerca de 21 pences por semana, comparado com 32 pences que em divisas é o custo da alimentação artificial mais barata (leite em pó desnatado apropriadamente modificado) ou £1,15, usando leites infantis comercialmente disponíveis (29).

Assim, em termos puramente econômicos, o melhor modo para preencher a falta de proteínas do bebê, com menos de seis meses, é amamentá-lo.

“Numa escala comunitária nacional ou mundial, a economia da produção de leite humano é, por estranho que pareça, raramente considerada num mundo que compreensivelmente, luta por aumentar as fontes tradicionais e as não convencionais de proteína, especialmente para alimentar crianças de tenra idade”, nota o Dr. Jelliffe (30).

Kwashiorkor e a criança maior

E o que acontece com os bebês maiores e as crianças pequenas?

É nesse grupo que ocorre o clássico problema do Kwashiorkor, à medida que a criança ultrapassa o suprimento de leite materno disponível para ela. Se ela não obtém suficiente proteína de outros alimentos nessa fase, será vulnerável.

O principal problema para os que ensinam nutrição nos países em desenvolvimento, é assegurar que essa faixa etária receba cuidados.

Nesse setor é que as indústrias lácteas, principalmente a Nestlé, enfatizam o papel que podem desempenhar. “Há uma necessidade de manter uma ingestão diária adequada de proteínas, é a linha que a Nestlé segue na sua propaganda médica, num certo número de mercados. ‘Lactogen Full Protein’ fornecerá 8,1g de proteína por 250cc ingeridos. Duas refeições diárias satisfarão às necessidades de uma criança até 12 meses”.

A Nestlé argumenta, agressivamente, que oferece um meio de resolver o problema que não seria resolvido de outra maneira. Mas a pergunta, se as mães podem comprar o seu produto, é sempre evitada.

“Quanto aos bebês com mais de cinco ou seis meses?” eles nos perguntaram, durante nossa visita ao escritório central da Nestlé, em Vevey, “que alimentos vocês introduzem nessa época?”.

O “Protein Advisory Group”, no seu Manual sobre Alimentação de Bebês e Crianças Pequenas, diz o seguinte sobre os alimentos no desmame: “O único caminho aberto para a vasta maioria de crianças, é encontrar melhor uso para os produtos disponíveis localmente, na preparação doméstica de alimentos nutritivos, a serem dados no desmame” (22).

“Nós sabemos que tipos de pessoas estão usando esses argumentos”, diz a Nestlé, “e essas pessoas são idealistas. É muito bom dizer que esses países deveriam ser autossuficientes e deveriam produzir seus próprios alimentos para o desmame, e assim por diante, mas isso não é um fato neste momento.”

Estratégias nacionais para nutrição

Depois de analisar a responsabilidade de usar produtos comerciais, para alimentação infantil, e até as novas “fórmulas locais de baixo custo, ricas em proteínas”, desenvolvidas em certos países (frequentemente com o auxílio da indústria alimentícia), o manual da PAG conclui: “A grande maioria da população, em quase todos os países em desenvolvimento, deverá confiar, por muito tempo, nos alimentos infantis feitos em casa”.

O manual também descreve, em detalhes, para o pessoal de saúde e nutrição, como esses alimentos podem ser preparados. Há uma lista com mais de 100 receitas, muitas das quais já estão

em uso. Quando o leite é recomendado, trata-se, invariavelmente, do leite em pó desnatado, barato, que deve ser misturado com alimentos sólidos e cozido.

Muitos países em desenvolvimento adotaram, ou estão procurando adotar, uma política de alimentos e nutrição baseada nessa abordagem de usar os alimentos disponíveis no lugar. Isto não resolve, “de repente”, seus problemas de nutrição. As políticas de nutrição que estão sendo desenvolvidas e aplicadas, não dependem da existência no mercado, de Lactogen, Cow & Gate, Similac ou quaisquer outros produtos da moderna tecnologia de alimentos.

Essas políticas levam em consideração a situação econômica da maioria das pessoas no Terceiro Mundo – algo que as companhias de leite não podem fazer. E isso, por si só, lança dúvidas quanto às suas afirmações, de que estão desempenhando um serviço útil, por meio de suas especulações “educacionais” nas clínicas e hospitais. Se o pessoal de saúde nacional ensina seu método para obter melhor nutrição, enquanto, por outro lado, os esforços de promoção das companhias produtoras de leite ensinam algo bem diferente, só pode resultar confusão. No mundo rico, podemos permitir a confusão premeditada do consumidor, criada por uma múltipla escolha. Tudo o que vamos perder são alguns centavos.

Nos países em desenvolvimento, a confusão, no que se refere à alimentação de criança, pode ser medida em mortes infantis.

Novo papel para a indústria

Uma alternativa viável, que está sendo formulada pelos nutricionistas, pede a limitação da distribuição de leite para crianças aos serviços de saúde, nos moldes da “British National Dried Milk”, com a ressalva importante de que o leite seria, apenas, para as mães que não pudessem amamentar.

O conceito é esboçado, em parte, num documento do PAG que vai além das últimas sugestões compromissadas, resultantes de uma reunião conjunta a PAG/indústria. Vale a pena citá-lo em detalhe.

“A fim de assegurar que estes produtos serão benéficos e não causarão nenhum mal, certos pré-requisitos devem ser cumpridos:

- a) As mães, e seus bebês, devem estar sob constante supervisão e ser cuidadosamente informadas sobre o uso do produto, não só no que se refere à preparação, mas também no modo de alimentar, incluindo limpeza adequada.
- b) O acesso ao produto deve ser determinado, não pelos padrões econômicos dos pais, mas pela verdadeira necessidade da criança. Idealmente, o produto deveria ser fornecido apenas às crianças que não ganham peso, devido ao suprimento insuficiente de leite

materno. Nesses casos, o produto deveria ser dado, gratuitamente, em quantidades limitadas de cada vez, atendendo as necessidades de um período não superior a uma semana. É óbvio que um programa desse tipo só pode ser desenvolvido por meio de apoio econômico do governo ou da comunidade e/ou organizações assistenciais. Além do mais, a distribuição do produto deveria ser por meio de canais e serviços que podem exercer supervisão médica à criança (centros de saúde materno-infantis, outros centros de saúde e hospitais, sob a supervisão de especialistas em economia doméstica etc.)” (16).

Obviamente, um programa desse tipo só poderia desenvolver-se com o apoio de governos individuais. Mas também é necessário o apoio da indústria alimentícia para se formular qualquer abordagem a ser apresentada aos governos do Terceiro Mundo, por meio de agências internacionais.

A indústria tem tido má vontade de fazer algo, além de falar, contra alguns dos erros promocionais mais evidentes – ainda que as companhias enfatizem as conversas entre a indústria e os técnicos mantidos sob os auspícios do PAG.

Das vagas e tímidas recomendações que resultaram da última consulta conjunta entre o PAG, pediatras e a indústria, pode ser avaliada a extensão da cooperação da última (31).

Ação, como?

De onde pode vir a iniciativa para uma ação? É indiscutivelmente necessária tal ação!

Os governos nacionais pareceriam ser um canal óbvio. Mas, um problema delicado e quase intangível é a relação das companhias produtoras de leite com os governos de muitos países em desenvolvimento. Numerosos países dependem excessivamente da exportação de produtos agrícolas não industrializados para obtenção de suas divisas. Qualquer governo, cuja economia dependa das colheitas de café, cacau, chá, açúcar etc., certamente não está em posição de ditar normas para organizações como a Nestlé ou Wyeth, cuja matriz é uma das maiores corporações alimentícias dos Estados Unidos.

Os recursos da indústria são muito maiores do que os de numerosos países em desenvolvimento.

Os rendimentos anuais da Nestlé (8% provêm dos alimentos infantis e 25% de outros produtos lácteos) excedem o Produto Nacional Bruto do Quênia, em aproximadamente 500 milhões de libras (32).

Muitos dos países menos desenvolvidos também dependem sensivelmente dos conselhos das agências internacionais para a formulação de sua política, em aspectos especializados de saúde.

Processo lento

As rodas pesadas das organizações internacionais começaram a mover-se. A OMS está escrevendo a sua Monografia Técnica, que dará ênfase à importância da amamentação. O grupo executivo do UNICEF recebeu sugestões, no ano passado, “de que deveriam ser estudadas formas de encorajar a amamentação e que o UNICEF deveria desempenhar um papel mais ativo na sua promoção, como parte de seu apoio à nutrição infantil” (33).

A FAO “logo procurará o apoio financeiro dos países membros num esforço para estimular programas que interrompam o declínio da amamentação, em alguns países em desenvolvimento” (34).

A comissão da Codex Alimentarius da FAO/OMS, organizada para estabelecer os padrões alimentares para o mundo, atualmente está considerando os padrões para alimentos infantis. Mas, em sua estrutura, não foi capaz de considerar mais do que os componentes e rótulos dos leites infantis. Não obteve sucesso, uma tentativa feita pela Organização Internacional das Uniões dos Consumidores, com o objetivo de incluir padrões de promoção para esses produtos (35). Essa tentativa foi considerada fora dos termos de referência do Codex.

O PAG tem, constantemente, levantado os problemas do abuso dos produtos alimentícios infantis. Mas o PAG não pode impor suas políticas à indústria. Como ocorre com a maioria das organizações internacionais, ele pode escolher entre o consenso de não atuar ou um compromisso ineficaz de ação.

Nessa situação, as pressões externas podem exercer uma influência útil. A indústria de alimentos infantis é muito consciente de sua imagem. A publicidade nos mercados domésticos, ligando leites infantis com desnutrição e morte, provavelmente terá um impacto muito maior, no desejo da indústria em cooperar, do que qualquer debate nos bastidores (32).

Neste íterim

Quaisquer que sejam as decisões sobre estratégias a longo prazo, há uma necessidade urgente de ação agora.

Na Suécia, onde a mortalidade infantil é a mais baixa no mundo, foi estabelecido um acordo entre a indústria de alimentos para bebês e o governo, o qual Prof. B. Vahlquista firma, em parte: “As propagandas de substitutos do leite materno não devem, de maneira alguma, ser dirigidas diretamente ao público, ou às famílias individuais. Em relação a produtos deste tipo, não deveriam ser feitas ofertas com descontos especiais ao consumidor” (24).

(A propaganda, nesse contexto, inclui todos os meios de comunicação, cartazes nas lojas, folhetos sobre alimentos infantis, distribuição gratuita etc.).

Esses controles, vindos de um país com destacado recorde em cuidados infantis, parecem oferecer uma linha, para uma ação provisória, nos países em desenvolvimento. É difícil ver de que

modo uma companhia, como a Nestlé, pode implementá-los na Suécia, porém não nos países onde as consequências do abuso na alimentação artificial são infinitamente mais sérias.

Ainda na Grã-Bretanha

“É necessário que se examinem cuidadosamente as afirmações que aparecem nos rótulos e anúncios, para observar até que ponto tais afirmações são verdadeiras ou enganosas, e até que ponto elas tendem a encorajar alguma ação não desejada ou até mesmo perigosa.”

Essas palavras, relevantes para a discussão atual, aparecem num relatório sobre o uso de leite condensado como alimento infantil em 1911, na Grã-Bretanha (36).

O problema era com leite condensado, desnatado e adoçado, que não poderia ser jamais considerado como um alimento infantil satisfatório, a despeito das condições em que fosse usado. Mas, naquela época, como agora, a identificação do problema foi só um primeiro passo no caminho da solução.

O patenteamento de um leite condensado pelo americano Gail Borden, em 1856, abriu uma nova era para a alimentação artificial. Na Grã-Bretanha, no século XIX, as altas taxas de mortalidade infantil eram um resultado inevitável da alimentação artificial, necessária nas comunidades onde a mãe tinha que trabalhar.

O leite condensado parecia ter um papel a desempenhar na alimentação infantil. Mas, já em 1872, os médicos estavam divulgando uma nota de cautela. Naquele ano, os Drs. Platt e Daly escreveram

para o *Lancet*, comentando o desenvolvimento insatisfatório de crianças alimentadas com esse produto e advertiam contra o seu uso (37). Apesar disso, o uso do leite condensado, geralmente desnatado, se espalhou.

Por volta de 1894, nos círculos profissionais não havia dúvidas de que o uso do leite condensado desnatado para crianças, era uma passagem, só de ida, para o mau desenvolvimento e para a morte. Os médicos identificaram a ausência de gordura no leite desnatado, como a causa do mal.

Um Comitê Parlamentar Seletor, instalado em 1894, com o objetivo de investigar o sério problema da adulteração da manteiga com a nova “margarina”, incidentalmente, examinou os problemas que estavam sendo causados pela venda e mau uso do leite condensado.

Os membros tiveram conhecimento de uma petição escrita, assinada por “um grande número de cavalheiros cujos nomes teriam um peso considerável”. Esses cavalheiros, na maioria médicos, diziam que o leite condensado, desnatado, estava sendo comprado por pessoas que ignoravam sua verdadeira natureza. Assim, disseram que deveria haver no rótulo uma afirmação bem clara, explicando que o produto era feito de leite desnatado.

“Houve protestos muito fortes [...] quanto ao mal causado pela venda de leite desnatado” (38).

Na legislação que resultou das deliberações do Comitê Seletor sobre a manteiga e a margarina, foi imposto um novo requisito para os rótulos (39).

Todos os produtos de leite condensado, feitos de leite desnatado, deveriam ter, com letras nítidas, a legenda, “LEITE CONDENSADO DESNATADO” ou “LEITE CONDENSADO DESNATADO À MÁQUINA”. Essa deveria ser a solução do problema.

Mas, em 1911, o Dr. F. J.H. Coutts (36) relatou que, contrariamente à crença popular, o problema de bebês alimentados com produtos lácteos desnatados não havia sido resolvido com as regulamentações dos rótulos.

“Eu constatee que o uso não tem cessado de forma alguma; ao contrário, a evidência que obtive me leva a concluir que, em certos distritos, uma proporção realmente considerável de bebês é alimentada quase exclusivamente com essa dieta” (36).

Ele notou que muitas mães estavam confusas com a existência de uma grande variedade de leites da mesma marca, e usavam o mais barato – invariavelmente desnatado. “Entre os pobres, o nome de uma marca famosa de leite integral é sinônimo de leite condensado.”

“Eu achei que algumas mulheres tinham a impressão de que todos os leites condensados eram da mesma composição, todos constituídos de leite puro integral e açúcar. Elas nunca perceberam que as palavras: ‘desnatado à máquina’ implicavam no empobrecimento do leite”.

Coutts também descobriu casos em que aparentemente as mulheres eram enganadas intencionalmente. O leite condensado desnatado, vendido sob a marca “Goat” (cabra), tinha a figura grande de uma cabra na lata e a palavra GOAT, em letras nítidas. Muitas mulheres compravam esse leite especialmente para alimentar bebês, porque pensavam que era realmente leite de cabra, popularmente tido como o melhor substituto do leite materno. Esse uso de propaganda ilustrada, na Grã-Bretanha, no século XX, lança uma luz interessante sobre os problemas da propaganda e o alfabetismo no Terceiro Mundo.

Coutts propôs uma afirmação clara “IMPRÓPRIO PARA CRIANÇAS”, em cada lata de leite condensado desnatado. Uma declaração explícita não podia deixar de ter algum efeito na educação das mães [...] também auxiliaria nos esforços dos médicos, enfermeiras, visitantes sanitários e outros, no alerta às mães quanto ao perigo de tais alimentos.

Essa sugestão foi adotada. Até hoje, todos os produtos lácteos desnatados trazem na lata a legenda de Coutts, isto é, na Grã-Bretanha.

Quarenta anos se passaram entre a identificação do problema e o início da ação para enfrentá-lo efetivamente. Entre 1872 e 1911, as mães continuaram a alimentar seus bebês com um produto que era verdadeiramente perigoso. A situação provavelmente continuaria por mais tempo ainda, se não fosse a descoberta

embaraçosa durante a guerra dos Boers, de que 50% dos homens jovens na Grã-Bretanha foram considerados inaptos para o serviço militar. O Comitê de 1904, criado para examinar a “deterioração física nacional”, desempenhou um grande papel em ressaltar esse e outros problemas de saúde pública (40).

O tributo atual

Atualmente, o mau uso de alimentos para bebês assume muitas vezes a forma de superalimentação. A imagem de um bebê rechonchudo e bonito está sendo ligada à obesidade e às doenças associadas a ela.

Mas, mesmo na Grã-Bretanha pós-guerra, a alimentação artificial vem se mostrando mais cheia de riscos do que a amamentação, realçando as exigências rigorosas de uma alimentação artificial bem sucedida.

Um inquérito impressionante, feito pela Dra. Margaret Robinson, em Liverpool, em 1946, mostrou que os bebês amamentados apresentaram uma taxa de mortalidade de apenas 10,2 por 1.000, durante seu primeiro ano de vida, enquanto os alimentados com mamadeira mostraram uma taxa de 57,3 por 1.000. A diferença surpreendente não pode ser atribuída unicamente à alimentação artificial, já que os 3.266 bebês estudados vinham de famílias com uma diversidade de antecedentes sociais, o que

também teve influência. Mas, a ligação com a alimentação artificial, também, não pode ser ignorada (41)*.

A gastroenterite, intimamente relacionada com a alimentação artificial, ainda é um problema na Grã-Bretanha.

“A gastroenterite, na infância, ainda é comum na Grã-Bretanha, sendo responsável por 400 mortes em 1967, entre aqueles com menos de dois anos”, afirma um inquérito recente. “A cada ano, cerca de 10.000 casos de gastroenterite infantil dão entrada nos hospitais, e estima-se que apenas 10% dos atendidos nos consultórios gerais são encaminhados para o hospital” (42).

Em um inquérito com 339 crianças com gastroenterite, admitidas em um hospital de Manchester, os autores descobriram que 79% tinham menos de 12 meses de idade e, desses, apenas um estava sendo amamentado quando contraiu a doença.

** In the most recent study, conducted in South East England, a statistically significant link could not be shown between the mortality rates of breast and bottle fed infants. But the survey was of a relatively small sample, it included a very wide definition of “breast fed” infants and it was carried out in the most affluent part of the country so no firm conclusions can be drawn from it (43).*

As recomendações da “War on Want”

Para a indústria

1. Os sérios problemas causados pelo desmame precoce e o consequente uso dos substitutos do leite materno exigem uma séria resposta. As companhias deveriam seguir o exemplo da Suécia, e absterem-se de toda e qualquer promoção de substitutos do leite materno, junto ao consumidor, em comunidades de alto risco.
2. As companhias deveriam cooperar, construtivamente, com as organizações internacionais que trabalham nos problemas de nutrição dos bebês e das crianças nos países em desenvolvimento.
3. As companhias deveriam abandonar as promoções junto à classe médica, que pode desempenhar a função educativa errada, sugerindo que certas marcas de leite podem superar os problemas do mau uso.

Para os governos dos países em desenvolvimento

1. Os governos deveriam considerar as recomendações do PAG para as políticas nacionais de nutrição.

2. Nos países em que as condições socioeconômicas são tais que a contribuição dos alimentos infantis patenteados pode ser de pouca utilidade, deve-se considerar, seriamente, a redução de sua importação, distribuição e/ou promoção.
3. Os governos deveriam assegurar o acesso aos produtos, primeiro àqueles que os necessitam – bebês cujas mães não podem amamentar, gêmeos, órfãos etc. – e não a uma elite econômica, perigo já apontado pelo PAG.

Para o governo britânico

1. O governo britânico deveria exercer uma influência construtiva no debate atual.
2. O governo deveria insistir em que as companhias britânicas, tais como a Unigate e a Glaxo, estabeleçam um alto padrão de comportamento, e deveria estar preparado para impor um padrão similar às multinacionais, como a Wyeth, que exportam da Grã-Bretanha para os mercados do Terceiro Mundo.
3. O representante britânico, na Comissão Codex Alimentarius, deveria estimular a Comissão para considerar todos os aspectos da promoção de alimentos infantis. Se necessário, deveriam ser propostas alterações estruturais no sentido de estabelecer um subcomitê, que examinasse aspectos

mais amplos de promoção, a fim de permitir à comissão cumprir os objetivos estabelecidos de proteger o interesse do consumidor.

Para a classe médica

Dentro da classe médica, impõe-se a necessidade de uma consciência maior dos problemas causados pela alimentação artificial das crianças, e do papel da profissão médica no encorajamento da diminuição do uso do leite materno.

Para outros canais

Alguns profissionais da área de saúde, trabalhando no Terceiro Mundo, obtiveram uma resposta surpreendente, apesar de limitada, ao escrever às revistas médicas locais e à imprensa sobre qualquer abuso profissional que haviam visto, e distribuindo cópias de suas queixas para as companhias envolvidas. Isso poderia ser feito por voluntários e por outros que não pertencessem à profissão médica, mas que estivessem em contato com o problema no campo.

Na Grã-Bretanha, após a primeira denúncia na revista *New Internationalist*, as associações de estudantes de várias universidades e politécnicas decidiram banir o uso de todos os produtos da Nestlé, nos lugares onde tinham o controle de fornecimento. Sem qualquer objetivo claro ou coordenação, é pouco provável que esse tipo de ação tenha muito efeito.

No entanto, se as companhias envolvidas continuam a ser intransigentes em face à situação perigosa que se desenvolve no Terceiro Mundo, o resultado pode ser uma campanha mais ampla, envolvendo várias organizações nacionais. Pelo menos os sindicatos, as organizações femininas, os grupos de consumidores e outros grupos interessados devem ser conscientizados sobre os perigos atuais.

Há, também, uma necessidade evidente de se examinar, a nível de comunidade, como são hoje determinados hábitos de alimentação infantil na Grã-Bretanha. Há uma longa história de persuasão comercial, e a alimentação artificial está, agora, bem entrincheirada.

Como se demonstrou, ainda há riscos inerentes na prática de alimentação com mamadeira, até mesmo na Grã-Bretanha. As evidências disponíveis sugerem que tanto a mãe como a criança podem estar melhor, física e emocionalmente, com a amamentação. Um exame dos nossos próprios hábitos sociais irracionais pode ajudar o Terceiro Mundo a lançar uma luz sobre os seus próprios.

Referências

1. Planck SJ, Milanesi ML. Infant feeding and infant mortality in rural Chile. *Bull World Health Organ.* 1973;48(2):203-10. Pubmed PMID: 4541686.
2. Granthan-MacGregor SM, Back EH. Breast Feeding in Kingston, Jamaica. *Arch Dis Child.* 1970;45(241):404-9. Pubmed PMID: 5464065.
3. Kimmance KJ. Failure to thrive and lactation failure in Jordanian villages in 1970. *J Trop Pediatr Environ Child Health.* 1972;18(4):313-6. Pubmed PMID: 4495136.
4. Kanaaneh H. The relationship of bottle feeding to malnutrition and gastroenteritis in a pre-industrial setting. *J Trop Pediatr Environ Child Health.* 1972;18(4):302-6. Pubmed PMID: 4495135.
5. Gordon JE, Chitkara ID, Wyon JB. Weanling diarrhea. *Am J Med Sci.* 1963;245:345-77. Pubmed PMID: 13949219.
6. Aykroyd WR, World Health Organization. Conquest of deficiency diseases: achievements and prospects. Geneva: World Health Organization; 1970. 98 p. Pubmed PMID: 5572991.
7. Hendrikse RG, Morley D. The baby food tragedy. *New Internationalist.* 1973.
8. Pan American Health Organization. Nutrition, the Nervous System, and Behavior. Proceedings of the Seminar on Malnutrition in EarlyLife and Subsequent Mental Development; 1972 Jan 10-14; Mona, Jamaica. Washington: Pan American Health Organization; 1972. 148 p. (Scientific Publication; N° 251).
9. Tizard. Nutrition and Mental Development. World Health; [date unknown]. To be published [nota da edição original].

10. Monckeberg F, Infant feeding and weaning practice: the problem as it exists in developing countries. *Aust Paediatr J.* 1973;9(1):48-63. Pubmed PMID: 4708029.
11. György P. The uniqueness of human milk. Biochemical aspects. *Am J Clin Nutr.* 1971;24(8):970-5. Pubmed PMID 4935486.
12. Newton N. The uniqueness of human milk. Psychological differences between breast and bottle feeding. *Am J Clin Nutr.* 1971;24(8):993-1004. Pubmed PMID: 4936513.
13. Matthews DS. The ethnological and medical significance of breast feeding: with special reference to the Yorubas of Nigeria *J Trop Pediatr (Lond).* 1955;1(1):9-24. Pubmed PMID: 24543746.
14. Morley D. *Paediatric Priorities in the Developing World.* [London]: [Butterworths]; [1973].
15. Hoefler C, Hardy MC. Later development of breast fed and artificially fed Infants. *JAMA.* 1929;92(8):615-9. DOI 10.1001/jama.1929.02700340015006.
16. UNPAD. 1.14/5 Report on the Ad Hoc Committee on Feeding the Preschool Child. [local unknown]: UNPAD; 1971.
17. *Infant Feeding and Child Health in Ibadan.* [United Kingdom]: Social Policy Research; 1973.
18. Heywood, Cajanus, Kingston. April 1973.
19. Unpublished material.
20. Jelliffe D B. Caribbean Food and Nutrition Institute. *West Indian Med J.* 1971;20(1):51-9. Pubmed PMID: 4933640.
21. Malawi National Statistical Office. *Digest of Statistics.* [local unknown]: Malawi National Statistical Office; 1972.

22. Cameron M, Hofvander Y. Manual on Feeding Infants and Young Children. PAG 1.14/26. [local unknown]: Protein Advisory Group; 1971.
23. Who has asked not to be named.
24. Personal Communication.
25. [Referência não listada]
26. Jelliffe DB. Commerciogenic Malnutrition? Food Technol. 1971;25:55.
27. Copy provided by a health worker in that country.
28. Hamza MM, Segall MM. Care of the Newborn Baby in Tanzania. [local unknown]: E. Africa Publishing; 1973.
29. McKigney J. The uniqueness of human milk. Economic aspects. Am J Clin Nutr. 1971;24(8):1005-12. Pubmed PMID: 4936512. [These figures apply to Jamaica; in Africa, the differential between local foods and imported milk would probably be greater].
30. Jelliffe DB, Jelliffe EF. The uniqueness of human milk. An overview.. Am J Clin Nutr. 1971;24(8):1013-24. Pubmed PMID: 4935484.
31. PAG. Statement nº 23, 1072 as revised 28.11 1973.
32. Berg A. Industry's struggle with world malnutrition. Harv Bus Rev. 1972;50:140. [Berg makes this interesting comparison between 25 top food corporations and 25 developing countries to demonstrate the corporations' potential for dealing with nutrition problems.]
33. UNICEF. Report of the UNICEF Executive Board. [local unknown]: UNICEF; 1973. E/5317, E/ICEF/629.
34. Ganzin M. A Letter to New Internationalist Magazine. New Internationalist Magazine. 1973 Nov 16. About the author: Director, Food Policy and Nutrition Division, FAO.

35. International Organization of Consumer Unions. Draft Code of Practice for Advertising of Infant foods, submitted to the Codex sub-committee on labelling. Newsletter nº 16; 1972.
36. Coutts FJ. Reports to the Local Government Board on Public Health and Medical Subjects. 1911. Report to the Local Government Board on an enquiry as to condensed milks; special reference to their use as infants' foods. (new series 56, food reports 15).
37. Daly FH. Condensed milk. *Lancet*. 1872;100(2566):653. DOI 10.1016/S0140-6736(02)56601-0.
38. Select Committee on Food Adulteration. 1894 report and evidence, para. 387.
39. Sale of Food and Drugs Act 1899 (secs. I and XI).
40. Inter-departmental Committee on Physical Deterioration. Report of the Inter-departmental Committee on Physical Deterioration, Vol. I – Report and Appendix. London: HIS Majesty's Stationery Office;1904.
41. Robinson M. Infant Mortality and Morbidity. A study of 3266 infants. *Lancet*. 1951;1(6658):788-93. Pubmed PMID: 14814872.
42. Ironside AG, Tuxford AF, Heyworth B. A Survey of Infantile Gastroenteritis. *Br Med J*. 1970;3(5713):20-4. Pubmed PMID: 4913493.
43. The influence of breast feeding on the incidence of infectious illness during the first year of life. A report of the Research Sub-committee of the South-East England Faculty of the Royal College of General Practitioners. *Practitioner*. 1972;209(251):356-62.

Apêndice A

O leite materno na alimentação infantil

Entre a classe médica, há uma crescente tomada de consciência sobre a importância nutricional e o valor incomparável do leite materno. Em geral, concorda-se que o leite materno pode suprir todas as necessidades alimentares da criança, durante os primeiros quatro a seis meses e até 3/4 dessas necessidades, entre os seis e doze meses^{1,2}. Apesar da crença popular e da prática observada, entre 85% e 95% de todas as mulheres são consideradas biologicamente aptas para amamentar e, embora cerca de 30% delas possam encontrar dificuldades, essas são facilmente superadas, desde que haja assistência adequada³⁻⁵. As características específicas do leite humano induzem a questionar o declínio do seu uso. Ele tem uma composição bioquímica ideal e inimitável, diminui o risco de infecção dando proteção contra o ataque de bactérias e vírus e contra a desnutrição, é extremamente barato, e é cômodo de usar^{6,7}. A amamentação também tem benefícios que não são diretamente nutricionais. A amamentação prolongada já demonstrou ter um efeito anticoncepcional, que está relacionado com mudanças hormonais ou, em algumas sociedades, está determinado por costumes e tabus^{6,8,9}. Os benefícios psicológicos da amamentação, tanto para a mãe quanto para a criança, a curto e longo prazo, não estão claramente definidos, mas estão recebendo cada vez mais

ênfase. Já foi demonstrado que as crianças amamentadas são mais ativas e caminham mais cedo, alcançando, também, um maior número de pontos nos testes de inteligência e desempenho¹⁰.

No entanto, após os primeiros quatro e seis meses o leite materno não pode suprir todas as necessidades nutricionais da criança em crescimento. Recomenda-se que a amamentação seja continuada, ao mesmo tempo em que se dão outros alimentos para satisfazer as necessidades da criança. Sempre haverá um pequeno número de mães que, por saúde deficiente ou incapacidade física, necessitam de substitutos do leite materno mais cedo. O estado nutricional da mãe não afeta muito a qualidade de seu leite, exceto em casos extremos, porém o volume do leite pode variar consideravelmente¹¹⁻¹³. Mas, isso ocorre com algum custo para a mãe que mantém o suprimento do leite, utilizando as reservas do seu corpo, e se a sua própria nutrição é inadequada, sua saúde sofre com isso. Gestações muito próximas e repetidas podem levar a uma condição conhecida como “depleção materna”.

Deve-se considerar o tipo de alimentos condicionais requeridos pela criança. Durante os primeiros quatro a seis meses não conseguem comer alimentos sólidos e, na falta do leite materno, um alimento líquido é essencial. O período de desmame que se segue é a época em que os alimentos sólidos são introduzidos e a criança se acostuma com a dieta e hábitos normais de comer. A amamentação deve continuar no período de desmame, sempre

que possível^{14,15}, com as proteínas e calorias adicionais fornecidas pelos alimentos sólidos, preparados especialmente para ela. Não são necessários alimentos “especiais” durante o desmame, mas, em relação à comida oferecida, deve-se levar em conta a habilidade limitada da criança, de mastigar e ingerir grandes quantidades, e de digerir. Como se mostrará abaixo, esses alimentos podem ser preparados com ingredientes disponíveis no local. Na prática, há um mau uso de fórmulas lácteas, que são apresentadas e usadas como a única fonte de alimento, durante o estágio pré-desmame e o período de desmame.

Nos países menos desenvolvidos, há uma tendência alarmante à proliferação de alimentação das crianças com mamadeira. Entre as elites mais ricas desses países, a alimentação com mamadeira pode ser apropriada, embora não isenta de riscos, mas, para a maioria das mães, não é apenas inapropriada, mas também um risco definitivo para a saúde. O uso de fórmulas lácteas na mamadeira tem sido introduzido a esmo, em grandes camadas da sociedade que não estão em condições de usar a tecnologia de modo efetivo. Os padrões de vida são frequentemente tão baixos que os leites são demasiado caros para ser adquiridos em quantidades suficientes que permitam uma alimentação adequada. As facilidades domésticas são mínimas, a água corrente raramente é disponível. A higiene é difícil pelas precárias condições sanitárias, pelo excesso de pessoas vivendo juntas, pelas condições

inadequadas para cozinhar e esterilizar. O resultado é a preparação de leites superdiluídos em condições anti-higiênicas, e o uso de mamadeiras e bicos que não podem ser esterilizados e mantidos satisfatoriamente. A maioria das mães é analfabeta e não possui conhecimentos matemáticos que permitam uma compreensão apropriada das instruções para a preparação dos alimentos e cuidados das mamadeiras; além do mais, como foi mostrado, os métodos de promoção dos vários produtos são tais que a alimentação com mamadeira tende a deslocar completamente a amamentação, em vez de suplementá-la.

Os resultados estão claramente demonstrados. A despeito de uma tendência das estatísticas nacionais para indicar uma melhora na nutrição infantil, há uma crescente desnutrição nas crianças pequenas e aumento das mortes decorrentes de marasmo, Kwashiorkor e doenças infecciosas, nas áreas em que mostram um declínio no uso do leite materno¹⁶⁻²⁴. Observou-se que o marasmo infantil ocorre mais frequentemente em uma idade mais precoce, mesmo aos três meses de idade¹⁰. Os efeitos da alimentação com mamadeira não são notados, apenas no início da infância, mas no segundo ano de vida, com o Kwashiorkor, que ocorre em crianças que predominantemente são alimentadas só com leite em mamadeira, na crença errônea de que estão sendo nutridas adequadamente. É mais difícil avaliar o efeito da morbidade a longo prazo, no desenvolvimento das crianças que sobrevivem à

desnutrição. É notório que a desnutrição nos estágios críticos iniciais do desenvolvimento pode prejudicar severamente o crescimento e o desempenho na vida futura^{1,25-29}. É de vital importância considerar a existência de alternativas factíveis, para a alimentação com mamadeira, e como essas podem ser introduzidas sem deslocar a amamentação. As soluções são, sem dúvida, complexas e irão variar em cada sociedade em particular, e em cada conjunto de problemas. A escolha das alternativas, repetimos, deve ser determinada por uma compreensão dos problemas nutricionais específicos, e limitada àquelas que sejam práticas em cada situação. Uma abordagem racional limitaria a alternativa de alimentação com mamadeira a esses pequenos grupos que têm a renda, as facilidades e a educação para usar o método de maneira efetiva. As alternativas não precisam necessariamente limitar-se à transferência de práticas ocidentais. Exceto para a pequena percentagem de mães que não podem amamentar, e que requerem leites artificiais no início, uma abordagem racional poderia ser: dar uma alimentação adequada para a gestante e para a mãe que amamenta. Essa abordagem seria não apenas mais econômica, mas também evitaria os riscos para a saúde oriundos de alimentação com mamadeira¹⁰, e poderia ser acompanhada de programas educacionais sobre nutrição e uso de alimentos de desmame disponíveis na região.

Os alimentos devem estar destinados àqueles que nutricionalmente estão em risco, e devem poder ser usados de

modo efetivo por eles. Devem ser baratos, com alto valor nutritivo, de fácil preparo com as facilidades domésticas disponíveis, o que significa considerar o suprimento de água, higiene doméstica, níveis educacionais, padrões habituais de alimentação infantil etc. Há numerosos exemplos de alimentos regionais disponíveis que estão sendo usados com sucesso na preparação de suplementos apropriados para crianças^{1,2,30-32}. Um suplemento para as grávidas e para as mulheres que amamentam poderia ser idealmente alcançado pelo aumento na ingestão da sua dieta normal, na maioria dos casos.

Os governos devem concentrar-se na natureza do problema e nas estratégias e alternativas adequadas, se quiserem evitar hábitos de nutrição prejudiciais. As Nações Unidas tomaram algumas iniciativas por meio de uma resolução da 27ª Assembléia Mundial da Saúde, que recomendou aos países membros “reverem as atividades de promoção de vendas de alimentos para bebês e introduzir medidas apropriadas para remediá-las, incluindo, onde fosse necessário, códigos de propaganda e legislação”.

As origens da desnutrição infantil

Para se apreciar, totalmente, a impropriedade da alimentação com mamadeira, como um meio geralmente utilizado para superar a insuficiência nutricional das crianças, nos países

menos desenvolvidos, é de toda conveniência considerar brevemente, como pano de fundo, a natureza da desnutrição e suas causas nessas comunidades. A desnutrição é essencialmente o resultado de uma baixa ingestão de alimentos, principalmente proteínas e calorias, exceto, no caso das deficiências específicas tais como de vitaminas. Embora estejam envolvidos muitos fatores interdependentes, é razoável associar uma baixa ingestão com uma produção insuficiente ou irregular de alimentos, resultante do cultivo de subsistência ou do baixo poder aquisitivo – sinônimo de pobreza. Embora a natureza do alimento consumido influa no atendimento das necessidades nutricionais, a maioria das dietas, nos países menos desenvolvidos, é perfeitamente adequada, desde que se consuma o suficiente³³. Há pequenas exceções em que os produtos ricos em amido, como a mandioca, constituem a parte principal da dieta, mas, de qualquer maneira, essas dietas estão frequentemente associadas com a pobreza.

Os problemas relacionados à alimentação com mamadeira, conforme esboçamos neste relatório, são encontrados predominantemente nas áreas urbanas, em parte porque é difícil estabelecer mercados de escoamento nas áreas rurais, mas essencialmente por causa das características da urbanização. Em quase todos os países menos desenvolvidos, há uma migração crescente da população rural para as cidades. Nas áreas rurais, há uma pressão crescente sobre a terra, e os empregos são

raros para aqueles que não têm terra de cultivo. As cidades são encaradas como fontes de emprego e “vida atraente”. Porém, as áreas urbanas e suburbanas não podem suportar esse influxo, há falta de moradia e suprimento inadequado de serviços, tais como saneamento e água. O resultado é a proliferação da população em favelas e barracos, que brotam como cogumelos. As oportunidades de empregos são escassas, a renda (quando existente) é baixa, e há pouca ou nenhuma oportunidade para produção de alimentos. Não é surpreendente, pois, que exista a desnutrição. Dentro dessas comunidades há grupos que, do ponto de vista nutricional, são mais vulneráveis do que outros, e o grupo mais vulnerável é constituído pelas gestantes ou mulheres que amamentam e pelas crianças até seis anos de idade.

As necessidades de proteínas e calorias da mãe e das crianças são mais altas do que em outros grupos, e as consequências da desnutrição são mais severas. Porém, esse grupo é o alvo da promoção da alimentação com mamadeira. Se considerarmos apenas o custo do leite para bebês (e pressupondo que 50-70% da renda é gasta com comida) a tabela na página 73 indica claramente a prática questionável da promoção da alimentação com mamadeira, tão espalhada. Estão excluídos o custo do combustível para esterilizar e o custo das mamadeiras e bicos, bem como a impraticabilidade da preparação higiênica. A prática da alimentação com mamadeira é quase totalmente irrelevante para as necessidades e realidades da maioria dos consumidores em potencial.

Um componente essencial para evitar erros é um programa efetivo de planejamento da nutrição, em nível governamental, e a primeira tarefa é definir os problemas nutricionais, nos grupos específicos e em áreas específicas, e determinar as causas relacionadas. Só então poderão ser reformuladas e implementadas medidas efetivas, a curto e longo prazo, relevantes para os grupos específicos e seus problemas nutricionais. De importância fundamental é a necessidade de que quaisquer das medidas propostas alcancem aqueles com necessidades nutricionais, de tal modo que sua condição nutricional seja melhorada.

Empresa privada e nutrição

A natureza das práticas de promoção empregadas pelas multinacionais na indústria de alimentos, tal como foi descrito em *O Matador de Bebês*, suscitou muita controvérsia, desde que foi publicada pela primeira vez. A indústria de alimentos afirma que sua atividade é baseada numa bem intencionada preocupação em melhorar a nutrição, mesmo que seja “porque existe um crescente reconhecimento de que não podemos manter a liberdade e a livre empresa em alguns poucos países ricos cercados por miséria”¹.

Um exame mais íntimo da indústria de alimentos mostra que seu interesse e preocupação estão em outra parte. A Nestlé tem um total anual de venda (US\$ 3.452 milhões, em 1971) maior

que o produto nacional bruto (PNB) de Uganda e Tunísia reunidas; a General Foods (US\$ 2.282 milhões, em 1971) maior que o PNB do Equador; e o Kraftco (US\$ 2.960 milhões, em 1971) três vezes maior que o da Bolívia e Paraguai¹. As corporações exercem grande poder político e econômico na procura de lucro, embora a forma deste lucro possa não ser imediatamente óbvia³⁴. O declínio de mercados, nas áreas desenvolvidas, cria uma necessidade de usar o excesso de produção das fábricas. A montanha, cada vez maior, de leite em pó na Europa e o mercado potencial inexplorado nas áreas menos desenvolvidas, também oferecem um incentivo considerável. Como isso é necessariamente uma simplificação, é útil citar os resultados de um inquérito feito na Índia, com executivos de companhias farmacêuticas e alimentares, 12 estrangeiras e 12 hindus. O inquérito tencionava estabelecer a sua motivação para envolver-se no “desafio nutricional”. Segue um resumo dos resultados¹:

Relações com o governo local. Uma preocupação visível com o bem-estar da população local, dramatizada por meio de um projeto de nutrição seria útil para as companhias estrangeiras, nas futuras negociações com o governo, em assuntos referentes à licença, expansão da produção, repatriação de capital, remessa de lucros, impostos etc.

Relações das companhias estrangeiras com seus próprios governos. Uma resposta favorável a uma requisição para envolvimento com nutrição, em outros países, pode ser útil para

ampliar o relacionamento da corporação com o seu próprio governo e com pessoal governamental específico.

Relações com o público. O uso de um projeto de nutrição para promover o “espírito” da companhia, bem como a qualidade do produto junto ao público em geral, e mais especificamente, aos compradores de alimentos para a família (bem como médicos e outros profissionais que influenciam hábitos de compras de alimentos), pode melhorar as vendas da linha completa da companhia.

Lucros do produto. A antecipação de um novo produto ou linha de produtos com grande potencial de vendas e lucro, em um mercado vasto e não explorado, era atraente; em algumas instâncias, parte da atração era o uso projetado do excesso da capacidade da fábrica.

Competição. Mesmo sem ter claramente em vista um futuro lucro potencial algumas companhias envolveram-se em atividades relacionadas com proteínas, de modo que não ficassem para trás no que se poderia materializar como um mercado importante. Um representante disse: “Nós não ousamos ficar à margem disso”.

Bem social. Preocupação com a condição humana e um sentido da responsabilidade do serviço público em ajudar os famintos e os mal alimentados, eram motivos frequentemente alegados para um envolvimento da companhia com a nutrição. A rentabilidade dos novos produtos raramente era a única razão

para entrar no mercado de nutrição e, em alguns casos, não era a dominante. É óbvio, porém, que todos os motivos, exceto o “bem social”, se relacionam com a rentabilidade no sentido amplo da corporação. O problema é que, onde a imagem é um motivo primário, as contribuições da corporação para a nutrição nacional podem não passar de simbólicas.

Dada a sua natureza, é ingênuo esperar que as companhias de alimentos se preocupem prioritariamente com as implicações nutricionais de suas atividades. Se o “marketing” de leites infantis nos países menos desenvolvidos fosse restringido àqueles que podem usá-los efetivamente, o mercado ficaria severamente restrito. Mas as atividades promocionais são destinadas a influenciar todos os grupos da sociedade, incluindo aqueles nutricionalmente mais vulneráveis. Essa prática está tão espalhada e tão sérias são suas consequências que o nutricionista Derrik Jelliffe foi compelido a se queixar de que: “o nutricionista-pediátrico fica cada vez mais frustrado pelo bem financiado rolo compressor das técnicas de ‘marketing’ usadas pela indústria alimentar para vender alimentos infantis muito caros e inapropriados, em comunidades empobrecidas, enquanto fica clamando trivialidades hipócritas, sobre seu papel mundial na melhoria da nutrição infantil”^{18,19}.

Com uma cuidadosa integração nos programas de nutrição dos governos, a indústria de alimentos tem, contudo, uma valiosa contribuição para oferecer. Ao longo dos anos de

pressão competitiva, existe, dentro da indústria de alimentos, um reservatório rico em habilidades e conhecimentos técnicos. Esse reservatório poderia ser usado para desenvolver e produzir alimentos relevantes que fossem ao encontro dos objetivos nutricionais determinados por uma política governamental.

Considerações econômicas: um preço pelo leite materno?

Com um aumento do declínio da amamentação e a preponderância de leites para bebês e alimentos de desmame adquiríveis, é surpreendente que a perda do leite materno não seja incluída em análises econômicas. Apesar das dificuldades em calcular a qualidade e a quantidade do leite materno individualmente, é possível atribuir um valor conservador aos recursos não utilizados. Berg¹ cita dados que estimam o leite materno fornecido a uma criança, durante dois anos, em 375 litros, que são nutricionalmente equivalentes a 437 litros de leite de vaca. Para suprir os mesmos nutrientes, usando leites artificiais, gastar-se-iam \$ 140, ou 25% do salário mínimo no Peru, Indonésia e Nigéria. Em termos nacionais, para o Quênia, foi calculado que a perda anual de leite materno, avaliada em \$11,5 milhões, é equivalente a 2/3 do orçamento Nacional para a Saúde e a 1/5 da ajuda econômica recebida em média. Jelliffe³⁵ demonstrou que, se os 60 milhões de crianças com menos de um ano, na Ásia, necessitassem alimentar-se com leite

de vaca, isso iria requerer 16 milhões de litros de leite por ano e um rebanho de 114 milhões de vacas. As indicações são claras. Permitir que ocorra um declínio na amamentação significa um custo econômico muito grande para os países menos capacitados para desperdiçar recursos. Divisas valiosas ou recursos internos de produção estão sendo desviados para a compra ou produção de substitutos do leite materno. Para o indivíduo (lembrando que aqueles que sofrem maior risco de desnutrição são os pobres), as alternativas impostas são frequentemente muito caras em relação à renda, para que possam ser usadas com quantidades suficientes, ou levam à substituição de outros itens em uma dieta escassa.

Alternativas

Sempre haverá algumas mães que não podem amamentar, ou que, por causa da sua própria condição nutricional, requererão suplementos de leite artificiais. Para a maioria, o método de alimentação infantil deve ser baseado no leite materno usando suplementos quando necessário. Ignorando, por um momento, a situação a longo prazo, surgem duas alternativas para prover suplementos por meio de medidas de intervenção a curto prazo. Ambas alternativas podem basear-se em alimentos disponíveis no local e requerem uma integração com nutrição, programas educacionais e com melhores serviços de saúde. Poderia ser dado um suplemento à dieta das mulheres grávidas e às que

amamentam para manter um fluxo de leite adequado. E poderia ser dado um suplemento à criança se, durante a amamentação, a produção de leite materno fosse inadequada às suas próprias necessidades alimentares.

Já foi demonstrado que as necessidades totais de proteínas, calorias e todos os outros nutrientes, com exceção de vitamina B12, podem ser supridos por fontes vegetais³⁶. Os vários suplementos podem ser apresentados por meio da recomendação de dietas de menor custo e da formulação e produção de misturas de cereais e legumes baratos. As misturas são particularmente adequadas para as crianças durante o desmame. São misturas finamente moídas e quando preparadas são deglutidas sem dificuldades.

Uma formulação cuidadosa permite que os nutrientes necessários estejam contidos em pequenas quantidades de alimentos, que podem ser facilmente consumidos por crianças pequenas. Tais alimentos também são muito apropriados para alimentar crianças doentes, mesmo crianças maiores que, muitas vezes não podem comer a dieta normal. Os componentes dos alimentos poderiam ser cultivados ou comprados no local, ou, alternativamente, as misturas poderiam ser produzidas e vendidas por meio dos canais normais ou de instituições, como postos de saúde. Estas misturas devem ter uma composição compatível com os padrões alimentares habituais da população local e devem ser distribuídas de tal maneira que, realmente, alcancem aqueles que delas precisam.

Esses alimentos são baratos e têm a vantagem de utilizar ingredientes produzidos no próprio local. Jelliffe³⁰ calculou os custos da alimentação suplementar baseada em misturas, para três categorias de crianças desnutridas. Os custos variam de 15 centavos de dólar por dia para crianças com desnutrição proteico-calórica severa, até dois centavos de dólar por dia, para a desnutrição proteico-calórica moderada.

A longo prazo, o problema da desnutrição será superado por meio de medidas que enfrentem a pobreza. Isso irá requerer uma distribuição mais equitativa da riqueza, recursos e poder, e será abordado por meio de estratégias de desenvolvimento destinadas a gerar rendas.

As principais limitações a tais mudanças efetivas são baseadas em motivos e prioridades políticos, sustentados por interesses econômicos, cujas primazias tendem a exacerbar os problemas existentes.

Custos na saúde comunitária

Os altos custos para se manterem, serviços para tratamento da desnutrição são significativos e frequentemente ignorados. Já foi calculado que, para a população de 4-5 milhões de fala inglesa no Caribe, foram gastos 10 milhões de dólares no tratamento de crianças desnutridas, entre 1958 e 1968. Essa soma abrange apenas aquelas que recebem, de fato, tratamento hospitalar.

Causam grande preocupação os efeitos a longo prazo de um número crescente de crianças subnutridas ou desnutridas. As evidências mostram que a desnutrição pode comprometer seriamente o crescimento e desenvolvimento, deixando os indivíduos mais suscetíveis à infecção e à doença. O resultado é um menor desempenho na aprendizagem, vitalidade prejudicada e letargia, que contribuem, para a perpetuação do ciclo da pobreza. Os efeitos do potencial de produtividade reduzida sobre o desenvolvimento nacional ainda não foram avaliados.

Relevância para a Grã-Bretanha

Após a publicação de *O Matador de Bebês*, o Departamento de Saúde e Previdência Social (DSPA) publicou, em outubro de 1974, um relatório intitulado *A Prática Atual na Alimentação Infantil*³⁷. Este relatório é relevante, porque indica a falta geral de preocupação com os problemas de alimentação artificial, porém é mais significativo pelo fato de indicar, com clareza, que os problemas relativos aos países em desenvolvimento, tais como foram mostrados em *O Matador de Bebês*, também são encontrados no Reino Unido. A única diferença essencial entre as duas situações está no grau em que ocorrem. O que se segue é um resumo do relatório do DSPA.

Práticas atuais na alimentação infantil

Mesmo reconhecendo que muitos fatores estão envolvidos no declínio da amamentação, o relatório do DSPS afirmou que o problema principal era a “falha na produção de leite”. Em relação à afirmação acima, essa não é uma falha biológica, exceto para uma minoria, e o consenso é que está envolvida a interferência psicológica no “reflexo de ejeção”, cuja natureza ainda não foi totalmente compreendida.

Enquanto os dados citados indicavam que apenas 28-31% dos bebês no Reino Unido recebem algum leite materno, essa prática é rapidamente abandonada, e nos três meses de idade, apenas 6-15% das crianças estão recebendo algum leite materno. O declínio na amamentação é mundial, e não é surpresa que ocorra também no Reino Unido. Porém, é um problema para o qual não apareceu ainda uma explicação satisfatória, principalmente devido à sua baixa prioridade como um problema para ser investigado.

Na atualidade, o Reino Unido é “alimentado artificialmente”, é uma nação de “alimentação com mamadeira”, na qual o leite de vaca (mais do que o leite de qualquer outro animal) é usado como alimento para crianças pequenas, em vez de leite humano. A maioria das crianças está sendo alimentada com “os bem difundidos pós de leite integral fortificado”, tanto no hospital como em casa, mas uma pequena proporção recebe leite evaporado ou mesmo leite de vaca não modificado. Este último grupo parece estar integrado por

crianças “que nascem nas classes sociais IV e V”, mais do que por crianças “de pequenas famílias das classes sociais I e II”.

Problemas associados com alimentação com mamadeira

Uma vez que existem diferenças marcantes entre a composição do leite humano e todos os produtos derivados do leite de vaca, talvez não cause surpresa o fato de que podem ocorrer desequilíbrios na dieta dos bebês. A tetania neonatal e as convulsões neonatais têm sido associadas com a maior concentração de cálcio, magnésio e fósforo nos leites derivados do leite de vaca, mesmo quando preparados segundo as instruções dos fabricantes. Os níveis de sódio são significativamente mais altos nos leites artificiais para bebês; parte dele é adicionado pelos fabricantes. Esse excesso de sódio pode chegar a provocar hipernatremia, uma condição em que o nível de sódio no sangue aumenta acima do normal. Essa condição resulta em desidratação, que também é uma complicação da diarreia infantil e “pode ser fatal”.

Estão sendo acumuladas evidências para relacionar altos níveis de sódio com a síndrome de “morte súbita no berço”, a qual está aumentando à medida que aumenta o uso de mamadeiras. O maior conteúdo de proteínas e a qualidade diferente da proteína do leite de vaca pode levar a obstruções intestinais ou a níveis elevados de ureia no sangue.

Os produtos derivados do leite de vaca também podem conter grande quantidade de gordura, que não é bem absorvida pelos bebês, e interfere com absorção de cálcio. Por outro lado, diferenças no conteúdo de ácidos graxos no leite humano e de vaca, têm sido consideradas importantes no desenvolvimento do cérebro, porque o leite de vaca tem um nível menor de ácidos não saturados.

O leite materno assegura benefícios de proteção, na forma de anticorpos da mãe, que servem para enfrentar a infecção por bactérias e até mesmo o vírus da pólio. A alta acidez do leite humano impede o crescimento de vírus e de muitas bactérias patogênicas no intestino. Os leites artificiais não possuem anticorpos e resultam em níveis mais baixos de acidez no intestino, deixando a criança mais suscetível às doenças. Há uma sugestão de que os alérgenos no leite de vaca podem causar doenças alérgicas crônicas em crianças alimentadas com esse leite. O risco de infecção não é reduzido pelas dificuldades em preparar higienicamente os alimentos artificiais, e manter a mamadeira e o bico esterilizados.

A alimentação artificial pode levar à superalimentação e a obesidade, cujos efeitos podem ser permanentes, resultando em adultos obesos. Essa obesidade está associada com doenças respiratórias nas crianças e maiores taxas de mortalidade entre adultos, resultantes de hipertensão e doenças cardíacas.

Conclusão

O grupo de trabalho foi “unânime, em sua opinião, de que o melhor alimento para bebês é o leite materno”. Mesmo que as “causas para a impopularidade da amamentação não tenham sido identificadas com muita precisão”, as mesmas “quase certamente incluem o fornecimento e propaganda de alimentos artificiais”. O grupo de trabalho declarou “censura a propaganda e promoção de leites infantis em qualquer forma que possa sugerir que um substituto do leite materno é equivalente ou superior, como alimento infantil”.

Em relação aos problemas dos países em desenvolvimento, foi interessante notar que, na Grã-Bretanha, “nos hospitais, o uso crescente de leite artificial já preparado pode desempenhar um papel na diminuição do interesse na amamentação”. A profissão médica não foi deixada de lado. “Sugeriu-se que as mães talvez não recebam dos médicos ou enfermeiras toda a ajuda e conselho sobre amamentação que possam necessitar. Qualquer mulher grávida ou que amamente pode receber cuidado do médico e da enfermeira, e conselhos inconsistentes em muitos lugares diferentes, de médicos dos hospitais, de médicos generalistas, de médicos nos postos de saúde, de enfermeiras obstétricas e de sanitaristas; nenhum deles sozinho é especificamente responsável pelo estabelecimento de uma boa relação de alimentação entre a mãe e o seu bebê. Não causa surpresa que tantas mães decidam aceitar a simplicidade aparente da mamadeira”.

Foi de real interesse descobrir que, na Grã-Bretanha, “as instruções para preparar alimentos artificiais também parecem ser desnecessariamente complexas” e o “risco de contaminação por micróbios, na reconstituição de leites evaporados ou leites em pó é maior para as mães ‘menos capacitadas’”.

Referências (Apêndice A)

1. Berg A, Muscat RJ, Foundation for Child Development. The nutrition factor: its role in national development. Washington: Brookings Institution; 1973.
2. Jelliffe D B. Nutrition in early childhood. *World Rev Nutr Diet.* 1973;16:1-21. Pubmed PMID: 4593418.
3. Vahlquist B. Occurrence of nutritional anaemia in children. In: Blix G, editor. Causes and prevention of nutritional anaemias. Symposium of Swedish Nutrition Foundation. 1968. p. 36-46.
4. Helsing E. Correspondence. 1974.
5. Jelliffe DB, Jelliffe EF. Editorial: Doulas, confidence, and the science of lactation. *J Pediatr.* 1974;84(3):462-4. Pubmed PMID: 4812001.
6. Gunther M. *Infant Feeding.* Penguin; 1973. p. 17.
7. Milk and Malaria. *Brit Med J.* 1952;2(4799):1405. Pubmed PMID: 12997802.
8. Bonte M, van Balen H. Prolonged lactation and family spacing in Rwanda. *J Biosoc Sci.* 1969;1(2):97-100. Pubmed PMID: 5390926.
9. Del Mundo F, Adiao AC. Lactation and child spacing as observed among 2,102 rural Filipino mothers. *Philipp J Pediatr.* 1970;19(3):128-32. Pubmed PMID: 12305373.

10. Jelliffe DJ, Jelliffe EF. Human milk in the developing world. To be published by C. V. Mosby, Phil. 1975.
11. Jelliffe DB, Jelliffe EF. The uniqueness of human milk. Introduction. *Am J Clin Nutr.* 1971;24(8):968-9. Pubmed PMID: 4935485.
12. Jelliffe DB, Jelliffe EF. The uniqueness of human milk. An overview. *Am J Clin Nutr.* 1971;24(8):1013-24. Pubmed PMID: 4935484.
13. Jelliffe DB, Jelliffe EF. The effects of function of family and society. In: Symposium of Swedish Nutrition Foundation. Saltsjöbaden; 1970. p. 54-63.
14. Jelliffe DB. Infant nutrition in the subtropics and tropics. 2nd ed. [Geneva]: World Health Organization; 1968. Monograph N. 29.
15. Solien de González NL. Breast feeding, weaning and acculturation. *J Pediatr.* 1963;62(4):577-81. Pubmed PMID: 13978035.
16. Kanawati AA, MacLaren DS. Failure to thrive, in Lebanon. II. An investigation of the causes. *Acta Paediatr Scand.* 1973;62(6):571-6. Pubmed PMID: 4203100.
17. Raphael D. The role of breastfeeding in a bottle-orientated world. *Ecol Food Nutr.* 1973;2(2):121-6. DOI 10.1080/03670244.1973.9990326.
18. Jelliffe DB, Jelliffe EF. I. Impact during the industrial revolution and now. The urban avalanche and child nutrition. *J Am Diet Assoc.* 1970;57(2):111-3. Pubmed PMID: 4913171.
19. Jelliffe DB, Jelliffe EF. II. Special problems in developing countries. The urban avalanche and child nutrition. *J Am Diet Assoc.* 1970;57(2):114-8. Pubmed PMID: 5426319.
20. Monckeberg F. Factors conditioning malnutrition in Latin America with special reference to Chile: Advice for a volunteer's action. In: György P, Kline OL, editors. *Malnutrition is a problem of ecology.* Philadelphia: Karger; 1970. p. 23-33.

21. Harfouche JK. Importance of breast-feeding. *J Trop Pediatr.* 1970;16(3):133-69. Pubmed PMID: 4950127.
22. Robinson M. Infant Mortality and Morbidity. A study of 3266 infants. *Lancet.* 1951;1(6658):788-93. Pubmed PMID: 14814872.
23. McLaren DS. A fresh look at protein-calorie malnutrition. *Lancet.* 1966;288(7461):485-8. DOI 10.1016/S0140-6736(66)92788-7.
24. McLaren DS, Pellet PL. Nutrition in the Middle East. *World Rev Nutr Diet.* 1970;12:43-127. Pubmed PMID: 5533348.
25. Klein RE, Habicht JP, Yarbrough C. Effect of protein-calorie malnutrition on mental development. *Adv. Pediatr.* 1971;18(1):75-91. DOI 10.1016/S0065-3101(22)00544-8.
26. Mauron J. Food and the mind. *Nestlé Res News.* 1973:22-34.
27. Leathwood P. Early undernutrition and behaviour. *Nestlé Res News.* 1973:38-51.
28. Yaktin US, McLaren DS. The behavioural development of infants recovering from severe malnutrition. *J Ment Defic Res.* 1970;14(1):25-32. Pubmed PMID: 5517961.
29. Tizard J. Early malnutrition, growth and mental development in man. *Br Med Bull.* 1974;30(2):169-74. Pubmed PMID: 4467843.
30. Jelliffe DB, Jelliffe EF. Foods supplies for physiologically vulnerable groups. *Human Rights in Health.* In: Elliott C, Knight J, editors. *Ciba Foundation Symposium 23 - Human Rights in Health.* Ciba Foundation; 1974. p. 133-51.
31. Orr E. The use of protein rich foods for the relief of malnutrition in developing countries: an analysis of experience. *Tropical Products Institute;* 1972.
32. UNIPAS. Promotion of special foods (infant formula and processed protein foods) for vulnerable groups. *Protein-Calorie Advisory Group PAG;* 1973. Statement N. 23.

33. Joy L. Food and nutrition planning. *J Agric Econ.* 1973;24(1):165-97. DOI: 10.1111/J.1477-9552.1973.TB00518.X.
34. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Multinational corporation in World Development. New York: United Nations; 1973.
35. Jelliffe DB. Breast-milk and the world protein gap. *Clinic Pediatr (Phila).* 1968;7(2):96-9. Pubmed PMID: 5688746.
36. Cameron M, Hofvander Y. Manual on Feeding Infants and Young Children. PAG 1.14/26. [local unknown]: Protein Advisory Group; 1971.
37. Department of Health and Social Security (UK). Present-day practice in infant feeding. London; Her Majesty's Stationnery Office; 1974. Report on Health and Social Subjects, N. 9.

Anexo A

Portaria N° 99 de 03 de dezembro de 1974

Portaria publicada no Diário Oficial do Estado de Pernambuco em 06 de dezembro de 1974, p. 5965 – conforme transcrição a seguir – quando Fernando Figueira foi Secretário de Estado dos Negócios de Saúde e Presidente da FUSAM.

Sexta-feira, 06

DIÁRIO OFICIAL

Dezembro de 1974 5965

SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

PORTARIA N° 99 de 03 de Dezembro de 1974.

EMENTA: Proibe a Propaganda realizada diretamente pelos fabricantes ou distribuidores, através da distribuição do Leite em Pó, às mães pobres nos hospitais e demais unidades da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Considerando que o leite materno é insubstituível como alimento e como meio natural de proteção aos recém-nascidos;

Considerando que as mães, no Estado de Pernambuco, estão incluídas dentre aquelas que menos oferecem o seio aos seus filhos, conforme atesta pesquisa de âmbito internacional aqui realizada;

Considerando que a falta do leite materno é uma das causas que mais contribuem para o elevadíssimo índice de mortalidade infantil, infelizmente, ainda hoje registrado em nosso Estado;

Considerando que o uso indevido, intempestivo e indiscriminado de mamadeira, veículo do leite em pó, concorre para diminuir o aleitamento natural, fomentando o consumo do produto industrializado, em detrimento da saúde dos nutrízes e em prejuízo das empresas que o comercializam;

Considerando que o baixíssimo nível de renda de grande parte da população não permite a aquisição das quantidades diárias de leite em pó, indispensáveis ao desenvolvimento normal de seus filhos;

Considerando que, ao saírem dos hospitais e casas de saúde, as mães deixam de receber gratuitamente o leite em pó, antes oferecido a título de propagação;

Considerando que, formado o hábito de consumo do leite industrializado e, conseqüentemente, desestimulada a função do aleitamento materno, o organismo das mães não consegue produzir

a quantidade necessária aos seus filhos;

Considerando enfim as responsabilidades e os deveres das autoridades de saúde neste Estado.

RESOLVE,

Art. 1° — Fica proibida a distribuição direta de leite em pó às mães de recém-nascidos, nos hospitais e Unidades de Saúde pertencentes ao Estado de Pernambuco e entidades que lhe sejam vinculadas.

Art. 2° — As empresas interessadas em promover doação de leite em pó somente poderão oferecer o seu produto à direção dos hospitais e Casas de Saúde, que farão a sua distribuição de acordo com as necessidades reais de cada nutriz.

Art. 3° — Fica também proibida a distribuição de mamadeira nos hospitais e Unidades de Saúde, salvo quando promovidas pelas respectivas direções.

Parágrafo Único — As mamadeiras serão controladas e guardadas em lugar próprio, vedada a sua posse e uso indevido pelas mães dos recém-nascidos.

Art. 4° — Os diretores dos Hospitais e das diversas Unidades de Saúde deverão tomar providências para o fiel cumprimento das disposições desta Portaria, sendo responsáveis pela sua observância.

Art. 5° — Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.



Página do Diário Oficial emitida pela Companhia Editora de Pernambuco - CEPE. CNPJ: 10.821.252/0001-07

A CEPE atesta a autenticidade do presente documento na data de 06/11/2005

NÚMERO DO PROTOCOLO: A187570094021 - diário.cepe.com.br | Série do certificado digital: 651418340358085474097479121989068777R

SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
PORTARIA Nº 99 de 03 de dezembro de 1974.

EMENTA: Proíbe a propaganda realizada diretamente pelos fabricantes ou distribuidores, através da doação do Leite em Pó, às mães pobres nos Hospitais e demais unidades da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Considerando que o leite materno é insubstituível, como alimento e como meio de proteção aos recém-nascidos;

Considerando que as mães, no Estado de Pernambuco, estão incluídas entre aquelas que menos oferecem a mama aos seus filhos, conforme atesta pesquisa de âmbito internacional aqui realizada;

Considerando que a falta do leite materno é uma das causas que mais contribuem para o índice de mortalidade infantil, infelizmente ainda hoje registrado em nosso Estado;

Considerando que o uso indevido, intempestivo e indiscriminado de mamadeira, veículo do leite em pó, concorre para diminuir o aleitamento natural, fomentando o consumo do produto industrializado, em detrimento da saúde das nutrizes e em proveito das empresas que o comercializam;

Considerando que o baixíssimo nível de renda da grande parte da população não permite a aquisição das quantidades

diárias de leite em pó, indispensável ao desenvolvimento normal de seus filhos;

Considerando que, ao saírem dos hospitais e casas de saúde, as mães deixam de receber gratuitamente o leite em pó, antes oferecido a título de propaganda;

Considerando que, formado o hábito de consumo do leite industrializado e, conseqüentemente, desestimulada a função do aleitamento materno, o organismo das mães não consegue produzir a quantidade necessária aos seus filhos;

Considerando, enfim, as responsabilidades e os deveres das autoridades de saúde neste Estado,

RESOLVE,

Art. 1º – Fica proibida a distribuição direta de leite em pó às mães de recém-nascidos, nos Hospitais e Unidades de Saúde pertencentes ao Estado de Pernambuco e entidades que lhe sejam vinculadas.

Art. 2º – As empresas interessadas em promover a doação de leite em pó somente poderão oferecer os seus produtos à direção dos Hospitais e Casas de Saúde, que farão a sua distribuição de acordo com as necessidades reais de cada nutriz.

Art. 3º – Fica também proibida a distribuição de mamadeira nos Hospitais e Casas de Saúde, salvo quando promovidas pelas respectivas direções.

Parágrafo Único – As mamadeiras serão controladas e guardadas em lugar próprio, vedada a sua posse e uso indevido pelas mães dos recém-nascidos.

Art. 4º – Os diretores dos Hospitais e das diversas unidades de Saúde deverão tomar providências para o fiel cumprimento das disposições desta Portaria, sendo responsáveis pela sua observância.

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

Fernando Jorge Simão dos Santos Figueira

Secretário de Estado dos Negócios de Saúde e Presidente da FUSAM

Anexo B

Critérios para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

PORTARIA Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE 2014

Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

[...]

CAPÍTULO III

DA HABILITAÇÃO À IHAC

Art. 7º Para serem habilitados à IHAC pelo código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios:

I - cumprir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos:

a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;

c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia;

h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e

j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL);

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas:

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massagedores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

Parágrafo único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde.

[...]*

* Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 1.153, de 22 de maio de 2014. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 29 abr. 2023.

Anexo C

Pela amamentação natural dos bebês

Alexis Carrel[§]

Deverão os nossos bebês ser alimentados por amamentação ou mamadeiras? Eis aí uma questão discutida, anualmente, em milhões de lares. A resposta depende das condições de vida da criança. Embora o problema da alimentação dos bebês interesse mormente aos médicos e às mães, não deixa, contudo, de interessar-nos, a todos, pelo que representa sob o ponto de vista humanitário, como pelo aspecto financeiro.

Dos cuidados que lhe houverem sido dispensados em criança, depende, em grande parte a formação moral e física do adulto. Em última análise, o desenvolvimento do indivíduo e a sua eficiência social resultarão de algum modo, da forma por que tiver sido alimentado na primeira infância.

A nutrição artificial é, como sabemos, cômoda para a mãe e vantajosa para o médico. A sua técnica acha-se convencionalmente aperfeiçoada, e os seus resultados são, com frequência, excelentes. A alimentação por mamadeira é particularmente eficaz quando

[§] Prêmio Nobel: autor de várias obras, entre as quais *O Homem, esse Desconhecido*. Artigo publicado em *Seleções do Reader's Digest*, jun. 1942, p. 37-42.

administrada por mães com educação formal ou enfermeiras bem treinadas. Portanto, pediatras e alguns obstetras que trabalham em maternidades caras, percebendo que as pacientes esperam tal recomendação muitas vezes sentem que a defesa da alimentação artificial é justificada.

Contudo, os representantes da Saúde Pública, e a maior parte dos obstetras e os competentes médicos generalistas que assistem às maiorias dos nascimentos, prescrevem a amamentação como sendo ideal para os bebês. Os mais recentes tratados sobre moléstias infantis, na Europa como nos Estados Unidos, pregam a mesma doutrina. Em numerosas questões de alta importância, os líderes da medicina podem estar em desacordo. Mas, no que diz respeito à amamentação, concordam em unanimidade. Acreditam, em primeiro lugar, que ainda não se encontrou um perfeito sucedâneo para o leite materno e, em segundo lugar, que quase todas as mulheres podem perfeitamente amamentar seus filhos.

Todavia, nem todas as mulheres se convenceram ainda da superioridade da amamentação. Nas classes mais altas, cerca de 90% das crianças são egoisticamente privadas do leite materno. Em contraste, o número de crianças das classes mais modestas submetidas à alimentação artificial não passará, talvez, de 10% a 40%. Os tradicionais ensinamentos, sobre os cuidados a dispensar aos bebês, outrora transmitidos de mãe a filha ao longo de numerosas gerações, já não existem hoje em dia entre os grupos

sociais mais importantes. As mães modernas ignoram totalmente o mecanismo das funções fisiológicas e da nutrição infantil. Prestam facilmente ouvidos aos médicos, aos maridos e aos amigos bem-intencionados, que as aconselham a não amamentar a criança. Melhor seria que as mulheres refletissem, consigo mesmas, sobre o que representa a amamentação.

II

A criança, quando ainda no ventre materno, forma uma só pessoa com a mãe e com os órgãos do seu corpo. Após o nascimento, as ligações entre ambas, embora menos íntimas, deverão se manter por vários meses. A mãe e o filho ainda dependem um do outro. Embora separados no espaço, acham-se unidos por vários laços de ordem química, fisiológica e mental. Claro está que essa união já não será tão forte, ou tão estreita, quando o seio for substituído pela mamadeira.

Os seios são o inesgotável dispensário do leite, ao mesmo tempo que a sua fábrica. Há nos mamilos as aberturas de quinze a vinte estreitos canais. Esses canais dilatam-se formando finalmente alvéolos em forma de bolsos, forrados com células. São essas células que produzem o leite. Uma rede de vasos capilares, ricos em sangue, cerca os alvéolos numa vasta extensão.

Os seios não são um fenômeno isolado; a sua atividade depende da de outros órgãos. Durante a gravidez, processa-se o

desenvolvimento dos alvéolos que produzem o leite. O crescimento desses é provocado por certas substâncias segregadas pelos ovários. Ao terminar o período da gravidez, a glândula pituitária localizada na base do crânio, estimula os alvéolos à produção do leite. As glândulas mamárias exercem, por seu turno, notável influência sobre o útero e os ovários. A sucção do seio provoca contrações rítmicas do útero, e auxilia a cicatrização do mesmo, após o parto. A lactação determina, por outro lado, a cessão do fluxo catamenial. As células produtoras do leite, as mamas, os vasos sanguíneos, os nervos, os ovários, a glândula pituitária e outras, são elementos cooperativos de um complexo sistema funcional. Constituem, pois os seios alguma coisa mais do que um simples ornamento a ser modificado, no tamanho e na forma, ao capricho das costureiras. Deles dependem, por um tempo, o perfeito desenvolvimento da criança e o bem-estar da mãe. Suprimindo as suas funções naturais, as mulheres ocidentais cometem, certamente, maior absurdo do que as chinesas quando tentavam impedir o crescimento normal dos pés.

Os mamilos adaptam-se perfeitamente aos lábios e à língua do bebê. A maioria dos bicos artificiais nada mais são que caricaturas dos mamilos. O ato de mamar provoca contrações dos músculos da face, da língua e do pescoço, determinando ainda movimentos alternados do maxilar inferior, e obrigando a criança a respirar pelo nariz. Ao mesmo tempo, o bebê aperta o seio com

as mãos, como o fazem os gatinhos com as patas, a fim de provocar um fluxo maior do leite. A sucção representa uma tarefa trabalhosa, sendo o primeiro esforço físico a que o ser humano é submetido. Esse esforço auxilia a formação normal dos maxilares, do nariz e do céu da boca. Aumenta a beleza do rosto e beneficia a voz.

Mamar por mamadeira é como aspirar um líquido através de um tubo. A criança absorve o leite rápida e passivamente. Os bicos de borracha são, em geral, longos demais e, por esse motivo, não se adaptam bem à boca. Um modelo mais próprio permitiria que o processo da sucção se realizasse mais normalmente. Mas a mamadeira moderna, da qual o leite corre, literalmente, para o estômago da criança, é estupidamente preferida pela enfermeira negligente, ou pela mãe apressada, por isso que permite se alimentar o bebê num menor lapso de tempo.

III

Ao terminar a gravidez, as glândulas mamárias segregam um líquido amarelo, denominado colostro. O colostro contém substâncias que protegem a criança contra a infecção. No segundo dia depois do parto começa a lactação. A lactação requer a sucção, e o completo esvaziamento das glândulas. É verdadeiramente espantoso o fato de que a quantidade de leite segregada pelas glândulas aumenta conforme a exigência da criança. De algumas dezenas de gramas, durante os primeiros dias, sobe a litro e meio,

até dois litros, passados oito meses. Quanto à composição, há no leite materno os elementos necessários ao desenvolvimento dos tecidos humanos. Contém proteínas da mesma natureza que aquelas que constituem o corpo da criança. Essas proteínas não provocam jamais as transformações ou anomalias suscetíveis de verificar-se com o uso do leite de vaca, devido à sua natureza estranha à sua constituição humana. A quantidade de proteína, fósforo e cálcio contidos no leite materno responde, mais precisamente, às exigências do organismo da criança do que, de certo, poderá fazê-lo qualquer fórmula artificial. À medida que a criança se desenvolve, o seu crescimento torna-se mais vagaroso. Simultaneamente, o leite materno sofre uma redução correspondente em sais e proteínas. Em suma, as glândulas ajustam perfeitamente a quantidade e a composição do leite às várias e sucessivas necessidades da criança. Como todos os órgãos vivos, respondem aos seus fins complexos com uma precisão maravilhosa.

Tal harmonia não existe entre o que a criança requer, em produtos químicos, e a composição do leite de vaca ou de cabra. O leite de vaca, contendo uma dose excessiva de proteína e sais inorgânicos, carece de ferro. Não é tão facilmente digerido quanto o leite materno. Contém inúmeras bactérias, sendo por isso necessário pasteurizá-lo, o que elimina várias de suas qualidades. O próprio leite humano, quando retirado artificialmente, será menos benéfico do que o leite sugado diretamente. Contudo, o leite de vaca

diluído em água e açucarado constitui um excelente alimento para as crianças, não obstante os seus defeitos. O organismo possui um poder realmente extraordinário de adaptar-se a novas condições.

IV

A amamentação exerce sobre as crianças recém-nascidas as mais diversas influências. Primeiramente reduz a mortalidade. No curso de observações feitas, em Chicago, pelo Dr. Clíford G. Grulee, sobre 20.000 crianças, verificou-se que a mortalidade era dez vezes maior entre as crianças amamentadas artificialmente, que entre as que haviam sido amamentadas. Na Inglaterra, uma vigorosa campanha a favor da amamentação fez com que a mortalidade infantil decrescesse de 66% nos últimos 30 anos. Quer dizer que um bebê que for amamentado terá possibilidades, três a dez vezes maiores, de atravessar o primeiro ano de vida.

Em segundo lugar, a ocorrência de doenças decresce de igual modo. Todos os médicos concordam nesse ponto. Segundo as estatísticas organizadas pelo Dr. Grulee, 64% dos bebês alimentados artificialmente foram atingidos, durante o primeiro ano de vida, por doenças diversas dos pulmões, da garganta, do estômago e dos intestinos. Ao passo que só 37% das crianças amamentadas adoeceram durante o mesmo período.

Em terceiro lugar, o ato de aspirar o leite de uma mamadeira, através do bico de borracha usualmente empregado, não equivale

ao de sugar o peito. Não tem a mesma influência sobre a formação do rosto e da garganta. A alimentação artificial é parcialmente responsável pelas protuberâncias do maxilar superior, pelos queixos reentrantes, pelos narizes malformados, pelas arcadas labiais de forma achatada, deformações, todas, tão frequente entre as crianças de agora. Esses defeitos determinam a dentição defeituosa e predis põem a infecções das amígdalas, da faringe, dos ouvidos e dos seios faciais e frontais. Há grandes probabilidades da amamentação reduzir consideravelmente as futuras despesas com dentista e otorrinolaringologistas.

Em quarto lugar, muitos médicos afirmam que a amamentação faz com que as crianças gozem não só de melhor saúde, mas de maior resistência física e de melhor equilíbrio nervoso. É sabido que certas pessoas nunca adoecem; seu organismo resiste às doenças infecciosas, e jamais precisaram recorrer aos médicos, aos cirurgiões ou aos hospitais. Essas pessoas foram geralmente nutridas, na infância, com leite materno. Tal resistência física provém de certas qualidades peculiares aos tecidos e ao sangue – qualidades essas que resultam não somente de fatores hereditários, mas também da alimentação e dos cuidados dispensados à criança durante o período de formação.

V

Quais os defeitos da amamentação sobre as mães? A lactação e a sucção são funções naturais. Quando exercidas de maneira apropriada, não podem ser senão benéficas. Sabemos que a amamentação contribui para o pleno desenvolvimento, físico e mental, da mulher.

Os seios não sofrem alteração alguma com a lactação. Uma vez efetuada o desmame, a glândula decresce de tamanho, recuperando a sua forma normal. É necessário, todavia, observar certos cuidados antes e depois da lactação. A queda dos seios resulta da falta dos cuidados necessários e de circunstâncias outras, como seja a alimentação defeituosa, e não o fato de terem sido sugados pelo bebê. Sob a orientação de bons médicos, poderão as mulheres conservar os seios em perfeito estado, ainda que tenham amamentado diversas crianças. A inflamação do mamilo e os abscessos dos seios podem ser evitados facilmente pelo exame médico frequente. Nunca se provou que a sucção predispuesse a glândula para o câncer.

As mães são submetidas a um regime de alimentação adequada, repouso e exercício, experimentam sensíveis melhoras no seu estado geral, quando amamentam o bebê. Depois do parto, as contrações provocadas no ventre pela sucção evitam a hemorragia. Auxiliam também o regresso do órgão ao seu tamanho normal. Com a cessação do catamênio, a atividade das glândulas mamárias

garante aos ovários um período de repouso. Um regime alimentar apropriado, durante a lactação, é de suma importância. Os médicos fariam melhor se dedicassem mais tempo à dieta das mães que amamentam, em vez de consagrá-lo a compor várias fórmulas de alimentação artificial para as crianças. Ao amamentar seus bebês as mães aprendem muita coisa sobre a maneira de viver. Passam a compreender também os efeitos maléficos do fumo, do álcool e do café, que, penetrando no sangue, afetam diretamente a criança. Observa-se, por outro lado, obrigadas a renunciar a certos maus hábitos. O nervosismo e a exaltação têm anos, uma jovem mãe queixava-se, na “Revista dos Pais”, de que os médicos não pareciam considerar o preço do leite materno “do ponto de vista do tempo e da energia que a faziam despende!” Ninguém se queixou nunca do grau de tempo e de energia gastos em produzir uma obra de arte, um trabalho de ciência, de engenharia, ou qualquer outra atividade. Mãe nenhuma deveria, portanto, lamentar suas canseiras e fadigas. Não é, de fato, uma criança sadia e suprema obra-prima?

As mulheres modernas são, no fundo, vítimas das circunstâncias econômicas e mentais que as cercam. A sociedade, ao se desenvolver, não procurou de modo algum considerar as leis biológicas, especialmente em relação à lei de propagação da espécie. Não se procura incutir no espírito das moças qual à razão e quais os fins de sua vida. São educadas do mesmo modo que os rapazes. Os seus estatutos, na comunidade, são idênticos aos deles.

Têm ainda que viver do seu trabalho, como os homens o fazem. Como é possível que operárias de fábrica, secretárias, professoras, advogadas, médicas, negociantes e figuras sociais, ávidas de divertimento, possam amamentar durante três ou quatro meses, o período mínimo exigido? Além disso, a higiene pôs um pesado fardo sobre os ombros das mães. Para o completo desenvolvimento da criança, é mister dedicar-lhe uma atenção constante. Agora, mais do que em nenhum outro período na história da civilização, é preciso que a nova geração seja, física e mentalmente, forte.

Devem os bebês ser alimentados natural ou artificialmente? Na sua singeleza, tal pergunta contém um profundo significado. É dirigida às mães e aos médicos. Dirige-se, também, aos homens e às mulheres da nação. É, por fim, dirigida à própria sociedade humana. Amamentando o seu filho, a mãe preenche um dos deveres que lhe cabem, em relação à comunidade. Mas a comunidade, por seu turno, deve-lhe o auxílio educativo, moral e material, indispensável ao cumprimento desse dever.

Anexo D

Letter Lancet Breastfeeding

David and Goliath

Dear Editor,

We read with interest the Breastfeeding 2023 series, which outlines strategies used by commercial formula manufacturers to target parents, health-care professionals, and policymakers. This practice dates back more than half a century, when the milk powder industry saw attractive markets in Africa and Latin America. That time, the Nestle industry distributed powdered milk in maternity wards. This provoked mass weaning. Fortunately, at that time, a strong voice in Brazil publicly took a stand against Nestle. Fernando Figueira, creator of the largest public child hospital in Brazil, IMIP, prohibited the distribution of powdered milk and baby bottles. With this attitude, the seeds of programs to encourage breastfeeding were planted in Brazil, and it was an example for other countries.

During the same period, Fernando Figueira denounced the promiscuous relationship between Nestle and the Brazilian Society of Pediatrics (SBP). Through the SBP, Nestlé carried out marketing strategies aimed at pediatricians: product advertising

disguised as “scientific” information; funding of congresses and conferences to strengthen the relationship with physicians; assistance manipulation such as the use of strategies to induce physicians to indicate products.

Fernando Figueira, as a university professor, also initiated a curricular reform in medical education. At that time, influenced by the powdered milk industry, medical schools offered only artificial feeding classes with a presentation of different dairy products. From that point on, these classes were completely replaced by the teaching of breastfeeding.

In 1974, a book entitled *The Baby Killer* was published by Mike Muller. This book gained worldwide repercussions and even forced changes in the behavior of the giant Nestle. Fernando Figueira, in a courageous and innovative initiative, translated this book into Portuguese and even wrote the preface, revealing the bad commercial practices of infant dairy companies in our country. This book was republished in 1995.

It is important to recognize the measures which go back 49 years, even before the WHO International Code of Marketing of Breastmilk Substitute was adopted. Furthermore, in 1987, Fernando Figueira established the Human Milk Bank, a model for other institutions in Brazil. In 1992, IMIP was considered the “1st Baby-Friendly Hospital” for pioneering compliance with the Ten Steps to Successful Breastfeeding. For all this, Fernando Figueira’s struggle

to protect breastfeeding, revealing the harmful commercial practices of the companies that produce breastmilk substitutes, must be remembered as David and Goliath battle in this unequal fight against the lying marketing of the powdered milk industry.

João Guilherme Bezerra Alves

Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira

ANEXO E

Letter Lancet Breastfeeding (traduzida)

Davi e Golias

Caro editor,

Lemos com interesse a série Amamentação 2023, que descreve as estratégias usadas pelos fabricantes de fórmulas infantis para atingir pais, profissionais de saúde e formuladores de políticas. Essa prática não é nova e remonta a mais de meio século, quando a indústria do leite em pó viu mercados atraentes na África e na América Latina. Na década de 1960 a Nestlé distribuía leite em pó nas maternidades oferecendo gratuitamente latas de leite em pó para cada puérpera que recebia alta. Isso provocou o desmame em massa no Brasil. Felizmente, naquela época, uma voz forte no Nordeste do Brasil se posicionou publicamente contra a forte indústria alimentícia. Fernando Figueira, idealizador do maior hospital infantil público do Brasil, o IMIP, então Secretário de Saúde de Pernambuco, proibiu a distribuição de latas de leite em pó e mamadeiras para as mães nos hospitais estaduais. Uma medida tomada para proteger a amamentação. Com essa atitude, as sementes de programas de incentivo ao aleitamento materno foram plantadas no Brasil e serviram de exemplo para outros países.

No mesmo período, Fernando Figueira denunciou a relação promíscua entre a Nestlé e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Por meio do SBP, a Nestlé realizou estratégias de marketing voltadas para pediatras: propaganda de produtos travestida de informação “científica”; financiamento de congressos e conferências para estreitar o relacionamento com os médicos; manipulação assistencial como o uso de estratégias para induzir os médicos a indicarem produtos para consumidores diferenciados; endosso por associação; e a distribuição de materiais para utilização em ambientes médicos, com o objetivo de associar a marca ao médico.

Fernando Figueira, como professor universitário, também iniciou uma reforma curricular no ensino médico. Nessa época, influenciadas pela indústria do leite em pó, as escolas médicas ofereciam a seus alunos apenas aulas de alimentação artificial com apresentação de diversos laticínios. A partir daí, essas aulas foram totalmente substituídas pelo ensino do aleitamento materno.

Em 1974, um livro intitulado “O Escândalo do Matador de Bebês: uma investigação sobre a promoção e venda de leites em pó para bebês no Terceiro Mundo” foi publicado por Mike Muller. Esse livro-documentário ganhou repercussão mundial e até forçou mudanças no comportamento da gigante Nestlé em suas operações globais. Fernando Figueira, numa iniciativa corajosa e inovadora, traduziu esse livro para o português e até escreveu o prefácio, revelando as más práticas comerciais das companhias produtoras de leites infantis em nosso país. Este livro foi republicado em 1995.

Em 1987, Fernando Figueira instituiu o Banco de Leite Humano e Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno do IMIP, modelo para outras instituições brasileiras. Em 1992, o IMIP foi considerado o “1º Hospital Amigo da Criança” do Brasil pelo pioneirismo no cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Por tudo isso, a coragem e o exemplo de Fernando Figueira devem ser lembrados como a batalha de Davi e Golias, nessa luta desigual contra o marketing mentiroso da indústria das fórmulas infantis. Portanto, é extremamente importante reconhecer as medidas que remontam a 49 anos, antes mesmo do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS ser adotado em 1981 pela Assembleia Mundial de Saúde. É preciso reconhecer a luta de Fernando Figueira pela defesa do aleitamento materno, revelando as práticas comerciais nocivas das empresas produtoras de substitutos do leite materno.

João Guilherme Bezerra Alves

Vilneide Maria Santos Serva Diegues Braga

Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira

"Será possível usar com segurança e propriedade um produto que requer água limpa, saneamento básico, renda familiar adequada e pais alfabetizados em áreas onde a água é contaminada, o esgoto corre nas ruas a céu aberto, a pobreza é extrema e a taxa de analfabetos é alta?"

O Senador Edward Kennedy fez essa pergunta em 1978. O produto é a fórmula láctea usada na alimentação infantil. A área é o Terceiro Mundo. A resposta é não.

Em 1974 a "War on Want" fez a mesma pergunta em seu relatório "O Matador de Bebês". A resposta foi a mesma: NÃO! Pergunta e resposta ecoam e inquietam o espírito de pediatras e nutricionistas em todo o mundo.

Nos anos seguintes, mais profissionais de saúde deram prioridade ao assunto. Grupos relacionados com igrejas em todo o mundo têm sugerido algumas soluções para o problema. Reuniões internacionais têm sido feitas. Documentários, legislação em alguns países em desenvolvimento, boicotes de produtos usados na alimentação infantil, até o Senado Americano tratou do assunto sem todavia alcançar o resultado desejado em relação à utilização indevida de fórmulas lácteas artificiais usadas no Terceiro Mundo.

E com as fórmulas chegaram as doenças e a morte desnecessárias de milhões de crianças. O relatório da "War on Want", O Matador de Bebês - o Escândalo, retoma o problema onde o relatório original o deixou e o segue por outros trágicos anos.

Tradução livre do original publicado pela "War on Want"
e na edição para língua portuguesa, em 1995.

 **Matador
de Bebês**

 **IMIP**