KEIKO OGURA ^{sf} BURALLI

Ø

ALEITAMENTO MATERNO:) O SOCIAL DESFIGURADO
...)

Tese apresentada à Faculdade de Saúde
de Pública da Universidade de São
Paulo, para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.

Orientador:

Prof. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

SÃO PAULO

- 1986 -

Este trabalho foi realizado
com o auxílio da Coordenação
do Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior -
CAPES.

Ao Mestre e saudoso amigo Prof.
Cyro Ciari Junior, a quem devo
o despertar em Saúde Pública.

À saudosa Maria Cecília F. Don
nangelo que nos abriu o caminho
das Ciências Sociais em Saúde.

Aos meus pais,
Eiichi e Emi

Ao Geraldo,
Luciano e Yula

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP - USP, pela orientação valiosa e segura durante o desenvolvimento do presente trabalho.

Ao Prof. Cornélio Pedroso Rosenberg, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP - USP, pela solidariedade e oportunas sugestões, cuja convivência tem sido muito importante para nossa formação intelectual.

À Prof.^a Fumika Peres, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP - USP, pela amizade, apoio e presença constante, contribuindo de forma efetiva para a realização deste trabalho.

Ao Prof. William M. Harris, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP - USP, pela versão do resumo para o inglês, feita de forma tão atenciosa e amigável.

Aos companheiros do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP - USP, Prof.^a Augusta T. de Alvarenga, Prof.^a Carmem Vieira de Souza Unglert, Prof.^a Cristina d'Andretta Kanaoka, Prof.^a Florita Brickman Areno e Prof.^a Nélia Schor, que de uma forma ou de outra prestaram inestimável colaboração para que pudéssemos realizar este trabalho.

À Prof.^a Sabina Léa D. Gotlieb, do Departamento de Epidemiologia da FSP - USP, pela orientação preciosa em relação aos gráficos utilizados no trabalho.

À Prof.^a Dayse Pires Noronha, do Serviço de Bi
blioteca e Documentação da FSP - USP, pelo apoio recebido na
revisão bibliográfica.

À Araide Sanches, pelo cuidado, presteza e esme
ro na datilografia.

À Neuza Nair Bleffe, pela atenciosa colaboração
prestada, socorrendo-nos na última hora deste trabalho.

Ao, Sr. Ataliba da Costa Lima, da Gráfica da FSP
- USP, que, apesar de convalescente, não mediu esforços para
que o trabalho de encadernação fosse garantido com cuidado e
perfeição.

Aos funcionários do xerox, do Serviço de Biblio
teca e Documentação da FSP - USP, Roberto Gonçalves, Sergio
Félix Silva e Bruno Picariello, que prestaram inestimável coo
peração na reprodução de material necessário ao trabalho.

À Meirezilda Aparecida Gonçalves, do Departamen
to de Saúde Materno-Infantil da FSP - USP, pelo importante ser
viço de apoio prestado durante o processo de desenvolvimento
do trabalho.

A Antonio Mateo Casero e José Ferreira Seixas,
pelo precioso serviço de apoio prestado durante todo o proces
so de desenvolvimento do trabalho.

A José Roberto Rodrigues, pela boa vontade e co
laboração no serviço do xerox.

À Mitiko Ogura Ramos, Tomoko Ota e Kouji Ogura,

pelo incentivo, apoio e solidariedade sempre demonstrados.

E, finalmente, ao Geraldo M. Buralli, a quem devo o estímulo, tantas vezes necessário, para a realização deste trabalho.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMO	viii
SUMMARY	ix
1. INTRODUÇÃO	02
Notas e Referências	12
1.1. Emergência da Dimensão Social na História da Saúde	14
Notas e Referências	53
1.2. Caráter Social do Processo Saúde-Doença	65
Notas e Referências	85
1.3. A Prática do Aleitamento Materno	88
Notas e Referências	101
2. OBJETIVO	107
3. METODOLOGIA	109
4. OS FATORES SOCIAIS DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATER- NO	119
Notas e Referências	183
5. CONCLUSÃO	192
ANEXO 1	
ANEXO 2	

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Evolução do aleitamento materno em função dos fatores que favorecem seu declínio e das políticas que permitem compensar ou neutralizar esses efeitos 97
- FIGURA 2 - Evolução da produção científica sobre nutrição infantil, aleitamento materno e prática de aleitamento materno - 1945-1985 . . 123
- FIGURA 3 - Porcentagem das médias móveis do número de trabalhos em prática de alimento em relação às médias móveis do número de trabalhos em nutrição infantil. 126

RESUMO

O presente trabalho propõe-se analisar a forma como os fatores sociais, associados à prática do aleitamento materno, vêm sendo tratados na literatura científica. Num primeiro momento, procura identificar o comportamento do volume da produção científica, seguindo-se à identificação e análise dos fatores sociais arrolados nos estudos sobre a prática do aleitamento materno. O material de estudo compreende os trabalhos indexados na "*Nutrition Abstracts and Reviews*", no período de 1945 a 1985. Concluiu-se que a produção de conhecimento científico sobre o aleitamento materno faz-se presente em todo o desenvolvimento científico sobre nutrição infantil, no período estudado, com importância relativa acentuada em determinados momentos históricos. Destaca-se a produção de trabalhos sobre a prática do aleitamento materno dentre os estudos sobre o aleitamento materno. Identificam-se, como mais frequentes, entre os fatores sociais associados, o nível sócio-econômico, o nível educacional, a distribuição urbano-rural e o trabalho da mulher. Os fatores sociais, arrolados nos estudos sobre a prática do aleitamento materno, caracterizam-se numa abordagem predominantemente multicausal.

SUMMARY

The purpose of this work is to analyse how social factors associated with breast-feeding have dealt with scientific literature. At first it outlines the behaviour of the total scientific production and then it identifies and analyses the social factors connected up with the practice of breast-feeding. The material for this study encloses all the papers indexed in Nutrition Abstracts and Reviews throughout the period comprised between 1945 and 1985. There is concluded that the production of scientific knowledge on breast-feeding has been present throughout the general scientific development of child nutrition in the studied period with relative more deeper importance at certain historical moments. . The practice of breast-feeding has been more dealt with studying breast-feeding at large. The most frequently associated social factors that were identified in this work were the socio-economic level, the educational level, the urban-rural distribution and women employment. These social factors connected up with breast-feeding practice have been approached essentially from a multicausal angle.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, conquanto embasado em fontes documentais, constitui um esforço no sentido de aprofundar a compreensão da relação saúde-sociedade, delineando-lhe o perfil através dos tempos. Dessa forma, espera-se estar contribuindo, tanto quanto possível, para explicitar tal relação, bem como estabelecer sua ligação com o leque de motivos considerados na literatura científica, sobre a prática do aleitamento materno ou natural, seja nos países capitalistas avançados, com uma estrutura social nítida de classes, seja nos países economicamente dependentes, que apresentam uma estrutura social mista ou difusa (países que, a nível social, apresentam polos econômicos desenvolvidos, portanto, com uma estrutura social de classes, ainda que mal definidas, e polos industrializados, mas cuja estrutura social permanece "tradicional" ou "arcaica", devido à forte influência da antiga forma de economia predominante).

Não resta dúvida de que uma análise abrangente, mais aprofundada, das ciências sociais em saúde, não pode prescindir de uma visão histórica, econômica, política e social, de vez que grande parte das questões pertinentes à saúde sempre esteve inserida em determinada realidade social, mesmo antes do advento da industrialização, fazendo aflorar, com maior intensidade, a problemática já existente em torno da relação saúde-sociedade, em seus diversos matizes e níveis de explicação.

Assim considerando, é compreensível que, hoje, os sanitaristas, de modo geral, concordem sobre a importância das ciências sociais em saúde¹. Percebe-se, no entanto, que, apesar do reconhecimento unânime do seu relevante papel, tal evolução não ocorreu de modo uniforme e linear. Ao contrário, como tem ocorrido em qualquer ciência ou disciplina, o movimento da história das ciências sociais em saúde vem-se caracterizando, desde o século passado, de forma pendular, segundo o jogo de correlações de forças teóricas determinadas socialmente, ora com marcante presença do social — evidenciada por volumosa produção teórica —, ora com forte predominância do biológico — cuja presença mais freqüente é ingegável na literatura da saúde, sobretudo até fins da década de 60 e início de 1970, quando alguns autores, na América Latina, ensejaram uma vertente de estudos com conceitos e perspectivas alternativas, referentes aos diferentes aspectos da relação saúde-sociedade².

Com efeito, a intensificação dos estudos sobre novas abordagens da relação saúde-sociedade não se deu ao acaso, mas em decorrência de determinadas condições objetivas da realidade social em mudança, que fizeram emergir novas formas de abordagem, na medida em que o conhecimento no campo se apresentava também limitado para a explicação dos problemas de saúde, exigindo conhecimento mais amplo do social, do econômico, do político, etc. Assim, estudos e pesquisas recentes realizados sobretudo por cientistas sociais, traçam com maior nitidez as demarcações teóricas e metodológicas do conhecimento das ciências sociais em saúde, de grande significado, princí

palmente na América Latina, onde os estudos críticos apresentados revelam que os conhecimentos produzidos, sob uma aparência tranqüila e de enganosa simplicidade, são um emaranhado conflituoso de relações sociais.

Em consequência, há a necessidade cada vez maior de explicitar a noção do social em saúde, sem contudo isolá-lo do biológico; antes, ao compreendê-los melhor e com clareza, busca-se estabelecer entre eles um liame mais estreito, visando à solução ou explicitação dos problemas que surjam ou, porventura, venham a surgir. O pressuposto teórico de que se parte não consiste na dicotomia entre o biológico e o social, mas no posicionamento estabelecido entre ambos, isto é, na forma como os dois campos do conhecimento se articulam, e não no seu desenvolvimento paralelo.

A literatura existente sobre a relação saúde-sociedade, ao longo da história da saúde, mostra que, no movimento pendular já referido, houve (e mantém-se até hoje) a primazia do biológico sobre o social, apesar do reconhecimento universal da importância do social no processo de saúde-doença.

Com efeito, o enfoque adotado na medicina, situa-se essencialmente na ótica clínico-biológica e, mesmo na Saúde Pública que, pelo seu próprio objeto — saúde da coletividade —, prossegue "desenvolvendo uma prática como se as características principais que determinam a distribuição desigual da doença na sociedade fossem biológicas, ou se devessem

a problemas de um ambiente contaminado"³.

A situação contraditória entre o reconhecimento do caráter social da doença e a sua negação na prática pode ser explicada, de forma simplificada, segundo Laurell, a partir de uma abordagem genética histórica, qual seja, a de que a sociedade capitalista não pode assumir de modo integral, a causalidade social da doença, uma vez que esta concepção desqualifica implicitamente o próprio sistema econômico que o gerou, podendo criar, assim, profundas fissuras no sistema social como um todo.

Por outro lado, a referida autora não descarta os avanços que a medicina empreendeu, principalmente com a introdução da quimioterapia, que permitiu aos médicos tratarem, com êxito, um grande número de doenças infecciosas. Contudo, como ela bem assinala, a mortalidade das populações européias já havia declinado, antes mesmo desses significativos avanços médicos.

Outro nível de explicação que Laurell⁴ salienta, para a contradição na prática, localiza-se no campo ideológico:

"... Assim, nos países capitalistas desenvolvidos, parecia que a solução à problemática das grandes massas era a política redistributiva do Estado de Bem-Estar, e, nos países subdesenvolvidos, sonhava-se com o "desenvolvimentismo", como panacéia para resolver a miséria

ria das classes populares. Parecia (...) que os pro
blemas sociais não derivavam de um sistema de produç
ção e sim da má distribuição dos bens ou simplesment
te da pobreza material".

Essa forma de análise, segundo a autora, não
permite transcender além do aspecto da redistribuição dos bens
e serviços e focaliza sua atenção apenas na dimensão das for
ças produtivas da sociedade e no seu rápido desenvolvimento,
traduzindo-se na saúde, no direcionamento da questão da demanç
da dos serviços de saúde e da tecnologia médica.

No entanto, a própria evolução histórica, so
cial, econômica e política das sociedades vem demonstrando a
impossibilidade, quase total, de compreender a maioria dos
problemas que emergem no seio dessas sociedades apenas por uma
ótica, necessitando, ao menos para a sua solução prática, do
concurso de várias disciplinas ou de várias ciências mesmo
que, a nível teórico, dependendo da natureza da questão, haja
a predominância de uma em relação às demais, tal como ocorreu
entre o biológico e o social.

A proposta de um trabalho em sentido interdiscip
linar (contribuições da economia política, da demografia, da
antropologia e da sociologia) na área da saúde e sociedade vem
-se consolidando, sobretudo em estudos de revisão crítica ou
descritiva de posturas de diversos estudiosos e/ou sanitarist
as, que, no movimento pendular antes citado, pendiam claram
ente para o lado do biológico, em detrimento do social, que

aparecia "naturalizado", biologizado", enfim, descaracterizado, desfigurado⁵. De fato, durante muitos anos, o social vem exercendo papel complementar e secundário no conhecimento hegemônico da história da saúde.

A forma de desnudar o social, mostrando-o no seu papel secundário e complementar, faz parte de uma reflexão crítica sobre a prática de saúde dominante e seus pressupostos teóricos, reflexão esta, que se descortinou no interior das sociedades capitalistas, avançadas ou não, no momento que estas passavam por crises econômicas, políticas, ideológicas e sociais profundas.

Sem dúvida, é, a partir do reconhecimento da limitação de se abordar a natureza do processo saúde-doença, nos diferentes grupos sociais, e na sociedade, como um todo, que se começam a compreender as limitações do paradigma biológico e individual da doença. Tal compreensão exige, portanto, a necessidade de reconceptualizar a epidemiologia, isto é, a forma de visualizar o processo saúde-doença a nível coletivo. E, desse modo, segundo Laurell, "... postulou-se que as causas da doença não deveriam ser buscadas apenas nos processos biológicos, ou em características da tríade ecológica, mas também nos processos sociais, na produção e reprodução social, retomando, assim, as colocações de determinação social da doença"⁶.

Em resumo, este trabalho, longe de exaurir a problemática da relação saúde-sociedade, pretende contribuir

para explicitar e delimitar, em particular, a abordagem do so
cial, tendo em vista sua utilização no estudo da prática do
aleitamento materno.

Os estudos sobre a prática do aleitamento materno, em sua grande maioria, apontam aspectos mais de caráter so
cial — como, por exemplo, papel da mulher na sociedade, traba
lho da mulher, estética da mulher, processo de urbanização,
estrutura familiar, etc. —, o que, a princípio, poderia conduzir
o raciocínio de que, neste caso específico, tenha ocorrido
a primazia do social sobre o biológico, na medida em que se
reconhece o caráter social da questão em sua maior extensão.
Entretanto, a hipótese do presente trabalho partirá do fato
de que a abordagem do social adotada na produção de conheci
mentos sobre a prática do aleitamento materno, apontada na lite
ratura, representa uma expressão da primazia do modelo biológico
e individual, apesar da aparente relevância do social.

O impasse problematizado sobre a contradição entre
o reconhecimento ampliado do caráter social da prática do
aleitamento materno (pressupondo-se o domínio do social sobre
o biológico) e a hipótese levantada neste estudo, que caminha
em direção oposta (o social como expressão da primazia biológica
e individual), serão melhor esclarecidos, estudando-se a
forma como este social vem sendo abordado na produção de co
nhecimentos sobre a prática do aleitamento materno. Em outras
palavras, significa enxergar a abordagem do social como variável
explicativa adicional (social como secundário e complementar)
ou como um campo próprio no qual a prática do aleitamen-

to materno adquire um significado social específico⁷.

O que se procurou mostrar até o momento é que, grosso modo, verificam-se duas abordagens distintas do social: a funcionalista e a estrutural histórica, com predomínio da primeira na literatura referente à prática do aleitamento materno.

Nesta medida, este estudo consiste em tentar mostrar, de forma descritiva e crítica, o papel que as ciências sociais vêm desempenhando ao longo do tempo na história da saúde.

Num primeiro passo, far-se-á um apanhado histórico da relação saúde-sociedade, com base na literatura, salientando o pensamento dos estudiosos e/ou sanitaristas mais proeminentes, tanto na Europa quanto na América Latina. Nesse apanhado, buscar-se-á esclarecer como o "social" vem sendo entendido por diversos autores, em diferentes fases da evolução da história da saúde, localizando sobretudo a sua emergência.

Num segundo passo, já delimitado o significado do social, este trabalho irá ater-se à demonstração de como tem sido descrita a abordagem do social, no que diz respeito à prática do aleitamento materno, a partir de estudos e pesquisas constantes na literatura.

Com a finalidade de melhor fundamentar os dois grandes blocos em que se dividiu este trabalho, todos os co-

mentários relativos à questão da emergência e do desenvolvimento das ciências sociais em saúde, no interior do movimento da história da saúde, estarão apoiados em trabalhos produzidos por autores renomados, que ensejaram uma vertente alternativa, qual seja, a da abordagem estrutural histórica.

Na verdade, o estudo sobre a relação saúde-sociedade, com ênfase na compreensão mais acurada do social, tanto na Europa quanto na América Latina, constitui, ainda, vasto campo de investigação.

Levando-se em conta o objetivo do presente trabalho — analisar a forma como os fatores sociais associados à prática do aleitamento materno vêm sendo tratados na literatura científica — procurou-se responder a determinadas indagações que orientaram o próprio desenvolvimento do tema:

1. Como tem-se comportado a produção do conhecimento científico sobre o aleitamento materno no contexto dos estudos referentes a nutrição infantil?
2. Qual é a proporção dessa produção voltada para a prática do aleitamento materno?
3. No conjunto das variáveis, que fatores sociais são arrolados nos estudos sobre a prática do aleitamento materno?
4. Como os fatores sociais vêm sendo tratados nos estudos da prática do aleitamento materno?

A partir do exposto, espera-se que o presente es

tudo venha a contribuir, de alguma forma, para o avanço do co
nhecimento sobre a prática do aleitamento materno, sobretudo
pelas reflexões e questionamentos que foram surgindo durante
o processo de seu desenvolvimento. Contudo, têm-se claras as
limitações que apresenta, face à abrangência desse tipo de es
tudo, que requer aprofundamentos de diversos aspectos que não
puderam ser realizados nesta etapa.

NOTAS E REFERÊNCIAS

1. O campo do conhecimento científico que se ocupa dos aspectos sociais relacionados com o processo saúde-doença tem recebido diferentes denominações, tais como: Medicina Social, Ciências Sociais aplicadas à Saúde, Saúde Coletiva e Sociologia Médica. GARCIA (1985) explica tal variedade de nomes em função das diferentes definições sobre o objeto de estudo, das distintas perspectivas de análise e das divergentes correntes de pensamento. GARCIA, J.C. Juan César García entrevista Juan. César García. In: NUNES, E. D. org., *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p. 21.
2. NUNES, E.D. org., *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, 474 p.
3. LAURELL, A.C. Acerca de la reconceptualización de la epidemiología. *Salud problema*. UAM-X, nº 8, 1982, p. 5-9.
4. LAURELL, A.C. Prólogo do livro . In: BREILH, J. *Epidemiologia, economia, medicina y política*. República Dominicana, Min. Salud y Bienestar Soc., 1983, p. 1-10.
5. Idem, Ibidem, p. 7.
6. Idem, Op. cit.³ p. 3.

7. DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil - a década de 70. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983, p. 27.

1.1. EMERGÊNCIA DA DIMENSÃO SOCIAL NA HISTÓRIA DA SAÚDE

Os estudos e pesquisas das relações entre os problemas de saúde de uma população e seu meio ambiente sócio-econômico vêm chamando a atenção, há muito tempo, de diversos estudiosos que atuam no campo das Ciências Sociais em Saúde, contribuindo de forma considerável para a elucidação da gênese e desenvolvimento dessas relações.

Dentre os trabalhos mais importantes sobre o assunto, destacam-se os de Rosen¹, que fez um minucioso levantamento de fontes documentais, possibilitando a reconstituição da trajetória histórica da relação saúde-sociedade à luz do contexto social. Seus trabalhos reconstitutivos são valiosos, na medida em que revelam a anterioridade dessa relação, comparada à emergência dos movimentos da Polícia Médica na Alemanha, do Sanitarismo na Inglaterra, e da Medicina Social na França, no século XIX.

Os movimentos acima assinalados, estudados por Rosen, colocam em evidência alguns nomes, como os de Louis René Villermé (França), Rudolf Virchow (Alemanha) e de Edwin Chadwick (Inglaterra), os quais, além de atuarem na produção do saber, do conhecimento da saúde em seu aspecto social, também contribuíram na prática social como sanitaristas. Villermé, Virchow e Chadwick, entre outros, possuíam, enquanto pioneiros, segundo a concepção de Fernandes², "... a consciência realista das condições de existência, (a qual) emerge e pro-

gride através de exigências de novas situações de vida, mais complexas e estáveis. Daí o enriquecimento dos conteúdos e o alargamento dos níveis de percepção social do agente".

A identificação das condições de vida relacionadas à saúde-doença constituíram, *latu sensu*, objeto freqüente de preocupação entre os sanitaristas, nas primeiras décadas do século passado, tanto que surgiram numerosas pesquisas sociais sobre as condições de vida e de trabalho, revelando que as taxas de morbi-mortalidade estavam estreitamente ligadas à situação das diferentes classes sociais. A título de exemplo, vale ressaltar as pesquisas de Villermé³ sobre as condições de saúde dos trabalhadores têxteis do Norte e do Leste da, França que, em suas conclusões, mostram o grave estado de saúde desses operários, em virtude das míseras condições de vida a que estavam reduzidos. O relatório de Villermé, acerca dos resultados de suas pesquisas, levantou a opinião pública de tal forma que, em 1841, foram elaboradas as primeiras medidas legislativas referentes ao trabalho de crianças em fábricas.

● Emergência do social na Alemanha

A emergência da reflexão sobre o caráter social da doença logo estendeu-se a outros países europeus, como a Alemanha, onde figuras como Virchow, Neumann e Leubscher, participaram ativamente do movimento das reformas médicas, em 1848. Essas reformas tinham como princípios básicos os seguin

tes enunciados:

- . "A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social;
- . As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, e tais relações devem ser submetidas à investigação científica;
- . Devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e as medidas concernentes a tal situação devem ser tanto sociais quanto médicas."⁴

Dessa forma, Virchow⁵ concebia, como uma das funções da Saúde Pública, o estudo das condições de vida dos diversos grupos sociais e a determinação dos efeitos dessas condições sobre a saúde pois, baseado nesse diagnóstico seria possível intervir mais adequadamente na realidade social, econômica, biológica e sanitária. Em 1847, um ano antes, portanto, Virchow desenvolvera uma investigação sobre a epidemia de tifo ocorrida na Silésia, tendo chegado à conclusão de que as causas da epidemia se deviam a um conjunto articulado de fatores sociais, econômicos, políticos, biológicos e físicos.

A partir da abordagem multifatorial, Virchow afirmava que os fatores causais mais importantes eram as condições materiais de vida, enfocando fundamentalmente a questão da desigualdade na distribuição e consumo dos bens. Baseado nos estudos das epidemias de tipo na Silésia, da cólera em Berlim e da tuberculose, Virchow elaborou uma teoria das epi

demias, fazendo uma distinção entre as doenças naturais e as doenças "artificiais" (também denominada de "massas" ou de "ajuntamento"), com base na intermediação dos eventos naturais ou do modo de vida social existente na relação homem-natureza⁶. Argumentava que a forma de organização da sociedade determinava o aparecimento da epidemia. Entre as doenças artificiais, incluíam-se o tifo, o escorbuto, a tuberculose, a lepra, a cólera, etc. De acordo com essa análise, portanto, ele reconhecia que as más condições sociais determinavam maiores possibilidades da população ao risco de clima, aos agentes "infecciosos" e outros agentes causadores específicos, assinalando que nenhum destes fatores por si era suficiente para causar uma epidemia.

Virchow esboçou um programa de reconstrução social, incluindo não só mudanças específicas no campo da organização de serviços de saúde (ex. mais médicos, mais hospitais, etc.), como também gerais, como, por exemplo, elevação da taxa de empregos, aumentos salariais, educação universal, habitação mais adequada, melhoria nutricional, estabelecimento de cooperativas agrícolas, etc.⁷

Os enunciados, citados no início deste tópico, que constituem o cerne dos movimentos das reformas médicas em 1848, na Alemanha, mostram, em síntese, a concepção da Medicina como ciência social. No entanto, apesar desta concepção ter sido defendida por Virchow e outras figuras de proa dos movimentos, como Neumann, Leubscher, etc., sua origem situa-se mais na França, onde os problemas sócio-econômicos decorrentes da

industrialização, como, por exemplo, a influência da pobreza e da profissão no estado de saúde da população, conduziram cientistas e teóricos sociais, como Villermé, Bernoiston, Guérin, entre outros, à análise mais profunda das questões sanitárias.

● Investigação sobre o social na França

Pela extensa literatura existente acerca da Medicina e Saúde, não se pode negar o pioneirismo da França, sobretudo nos problemas de saúde e doença relacionados aos fatos sociais.

Numerosas investigações teórico-práticas, associando as questões da saúde e sociedade, efetuadas a partir do início do século XIX, demonstram a liderança francesa nessa área do conhecimento. Dentre os investigadores dos problemas sanitários, ressalta a figura antes citada do médico Louis René Villermé, cujo estudo, já referido, sobre as condições de saúde dos trabalhadores têxteis,⁸ influenciou na criação de uma legislação adequada à proteção do trabalho da criança, por exemplo, em 1841. Bem antes, em 1828, Villermé - que concentrara sua atenção na relação ambiente social-morbi-mortalidade diferencial - mostrara que os índices de mortalidade na França estavam estreitamente relacionados às condições em que viviam as distintas classes sociais.

As pesquisas de Villermé versaram ainda sobre a mortalidade em diversas localidades de Paris, em 1830, concluindo pela íntima ligação pobreza-doença, ponto bastante reforçado pelo seu estudo da saúde da criança e da mortalidade infantil, em dois distritos de Paris.

Villermé dedicou-se também ao estudo de todo e qualquer fator que pudesse intervir no padrão de vida da população e seus efeitos no crescimento e desenvolvimento físico do indivíduo, tanto que, em 1829, relatou a influência da renda, da nutrição e da habitação, sobre o crescimento e desen:volvimento físico. Em resumo, Rosen⁹ observa que, aprofundando tanto quanto pôde, Villermé "... estudou o significado da duração da doença em diferentes idades e o modo de aplicar esse conhecimento para a organização de sociedades de auxílio mútuo".

Stern¹⁰, outro estudioso da área de Saúde Pública, salienta que, após um período de inatividade no 'setor, que abrangeu mais de uma década, vieram à luz importantes documentos, tratando da relação saúde-pobreza, que subsidiaram a reforma da Saúde Pública e, ao arrolar as várias contribuições, ele cita o relatório feito por Villermé, em 1828, a um Comitê da Real Academia Francesa de Medicina, no qual o tópico central estava na relação estatística entre as taxas de morbi-mortalidade e as condições de vida das diferentes classes sociais em Paris.

Jules Guérin é outra figura proeminente citada

por Rosen no movimento de reformas médicas na França, que enfatiza o social em seus estudos sobre saúde.

A contribuição de Guérin está, sobretudo, em seu esforço para ampliar o conhecimento do social em saúde, ao introduzir o conceito de Medicina Social, em 1848, e estruturá-la como um corpo de conhecimentos, subdivididos em quatro disciplinas: fisiologia social, patologia social, higiene social e terapia social. Essas disciplinas abordavam, entre outros assuntos, o estudo de problemas sociais em relação à saúde e à doença, além do fornecimento de medidas e outros meios para tratar da desintegração social e de outras condições que podem atingir as sociedades.

Os trabalhos de Guérin¹¹ funcionaram, em síntese, como verdadeiras frentes na abertura de novos caminhos e espaços, para as questões entre saúde-sociedade, dentro do âmbito da Medicina.

● Compreensão do social na Inglaterra

Na Inglaterra, nas décadas de 1830 e 1840, também ocorreu uma mudança gradual em relação à preocupação com o caráter social da doença. A criação da Comissão da Lei dos Pobres, em 1832, pelo Parlamento Inglês, objetivando redefiní-la, foi a mola propulsora para o desenvolvimento dessa linha de pesquisa. Uma das figuras mais proeminentes, se não a prin

cial desse período e dessa Comissão, foi Edwin Chadwick.

A Comissão apresentou, dois anos após, o Relatório que resultou no Ato da Emenda à Lei dos Pobres, que incorporava, entre outros princípios, o atendimento ao pobre, para diminuir a "taxa de pobres". Essa nova Lei dos Pobres tinha como objetivo maior "... criar um mercado livre de mão-de-obra como pré-condição de investimento"¹². Rosen justifica a nova lei, afirmando que a economia de mercado estava se consolidando e exigia a transformação da mão-de-obra em mercadoria.

As questões relacionadas à pobreza, portanto, surgem como ponto de estrangulamento da economia, dada a escassez relativa de mão-de-obra e dadas as necessidades próprias de condições de reprodução da força de trabalho.

Analisando mais profundamente a nova Lei dos Pobres, Donnangelo¹³ assim se expressa:

"Trata-se, portanto, antes de mais nada de reduzir a massa de incapacitados aparentes ao seu limite mínimo e liberar para o mercado de trabalho - aumentando ao mesmo tempo a competição neste mercado - o volume disponível de força de trabalho adequado aos interesses do capitalismo industrial competitivo.

Isso implica a correspondente exigência de desarticular em definitivo os laços anteriormente estabelecidos entre o "pobre" e a freguesia a que "per

tence", de forma tal que ele possa irromper e circular livremente no mercado".

Esta desarticulação, analisada por Donnangelo, refere-se à assincronia na relação entre o capital industrial e a força de trabalho que impedia a necessária mobilidade desta, segundo a exigência do mercado de trabalho¹⁴.

Por outro lado, a desarticulação implica também a redefinição do pobre (anteriormente visto como não-trabalhador) em um novo tipo de pobreza, a do proletariado industrial, contextualizado no processo de desenvolvimento capitalista de produção, como bem mostra a mesma autora:

"A pobreza continuará a expressar-se pelas várias formas de carência e enfermidade mas não se identifica com o não-trabalho, diz respeito agora a uma categoria social claramente discernível, que pode ser e será doravante mais freqüentemente remetida à forma que assume o processo de acumulação de capital. Ademais, o proletariado industrial, diferentemente dos pobres de paróquia, introduz na vida política novas formas de organização - em especial os sindicatos e através delas, associações voluntárias de assistência, passíveis de expressar a "solidariedade de classe"¹⁵.

Prosseguindo, Donnangelo assinala que as condições do proletariado urbano, em rápido crescimento, "... fa-

zem com que a questão da Saúde Pública apareça na sequência direta da Reforma da Lei dos Pobres", justificada pela elevação de morbi-mortalidade da população urbana, dadas as suas condições de vida e de trabalho, assumindo, então, a forma de Sanitarismo, com a adoção de medidas de saúde coletiva como necessidade de controle social. Daí, a Reforma da Lei dos Pobres em 1834; a designação de uma Comissão sobre a Saúda nas Cidades, inspirada no Relatório Chadwick de 1842 - a criação da Junta Geral de Saúde em 1848, e outras várias reformas sanitárias¹⁶.

Neste tópico, o interesse consistiu, em particular, em alinhar as análises sobre os aspectos sociais da saúde no contexto mais geral de reforma social desenvolvida na Inglaterra, no século passado, sobretudo a partir da década de 1840¹⁷. Neste sentido, o trabalho realizado por Chadwick em 1842 - "Inquérito sanitário das condições da população trabalhadora da Inglaterra" -, mostrando a relação existente entre a elevada incidência das doenças e as péssimas condições de moradia e de saneamento, tornou-se classicamente um marco histórico nos estudos que enfatizam os aspectos sociais da saúde e doença.

A abordagem com ênfase no caráter social da relação saúde-doença pode também ser observada, entre outros trechos, na Carta de Instituição aos médicos, exposta no Relatôrio Chadwick, de 1842, onde se assinalava a necessidade de "verificar a existência e extensão de agentes visíveis e removíveis que promovem a prevalência de uma doença tal como é comumente encontrada, isto é, ligada às deficiências de condi

ções de vida, da estrutura ou economia interna ou das residências das classes trabalhadoras"¹⁸ (grifo nosso).

Em resumo, conforme Rosen¹⁹ bem salienta ao atribuir as causas da relação saúde e doença ao ambiente físico e social, Chadwick se situa na perspectiva da teoria do miasma. Ringen tem a mesma opinião de Rosen sobre Chadwick de que "as epidemias eram causadas pelo miasma, e que sua prevenção, portanto, era uma questão de limpar as matérias deterioradas, tornar a água potável e melhorar a qualidade do ar através de uma melhor ventilação dos conjuntos habitacionais"²⁰.

O reconhecimento do caráter social da saúde-doença foi se ampliando na Inglaterra, durante as décadas de 1850 e 1860, sobretudo com os trabalhos de Rumsey, Greenhow e Simon, que versavam sobre a relação saúde e trabalho da classe social em questão. Greenhow e Simon avançaram um pouco mais no sentido de estender o social ao nível da organização social, apesar de sua generalidade, não se limitando apenas a indicadores sociais individuais.

Greenhow²¹, citado por Rosen, referindo-se às causas das doenças, apontou que elas "... são muitas; e que apesar da atmosfera impura (...) estar sempre entre as causas mais poderosas, existem outras causas de doenças que até agora têm despertado pouca atenção. Comida inadequada ou em quantidade insuficiente, hábitos sedentários, ausência de estímulos físicos e mentais oferecidos por uma multiplicidade de ambientes (...), desgaste causado pela monotonia de muitas pro

fissões e ainda as preocupações e ansiedade da vida são causas que ajudam a aumentar o catálogo de doenças e adicionarmos ao registro de mortes nas grandes cidades. Algumas destas causas (...) são necessariamente fruto de características de nosso sistema social...". (grifo nosso).

Simon,²² também citado por Rosen, apresentando os resultados de uma pesquisa sobre a dieta alimentar da classe trabalhadora, realizada por Edward Smith, mostrou o estado alimentar precário, relacionando-o com o baixo salário percebido pela classes trabalhadora e que este, por sua vez, era influenciado pela economia política do país. (grifo nosso). Assim, já na segunda metade do século passado, a Inglaterra garantiu a presença de um corpo de conhecimentos sobre o caráter social da saúde e doença, relativamente amplo, de cunho pragmático manifestado pela implantação de medidas sanitárias gerais (legislação e organização de serviços de saúde) para a população.

O reconhecimento do social em saúde, qualificado apenas enquanto objeto de preocupação, continuou a merecer atenção por parte de autores até a década de 1980, quando já se descortinava um período na história da medicina - um grande avanço no campo da bacteriologia - o que levou alguns, como Emil Behring, a considerar o social como instrumental explicativo dispensável até a década de 30 deste século.

● O social no pensamento marxista ocidental

Embora Villermé, Chadwick e outros tenham descrito as doenças como produzidas pelas condições de vida e de trabalho, eles não explicitaram as condições estruturais da organização capitalista de produção na determinação do proceso saúde/doença. Waitzkin^{23, 24}, ao investigar as fontes de preocupação das origens sociais da doença no pensamento marxista ocidental, referiu, além de Virchow, a Friederich Engels, como os pioneiros nesse campo²⁵. Dada a importância deste autor, passar-se-á a discorrer brevemente sobre suas idéias, com base em Waitzkin.

Em "A condição do operariado na Inglaterra", publicado em 1845, Engels afirmava sua posição teórica sobre a questão da morbidade e mortalidade da população inglesa como produto da "organização da produção econômica" capitalista, no século XIX²⁶. Neste estudo, aborda uma gama diversificada de problemas relativos à saúde e à doença da classe trabalhadora industrial, desde os efeitos das toxinas ambientais, da etiologia e epidemiologia da tuberculose e febre tifóide até questões referentes às condições de trabalho, tais como os acidentes e as doenças profissionais.

Analizando a questão da tuberculose, por exemplo, em Londres e outras cidades industriais, notou que a incidência da doença era mais elevada em locais de grande concentração de pessoas e com ventilação insuficiente.

Já nessa época Engels visualizava com clareza a relação entre condições de trabalho e doenças, referindo-se a problemas ortopédicos decorrentes da exigência do esforço físico, a problemas visuais, que atingiam operários da indústria têxtil e de fabricação de rendas²⁷, sinais de intoxicação por chumbo em operários da indústria de cerâmica, problemas pulmonares em mineiros de carvão, etc.

Quanto à questão da nutrição, Engels focalizou desde as preocupações derivadas da relação desnutrição - doença, até problemas de distribuição e consumo de alimentos. Identificou estados de desnutrição em crianças e descreveu também as "deformidades do esqueleto", devidas ao raquitismo como problema nutricional.

É interessante observar, pelo trecho abaixo, como Engels considerava o problema do alcoolismo na classe trabalhadora:

"O álcool é sua (dos operários) única fonte de prazer... O trabalhador ... precisa ter algo que torne o trabalho digno de seu sacrifício, que faça com que a perspectiva do dia seguinte seja suportável ... A embriaguês aqui deixou de ser um vício, pelo qual o viciado possa ser responsabilizado... Aqueles que degradaram o trabalhador a um mero objeto têm que assumir essa responsabilidade"²⁸.

Em síntese, os problemas de saúde, para Engels,

eram ocasionados diretamente pelas poeiras, produtos químicos, pressões de tempo, postura do corpo, exigências visuais e outros fatores relacionados ao trabalho. A "poluição ambiental", as más condições de habitação, o alcoolismo e a desnutrição também concorriam para as más condições de saúde do trabalhador. No entanto, Engels tinha claro que estes fatores eram produtos das contradições da própria forma de organização da produção na sociedade.

O grande mérito de Engels, que o diferenciou dos demais na época foi o fato de ter conseguido avançar na explicação dos problemas de saúde, analisando as relações causais entre a estrutura social e a doença, abordando a questão da "contradição entre o lucro e as condições de saúde adequadas na indústria capitalista"²⁹. Este avanço no conhecimento foi de fundamental importância, tendo influenciado aqueles que o sucederam na análise das questões de saúde, dentre os quais se destaca Rudolf Virchow.

● A questão da causação das doenças no século XIX

No início do século XIX, cinco são as teorias principais que embasam a explicação da causalidade das doenças: a teoria sobrenatural, a teoria do contágio, a teoria do comportamento pessoal (hoje denominado de "estilo de vida"), a teoria atmosférica (ou teoria do "miasma" ou da "biologia do meio") e a teoria social da doença³⁰. No final deste, a hegemonia da

teoria do miasma foi suplantada por uma outra, a teoria do germe.

Em geral, parte-se do pressuposto de que cada uma das teorias implicava a forma como eram tomadas as medidas preventivas em relação ao controle das doenças e que elas extrapolavam a circunscrição de medidas médicas. O que se quer afirmar é que cada teoria possuía um significado social específico quanto à própria forma de organização da sociedade, portanto, com um conteúdo político-ideológico.

Tesh³¹, em "Ideologia política e Saúde Pública no século XIX", descreve as teorias e analisa as implicações a elas associadas. Dada a importância significativa de sua obra para o desenvolvimento do presente trabalho, todas as considerações acerca das teorias vigentes no século passado estarão apoiadas nela.

No início do século XIX, quase todas as medidas preventivas do Estado basearam-se na hipótese da teoria do contágio, que vinha se caracterizando desde a epidemia da Peste Negra. O isolamento e a quarentena, medidas preventivas adotadas, eram impostas em larga escala, dada a situação real de epidemia, bem como ao próprio sentimento de temor, de fobia, existente na população com relação às doenças e aos doentes. As práticas do isolamento e da quarentena aplicavam-se não só às embarcações, como também aos indivíduos doentes ou suspeitos, às famílias, e até a cidades inteiras.

Conforme a autora, a hipótese do contágio envol.

via dois problemas cruciais no século anterior: um, de ordem teórica, outro, de ordem econômica.

O primeiro problema referia-se à limitação ex plicativa da teoria, ou seja, ela não respondia suficientemente ao fato de determinadas pessoas contraírem doenças e outras não, apesar de estarem em contato com pessoas doentes. Por isso, nessa época, sucederam-se inúmeros embates, no meio mé dico, entre o grupo dos contagionistas e o dos anticontagionistas. Pela própria limitação de suas explicações, os anticontagionistas utilizavam com "sucesso" os flancos abertos da explicação da causalidade da doença, mas, ao mesmo tempo, não tinham suporte teórico suficiente, necessitando recorrer à teoria do miasma na sua contra-argumentação³².

O segundo problema, que Tesh qualificou como político e econômico, concernia à questão do entrave econômico quanto à tomada das medidas de controle das doenças, como o isolamento e a quarentena³³. Tesh mostra que estas medidas de combate não tinham maiores consequências na economia agrícola da Idade Média, mas que, no século XIX, com a Revolução Industrial em plena efervescência, a quarentena, por exemplo, representava um "desastre", na medida em que era um obstáculo ao comércio, à mobilidade da mão-de-obra, enfim, à construção da sociedade industrial³⁴.

Dessa maneira, Tesh, a seu modo, tentou mostrar como as medidas sanitárias estavam vinculadas ao processo de reestruturação das condições de produção e formação capitalista empres ária.

Com efeito, a quarentena e o isolamento aparecem, no século passado, como um dos graves problemas para a expansão da economia capitalista de produção.

Assim, visando à superação dos entraves que impediam a expansão das formas produtivas, as idéias dos anticontagionistas começa, cada vez mais, a ganhar corpo, reflorescendo com vigor a teoria do miasma e todos os seus desdobramentos quanto à conceituação, metodologia, enfim, à forma de atuação das políticas sanitárias moldando e sendo moldadas às novas necessidades criadas pelas transformações das forças produtivas e das relações sociais de produção. Do ponto de vista ideológico, os opositores dos contagionistas apresentavam a hipótese do miasma como uma nova idéia, mais ligada ao progresso, à liberdade, ao individualismo, enfim, à ideologia liberal.

A teoria atmosférica, outra das teorias mencionadas, teve sua origem na noção hipocrática de que a doença estava relacionada ao clima. A conexão entre a atmosfera e a doença tem sido objeto de preocupação desde há muito tempo, datando da Grécia Antiga e, segundo Tesh, retornou, no século passado, como suporte teórico dos anticontagionistas.

Martins³⁵, ao analisar a dimensão biológica e social da doença, teceu algumas considerações a respeito da teoria dos miasmas, a qual inspirou, como se afirmou acima, boa parte das explicações sobre as causas da doença. A autora, apoiando-se em Rosen, assim se expressa com relação à ori

gem e ao significado da teoria dos miasmas:

"A teoria dos miasmas data da Grécia Antiga, onde floresceu uma concepção dinâmica da doença. Esta não seria um mal localizável no corpo, mas um desequilíbrio entre os quatro humores que se encontravam em harmonia no organismo do homem com saúde: o quente, o frio, o úmido e o seco. A morbidade seria determinada pela incapacidade do organismo de suportar oscilações entre uma qualidade e seu contraste, como por exemplo, o quente e o frio. A physis (natureza), tanto no interior do corpo quanto no mundo externo, estaria em um estado dinâmico de equilíbrio entre diferentes qualidades. No meio externo, ocorrências como variações atmosféricas corruptoras do ar poderiam desequilibrar a natureza, provocando epidemias".

Os defensores da teoria atmosférica acreditavam, portanto, que o ar pestilencial era causado por furacões ou mudanças sazonais, ou mesmo por desequilíbrios atmosféricos. Neste sentido, o homem é visto como um ser impotente frente às doenças, uma vez que esta concepção apresentava-se como externa e incontrolável aos olhos dos indivíduos³⁶.

A relação entre a doença e a atmosfera tinha outras variantes significações, durante a Idade Média, quando atribuíam o ar pestilento aos maus odores que emanavam dos corpos pútridos, dos restos em decomposição, etc. Os defensores do miasma acreditavam no perigo do odor em si mesmo, e, para

tanto, recomendavam, entre outras medidas, a limpeza, a ventilação e o enterro dos mortos o mais profundamente possível.

No século XVII, segundo Martins³⁷, "a doença foi descrita, obedecendo uma ordenação racional que tomava como modelo a Botânica. Apresentada como um retrato em que se detalham os sinais visíveis e os sintomas, as analogias encontradas iriam definir a doença, segundo classe, gênero e espécie". E, como lembrou Martins, os fatores tais como "a idade, modo de vida e outros seriam acidentes que desfigurariam a essência da doença".

A partir de então, já no século XIX, o conhecimento sobre as explicações da causalidade das epidemias, começou a ganhar mais consistência, tornando-se mais organizado, mais sistematizado. As epidemias, explicadas dentro da abordagem da multicausalidade, envolviam tanto elementos geográficos quanto sociais, como, por exemplo, o clima, a pobreza, a estação de ano, os focos de pestilência, as qualidades do solo, etc. Os adeptos dessa concepção julgavam que a conjugação de tais fatores predispunham às epidemias. Em consequência, propunham medidas sanitárias mais globais, o que exigia a interferência do Estado³⁸ para o controle das doenças.

Em resumo, no período em tela, os defensores da teoria do miasma aliavam a questão dos maus odores, dos gases nocivos, aos aspectos sociais, ou seja, usavam como argumento as descrições das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, denunciando a relação doença-pobreza/odor³⁹. Os

trabalhos de Chadwick em 1842, na Inglaterra, já citados an
tes, ilustram bem esta forma de pensar⁴⁰.

Como se salientou, a questão sanitária, nesse pe
ríodo, ganhou fórum político de debates e discussões de tal
modo que, em 1848, foi criada a reforma médica em vários paí
ses europeus.

Como bem assinala Tesh, o reconhecimento do ca
ráter miasmático da doença veio em resposta ao obstáculo eco
nômico provocado pela explicação da teoria do contágio e pe
las medidas por ela propostas. Seu retorno, portanto, deveu-
se mais à vitória da classe dominante, voltada aos interesses
econômicos do que à suposição da precisão de uma teoria mais
abrangente e mais explicativa da causalidade da doença.

Outra das teorias vigentes no século XIX, a teo
ria sobrenatural, explica as doenças como causadas por forças
extraterrenas, sobrenaturais. Esta teoria esteve presente e
foi a concepção dominante desde o início da sociedade. Segun
do Cohen⁴¹:

"As primeiras imagens sobre a natureza da doença, sua
causa e cura, derivam do fato de que nos primórdios
da história humana, a religião, a filosofia e a medi
cina formavam uma única disciplina". "... Assim, sur
giu o mais primitivo conceito da natureza e causa da
doença, denominando, devido a influência de maus es
píritos, um conceito apropriadamente chamado de "demoníaco".

De acordo com Tesh, esta teoria está relacionada ao autoritarismo presente em determinados momentos por que as sociedades passaram e o domínio sobre os indivíduos era exercido em nome de algum deus ou demônio.

Como as epidemias atacavam relativamente mais os pobres do que os ricos, estes fundamentavam-se na teoria sobrenatural para repreender os pobres pelos seus supostos comportamentos "pecaminosos", ou seja, pelas suas "preguiças, excessos e imundíces". Nessa medida, a inscrição à teoria sobrenatural representava-se politicamente como necessária.

No século XIX, configurou-se também a teoria do germe que, no início, aparecia em estudos esporádicos, mas que vinham sendo há muito tempo esboçada e se foi afirmando com inúmeras pesquisas, dentre as quais se destacam as de Leeuwenhoeck — que observou as bactérias e protozoários no microscópio —, e de Jacob Henle, em 1840, que descreveu a tão famosa relação entre doença e microorganismos⁴².

Martins⁴³, referindo-se a Henle, afirma:

"De importância fundamental foi a metodologia proposta por Jacob Henle (1809-1885) para a pesquisa da causa das doenças. Critica as teorias então vigentes, afirmando serem as doenças causadas por organismos microscópicos de natureza orgânica e vegetal. O efeito produzido por essa matéria mórbida seria proporcional à quantidade encontrada no organismo, e cada

doença seria provocada por um agente específico. Para comprovar sua teoria, Henle recomendou o seguinte procedimento metodológico: a) verificação da presença constante do microorganismo; b) isolamento deste meio de uma mistura de substâncias; c) reprodução da doença a partir do microorganismo isolado".

No entanto, os trabalhos mais significativos sobre o assunto surgiram apenas no final do século passado, com as descobertas feitas por Louis Pasteur e Robert Koch.

Segundo Costa⁴⁴ as descobertas de Pasteur decorreram da necessidade de aumentar o conhecimento sobre os processos de fermentação e putrefação de diversas mercadorias, sobretudo quanto à perda de produtos por contaminação, em virtude do crescimento da sua demanda pelas novas populações urbanas. Estimulado pelos produtores de vinho e cerveja, Pasteur começou, em meados do século XIX, seus estudos sobre fermentação e chegou a conclusão de que esse processo estava sujeito à presença de determinados organismos. E, ao pesquisar a doença do bicho-da-seda, cerca de 1868, demonstrou que ela era provocada por dois parasitas, donde inferiu, por conseguinte, pela possibilidade da relação causal entre germe e doença.

Koch, por sua vez, descobriu, no final da década de 1870, a existência do bacilo causador do carbúnculo, demonstrando, assim, a relação entre o germe e a doença.

Koch concentrou suas pesquisas nos métodos téc

nicos para o cultivo e estudo das bactérias, ao passo que Pasteur e outros detiveram-se nas investigações dos mecanismos de infecção e desenvolveram os conhecimentos de prevenção e tratamento das doenças contagiosas.

Em pouco tempo, as descobertas de Pasteur e Koch estimularam vários outros avanços no conhecimento biológico, revelando a causa microbiana das doenças, tais como: o tifo (bacilo encontrado em tecido - Eberth), a lepra (Hansen), a malária (Laveran), tuberculose e cólera (Koch), a difteria (Klebs e Loeffler), o tétano (Nicolaiier), a peste (Yersin e Kitasato), a febre amarela (Finlay), etc.⁴⁵

Neste sentido, Tesh afirma:

"A identificação de determinados microorganismos ligados às doenças específicas tornou possível desenvolver maneiras de suprir o corpo com defesas contra sua invasão. Em alguns casos, predominantemente com as viroses, isto significou administrar às pessoas uma vacina que induz as células a fabricarem anticorpos contra um micróbio específico. Em outros casos, classicamente com a bactéria, substâncias, tais como os antibióticos, têm sido desenvolvidas para destruir um microorganismo uma vez que ele começou a crescer dentro do corpo".

Entretanto, como bem apontou a citada autora, reportando-se aos estudos de Thomas McKeown, a incidência de

quase todas as doenças infecciosas começou a cair antes mesmo da introdução de vacinas e antibióticos, o que a levou a salientar que os "... eventos sociais e políticos que afetam o nível de vida, mais do que os germes, podem ser determinantes evidentes da saúde ou doença, e que a causalidade das doenças é bem mais complexa do que a infere a teoria germinal".⁴⁶

Entretanto, é inegável o avanço que se deu na Medicina, ocasionado pelas descobertas bacteriológicas, advindo daí inúmeras investigações no sentido de identificar a origem biológica das doenças. O efeito desses esforços, de acordo com a análise de Costa⁴⁷, foi "a demonstração inconteste de que os microorganismos produzem as doenças infecciosas e não vagas emanções miasmáticas dos ambientes pobres e decaídos da cidade".

A explicação da causalidade das doenças a partir desta teoria, caracteriza-se pela sua centralização na relação agente-hospedeiro, isto é, focaliza-se sobre a doença biologicamente definida, relegando a dimensão social da doença ao ostracismo.

Ao considerar a teoria do comportamento pessoal como uma das teorias prevalentes na explicação da causalidade da doença, no século XIX, Tesh procura, com essa explicitação, deixar claro o seu ponto de vista, qual seja, o de mostrar as implicações político-ideológicas da forma de pensar a causalidade da doença.

Em geral, segundo a autora⁴⁸, os analistas consideram apenas a teoria germinal e ambiental "...obscurecendo (pois) o fato de que algumas hipóteses sustentam apenas mudanças pessoais para prevenir a enfermidade, enquanto outras implicam mudança na produção industrial". "... Estes autores, portanto, omitem o drama político por trás das questões médicas".

A teoria do comportamento pessoal surgiu não como uma oposição a outras teorias da causalidade da doença mas, ao contrário, está, muita vezes, inserida nas outras, ou seja, ela aparece como ponta das teórias dominantes - a geminal e a ambiental.

A noção de que a doença resultava de um comportamento pessoal inapropriado era defendida pelos teóricos do comportamento e, neste sentido, implicava considerar o homem como o próprio responsável pela sua doença ao "escolher" viver de forma não-saudável. Tanto esta teoria, quanto a sobre-natural, elegiam como ponto crucial a noção do livre-arbítrio, ao levar em conta o comportamento humano como uma questão puramente de escolha pessoal.

O livre-arbítrio em saúde, como assinala Tesh, significou, para o governo, o "*laissez-faire*" do capitalismo. Em outras palavras, o livre-arbítrio acompanhava os princípios dominantes em uma determinada fase do capitalismo, onde o "*laissez-faire*" constituía a palavra de ordem da economia política.

Os defensores da teoria do comportamento pes
soal argumentavam que as dietas impróprias (considerando-as com
mo artificiais), a falta de exercícios, a imundice e a estafa
emocional, afetavam significativamente a saúde, aparecendo,
pois, como fatores predisponentes às doenças.⁴⁹

Esses fatores, por sua vez, faziam parte da
ideologia "burguesa", segundo a qual, se realçava a conexão
saúde-natureza. Viver no meio mais "natural", segundo as leis
"naturais", representava o princípio norteador da "boa" saúde.

Entretanto, conforme Tesh⁵⁰, a equação saúde-
natureza, significa, "... numa sociedade não igualitária, que
a vida saudável é acessível somente às classes média e alta.
Sugerir a uma trabalhadora têxtil, em 1830, que sua saúde de
pendia dela mudar a dieta (quando ela quase não tinha dinhei
ro para comprar as comidas mais baratas), de ter acesso a quan-
tidades abundantes de água (quando ela arrastava um pouco de
água de um poço distante), ou na sua habilidade para se rela
xar num banho de sol (quando o stress, o sobretrabalho e vi
ver em favelas apinhadas definiam sua vida), era tão inútil
quanto cruel".

Em suma, as críticas da autora centralizavam-se
em determinados pontos, a saber:

- a) na questão da acessibilidade dos trabalhadores aos meios
"naturais" de prevenção da doença;
- b) na questão da noção saúde-doença ligada à natureza, molda-

da segundo os padrões e expectativas de vida da classe mé
dia e alta, e

- c) na questão do livre-arbítrio, imputando à escolha pessoal o desejo de "sair da pobreza e viver saudavelmente".

O comportamento pessoal, segundo esta perspectiva, passa a ocupar o primeiro plano de análise da causalidade da doença, enquanto que, sob a abordagem da teoria do germe, o comportamento pessoal correspondia ao nível intermediário ou secundário. Nessa medida, vê-se, a título de exemplo, que a questão da desnutrição tem como causa básica a inadequação ali
mentar por parte do indivíduo (não sabe comer), o que transfor
ma a educação, como medida preventiva, portanto, em elemento fundamental. Outro exemplo relaciona-se aos motivos do declí
nio do aleitamento materno no mundo ocidental, onde eles são atribuídos a fatores pessoais, tais como: a estética da mu
lher, o trabalho da mulher, etc., enfim, a fatores relativos ao conhecimento, à atitude e ao comportamento perante o alei
tamento materno.

O eixo motor preventivo, quanto às razões do declínio do aleitamento materno, está, pois, na "conscientizaç
ção" da mulher. É dentro desta perspectiva que, no atual século, sobretudo a partir de 1950, se multiplicou o interesse pelos estudos denominados KAP (*Knowledge, Attitude and Practice*), que constituíram, desde então, o padrão de referência da maioria dos estudos empíricos em saúde. Os resultados do KAP pre
tendiam fornecer subsídios aos programas educativos, com o obje
tivo de mudar nos indivíduos os conhecimentos (incorretos

ou ignorados), as atitudes não favoráveis, considerando sobretudo as modalidades sociais e culturais do tipo "tradicional", que constituiriam um obstáculo à aceitação dos princípios da "boa saúde" e das práticas adequadas.

É inegável que o emprego desse tipo de pesquisa empírica, com seus métodos e técnicas, ganhou em extensão, principalmente pela efervescência múltipla com que as pesquisas foram descritas. Esses estudos possibilitaram uma ampla fotografia dos problemas em saúde, em especial permitindo visualizar as diferenças culturais, econômicas e sociais, relacionadas a um determinado aspecto.

Por outro lado, no âmbito do KAP, os estudos ainda carecem de análise mais aprofundada, ou seja, ao se considerar as variáveis associadas, tais como as sociais, econômicas e culturais suspensas em um espaço genérico, não se conhecem as estruturas econômicas, sociais e culturais que as determinaram. Em outras palavras, "ignora-se a estrutura de classes e as funções das instituições na configuração dos valores e padrões de comportamento"⁵¹. As tentativas de síntese descritiva, frente à natureza das referidas associações de variáveis, desligadas do contexto social global, faziam-se presentes nas teorias implícitas ou explícitas que orientaram os estudos do KAP, e nessa perspectiva, é claro, distingue-se a teoria da Modernização, que será explicitada em outra parte deste estudo.

Após a digressão sobre os estudos do KAP, é pre

ciso lembrar que a teoria do comportamento pessoal, retornando à sua discussão, também se circunscreve a determinados problemas, como, por exemplo, o fumo, o *stress*, a obesidade, o alcoolismo, as drogas, os medicamentos, etc.

Finalmente, as implicações políticas e econômicas, assinaladas por Tesh sobre essa teoria, traduzem-se, de forma simplificada, na noção da falta de saúde como resultado de escolha pessoal.

Ao descrever as principais teorias explicativas da causalidade da doença, norteadoras de medidas preventivas de saúde, adotadas no século XIX, é possível levantar a hipótese de que essas mesmas teorias forneceram elementos necessários ou suporte teórico para que, no século atual, fosse plausível a construção do modelo da História Natural da Doença⁵². Ou, em outros termos, as teorias explicativas da causação da doença possibilitaram a geração da explicação da multicausalidade das doenças, incorporando, em seu modelo de análise, as três instâncias: agente, hospedeiro e meio ambiente.

No estágio anterior à construção do modelo da história natural da doença, as teorias explicativas da causação da doença centralizavam-se em diferentes objetos de análise, que se situavam em planos igualmente diferentes. Desse modo, a teoria do germe privilegiava, como objeto de análise, apenas os microorganismos, situando-se no plano do agente; as teorias do comportamento pessoal e do sobrenatural analisavam basicamente os fatores pessoais, localizando-se, assim, no

plano do hospedeiro e, por fim, a teoria atmosférica tinha, como objeto de análise, o ar, o clima, ou mesmo, os gases, . permanecendo dessa forma, no plano do meio ambiente.

Dado o privilegiamento do objeto de análise restringir-se a um único plano ou nível, a questão da redução fazia-se presente, ora a nível do agente, ora a nível do hospedeiro, ora a nível do meio ambiente, fato que implicava em maior fragilidade e limitação na explicação do processo saúde-doença.

Os diferentes objetos de análise, considerados, até então, de forma estanque e, portanto, limitada, engendram logicamente a necessidade de combinar os três elementos - agente, hospedeiro e meio-ambiente -, resultando na construção de um modelo explicativo do processo saúde-doença, como possibilidade de síntese desses elementos. Surge, assim, o modelo da História Natural da Doença, que encerra a saúde-doença enquanto processo, mesmo que natural.

● A Saúde como objeto de estudos das Ciências Sociais na América Latina

A abordagem da saúde como objeto de estudo das Ciências Sociais no Brasil requer, para sua compreensão, o conhecimento do quadro geral da América Latina, uma vez que esta reflete as influências recebidas de um contexto mais amplo, como já se mencionou antes. A fim de compreender o assunto saúde-sociedade mais claramente, tanto no Brasil quanto na América Latina, traçar-se-á um panorama sintético das tendên

cias que autores como Donnagelo⁵³, Nunes⁵⁴ e Teixeira⁵⁵ identi
ficaram em seus estudos.

A partir da produção científica com maior teor de elaboração, Nunes observa que a relação saúde-sociedade, en
quanto objeto de estudos das Ciências Sociais, é de origem re
cente na América Latina, ocorrendo nas três últimas décadas deste século.

Em seu trabalho, Nunes adota um critério de pe
riodização histórica, situando três períodos quanto às insti
tuições de pesquisa em saúde na América Latina: o primeiro, de
fins do século XIX até 1930; o segundo, de 1930 até 1950, e o
terceiro, a partir da década de 1960. Nunes justifica o crité
rio, apoiado em Juan Cesar García⁵⁶, afirmando que ele parte
do pressuposto de que as mudanças que ocorrem nas instituições
da saúde são um reflexo das mudanças na estrutura social e
que essa situação também parece acontecer na pesquisa cientí
fica em saúde.

Dessa forma, entre 1880 e 1930, a pesquisa bac
teriológica e parasitológica foi a tônica, mais ligada aos
problemas decorrentes da produção agroexportadora. Entre 1930
e 1950, desenvolveu-se a pesquisa básica e clínica relaciona
da ao crescimento hospitalar provocado pela industrialização.
Já a partir de 1960, em particular na década de 1970, houve um
renascimento da medicina tropical, que passou a caminhar ao
lado do novo interesse pela produção agropecuária, além dos
estudos sobre os serviços de saúde, impelidos pela necessida-

de racionalizar o setor, perante a diminuição dos gastos estatais.

No período que vai de 1880 a 1930, as pesquisas, subvencionadas pelo Estado e realizadas pelas instituições que seguem os padrões dos grandes institutos europeus⁵⁷, giram sobretudo em torno do campo de higiene, destacando-se a investigação sobre doenças tropicais. García assinala que, nas três primeiras décadas deste século, a Saúde Pública exerce maior predomínio, ao passo que a atenção médica só passa a dominar a partir de 1940.

A preocupação com a dimensão social em saúde é, de fato, bem recente, considerando que os progressos da bacteriologia ocultaram, por longo tempo, os fatores sociais. Tanto isso é verdade que, nos países da Europa e da América Latina, o avanço rumo ao social foi retardado ou suspenso, privilegiando o enfoque biológico. E, com efeito, somente por volta de 1950, começa uma valorização do social nos países latino-americanos, estimulada, entre outras causas, pelas propostas de reformas de educação médica. Por exemplo, na sua revisão bibliográfica, de 1980, a Organização Pan-Americana de Saúde observou que, de 1.300 referências coletadas utilizando variáveis sociais, houve, entre 1950 e 1970, um acréscimo considerável na quantidade de referências nessa área, alcançando mais de 1.000 referências na década de 1970⁵⁸.

Os estudos realizados nas décadas de 1950 e 1960, buscam a reconstituição da realidade social, sob o ângulo an

tropológico, seguindo o modelo funcionalista. Nesse período, a incorporação da ciência social no campo de saúde é feita sob uma roupagem aparentemente neutra, designada de Ciência da Conduta. Este revestimento impunha-se como necessário na quele momento, devido à busca de legitimidade de sua identidade. Mercer⁵⁹, além de comentar a adoção dessa rubrica, mostra o significado desse deslocamento: "... sobressai o fator político e os preconceitos implícitos, que se buscavam salvar evitando o deslize de relacionar o social com o socialismo. Porém, a consequência desse deslocamento era significativa quanto ao objeto de estudo, pois neutralizava a sociologia, orientando-a para a conduta individual, em lugar de indagar sobre as relações sociais, as instituições, a ideologia".

Todavia, ao final da década de 1960, segundo Donnangelo⁶⁰, "já se verifica na área da Epidemiologia esforços sistemáticos de alargamento do âmbito de explicações do fenômeno da doença através do recurso ao modelo da História Natural da Doença. As limitações analíticas de tal modelo face às possibilidades de interpretação do social encontram-se hoje suficientemente reconhecidas. Dificilmente se pode entretanto invalidar o fato de que a multiplicação dos estudos epidemiológicos, abrindo espaço para a questão da distribuição demográfica da saúde-doença, contribui para adensar o reconhecimento de sua distribuição social".

Em 1972, a Reunião de Cuenca representou um marco na mudança da postura funcionalista, até então predominante, para o enfoque estrutural-histórico⁶¹. Nesse sentido, re

tomam-se questões na área da saúde, recolocando-as dentro de marcos teóricos e metodológicos, rompendo com o funcionalismo, de início com base nas críticas quanto às limitações explicativas do modelo da história natural da doença, dos desvios ideológicos, e na parcialização da realidade estudada.

Segundo Nunes⁶², essa reflexão crítica surgiu como resposta a uma série de questões, tais como a de que:

1. "da observação de que a posição de classe explica muito melhor que qualquer outro fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante;
2. do equívoco da suposição "desenvolvimentista" de que as condições de saúde coletiva melhorariam, como resultado automático do crescimento econômico;
3. da percepção de que o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou num avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela;
4. da noção de que a distribuição destes serviços entre os diferentes grupos e classes sociais - que está em relação inversa às necessidades de cada um - não depende de considerações econômicas, políticas e ideológicas".

Donnangelo⁶³, analisando a produção de conhecimentos na área da saúde coletiva, a partir de 1970, acrescenta: "... que a posição ocupada pela saúde coletiva no contexto das práticas sanitárias brasileiras se expressa atualmente em um conjunto de tendências de ampliação e recomposição de

seu espaço de intervenção, ou correspondentemente, de seu campo de saber e prática". Nesse sentido, a autora, além da ampliação, assinalada por Nunes, salienta o movimento de recomposição do espaço da área da saúde coletiva, como tendências principais.

No entanto, apesar de destacar as duas tendências, Donnangelo esclarece que "Essas tendências não afetam substantivamente a dominância da medicina assistencialista individual", acrescentando ainda que elas "São na verdade, ao menos parcialmente, expressão daquela dominância e da forma de institucionalização da medicina individual". A autora avança em suas reflexões, ao afirmar que: "Elegendo historicamente como objeto o indivíduo, a medicina vem procedendo a sucessivas aproximações em relação a esse objeto através de um processo cumulativo de conhecimentos. As reatualizações do conhecimento e da intervenção médica, ainda quando envolvam ampliações da concepção sobre o individual desde a perspectiva organicista até a noção de todo bio-psicossocial, não têm levado propriamente à recomposição do objeto ou à elaboração de um novo campo de saber^(*). As intervenções pontuais da medicina sobre um organismo situado em um ponto qualquer do espaço idealizado entre a normatividade da ciência biológica e o desvio patológico têm encontrado no conhecimento das ciências naturais, em particular no conhecimento biológico sedimentado através de quase dois séculos, sua suficiente base conceitual", caracterizando-se, pois, "a relativa cristalização de seu objeto de saber e prática"⁶⁴.

(*) Grifos nossos.

Ainda segundo Donnangelo, as práticas designadas como saúde coletiva caracterizam-se de maneira heterogênea, comportando múltiplos objetos ("... o meio, objeto privilegiado das práticas de saneamento ambiental e do específico conhecimento que as fundamenta; o agente patogênico e seu campo de expansão e contenção reconstruídos a partir do saber biológico; o social como efeito do coletivo ou alternativamente como campo estruturado de práticas.") e distintos campos (da ciência natural à ciência social), permitindo, todavia, identificar objetos de saber e de intervenção própria da saúde coletiva.

Falando sobre a especificidade da saúde coletiva, Teixeira⁶⁵ assim se exprime: "A heterogeneidade apontada (por Donnangelo) não deve esconder a identidade que acarreta a adoção do coletivo como objeto - em qualquer de suas acepções - qual seja, a possibilidade e necessidade de tomar este coletivo em suas manifestações histórico-concretas, o que remete sempre à necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção".

Nesse sentido, identificam-se, no campo das Ciências Sociais em Saúde, variantes da produção de conhecimentos na área, caracterizada por "marcadas variações temáticas, pela ênfase em distintos objetos e em distintos campos de saber, por variações temáticas e metodológicas de análise, por distintas opções sobre modelos experimentais". E, ainda, conforme Donnangelo analisa, "essas variações reproduzem, efetivamente, a amplitude possível da gama de conotações assumidas

pela noção de coletivo: coletivo/meio; coletivo/conjunto de indivíduos; coletivo/interação entre elementos; coletivo como conjunto de efeitos ou conseqüências da vida social; coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas"⁶⁶.

A última noção do coletivo, apontada por Donnangelo - "coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas" -, tem sido um dos pontos centrais abordados pelos teóricos da nova vertente de estudos na América Latina, desde a segunda metade da década de 1970, como já foi mencionado.

No presente trabalho, contudo, o que importa salientiar é que, embora se reconheça a importância de se analisar o social a partir da abordagem há pouco assinalada e do efetivo avanço conseguido até o momento, ainda não se descortinou por completo o "como fazer", ou seja, não há regras metodológicas mais abrangentes que dêem conta das determinações sociais sobre os fenômenos a serem estudados.

Em linhas gerais, as temáticas em 1978, dentro da nova abordagem divisada, concentraram-se, em particular, na "determinação social das doenças", na "atenção à saúde" e nas "formas alternativas de organização do serviço à saúde"⁶⁷.

Por fim, é relevante observar que em 1982, segundo Teixeira⁶⁸, "houve uma pequena mudança nas temáticas prevalecentes, com a diminuição de ênfase nos modelos alternativi

vos de organização dos serviços de saúde, cujos pressupostos foram progressivamente assimilados, ao nível do discurso da política oficial; com a atribuição de maior prioridade ao estudo das relações entre processo de trabalho e saúde/doença, e, finalmente, com a maior ênfase à produção e utilização de tecnologia e à criação de uma infra-estrutura científico-tecnológica em saúde. Manteve-se a prioridade à análise das políticas, instituições e modalidades das práticas de saúde".

NOTAS E REFERÊNCIAS

1. Uma descrição circunstanciada da história das Ciências Sosiais em Saúde na França, Alemanha e Inglaterra, a partir do século XVIII, e até o período mais recente, encontram-se nas obras de A. ROSEN, G. *A history of public health*. New York, MD Publications, 1958, ^b. _____. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979,, ^c. _____. A evolução da medicina social. In: NUNES, E.D., coord. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global Ed., 1983, p. 27-82.
2. FERNANDES, F. *Ensaíos de sociologia geral e aplicada*. São Paulo, Livraria Pioneira Ed., 1960.
3. VILLERMÉ, L.R. apud. ROSEN, G. Op. cit. 1^c. p. 47.
4. ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 81-5.
5. VIRCHOW, R. apud ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 83.
6. WAITZKIN, H. The social origins of illness: a neglected history. *Int. J. Hlth Serv.*, 11(1):77-103, 1981. O autor preocupado em resgatar as origens sociais da doença, sob o ângulo do pensamento marxista, aponta Virchow como um dos seus expoentes. Enfatiza em sua análise a distinção entre as doenças chamadas naturais e artificiais, elaborada por Virchow, como forma de demonstrar a influência das forças so

ciais sobre determinadas doenças.

7. Ver a este respeito: TAYLOR, R. & RIEGGER, A. Medicine as social science: Rudolf Virchow on the thyphus epidemic in upper Silecia. *Int. J. Hlth. Serv.*, 15(4):547-59, 1985.
Os autores localizam o Relatório de Virchow no contexto do movimento da reforma médica de 1848 e analisam sua influência no desenvolvimento da medicina social. Mostram que as análises de Virchow sobre as epidemias, transcendem o campo médico, esboçando um programa revolucionário de reconstrução social.
8. O trabalho de Villermé também é mencionado, entre muitos, por GOLDBERG, M. Cet obscur objet de l'epidemiologie. *Sci. soc. Santé*, (1):55-110, 1982.
9. ROSEN, G. Op. cit. 1^a. p. 47.
10. STERN, B.J. A saúde das cidades e o primeiro movimento de saúde pública. In: NUNES, E.D., coord. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global Ed., 1983. p. 83-94.
11. GUÉRIN, J. apud ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 49.
12. ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 232.
13. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976. p. 66.

14. O que Ringen chamou de redirecionamento do trabalho, ou seja, o deslocamento da mão-de-obra abundante e disponível das áreas rurais para as áreas centrais urbanas, de maior necessidade, abrindo assim, as comportas à mobilidade no mercado de trabalho. Assim, estabelecendo-se na Inglaterra, um mercado de trabalho competitivo. RINGEN, K. Edwin Chadwick, the market ideology and sanitary reform: on the nature of the 19th. century public health movement. *Int. J. Hlth Serv.*, 9(1):107-20, 1979.
15. DONNANGELO, M.C.F. Op. cit.¹³ p. 66-7
16. Ringen, a seu modo, também descreveu o interesse de Chadwick na reforma sanitária: "Chadwick reconheceu o potencial político de realizar ações legislativas para melhorar a saúde". Isto porque, de "1775 a 1850 (...), o padrão de vida da classe trabalhadora estava se deteriorando, a despeito do fato de que o produto interno bruto aumentasse entre 16 e 29% por década (...). "Parece, portanto, que o estado declinante de saúde estava intimamente ligado a um crescente índice de exploração econômica". Por outro lado, Ringen salientou também que "as condições de saúde estavam levando a uma radicalização da classe trabalhadora (...), de tal forma que a reforma sanitária representava um "meio para estabilizar a classe trabalhadora potencialmente revolucionária". Outro motivo apontado pelo autor, foi o "efeito das condições insalubres de vida sobre o uso e o custo de programas para os indigentes. Chadwick prometera que a Nova Lei dos Pobres cortaria de um

terço o custo dos programas (...). E, a partir de 1840, o uso dos serviços começou a aumentar consideravelmente (a % de indigentes em relação ao total da população nesta época era de 7.7 e, em 1847 tinha se elevado a 10.1%).

"Daí, era óbvio que a situação do mercado competitivo estava criando necessidades que tinham de ser resolvidas se se quizesse manter a estabilidade social, como também os recursos poupados". E finalmente, havia o motivo de que "as epidemias que eram favorecidas pela situação da classe trabalhadora, estavam se espalhando pelos seletos limites das elites". RINGEN, K. Op. cit.¹⁴ p. 114-5.

17. Na década de 1830, já havia trabalhos indicativos com ênfase no social. Entretanto, a esfera de preocupação centrava-se mais na dimensão moral sobre as questões da saúde-doença, de ocupação, de habitação e da morbi-mortalidade da classe trabalhadora. Para comprovar essas idéias, ROSEN cita os trabalhos de Kay, Thackray e Gaskell neste período. ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 90-5.

18. CHADWICK, E. apud ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 235.

19. ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 235.

20. RINGEN, K. Op. cit.¹⁴ p. 116.

21. GREENHOW, E.H. apud ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 98.

22. SIMON, I. apud ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 100.

23. WAITZKIN, H. A marxist view of medical care. *Ann.intern. Med.*, 89(2):264-78, 1978.
24. WAITZKIN, H. Op. cit.⁶.
25. Além dos mencionados, Waitzkin, assinala também os trabalhos de Salvador Allende, que, embora pertença a uma época histórica bem posterior, contribuiu sobremaneira para o avanço do caráter social da doença. Sobre o trabalho de Engels, cf. também BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1978. p. 57. e SILVA, L.J. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 19: 377-83, 1985.
26. A análise de Engels sobre a saúde dos trabalhadores, faz parte de seu trabalho mais abrangente acerca das condições do operariado, sob o capitalismo no século XIX, ENGELS, F. apud WAITZKIN, H. Op. cit.⁶.
27. Transcrevemos a seguinte passagem para demonstrar a forma irônica como Engels se posicionava diante de seu compromisso político junto à classe trabalhadora, quanto à situação de doença gerada pela exploração econômica. "Esse é o preço pelo qual a sociedade compra para as finas damas da burguesia o prazer de usar renda; um preço razoável na verdade. Somente alguns milhares de operários cegos, algumas filhas de trabalhadores tuberculosos, uma geração doentia da multidão repulsiva transmitindo sua debilidade

para seus filhos igualmente repulsivos e para os filhos dos filhos... Nossa burguesia inglesa deixará indiferentemente de lado o relatório da Comissão Governamental, e as esposas e filhas se cobrirão de rendas como antes". ENGELS, F. apud WAITZKIN, H. Op. cit.⁶.

28. ENGELS, F. apud WAITZKIN, H. Op. cit.⁶.

29. Idem, ibidem.

30. Estamos denominando a teoria social da doença aquela enunciada por Engels.

31. Sua contribuição reside também no fato de ter demonstrado as similitudes das teorias existentes no século passado com as atuais teorias explicativas da causação de doença, orientando as doenças crônicas. TESH, S. Political ideology and public health in the nineteenth century. *Int. J. Hlth Serv.*, 12(2):321-42, 1982.

32. A limitação da explicação da causação da doença sob a ótica do miasma, é assim ilustrada por TESH: "... eles (os anticontagionistas) não puderam explicar uma série de questões, a falta de epidemia, particularmente da Febre Amarela em algumas cidades sujas, ou mesmo o aumento da incidência das doenças respiratórias no inverno, quando o odor é menor". TESH, S. Op. cit.³¹ p. 327.

33. Martins, em seu trabalho, afirma sobre esta questão: "Os

prejuízos que a quarentena trazia ao comércio tornaram o século XIX em palco de ardorosas discussões, sobre a pertinência ou não dessa medida...”, o que nos inspirou a buscar novos elementos elucidativos. MARTINS, I.S. A dimensão biológica e social da doença. São Paulo, 1985. p. 104. (Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP).

34. De acordo com RINGEN, a "quarentena era um vestígio odiado do mercantilismo, pois não acomodava o capitalismo do "laissez-faire". As quarentenas isolavam, de 21 a 40 dias, os navios, passageiros e cargas vindos de um porto infestado. Mas durante esse período o comércio mundial estava avançando rapidamente. Entre 1840 e 1860, as exportações inglesas aumentaram uma média anual de 7,3%. De fato, como Hobsbawn argumenta, o comércio internacional tinha de ser estimulado durante esse período a fim de se livrar da vasta quantidade de capital que estava sendo acumulado na Inglaterra, pois a economia doméstica não tinha capacidade suficiente para absorver esse capital. Se a esse capital não fossem dados mercados estrangeiros, através de comércio e de investimentos externos diretos, ou se o intento tivesse sido investir todo o capital domesticamente, a economia inglesa teria sido colocada em perigo através da inflação e da estagnação. Daí, as quarentenas não estavam em sintonia com os tempos...". RINGEN, K. Op. Cit.¹⁴ p. 115.

35. MARTINS, I.S. Op. cit.³³ p. 104.

36. Um dos principais recursos utilizados no combate às doen
ças era a defumação do ar pestilento, por vários métodos,
tais como, acender a fogueira, explosões de canhões causa
dos por artilharias e uso de fragrâncias. TESH, S. Op.
Cit.³¹ p. 335-6.

37. MARTINS, I.S. Op. cit.³³ p. 105-6.

38. A discussão clássica, suscitada pela contradição aparente
entre os princípios do "laissez-faire", e a proposta de
intervenção do Estado, mereceu atenção por parte de vá
rios autores, mostrando que, na verdade, o princípio do
"laissez-faire" era mais teórico do que prático. Sob o prin
cípio do "bem comum", introduziu-se a intervenção estatal
no domínio da economia de mercado, como também na Saúde.
O Ato de Saúde Pública de 1848, na Inglaterra, represen
tou a própria intenção do Estado em intervir diretamente
na saúde dos indivíduos.

39. Vale lembrar que no Brasil, na década de 1920, os discur
sos médicos, que procuravam denunciar as péssimas condi
ções de trabalho nas indústrias, incorporavam a teoria at
mosférica. RAGO procedendo a um registro circunstanciado
sobre esta temática, citou, entre outros, OLIVEIRA NETTO,
o qual passar-se-á transcrever seu discurso: "Os (edifí
cios das fábricas) do nosso Estado, além de acanhados, qua
se todos construídos sem orientação da engenharia sanitá
ria, são inteiramente destituídos de dispositivos necessá
rios à renovação do agente purificador. Dest'arte é o ar

destes estabelecimentos confinados, oferecendo cheiro ca
 racterístico, repugnante. O operário, em tais dependên
 cias exercendo seus misteres, via de regra se habitua fa
 cilmente com esse estado; não sente as desagradáveis sen
 sações e fenômenos conhecidos que um estranho experimenta,
 ao se deter por instantes nesse ambiente. Todavia, o ata
 que se vai operando lentamente. Apresenta distúrbios a
 que não liga importância. De assíduo ao trabalho começa a
 faltar, sentindo e dizendo aos seus não ser o mesmo homem
 enérgico de tempos passados. Enfraquece-se a atividade de
 suas funções orgânicas. É menos capaz, resiste menos à fa
 diga. Moléstias infecciosas o atingem com freqüência. Do
 mina-o a fadiga. Em breve, a anemia, a tuberculose (...)".

E como bem ressaltou RAGO, "a obsessão com a sujeira, com
 a poeira, com a emanação de gases nocivos e com a falta
 de arejamento e iluminação justificava a preocupação médi
 ca com a degradação física e moral do operariado". (cf.
 OLIVEIRA NETTO, J.R. *Profilaxia das causas diretas de in*
salubridade das fábricas de fiar, tecer e tingir algodão.
Comentários à situação das fábricas paulistas em face des
tas causas. Bol. Soc. Med. Cíurg. S. Paulo, 5:181, 1922,
apud RAGO, L.M. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade dis
ciplinar - Brasil 1890-1930, Rio de Janeiro, Ed. Paz e
Terra, 1985, p. 42).

40. ROSEN, G. Op. cit. 1^b. p. 95, 234-7.

41. COHEN, H. The evolution of the concept of disease. *Proc.*
roy. Soc. Med., 48:155-60, 1953.

42. TESH, S. Op. cit.³¹ p. 326.

43. Op. cit.³³ p. 110.

44. COSTA, N. do K. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1985, p. 27-8.

45. ROSEN, G. Op. cit. 1^a. cap. 7.

46. TESH, S. Disease causality and politics. *J. Hlth Polit. Policy Law*, 6(3):369-90, 1981.

47. COSTA, N. do R. Op. cit.⁴⁴ p. 27.

48. TESH, S. Op. cit.⁴⁸ p. 370.

49. No início, eram enfatizados a dieta e a água (advindo daí, a hidropatia - tratamento das doenças pela água - que estimulou a busca da fonte de águas minerais, a imersão em lamas aquecidas, etc.), e, posteriormente, foram acrescentadas outras medidas, como o ar puro, a limpeza, os exercícios moderados, etc.

50. TESH, S. Op. cit.³¹ p. 333.

51. CAMARGO, C.P.F. de. *Objetivos de pesquisas de fertilidade*. São Paulo, Ed. CEBRAP/Ed. Brasileira de Ciências, 1973. p. 176-9 (Estudos CEBRAP, 3).

52. LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
53. DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil - a década de 70. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983, p. 19-35.
54. NUNES, E.D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: NUNES, E.D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p. 29-79.
55. TEIXEIRA, S.M.F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E.D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p. 87-109.
56. GARCÍA, J.C., apud NUNES, E.D. Op. cit.⁵⁴ p. 34.
57. NUNES, E.D. Op. cit.⁵⁴ p. 34-5.
58. OPS/OMS. Bibliografia latino-americana sobre ciências sociais aplicadas a salud. BADGLEY, R.F. (org.) et al., apud NUNES, E.D. Op. cit.⁵⁴ p. 35.
59. MERCER, H. As contribuições da sociologia à pesquisa em

saúde. In: NUNES, E.D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p. 222-25.

60. DONNANGELO, M.C.F. Op. cit.⁵³ p. 30.

61. Ver referência à Reunião de Cuenca em: GARCÍA, J.C. Apresentação. In: NUNES, E.D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p. 27; MERCER, H. Op. cit.⁵⁹ p. 224-5; AGUDELO, S.F. As doenças tropicais; da análise de "fatores" à análise de "processos". In: NUNES, E.D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p. 294.

62. NUNES, E.D. Op. cit.⁵⁴ p. 39.

63. DONNANGELO, M.C.F. Op. cit.⁵³ p. 19.

64. Idem, ibidem, p. 20-1.

65. TEIXEIRA, S.M.F. Op. cit.⁵⁵ p. 88.

66. DONNANGELO, M.C.F. Op. cit.⁵³ p. 27.

67. AROUCA, A.S.S., apud TEIXEIRA, S.M.F. Op. cit.⁵⁵ p. 100.

68. TEIXEIRA, S.M.F. Op. cit.⁵⁵ p. 100-1.

1.2. CARÁTER SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Neste item tentar-se-á mostrar, os diferentes conceitos da dimensão do social embutido no processo saúde-doença, como por exemplo, o que se entende por saúde e as diversas abordagens existentes sobre o assunto, que, em última análise, direcionam a maneira de divisar o problema e a consequente intervenção sobre ele. Assim, tem-se como propósito situar o quadro de referência teórico a ser utilizado por este estudo, qual seja, a análise dos fatores sociais sobre a prática do aleitamento materno.

A consideração acima remete à necessidade de se retomar a análise, ainda que de forma superficial, a questão da causalidade em diferentes momentos da evolução do pensamento, quando, tanto o conhecimento na área da saúde, como as mudanças nas práticas historicamente definidas, foram sendo geradas.

A idéia de causalidade inicialmente aparece na Medicina, associada ao conceito de analogia, e, com o aparecimento da clínica e da anatomia patológica, passa-se a discutir a causa das enfermidades a partir da Toxicologia e das doenças contagiosas¹.

Por outro lado também, a idéia das determinações das doenças, como produto do século passado, segue-se, da visão multicausalista das doenças ao enfoque uni-causal. A

partir do modelo da história natural das doenças, há o retorno da visão multicausalista. E, como já se referiu antes, surge mais recentemente, uma vertente alternativa, qual seja, a da determinação social das doenças.

Breilh², analisando a correspondência entre as etapas do avanço geral das sociedades, o papel que desempenhou a prática epidemiológica e as formas de desenvolvimento do conhecimento, assinala que cada uma destas etapas assinaladas caracteriza-se por um tipo de pensamento epidemiológico dominante, mas que "não deixou de existir um pensamento democrático para servir-lhe de oposição". Assim, Breilh afirma: "Dessa forma, à teoria "contagionista" e ao absolutismo opuseram-se concepções sociais como as de Marx, Engels, Virchow, Chadwick e Espejo; à teoria unicausal microbiana de predominância clínico flexneriana, que acompanha a hegemonia inicial do capitalismo monopolista em seu início, opuseram-se as colocações como as de Sigerist, Stern, Rosen, Molina e San Martin, e, em épocas mais recentes, às concepções ecológicas-funcionalistas de MacMahon e Leavell-Clark opõem-se teses como as de Berlinguer, Navarro, García, Laurell e Arouca. A espiral dialética do avanço do conhecimento epidemiológico constitui uma síntese particular da luta ideológica"³.

Segundo Laurell⁴, praticamente todo o conhecimento dominante existente sobre a doença refere-se a seus aspectos biológicos. Na teoria, essa situação corresponde à existência de modelos e conceitos biológicos da doença, que dela se ocupam enquanto processo biológico do indivíduo ou de par

te deste. Assim definidos, segundo a autora, os fenômenos de saúde e doença, de fato, nada têm de histórico ou social. Nessa medida, é perfeitamente possível, por exemplo, "estudar e entender a morfologia e a química de um tumor sem considerações sociais ou históricas".

Na verdade, Laurell⁵ não nega a legitimidade de formular o problema da doença em termos apenas biológicos, ela reconhece a contribuição da produção de certos tipos de conhecimento, dentro deste âmbito. "O problema teórico surge na interpretação do alcance e da explicação do conhecimento assim produzido". "Em geral, supõe-se que a explicação biológica esgota o processo saúde-doença", isto é, julga-se que "a doença começa e termina nos processos biológicos".

Laurell propõe, tentando ultrapassar os limites do paradigma biológico e individual da doença, que o fenômeno saúde-doença da coletividade deve ser tratado em diferentes níveis e que cada nível tem especificidade própria, que requer, portanto, teorização específica.

Com efeito, um primeiro nível representa a doença enquanto processo biológico do indivíduo; um segundo, qualifica a doença como resultado da interação de três fatores biológicos — o hospedeiro, o agente e o ambiente —, cada qual com seus mecanismos dinâmicos de adaptação, e, por fim, num terceiro nível, o processo saúde-doença apresenta-se como um fenômeno social e coletivo.

Em geral, de acordo com a autora, trata-se o

terceiro nível como se ele fosse redutível ao primeiro, ou, na melhor das hipóteses, ao segundo, ou seja, converte-se o fenômeno coletivo de saúde-doença num problema quantitativo, ao considerá-lo como a simples soma dos fenômenos biológicos individuais presentes em determinado grupo social. Julga-se, dessa forma, que basta entender e resolver o fato individual para se resolver o problema coletivo, o que não corresponde à realidade. A fim de compreender melhor o caráter social da saúde-doença da coletividade, convém voltar ao problema dos modelos de causação, segundo as diversas formas de abordagem da explicação do processo saúde-doença.

Segundo Breilh⁶, com o advento do capitalismo, o imenso desenvolvimento tecnológico das ciências físico-químicas e naturais, forjado na industrialização, permitiu o grande avanço da Medicina e, paulatinamente, a substituição das explicações de caráter sobrenatural, contagionista ou miasmático.

Os descobrimentos microbiológicos, estimulados pelas empresas de exploração em territórios tropicais, impactaram decididamente a reconceituação da causação. Nessa reconceituação, a causa da doença passa a ser um agente — parasita, bactéria e, depois o vírus — com capacidade de desencadear processos biológicos, externos ou internos ao organismo. Esta nova visão da causação da doença substitui, como já foi visto, as concepções dominantes no início do século passado.

Embora possua limites interpretativos bem defi-

nidos, de vez que possibilita explicar a doença em função dos próprios processos biológicos, esse tipo de raciocínio causal ainda é incompleto e insatisfatório. Baseando-se nele, é possível, por exemplo, afirmar que o bacilo de Koch é a causa da tuberculose, visto que, quando há lesões e sintomatologia ca racterísticas dessa doença, o bacilo está sempre presente. No entanto, ele não permite explicar por que só algumas pessoas e não todas aquelas infectadas pelo bacilo adoecem; tampouco ex plica por que alguns grupos sociais apresentam elevada frequên cia dessa doença, ao passo que em outros é praticamente nula⁷.

Em suma, a teoria unicausal ou monocausal foi, aos poucos, perdendo a capacidade de oferecer uma resposta adequada às necessidades do sistema no campo da Epidemiologia. Com efeito, ela havia conduzido, no campo dos serviços, à formulação de complicados sistemas de atenção, apoiados numa custosa infra-estrutura técnica de diagnóstico e de tratamento. Como era de se prever, os resultados não foram tão alenta dores, pois os vultosos investimentos nesse tipo de assistên cia médica permitiram que a ele tivessem acesso apenas peque nos grupos pertencentes às classes dominantes ou grupos de trabalhadores especializados, que eram, portanto, custosos e indispensáveis para a produção capitalista⁸.

● A Teoria da Multicausalidade do Processo Saúde-Doença

Em relação aos conceitos do segundo nível, apon

tado há pouco, observa-se uma tendência a substituir as análises unicasais por aquelas que consideram a multicausação do processo saúde-doença⁹.

Um dos defensores da teoria da multicausalidade, MacMahon¹⁰, afirma que os fatos nunca dependem de causas únicas, e, quanto à relação saúde-doença, ele a pensa em termos de uma rede de causação, isto é, considera que a causa da doença não é única, mas que ela coexiste com várias outras. Assim, a Epidemiologia lançou-se na busca de uma multiplicidade de relações causais de fenômenos empíricos, validados pelo critério estatístico¹¹, desembocando na chamada rede de causação.

Ainda seguindo o raciocínio de MacMahon, pode-se observar que a primeira grande divisão entre as relações causais é feita pela estatística, que distingue as associadas e as não-associadas estatisticamente, e, dentro desta primeira, aquelas classificadas como associações causais direta e indireta, tudo isso compondo, ao final, uma rede de causação. E o mesmo autor reconhece que a distinção entre a relação causal direta e a indireta é relativa. Nesse sentido, então, todas as relações causais são indiretas, dependendo do maior ou menor conhecimento que se tenha em relação à qualidade da causa direta.

No caso do tétano, por exemplo, a causa direta, num primeiro momento, foi atribuída a feridas contaminadas, em seguida ao agente, após a identificação do bacilo *C.tetani*, e, posteriormente, verificou-se que a causa da doença estava não

no agente em si, mas numa toxina por ele produzida — a tetanoespasmina —, que era responsável pelo quadro clínico.

Levando em conta o exemplo acima, observa-se que a causa direta vai-se modificando sucessivamente, dependendo de um maior conhecimento científico do objeto de estudo. Em resumo, graças à complexidade infinita da rede de causas, as sinalado por MacMahon, chega-se à conclusão de que é impossível conhecer globalmente a realidade, de vez que ela não pode ser apreendida em sua totalidade, donde se deduz também que as soluções sempre serão parciais.

Em última instância, depreende-se desse tipo de análise que não se tratava de chegar às verdadeiras causas do problema, mas, bem mais, no dizer de Breilh e Granda¹², de "colocar uma cortina ideológica que distorça a realidade, porém permita ao mesmo tempo obter resultados pragmáticos adequados (...) cortando a cadeia causal mediante a supressão ou modificação de uma das variáveis intervenientes no aparecimento do problema, com a finalidade de tentar diminuí-lo a níveis toleráveis, sem tocar nas causas estruturais que possam desequilibrar o sistema".

● A História Natural das Doenças

Dentre as concepções multicausalistas do processo saúde-doença, uma das mais importantes é a História Natural

das Doenças, de Leavell-Clark¹³. Segundo este modelo, as causas se ordenam dentro de três possíveis categorias ou fatores que intervêm e condicionam o aparecimento e o desenvolvimento da doença: o agente, o hospedeiro e o ambiente.

Os três fatores (agente, hospedeiro e ambiente) acham-se inter-relacionados em constante equilíbrio, tanto que o comportamento anormal de qualquer um deles pode causar transtornos nos outros. Assim, a presença de um ambiente desfavorável (por exemplo: existência limitada de alimentos) provoca transtornos no hospedeiro (baixa de defesa) e a ativação do agente que permanecia em estado não agressivo (por exemplo: bacilo de Koch) e a conseqüente ruptura do equilíbrio de todo o sistema, com o aparecimento da doença - a tuberculose.

O modelo de Leavell-Clark tem capacidade explicativa precisa nas análises de alguns problemas específicos.

O trecho, a seguir transcrito, de Laurell¹⁴, demonstra com clareza o alcance desse modelo de explicação da causação da doença. Assim, Laurell referindo-se à teoria de Leavell-Clark, afirma que ela "Pode, por exemplo, no mesmo caso citado, explicar por que uns adoecem e outros não, visto que especifica que o adoecer não depende somente do hospedeiro entrar em contato com o agente, mas também das condições de adaptação de ambos e de sua relação com o meio ambiente. Pode, além disso, dar alguns elementos para o entendimento da patologia diferencial dos diversos grupos, porque mostra que determinadas condições ambientais expõem certos grupos ao ris

co de adoecer de determinados padecimentos. Essas explicações porém não saem do marco biológico. O que afirma é, por exemplo, que um grupo apresenta maiores problemas de gastroenterite devido a que seu meio está contaminado com agentes que dão origem a essa patologia; e que os mineiros sofrem com maior freqüência de silicose por sua exposição à poeira de silicatos. Essa explicação causal parte, pois, de uma condição biológica particular, para especificar qual é a condição ambiental que a provoca".

● Abordagem Ecológica

A teoria da multicausalidade buscando ampliar seu nível de explicação, circunscrito à relação agente-hospedeiro, incorpora um terceiro elemento de análise — o meio ambiente —, o qual passa a constituir, com os dois elementos anteriores, a chamada tríade ecológica. O meio ambiente, entendido como englobando todos os fatores físicos, químicos e sociais, possibilitou o avanço de uma visão social do processo saúde-doença.

San Martín¹⁵, um dos representantes mais significativos da escola ecológica afirma: "Saúde e enfermidade são manifestações da relação ecológica entre o homem e seu ambiente. Desta relação dinâmica participam três fatores ecológicos: o agente causal ou agentes causais, o hospedeiro ou indivíduo afetado, o ambiente que compreende a ambos". Para o autor, o processo saúde e doença envolve a idéia de equilíbrio e adaptação.

O mesmo autor distingue três grupos de fatores na etiologia da doença: a constitucional (influências genéticas), as deficiências ou anomalias nos fatores ambientais (alimentação, exercício, repouso, educação, etc.) e os agentes externos diretos da enfermidade (micróbios, parasitas, traumatismos, etc.). Todos estes fatores, por sua vez, dependem dos fatores exógenos e endógenos. San Martín, acrescentando ainda, afirma que: "De todos os fatores exógenos, os de caráter sanitário e os sociais são os que têm maior importância. Frequentemente eles atuam como fatores predisponentes, mas também podem atuar como provocadores e como influências mantenedoras". Nesse sentido, os fatores sociais das doenças são compreendidos a partir da idéia de "influências", atuando sempre como fatores circunstanciais e intermediários.

Assim, conforme Barbosa¹⁶ esclarece, a concepção de San Martín sobre o processo saúde-doença ("O Homem e o Meio"), refere-se ao sentido ecológico mais restrito, "no qual o ecológico está limitado ao componente físico-biológico do ambiente no qual vive o homem". E, esclarece ainda que: "Quando muito, os outros componentes do meio, os relacionados com o social, o econômico e o cultural, são tratados concessivamente, como mais alguns elementos analisáveis, separadamente, ao lado dos demais componentes acima referidos".

Breilh¹⁷, ao analisar as diversas abordagens sobre o processo saúde-doença, comenta a visão ecológica, de forma bem explícita, nos seguintes termos: "... há uma tendência a interpretar a sociedade como um agregado de elementos

homogêneos, de caráter ecológico da sociedade e do meio ambiente em que este se desenvolve. Ao converter as expressões externas ecológicas ou naturais em critérios de explicação dos fenômenos, faz desaparecer a determinação econômico-social dos mesmos. Esta artificiosa manobra de naturalização ou ecologização dos problemas atua como base teórica para colocar, do ponto de vista epidemiológico, que as leis que os regem e as ações que se fazem necessárias são do tipo fundamentalmente ecológico e biológico, deslocando a consideração dos fundamentos econômicos sobre os quais se desenvolve a vida social. Assim, em lugar de interpretar processos sociais (e, entre elas, a saúde-doença) como expressões de certos modos de produção das classes sociais em que estas dividem a sociedade, e, em lugar de explicar as razões pelas quais cada classe social está exposta a diferentes riscos de adoecer e possibilidades de manter a saúde, se acha um sistema ecológico equilibrado (isto é, a não mudança) que passa a ser sinônimo de normalidade (isto é, a saúde); ao contrário, tudo que rompe o equilíbrio é considerado como patogênico ou anormal (isto é, a doença). Ao não considerar que a sociedade está dividida em classes, deixa de lado esta categoria científica e considera a população como um conglomerado homogêneo, no qual as diferenças se reduzem a variações secundárias, fundamentalmente de caráter biológico (sexo, idade, etc.) ou a outras variações de caráter quantitativo individual (ocupação, salários, etc.).

Não há dúvida de que a teoria ecológica contribuiu para uma melhor compreensão do processo saúde-doença, possibilitando a abertura de um leque maior, envolvendo outros

fatores, e o retorno do social, ainda que fazendo parte do meio ambiente.

Entretanto, o segundo nível de explicação — a multicausalidade — calcado dentro de um marco biológico e individual, não é totalmente satisfatório para uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, uma vez que se vale do mesmo instrumental teórico-metodológico para a abordagem do contexto social. A fragilidade da teoria multicausal reside justamente na extrapolação teórica pois, ao utilizar os mesmos instrumentos das ciências biológicas na abordagem do social, ele passa a recuperá-lo de maneira fragmentada, ou seja, a partir de uma somação de características individuais, que acabam por representar as categorias sociais, definidoras de um conceito específico do "coletivo" (concepção estatística de população).

Face ao exposto, essa teoria apresenta limitações ao ser generalizada a um nível de abstração maior (não busca mecanismos causais globalizantes). Tais limitações são originadas pela própria ação parcializadora do modelo de vez que, nele, os três elementos (agente, hospedeiro e meio ambiente) não se encontram hierarquizados com o mesmo potencial de ação causal.

Sobre o assunto, Arouca¹⁸ afirma: "Portanto, a noção de causa em Epidemiologia distribui os caracteres dos elementos em um espaço plano de identidades de essências, ou seja, iguala-se o estado econômico do paciente com o soro que

permanece nas seringas, com a higiene deficiente, com as carac
terísticas biológicas do vírus da hepatite, com o conhecimen-
to terapêutico, etc."

Com efeito, as relações que os hospedeiros esta
belecem coletivamente entre si não são levados em consideração.
A análise, por exemplo, não se detém na articulação dos fenô
menos sociais, em qual o seu lugar dentro desta estrutura e
em qual tipo de visão de mundo isso implica. Nessa reflexão,
o social não participa como um mecanismo de explicação, mas,
antes, é simplesmente referido, ou como caráter dos indiví
duos (por exemplo, status econômico e social), ou como pano
de fundo do modelo (atributos).

Arouca¹⁹ assim se expressa acerca das lacunas
do modelo multicausal: "O que está encoberto nesta relação é
a convivência conflitiva entre as diferentes teorias do so-
cial e suas diferentes abordagens e conclusões, já que, por
exemplo, não existe identidade entre categorizar indivíduos se
gundo sua renda, escolaridade, profissão, etc., afirmar uma
estratificação social por um lado, e pelo outro, afirmar a so
ciedade dividida em classes, segundo as posições que os sujei
tos ocupam no processo produtivo e a pertinência de indivíduos
a estas classes. Assim, dentro da primeira abordagem, o so
cial é atribuído, e assim, ele é colocado na História Natu
ral; na segunda, o social é princípio vinculado ao conceito de
trabalho (que na primeira aparece como ocupação). De forma tal
que a dimensão privilegiada do social é o atributo indivi
dual, em detrimento da determinação estrutural e das relações

sociais".

Outro ponto refere-se à questão da solução dos problemas de saúde que, pela própria característica inerente a sua forma de análise, é apresentada em termos técnicos, *referindo-se a esta* ~~afirmando~~ *forma dominante:* ²⁰ Novaes esclarece melhor esse ponto, afirmando que "Só o conhecimento do processo histórico natural permite intervenções tão mais eficientes quanto mais técnicas elas forem. É assim que, para os autores (deste modelo), recomendações do tipo educação sanitária, aconselhamento matrimonial, controle da promiscuidade sexual, são proposições que envolvem e denotam uma certa ingenuidade até, pois são tidas e vistas como recomendações puramente técnicas." Nessa medida, problemas de ordem político social são "resolvidos" de um ponto de vista técnico, neutro. Novaes, ainda se referindo ao assunto, complementa que "Não há mais especificidade, não há mais história, não há mais o homem existindo social e historicamente, há um processo saúde-doença, um homem em geral, uma técnica neutra."

● Determinação Social do Processo Saúde-Doença

A análise crítica do conceito dominante do processo saúde-doença, baseado nos modelos de monocausalidade e multicausalidade; mostrou, como foi visto, sua restrita capacidade explicativa, seu agnosticismo e a "biologização" do social dele decorrente²¹.

Dessa forma, o que se propõe a seguir consiste numa nova abordagem do social em saúde, designada como Epidemiologia social.

Essa proposta alternativa considera que a epidemiologia não se ocupa do processo saúde-doença no indivíduo, mas no grupo humano. Ao julgá-lo como característica da coletividade, o objeto de estudo exclui, então, a sua concepção dicotômica (saúde e doença) e o recupera como processo orgânico. Não se trata, porém, do processo orgânico do indivíduo, mas da coletividade que, como tal, resulta de um modo específico de apropriar-se da natureza por meio de determinada forma de organização social²². Sai-se depreende o seu caráter social e biológico, caráter agora reformulado, visto que o processo saúde-doença coletivo não se verifica, na realidade, se não através de uma série de parâmetros, em geral de ordem biológica, que exprimem as condições de saúde de um grupo, definido segundo as categorias sociais. Nessa medida, portanto, esta abordagem não reduz o problema à quantidade (o fenômeno saúde-doença de um grupo como soma dos fenômenos individuais), mas o considera qualitativamente diferente. Ela parte das relações e dos processos sociais de que os indivíduos participam, e que definem os grupos e as classes sociais, para explicar como eles dão origem a determinadas patologias. Assim, a doença, como fenômeno individual, é, com efeito, a manifestação concreta dos processos sociais que determinam a saúde coletiva e ela se mostra justamente porque esses processos desencaixam e transformam as relações entre o hospedeiro, o agente e o meio, ambiente²³.

A epidemiologia designada como social, em resumo, não permanece apenas na constatação dos fenômenos individuais, mas também e sobretudo constata os distintos perfis patológicos, vistos ao longo do processo histórico — decorrente da própria transformação da sociedade; os perfis em diferentes sociedades segundo o grau de desenvolvimento e organização social e os diferenciais patológicos no interior das classes sociais de uma mesma sociedade²⁴, problemas para os quais as explicações do primeiro nível (modelo unicausal) e do segundo nível (modelo multicausal) não conseguiam apresentar soluções satisfatórias. Daí se depreende, pois, que o nível social inclui outros níveis, embora os reformule.

Assim, ele não nega a existência e a relevância do fenômeno biológico nem a importância do processo de adaptação entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, mas os recoloca dentro de um contexto histórico-social.

Conforme Laurell aponta, as categorias biolôgicas não são diretamente aplicáveis neste nível de abordagem do processo saúde-doença porque, ao se partir delas, não se produz o tipo de conhecimento que se busca, visto elas estarem definidas em função de aspectos parciais do fenômeno que se quer explicar, ou seja, não há coincidência direta entre determinada entidade patológica e uma situação sócio-econômica concreta.

Em suma, de acordo com a autora, ao nível de análise proposta pela Epidemiologia social, o que interessa

saber não é qual situação social corresponde a uma doença X, como categoria biológica específica, mas, sim, que problemática de saúde corresponde a determinado momento histórico de uma formação social concreta. Em outras palavras, não é provável que uma entidade patológica, assim definida por suas características biológicas, tenha uma causa social particular, mas é de se esperar que certos processos sociais causem várias doenças biologicamente diferentes, as quais podem vir a constituir as categorias próprias do nível social dos fenômenos de saúde e doença.

● Sobre a Crítica da Multicausalidade do Processo Saúde-Doença

A partir da década de 1970, como já se afirmou, com a crise do capitalismo, foram produzidos, na América Latina, diversos estudos analisando as limitações da teoria da multicausalidade como forma de explicação maior do processo saúde-doença.

Não resta dúvida quanto à posição ideológica assumida, nem quanto ao esforço empreendido por esses autores — críticos das teorias positivistas e neopositivistas —, e com os quais esta autora partilha o mesmo devir histórico. Contudo, é necessário também discutir alguns pontos importantes que fazem parte do pensamento de alguns críticos desse tipo de saber.

Uma das características subjacentes à teoria da

multicausalidade ou à rede de causação refere-se à homogeneização das variáveis, ao não estabelecimento de um sistema de prioridade de variáveis, cujo critério de julgamento, a partir do pressuposto teórico de igualdade de condições, repousaria na análise estatística.

Na realidade, verifica-se que a hierarquização das variáveis (que orienta a busca das causas), quando contraposta à sua homogeneização, já se encontra embutida nas análises pois, de certo modo, a biologização do social constitui uma hierarquia, bem como o social não discriminado, genérico, representa uma manifestação de predominio do fator biológico.

Com efeito, a homogeneização das variáveis (a indeterminação das variáveis), pode ser até certo ponto discutível, ao se conservar, nessas análises, os fatores biológicos, tanto do agente quanto do hospedeiro, onde os fatores sociais são colocados em segundo plano. Ademais, outro ponto a se salientar é que, no fundo, o reconhecimento ou a apresentação do social como apêndice, pano de fundo, complemento, secundário, ou fazendo parte do "ambiente", entra em contradição com a questão da homogeneização.

Em decorrência disto, portanto, a discussão que se faz à crítica das abordagens multicausalistas (de se colocar as variáveis biológicas e sociais num mesmo plano), apresentada de forma genérica, contradiz com a idéia da predominância do biológico sobre o social.

Os autores que buscam rediscutir a relação do

biológico com o social em níveis de explicação, como é o caso de Laurell, parecem fornecer elementos para superar essa contradição dentro da lógica do pensamento.

Por outro lado, é possível também buscar outros argumentos, no sentido de salientar a existência de uma hierarquização de variáveis implícita na teoria, na escolha do problema a ser investigado, na seleção do elenco de variáveis, e no sentido da própria aceitação dos limitados resultados obtidos.

Em suma, o que se tentou mostrar até aqui, é a discussão de como é analisado o aspecto da homogeneização das variáveis dentro da abordagem da multicausalidade, pressupondo-se que a homogeneização ocorra durante todo o processo da análise quando, na verdade, se quer salientar que ela acontece num determinado momento, ou seja, no momento das associações e correlações entre as variáveis biológicas e sociais, atribuindo, portanto, o mesmo peso aos distintos campos analíticos.

A consideração supracitada, em torno da questão da homogeneização dos diferentes campos de análise do processo saúde-doença, é relevante, de vez que intenta-se analisar, de modo mais profundo, os passos analíticos desta linha de raciocínio.

Enfim, aqui se torna importante recolocar a questão das dimensões sociais e biológicas em planos distin

tos mas articulados entre sí, cada uma comportando um específico campo estruturado de saber e prática²⁵.

NOTAS E REFERÊNCIAS

1. AROUCA, A.S. da S. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas, 1975, 160 p. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas]
2. BREILH, J. & GRANDA, E. Os novos rumos da Epidemiologia. In: NUNES, E.D., org. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p. 241-53.
3. Idem, Ibidem, p. 245.
4. LAURELL, A.C. Alguns problemas teóricos e conceituais da epidemiologia social. *Rev. Centro Amer. Cienc. Salud.* 3: 79-87, 1977. [Separata, p. 1-8]
5. Idem, Ibidem, p. 2-3.
6. BREILH, J. & GRANDA, E. *Investigación de la salud en la sociedad*. Quito, Ediciones del Centro de Estudios y Asesoría em Salud, 1982, p. 18-20.
7. LAURELL, A.C. Op. cit.⁴, p. 3.
8. BREILH, J. & GRANDA, E. Op. cit.⁶, p. 20.

9. Iniciada na década de 1930, esta teoria consolidou-se em 60 e até hoje é aceita na produção do conhecimento em saúde. Surgiu no contexto da negação do monocausalismo e da incorporação da corrente filosófica idealista (empirismo e racionalismo).
10. MACMAHON, B. et al. *Métodos de epidemiologia*. México, Presa Médica Mexicana, 1969.
11. Este autor assume como conceito de causa, a noção de associação, pensada em termos estatísticos que associa os eventos em uma escala crescente de ligação.
12. BREILH, J. & GRANDA, E. Op. cit.⁶, p. 22-3.
13. LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro, McGraw-Hill do Brasil, 1978.
14. LAURELL, A.C. Op. cit.⁴, p. 3-4.
15. SAN MARTIN, H. *Epidemiologia da saúde e da enfermidade*. [Texto de apoio - Ciências Sociais 1, PEC/Escola Nacional de Saúde Pública, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, julho de 1983]
16. BARBOSA, F.S. A epidemiologia como instrumento de transformação. [Editorial] *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 1: 137-39, 1985.

17. BREILH, J. & GRANDA, E. Op. cit.⁶, p. 15-6.
18. AROUCA, A.S. da S. Op. cit.¹, p. 163.
19. Idem, Ibidem, p. 166.
20. NOVAES, R.L. A saúde e os conceitos. São Paulo, 1976, p. 107. |Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.|
21. LAURELL, A.C. Acerca de la reconceptualización de la epidemologia. *Salud Probl.*, Xochimilco, México, 8: 5-9, 1982.
22. Idem, Ibidem, p. 8.
23. Idem, Op. cit.⁴, p. 4.
24. Idem, A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D., coord., *Medicina social: aspectos históricos e teóri*cos. São Paulo, Global Ed., 1983, p. 133-58.
25. DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil - a década de 70. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Ensino da Saú*de Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro, 1983, p. 19-35.

1.3. A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

Nos itens anteriores, procurou-se mostrar a gênese da preocupação do caráter social na história da saúde, em especial na França, Alemanha e Inglaterra, atendo-se mais particularmente às diferentes formas de explicação da causalidade da doença no século passado.

O intuito de se buscar a anterioridade do carãter social da doença, em suas distintas correntes explicativas, deveu-se à intenção em reconhecer, nos modelos atuais, algumas similitudes que possam identificar sua formação.

O passo seguinte foi tentar descrever, de modo sucinto, as principais abordagens explicativas do processo saúde-doença, reconhecidas hoje, com o propósito de trazer à tona os aspectos sociais da prática do aleitamento materno (A.M.), com base nesses modelos. Em outras palavras, parte-se do pressuposto de que a forma de explicação da prática do aleitamento materno arrolada na literatura científica, pode ser situada segundo essa(s) abordagem(ns).

Neste item, portanto, passar-se-á à descrição das análises que vêm sendo feitas, acerca da prática do aleitamento materno, em especial ao seu declínio.

Desde a Antiguidade, tem-se reconhecido a importância do aleitamento materno como prática de alimentação e

de nutrição das crianças, bem como tem-se assinalado a rele
vância de vários fatores, sobretudo sociais, ligados à amamenta
ção.

A título de ilustração, pode-se notar que, na Antiguidade, a prática do A.M. era comum e prolongada, variando de 2 a 3 anos. Nessa época, já existia a figura da ama-de-leite, cuja seleção era feita, de modo geral, por meio de um exame cuidadoso, onde se consideravam fatores, tais como a idade, a cor, a casta, a família, o caráter, bem como a forma e o tamanho das mamas. Ademais, para os antigos, a ama-de-leite não era tida apenas como fonte de nutrição e alimentação, mas havia também a crença de que suas características mentais e emocionais eram transmitidas ao lactente por meio do leite¹.

Estudos e pesquisas, efetuados em boa parte nos países ocidentais, têm revelado grande preocupação com o aleitamento materno, principalmente quanto ao seu declínio, tanto em termos de frequência como de duração².

O declínio do aleitamento materno, em linhas gerais, há muito faz parte da temática de estudiosos do assunto. Assim, de tempos em tempos, aparece na literatura a preocupação com essa questão, tanto que, em várias épocas, foram propoostas Campanhas de Aleitamento Materno. Seria interessante, nesse caso, buscar uma hipótese sobre a emergência da questão do aleitamento em determinados momentos de crises agudas das sociedades.

Nesse sentido, parece importante para explicar

esse fenômeno, atualmente emergente, a tomada de consciência do subdesenvolvimento — enquanto expresso por indicadores sociais e econômicos —, que ocorreu de modo mais efetivo após a II Guerra Mundial, em meio à reacomodação do sistema capitalista mundial, quando os organismos, tanto internacionais quanto nacionais, trouxeram à luz o problema das precárias condições de vida que afetavam boa parte da população do mundo. Dentro desta linha de preocupações, o processo saúde-doença da população de países subdesenvolvidos passa a aparecer no cenário mundial de modo mais intenso, por meio de estudos de morbimortalidade, manifestando-se em termos de estatísticas de saúde, diagnósticos de problemas de saúde, educação sanitária, etc. É também no bojo deste quadro de preocupação que ressurtem de maneira bastante marcante os estudos de desnutrição.

Não constitui objetivo desta trabalho, todavia, proceder a uma análise mais aprofundada das razões que levaram os estudiosos a concentrar-se na desnutrição da população dos países subdesenvolvidos, mas apenas delinear alguns aspectos relativos à evolução da produção dos conhecimentos sobre a prática do aleitamento materno, objeto deste item, uma vez que se parte do pressuposto de que a questão do aleitamento não se situa no vazio e transcende, como forma explicativa, a simples existência do fato em pauta.

Entretanto, algumas considerações merecem ser feitas. Segundo Goldenberg³, a preocupação com a desnutrição protéico-calórica, enquanto problema a nível de saúde pública, só se configura de fato a partir da década de 1950, após

a II Guerra Mundial. Tentando situar as razões da preocupação com a desnutrição, a autora deste trabalho afirma o seguinte:

"As novas propostas de estudo da desnutrição, como qualquer outro conhecimento humano, se originam da realidade social. Esses conhecimentos se transformam em meios de intervenção da realidade gerando, na sua evolução, necessidades de revisões. Nesse processo de configuração do conhecimento, acompanhando a evolução do todo social, em meio aos avanços e retrocessos, se delineiam as colocações epidemiológicas dos estudos da desnutrição. Diante do problema da fome e do papel estratégico dos alimentos no período da guerra, ganha destaque a preocupação com a produção de alimentos. Com os avanços tecnológicos obtidos nos primórdios da Revolução Verde, é reforçado o desenvolvimento de uma política de apoio à agricultura no Canadá e Estados Unidos; como decorrência, nas décadas de 50 e 60 observa-se a criação de excedentes agrícolas e conseqüentemente a necessidade de expansão de mercado. Nesse período, segundo Berg, vários países expandem seus programas de ajuda alimentar de instituições como a United Nations Relief Work Agency, United Nations Children's Fund (UNICEF) e World Food Program of the Food and Agriculture Organization (FAO). Esses programas tornaram-se canais internacionais de escoamento de excedentes e de formação de novos mercados, sob o rótulo de suplementação e ajuda alimentar, acobertado, segundo o autor,

pela valorização de ações "humanitárias capazes de aliviar tensões internacionais".

A introdução de problemas de nutrição e saúde pública, como elementos do próprio processo de desenvolvimento econômico, constitui um momento complexo para o qual concorrem uma constelação de circunstâncias históricas e determinados interesses práticos que orientam a forma de interferir na realidade. Assim, vêm pesquisas nutricionais realizadas pela International Committee on Nutrition for Nations Defense (ICCND) em áreas como o Brasil, a partir de 1953, a Campanha Mundial contra a Fome em 1960, Programas de Nutrição Aplicada, análises dos custos benefícios, estudos de métodos de planejamento e avaliação dos Programas de Nutrição Aplicada, propostas para o desenvolvimento de Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, etc.⁴.

Segundo George⁵, o papel das sociedades capitalistas centralizadas na crise alimentar das sociedades capitalistas periféricas tem o caráter de instrumento de controle político e econômico sobre estas mesmas sociedades. Dessa forma, a Campanha Mundial contra a Fome representou, na verdade, um meio de criar condições favoráveis à imposição de tecnologia industrial, gerada a partir do desenvolvimento industrial agrícola, na produção de equipamentos e insumos (sementes, fertilizantes, adubos, etc.). Neste sentido, as soluções técnicas do tipo Revolução Verde, as transferências de tecnologia, as medidas de controle populacional, as ajudas alimentares, dirigidas em grande parte por agro-indústrias multinacionais, re

presentam uma forma de perpetuar os modelos de controle nos países capitalistas periféricos.

Por outro lado, a preocupação com a desnutrição tem seu lugar também no processo de desenvolvimento capitalista brasileiro em sua especificidade histórica, ou seja, a partir de 1930 consolidaram-se, na economia brasileira, as transformações que resultaram no fim da hegemonia agrário-exportadora e o início da dominação da estrutura de base urbano-industrial.

L'Abatte⁶ afirma que é no contexto acima que deve ser entendida a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) e a Sociedade Brasileira de Alimentação em 1940. Pode-se afirmar que não houve a preocupação com a alimentação da população brasileira em geral, mas sim com determinados grupos sociais diretamente relacionados ao processo produtivo de base industrial e, portanto, inserido dentro de uma política trabalhista com objetivos de regulamentar o capital e o trabalho, como também de consolidar o próprio papel do Estado Nacional. A criação do Código da Legislação Trabalhista, a fixação do salário mínimo, a exigência deste em cobrir a alimentação do trabalhador a partir do cálculo da ração essencial mínima, constituem, por exemplo, um conjunto de medidas tomadas no sentido de consolidar a política econômica adotada a partir de Vargas.

Paralelamente a essa política social, ao analisar a produção dos conhecimentos em nutrição, observa-se o

surgimento de uma preocupação com investigações no sentido de mensurar a magnitude do problema da desnutrição nos mais diversos grupos populacionais, como a própria explicação de suas causas, Silva⁷ assim sintetiza as causas da desnutrição apontadas na literatura:

- "a) deficiência de produção de gêneros alimentícios;
- b) baixo poder aquisitivo da classe média e principalmente da classe trabalhadora;
- c) reduzida capacidade popular para a realização de uma conveniente escolha de alimentos, mesmo tendo em vista as dificuldades financeiras com que se defrontam certos setores da população."

É fundamental a contribuição de Silva, no sentido de fazer um levantamento sistematizado de estudos sobre a desnutrição no Brasil, de selecionar os fatores sócio-econômicos associados à desnutrição, bem como de demonstrar a somatória destes fatores, os quais "fazem parte de um sistema articulado que se apóia no esquema da história natural das doenças." A autora vai mais além, ao examinar a "pertinência da inclusão dos fatores, mesmo isolados", e analisa a forma como esta articulação é tratada na literatura.

Dentro dessa busca de explicações das causas da desnutrição, começa a figurar o declínio do aleitamento materno entre as suas causas. Assim, no discurso da Organização Mundial da Saúde (OMS), ele passa a ser apontado como um dos principais responsáveis pelo estado de desnutrição infantil nos

países do Terceiro Mundo. O aleitamento materno é considerado, então, como a "nova arma contra a desnutrição"⁸.

"A substituição do leite humano pelo artificial tem como marco inicial, para os países desenvolvidos, o começo do século XX e, após a II Guerra Mundial, se estendeu aos países subdesenvolvidos"⁹. Segundo Monckberg¹⁰, nos países industrializados a mudança de comportamento não trouxe desvantagens aparentemente significativas para as crianças. No entanto, nos países não desenvolvidos, as conseqüências foram desastrosas. As pesquisas realizadas evidenciaram uma responsabilidade do declínio do aleitamento materno na maior incidência de desnutrição protéico-calórica precoce, associada ao aumento da freqüência das doenças infecciosas, como a gastroenterite, nas crianças, o que contribuiu, portanto, para aumentar os já elevados coeficientes de morbidade e mortalidade na infância.^{11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18}

Ainda segundo os autores assinalados nas referências acima, a relação entre morbi-mortalidade infantil e freqüência e duração do aleitamento materno torna-se mais evidente nas classes sociais mais pobres, devido a uma série de fatores associados, que vão desde as más condições sanitárias até a utilização inadequada de fórmulas de preparação de leite, quando a ingestão de alimentos artificiais muito diluídos ou altamente contaminados, ou mesmo a associação de ambos, é mais fácil.¹⁹

Em geral, os estudos acerca do declínio do alei

tamento materno revelam que os fatores não podem ser explicados por uma única causa, mas por uma multiplicidade de fatores complexos e inter-relacionados.

Os referidos fatores, de acordo com esses estudos, podem ser distinguidos, genericamente, em aspectos biológicos e sociais, que estão em íntima interligação.

De maneira ampla, entre os fatores biológicos, destacam-se nova gravidez, fissura do mamilo, mastite, abscesso mamário, uso impróprio de anovulatórios, hipogalactia, além de outros relativos à cessação do aleitamento materno²⁰.

Conforme Monetti²¹, os fatores biológicos representam apenas 5% dos reais motivos decorrentes de transtornos passageiros por doenças e que menos de 1% das mães, na realidade, apresentam sérios problemas de aleitamento.

Com relação aos fatores "sócio-econômicos", utilizar-se-á uma representação gráfica de Bonnal, citado por Raimbault²², que resumiu o tipo de análise que vem sendo feito quanto aos fatores que "favorecem" o declínio do aleitamento materno (Fig. 1).

Os estudos com relação ao declínio do aleitamento materno mostram que nas sociedades onde persiste a tradição, ou seja, onde os comportamentos e as práticas são mantidos, passando de geração a geração por meio de comunicação interpessoal, a prática do aleitamento ocorre naturalmente. Con

Fig. 1 EVOLUÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM FUNÇÃO DOS FATORES QUE FAVORECEM SEU DECLÍNIO E DAS POLÍTICAS QUE PERMITEM COMPENSAR OU NEUTRALIZAR ESSES EFEITOS.

tudo, na medida em que a sociedade vai-se modificando, sobretudo em função do processo de urbanização, também ocorrem transformações na organização social, onde novos estilos de vida vão-se produzindo e reproduzindo socialmente e, assim, o aleitamento materno, antes natural, passa a ser encarado como uma prática "demodée", ultrapassada.

"A urbanização e a industrialização desordenada contribuíram para o aparecimento em nosso meio de alternativas ao aleitamento natural que foram socialmente aceitas"²³.

Um dos aspectos mencionados por esta linha de raciocínio é a passagem do tipo de estrutura familiar extensa para a nuclear (pai, mãe e filho(s)), mudança que provocou uma redução na influência das práticas tradicionais de alimentação²⁴, uma vez que a família nuclear deixou de contar diretamente com a "assistência" da mãe ou de alguma parenta mais próxima.

Outro aspecto, apontado pelos autores referidos, diz respeito ao papel da mulher na sociedade moderna industrializada, que se modifica e assume características mais diversificadas e descentralizadas. Assim, a mulher não mais desempenha uma função única, qual seja, a de reprodutora e mantenedora da sua prole. Seu cosmo, antes restrito à família, expande-se para a sociedade, isto é, torna-se mais abrangente, passando da família para a sociedade. O trabalho da mulher fora do lar pode ser visto, aqui, como um aspecto desta mudança e, com relação ao aleitamento, a incorporação da mu

lher na força de trabalho assalariado constitui, para certos autores, mais um fator que afeta sensivelmente a prática do aleitamento materno²⁵.

Outro fator, relacionado ao processo de urbanização, decorrente do segundo — trabalho da mulher fora do lar —, diz respeito à legislação trabalhista quanto à maternidade. A licença-maternidade pode (ou não) constituir-se num obstáculo à prática do aleitamento materno, segundo o tempo legal da licença ou das horas de aleitamento permitidas à mãe. Segundo Richardson²⁶, as legislações internacionais, de maneira geral, são estabelecidas mais em função das necessidades do trabalho do que do bem-estar infantil. Elas estão, na verdade, mais voltadas para a manutenção da mulher na força de trabalho, fixando apenas alguns direitos de maternidade, do que especificamente ao incentivo ao aleitamento materno. Outro fator ligado à legislação refere-se à própria inexistência de creches em locais de trabalho.

Além dos fatores supramencionados, a literatura tem apontado a forma pela qual os serviços de saúde são organizados em maternidades e unidades sanitárias.

Nas maternidades, podem ser listados os seguintes fatores: separação de mãe e filho logo após o parto, rigidez de horário, retardo no início da mamada (depois de 12 horas), introdução precoce de algum tipo de alimentação artificial já nos berçários, intervalo prolongado entre as mamadas, inexistência de orientação às mães, etc.²⁷

Referindo-se à separação de mãe e filho logo após o parto, Loyola²⁸ afirma "Os berçários também passam a ser vistos como um obstáculo à amamentação, pelo fato de manterem os recém-nascidos separados das mães; além desta justificativa psicológica, os mesmos argumentos de caráter imunológico que serviram à sua implantação são agora utilizados para justificar a adoção do "rooming-in", prática que vem sendo preconizada nos hospitais do INAMPS desde 1977.

Quanto às unidades sanitárias, ao invés de estimular o aleitamento materno durante a assistência à criança no primeiro ano de vida, favorecem a publicidade do leite artificial distribuindo, indiscriminadamente, leite em pó às crianças em fase de lactação.

Deve-se destacar, ainda, a insuficiente formação do pessoal de saúde em relação à amamentação. O desconhecimento da importância dessa prática, bem como o despreparo do pessoal de saúde para a educação das mães são também mencionados como estímulos para a prática do aleitamento artificial.²⁹

Abordando o problema de "insuficiência do leite materno" e do declínio do aleitamento materno, foi exposto o que segue na I CONVENÇÃO NACIONAL DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA:³⁰

"As opiniões dos médicos e de toda a equipe de saúde contribuem efetivamente para a crença existente em grande número de mães de que seu leite é insuficiente sob o ponto

de vista qualitativo e quantitativo. Nas escolas médicas e de pessoal de saúde o ensino da alimentação artificial foi, pois, fortemente estimulado, enquanto o ensino referente ao aleitamento materno tendeu a desaparecer".

A publicidade comercial em torno dos produtos alimentícios infantis industrializados é outro aspecto salientado por autores como Bader³¹, Jelliffe³², Brown³³, Greiner³⁴, e outros. Por exemplo, de acordo com Jelliffe, as empresas multinacionais, ao realizarem suas campanhas promocionais do leite em pó, podem ser consideradas como uma das maiores responsáveis pelo declínio do aleitamento materno.

Em suma, esse tipo de análise, ainda bastante genérico, tem vigorado na produção do saber acerca do declínio do aleitamento materno e, de certa forma, tem influído na atuação de propostas de intervenção sobre a realidade social.

Nesse sentido, pretendeu-se com este estudo re pensar a questão da prática do aleitamento materno, com a finalidade de contribuir para que medidas que, porventura, venham a ser adotadas na área de Saúde Pública, sejam mais efetivas.

NOTAS E REFERÊNCIAS

1. Ver a este respeito: WICKES, I.G. A history of infant feeding. *Arch. dis. child*, 28: 151-58, 232-40, 332-40, 416-22, 495-502, 1953; FORSYTH, D. The history of infant feeding from the Elizabethan times. *Proc. roy. Soc. Med.*, 4: 110-41, 1911; DAVIDSON, W.D. & DURHAM, N.C. A brief history of infant feeding. *J. Pediatr.*, 43: 74-87, 1953; FOMON, S.J. *Nutrición infantil*. México, Ed. Interamericana, 1976; JELLIFFE, D.B. Evolución de la alimentación infantil. In: JELLIFFE, D.B.: *La nutrición infantil en las zonas tropicales y subtropicales*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1970, p. 13-32 (OMS - Série de monografias, 29).
2. MEYER, H.F. Breast feeding in the United States: extent and possible trend. *Pediatrics*, 22: 116-121, 1958; VAHLQUIST, B. Evolution of breast feeding in Europe. *J. trop. Pediatr.*, 21: 11-18, 1975; HELSING, E. *J. trop. Pediatr.* 30: 244-51, 1984; HOFVANDER, Y. & SJÖLIN, S. Breast-feeding trends and recent information activities in Sweden. *Acta Paediatrica. Scand.*, Suppl. 275: 122-25, 1979.
3. GOLDENBERG, P. Organização social e desnutrição em famílias de baixa renda no município de São Paulo. São Paulo, 1981 (Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo), p. 3.
4. Idem, Ibidem, p. 4-7.

5. GEORGE, S. *O mercado da fome: as verdadeiras razões da fome no mundo*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1978.
6. L'ABBATE, S. *Fome e desnutrição: os descaminhos da política social*. São Paulo, 1982 (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo). p. 2.
7. SILVA, L.M. da. *Desnutrição e estrutura social brasileira*. São Paulo, 1979 (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo). p. 67-8.
8. LOYOLA, A. *A cultura pueril da puericultura*. *Novos estudos*, São Paulo, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), 2: 40-7, 1983, p. 45.
9. BURALLI, K.O. *Contribuição ao estudo da prática do aleitamento materno em uma zona rural do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1978 (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo).
10. MONCKEBERG, F. *Lactancia materna corta: alto riesgo en paises desarrollados*. *Rev. med. Chile*, 104: 676-80, 1976.
11. CUNNINGHAM, A.S. *Infant mortality, breast feeding, and improved health surveillance*. *Pediatrics*, 50: 823-4, 1972.
12. DOUGLAS, J.W.B. apud HARFOUCHE, J.K. *The importance of breast feeding*. *J. trop. Pediat.*, 16: 135-69, 1970.

13. GRULEE, C.G. apud CUNNINGHAM, A.S. Op. cit.¹¹.
14. WOODBURY, R.M. apud CUNNINGHAM, A.S. Op. cit.¹¹.
15. JELLIFFE, D.B. Approaches to village level infant feeding. *J. trop. Pediat.*, 17: 171-4, 1971.
16. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. *Características de la mortalidad em la niñez*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1973 (OPS - Publ. cient., 262).
17. MARIN, P.S. Lactancia natural: desafio en la enfermedad, desnutrición y mortalidad infantil. *Rev. Chil. Pediat.*, 45: 259-60, 1974.
18. BEHAR, M. Una poderosa medicina. *Salud. panamer.*, 7 (3/4): 16-9, 1975.
19. BROWN, R.E. Breast feeding in modern times. *Amer. J. clin. Nutr.*, 26: 556-62, 1973; MONCKEBERG, F. Infant feeding and weaning practice: the problem as it exists in developing countries. *Aust. Pediat. J.*, 9: 48-63, 1973; JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. The infant food industry and international child health. *Int. J. Hlth. Serv.*, 7: 249-54, 1977; REPETTO, G. Influencia de la lactancia materna en el niño. *Rev. Pediatría Santiago*, 16: 119-24, 1973.
20. SOUZA, P.L.R. et al. Desmame precoce. *J. Pediat.*, Rio

de Janeiro, 41(7/8): 39-42, 1976.

21. MONETTI, V. apud SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, Instituto de Saúde. *Projeto de incentivo ao aleitamento materno e manual de informações e instruções para as equipes de saúde*, 1979 (publ. 37).
22. RAIMBAULT, A.M. L'allaitement maternel: influences sur le développement de l'enfance. *Enf. Milieu trop.*, 96: 3-24, 1974.
23. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN).
I Convenção Nacional de Nutrição e Dietética. Mesa-redonda sobre *Aleitamento natural e alimentação na primeira infância e sua repercussão no estado nutricional*. (documento final), Brasília, D.F., 1979 (mimeo).
24. BURTON, R. apud FOMON, S.J. Op. cit.¹; RAIMBAULT, A. M. Op. cit.²².
25. GRAY, R.H. .Breast feeding and maternal and child health. *Cajanus*, 9: 214-22, 1976; HARFOUCHE, J.K. The importance of breast feeding. *J. trop. Pediat.*, 16: 135-69, 1970; PRAY, L.G. et al. Breast feeding, a four and one half year: experience. *J. Pediat.*, 47: 68-72, 1975.
26. RICHARDSON, J.I. Review of international legislation establishing nursing breaks. *J. trop. Pediat.*, 21: 249-58, 1975.

27. BAFNA, P. et al. A study of attitudes of practicing doctors to infant feeding. *Indian Pediat.*, 11: 563-6, 1974; INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). Incentivo ao aleitamento materno: anteprojeto. Brasília, D.F., 1980 (mimeo); SIGULEN, D.M. et al. Influências das práticas alimentares no estado nutricional de lactentes e pré-escolares: relatório final. São Paulo, Grupo de Nutrição de Medicina Preventiva, da Escola Paulista de Medicina (GN/IMPEP), 1979 (mimeo).
28. LOYOLA, A. Op. cit.⁸.
29. CAVALCANTI, M.L.F. Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno. São Paulo, 1982 (Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo).
30. I CONVENÇÃO NACIONAL DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA apud INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Op. cit.²³.
31. BADER, M.B. Breast feeding: the role of multinational corporations in Latin America. *Int. J. Hlth. Serv.*, 6: 609-23, 1976.
32. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Op. cit.¹⁹.
33. BROWN, R.E. Op. cit.¹⁹.
34. GREINER, T.H. The promotions of bottle-feeding by multi-

national corporations: how advertising and the health professions have contributed. In: REA, M.F. Aleitamento materno em núcleos rurais do Vale do Ribeira. São Paulo, 1981 (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).

OBJETIVO

2. OBJETIVO GERAL

Analisar a forma como os fatores sociais associados à prática do aleitamento materno vêm sendo tratados na literatura científica.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o comportamento do volume da produção científica referente ao aleitamento materno.
- . Identificar os fatores sociais, no conjunto dos fatores arrolados, nos estudos de prática do aleitamento materno.

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Para identificar o comportamento do volume da produção científica sobre o aleitamento materno, lançou-se mão do número de trabalhos científicos sobre esse tema no conjunto dos artigos voltados para a questão da nutrição infantil. Dentre as bibliografias especializadas existentes, elegeu-se a "*Nutrition Abstracts and Reviews*" por julgá-la uma das principais fontes de informação nessa área, sendo bastante representativa no acervo da produção mundial, por cobrir um vasto período de tempo (cerca de 5 décadas), por apresentar-se mais disponível e, principalmente, por apresentar resumos, em língua acessível, da quase totalidade dos títulos indexados.

Fixou-se, para este estudo, o período de 1945 a 1985, por se acreditar que este prazo é suficientemente longo para permitir um delineamento da tendência que antecede a preocupação com o tema, expressa na intensa produção científica que se registrou nos últimos dez anos.

A "*Nutrition Abstracts and Reviews*" é organizada pelo "*Commonwealth Bureau of Nutrition*", do "*Rowett Research Institute*", Bucksburn em Aberdeen, Escócia. O "*Commonwealth Bureau of Nutrition*" é um dos 10 Bureau e 4 Institutos que, juntos, formam o "*Commonwealth Agricultural Bureaux*", uma organização responsável pelos governos da "*Commonwealth*" para a disseminação de informação sobre agricultura e pesquisas afins.

Esse periódico, publicado pela primeira vez em

1931, compunha-se de 4 fascículos anuais (trimestrais). sendo que, a partir de 1973, tornou-se uma publicação mensal.

Em 1977 a "Nutrition Abstracts and Reviews" subdividiu-se em duas séries: Série A - "Human and Experimental incorporationg Reviews in Clinical Nutrition" e Série B - "Livestock Feeds and Feedings".

A série A foi composta dos seguintes itens: Técnica, Alimentos, Fisiologia e Bioquímica, Saúde Humana e Nutrição, Doença e Terapêutica em Nutrição. O item Saúde Humana e Nutrição (que antes da subdivisão em série, em 1977, denominava-se de Dieta humana em relação à saúde e doença), por sua vez, compreendeu: Geral, Requerimentos, Estudos Dietéticos, Reprodução e Lactação, Crescimento, Alimentação de Crianças, Avaliação do Estado de Saúde e, finalmente, Idade Avançada.

Para este estudo, elegeu-se o sub-título referente à Alimentação da Criança. Todos os artigos relacionados sob esse título foram classificados em categorias, segundo o enfoque, a saber:

1. Aleitamento materno.
2. Outros de alimentação infantil.
3. Sem possibilidade de classificação.

A categoria 1 englobou todos os trabalhos que

tratam do aleitamento materno *latu sensu*, abordando desde a questão da prática de aleitamento, como incidência, duração, declínio e fatores correlatos, técnicas de aleitamento, relação com a morbi-mortalidade infantil, influência sobre o desenvolvimento da criança, etc., até a questão do leite humano, como suas propriedades, composição, acondicionamento e preparação, bancos de leite e outras correlatas.

Nesta categoria, posteriormente, destacou-se o grupo daqueles trabalhos referentes a práticas de aleitamento materno, excetuando-se do conjunto os que abordavam exclusivamente a questão do leite humano.

Na categoria 2, foram colocados os trabalhos que abordaram outros aspectos da alimentação infantil como programas de suplementação alimentar, quadro de alimentação infantil, alimentação do pré-escolar, outros tipos de leite, etc.

Na terceira categoria foram colocados os títulos de trabalhos sobre os quais não foi possível identificar uma abordagem principal, pelo fato de não estarem acompanhados de resumos e não ter sido possível o acesso ao texto original.

É importante salientar que o material principal que permitiu essa classificação constitui-se dos resumos dos trabalhos publicados pela bibliografia referida. Não se perdeu de vista que os trabalhos originais constituem a fonte mais rica de possibilidades analíticas e eles foram utilizados, quando necessário e na medida do possível, para auxiliar

a *classificação*.

Para o estudo das tendências foram utilizados três conjuntos de valores: número total de artigos *classificados* nas três categorias, ou seja, todos de alimentação *infantil*; nº de artigos *classificados* na categoria 1 (aleitamento materno); nº de artigos referentes à prática de aleitamento *materno*.

As séries históricas dos três conjuntos de valores observados foram representadas num gráfico pelas médias móveis de três anos. Assim, os valores referentes aos extremos da série histórica, anos de 1945 e 1985, obviamente não aparecem no gráfico por estarem ponderando respectivamente os valores dos anos de 1946 e 1984. Optou-se por esse critério usual de ajustamento de curvas por dois motivos:

- . não se buscou a variação absoluta do número de trabalhos *publicados* em cada ano, mas sim um delineamento da tendência ao longo dos anos, e
- . o valor médio de três anos pareceu adequado em se tratando desse tipo de publicação, já que o número de trabalhos *publicados* num determinado ano não reflete necessariamente o volume da produção científica naquele ano.

Os valores referentes à categoria 3 (não *classificados*) não foram excluídos dos valores totais, uma vez que a sua presença não alterou o desenho das curvas, dado o seu número reduzido e sua distribuição homogênea no decorrer da

série histórica. A não classificação desses artigos nas categorias propostas, não os exclui, entretanto, do total de trabalhos em alimentação infantil, como atesta a classificação feita pela própria revista.

O desenho das curvas obtidas para esses três conjuntos de valores foi utilizado para identificar o comportamento do volume da produção científica, ao longo da série histórica, nas categorias estudadas.

Posteriormente procurou-se estabelecer a importância relativa da produção científica em prática de aleitamento materno, através da relação percentual entre as medidas móveis de três anos do número de trabalhos publicados em prática de aleitamento materno e em nutrição infantil, como um todo.

Para se atingir o segundo objetivo, qual seja, identificar os fatores sociais no conjunto dos fatores arrolados nos estudos de prática de aleitamento materno, procedeu-se à revisão dos resumos desses estudos bem como da leitura, sempre que possível, dos artigos originais. Esta análise permitiu destacar, do acervo referente à prática de aleitamento materno, aqueles de cunho exploratório, buscando relacionar, de forma empírica, esse fenômeno com os atributos do indivíduo, da população e do ambiente, nas comunidades estudadas.

Na análise desses trabalhos empíricos foram listados todos os fatores que foram buscados pelos autores na

tentativa de reconhecer algum grau de relação com a prática do aleitamento materno. Nesta listagem não foram incluídos fatores referidos pela população alvo do estudo e nem alguns fatores, lembrados pelo próprio autor, que poderiam estar relacionados, mas não foram objeto específico da investigação ou, se o foram, não apareceram de forma explícita de modo a se enquadrar, com segurança, no rol dos fatores listados. Esta exclusão levou em conta também a reduzida ocorrência desses fatos.

Listados esses fatores, buscou-se dimensionar o número de vezes que cada um apareceu como variável estudada nos referidos estudos.

Esta medida de frequência foi expressa pelo número absoluto de vezes em que cada variável foi mencionada, considerando a produção científica selecionada em cada ano da série histórica de 41 anos (1945 a 1985).

Não se utilizaram medidas de frequência relativa, ao número de trabalhos produzidos ou ao número total de vezes em que cada variável apareceu, pelo fato de que a escolha de qualquer dos procedimentos citados resultaria indiferente para o objetivo deste estudo, ou seja, o de obter apenas um ordenamento da importância de cada uma no conjunto das preocupações demonstradas pelos vários autores. Deve-se lembrar ainda que na maioria das vezes um mesmo trabalho investiga mais de uma variável, fazendo com que o número de variáveis arroladas na produção científica de um determinado ano seja

muito superior ao número de trabalhos publicados naquele ano. Assim a soma dos trabalhos não representa a totalidade das vezes em que cada variável foi mencionada. Por outro lado, não faz sentido buscar a frequência relativa de uma variável em relação ao total de vezes que ela aparece na série histórica, já que o número de trabalhos publicados ao longo do período apresenta grandes flutuações. Dessa forma a chance de uma variável aparecer em determinada época vai estar influenciada pela força da produção científica registrada naquela época, fator este que não pode ser ponderado no simples cálculo de frequência relativa, em termos percentuais.

O número de vezes em que cada variável apareceu nos estudos da produção anual foi agrupado por períodos de cinco anos. A escolha desse período foi arbitrária, levando-se em consideração a maior facilidade na exposição dos resultados bem como no agrupamento de períodos maiores, quando necessários. O último período, 1980 a 1985, resultou na somatória de seis anos, o que não comprometeu o tipo de análise a que se propôs.

A listagem original das variáveis ou fatores mencionados foi agrupada por "categorias" expressas no quadro geral (anexo 2) pelos sub-grupos: "biológicos", "sociais", "técnicos", "da organização dos serviços de saúde" e "psicológicos". O uso de aspas nessas categorias foi proposital para preservar a idéia de artificialidade inerente às próprias variáveis e obviamente às tentativas de agrupamento por categorias. Assim, estes agrupamentos devem ser considerados como

artifício didático, respeitando a maior ou menor afinidade entre as variáveis, usualmente reconhecidas na literatura científica e freqüentemente utilizadas pelos autores dos trabalhos, objeto de análise deste estudo. O significado dessas variáveis e principalmente, dessas "categorias" de variáveis ou fatores será discutido no momento oportuno.

Dentro de cada uma dessas "categorias" procedeu-se ao ordenamento dos fatores pelos valores decrescentes do número de vezes em que eles foram mencionados, considerando-se os valores totais acumulados no conjunto da série histórica. Posteriormente, obteve-se desses ordenamentos parciais, um segundo ordenamento de fatores, não respeitando as "categorias" ou sub-grupos, o que resultou no rol dos dez fatores mais mencionados em toda a produção científica analisada. Esta classificação serviu de parâmetro para a comparação, em dois momentos da série histórica, da ordem de importância com que cada fator foi considerado. Evidentemente, nos períodos escolhidos para esse segundo passo, ou seja, os anos 50 (1950 a 1959) e o período mais recente (1975 a 1985), o ordenamento dos fatores respeitou a sua freqüência em cada período considerado. Esse procedimento visou apreender mudanças na orientação que se imprimiu na busca de fatores relacionados à prática do aleitamento materno, em momentos históricos distintos, particularmente no que se refere ao tratamento do Social. Este ordenamento em períodos determinados restringiu-se ao rol dos cinco primeiros colocados, visto que a partir daí, os números, ou se tornariam inexpressivos (anos 50), ou se repetiriam, de modo a dificultar o reconhecimento de uma ordem de importância.

De qualquer forma, o conjunto considerado, dos cinco mais frequentes, pareceu suficiente para a análise pretendida.

Finalmente, é importante ressaltar que os valores utilizados nesse ordenamento de fatores, não se referem ao número de vezes em que se estabeleceu uma associação verdadeira entre cada fator e a prática do aleitamento materno. Eles traduzem tão somente o número de vezes que cada variável foi utilizada na busca de uma explicação causal. Assim, este estudo se baseou numa revisão ordenada da informação disponível, indiferente à validade empírica das variáveis arroladas.

OS "FATORES SOCIAIS" DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

4. OS "FATORES SOCIAIS" DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

O levantamento dos trabalhos indexados na "*Nutrition Abstracts and Reviews*" no período de 1945 a 1985 resultou em 4.100 títulos de artigos, assim distribuídos: 1.261 (31%) classificados na categoria 1 (aleitamento materno), 2.259 (55%) na categoria 2 (outros) e 580 (14%) na categoria 3 (não classificados). Dos 1261 pertencentes à categoria 1, 812 (64%) se referem à prática de aleitamento materno.

A distribuição anual desses valores, bem como as médias móveis de três anos, utilizadas no estudo do comportamento da produção científica constam do anexo 1. A representação gráfica dos valores está expressa na figura 2. . Nessa curva estão representados os valores referentes à produção total de artigos sobre nutrição infantil, destacando-se, desta, a produção sobre aleitamento materno *latu sensu* e, desta, a produção sobre prática de aleitamento materno.

Observa-se, inicialmente, uma tendência sempre crescente no volume da produção científica em nutrição infantil, desde 1945 até os dias atuais, com oscilações. O perfil sinuoso dessa curva é claramente ascendente na medida em que qualquer período de menor produção registra valores superiores aos períodos anteriores que apresentaram comportamento semelhante.

Quando se observa o comportamento da produção re

ferente ao aleitamento materno, tanto no seu sentido mais am
plo, quanto especificamente relacionado à prática de aleitamento, percebe-se claramente que a curva registra três momentos distintos na série histórica. Pode-se dizer que, no período de 1945 a 1960, a produção científica sobre aleitamento materno se faz sempre presente e apresenta um comportamento levemente ascendente, acompanhando, até certo ponto, o crescimento da produção científica em nutrição infantil.

A partir de 1960, até por volta de 1974, ocorre uma dissociação no comportamento das curvas. Enquanto a produção de trabalhos sobre a nutrição infantil segue seu rumo as
cendente, a produção em aleitamento materno desce para um pa
tamar próximo daquele dos anos 40 e se mantém ao redor dele até cerca de 1974.

A partir de 1975 ocorre uma inflexão no comp
ortamento da produção em aleitamento materno, de tal forma que esta volta a acompanhar, agora de forma mais regular, o cres
cimento, com oscilações, da produção em nutrição infantil. Com
parandó-se esses dois momentos em que ocorre certo para
lelismo entre as curvas, ou seja, os dois períodos de ascensão con
comitante (1945 a 1959 e 1975 a 1985), observa-se que a incli
nação desses segmentos é distinta, uma vez que a velocidade de crescimento da produção científica no último período considerado é bem maior do que no primeiro.

Pelos dados apresentados é lícito admitir que a preocupação com o aleitamento materno, no contexto da produ

ção científica em nutrição infantil se apresentou, no período considerado, com intensidades diferentes, traduzidas pelos picos assinalados na figura 2, nos anos de 1959 e 1983 (valores de médias móveis, respectivamente, de 1958, 1959, 1960 e 1982, 1983, 1984).

Em termos numéricos, isto pode ser visto claramente quando comparamos o crescimento proporcional dos valores atingidos no último pico em relação ao primeiro, em cada uma das categorias (nutrição infantil, aleitamento materno e prática de aleitamento materno), como pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1

Valor da produção científica*, em dois momentos de pico e razão de proporcionalidade, segundo categorias.

Categorias	Período A 1958 a 1960	Período B 1982 a 1984	Razão de B/A
Nutrição infantil	75,0	243,7	3,2 x
Aleitamento materno	25,7	107,0	4,2 x
Prática de aleitamento materno	15,0	72,3	4,8 x

* Média móvel dos 3 anos

Comparando-se o crescimento da produção cientí

FIG. 2 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE NUTRIÇÃO INFANTIL, ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO - 1945 - 1985

Média móvel do n.º de trabalhos em nutrição infantil

Média móvel do n.º de trabalhos em aleitamento materno

Média móvel do n.º de trabalhos em prática de aleitamento materno

fica em aleitamento materno e, mais especificamente em prática de aleitamento materno com o crescimento da produção científica em nutrição infantil, nos dois momentos considerados, percebe-se que houve um incremento em termos absolutos e, também relativos. Assim, no período estudado, enquanto a produção científica em nutrição infantil cresceu cerca de 3 vezes, a produção científica em aleitamento materno cresceu cerca de 4 vezes e em prática de aleitamento cresceu cerca de 5 vezes. Isto pode ser traduzido como um aumento da preocupação com o aleitamento materno no conjunto da preocupação com a nutrição infantil nos dois momentos considerados.

Esse comportamento pode ser melhor visualizado quando se estuda, na série histórica, a participação da produção em aleitamento materno em relação à produção em nutrição infantil em termos percentuais.

Essa tendência poderia ser mostrada, tanto considerando aleitamento materno *latu sensu* quanto à prática de aleitamento materno já que, como foi visto, as duas séries de valores apresentam grande semelhança de comportamento. Entretanto, ainda que a produção científica sobre o leite humano, em particular, traduza sempre uma preocupação com a questão do aleitamento materno, parte desta produção pode refletir outra ordem de preocupação, qual seja, com aspectos relacionados à reprodutibilidade de alimentos infantis alternativos, e não necessariamente os aspectos relacionados à prática de aleitamento em si. Como este estudo busca, em última análise, identificar os fatores sociais relacionados à prática de aleita

mento (incidência, duração, declínio, etc.), optou-se por investigar, ao longo da série histórica, a importância relativa da produção científica em prática de aleitamento materno. O comportamento observado pode ser visto na figura 3.

Essa curva mostra mais claramente o significado da produção científica sobre a prática de aleitamento materno, situando melhor os períodos em que ela teve maior expressão no conjunto da produção em nutrição infantil, quais sejam, a década de 1950, mais precisamente entre 1952 e 1959 e os dez últimos anos, a partir de 1975.

Embora não se disponha de elementos que permitam aprofundar a análise dos fatores que estejam relacionados a esse aumento da importância da prática de aleitamento nos estudos de nutrição infantil, algumas observações merecem ser feitas no sentido de contribuir para estudos posteriores.

É de se esperar que durante os anos 50, período de reorganização econômica na Europa pós-guerra, a preocupação com a prática do aleitamento materno tenha se acentuado no conjunto da preocupação com a desnutrição infantil e a disponibilidade de alimentos.

Além disso, essa preocupação com a questão da amamentação desloca-se, nessa década, do âmbito dos próprios países onde estão situados os centros de pesquisa em nutrição humana, para os países "pobres", no bojo da política de expansão do capitalismo monopolista internacional.

FIG.: 3 Porcentagem das médias móveis do nº de trabalhos em prática de alimento em relação às médias móveis do nº de trabalhos em nutrição infantil.

É interessante observar que no período de 1945 a 1949, de 29 estudos abordando a prática de aleitamento materno, apenas 2 tem, como objeto de análise, populações de países que se situam fora da Europa e da América do Norte (ambos países africanos).

Já na década de 50, de 107 estudos realizados, 26 (24,3%) tiveram lugar em países não desenvolvidos, principalmente da África e Ásia.

Sob o ângulo do setor de alimentação, conforme o mencionado na introdução do presente trabalho, nota-se sua inclusão na política econômica expansionista dos países capitalistas desenvolvidos, particularmente os Estados Unidos que, a partir de 1954, estreitaram mais suas relações econômicas com ditos países. No início, observa-se a sua entrada na procura de novas fronteiras de mercados, via empréstimos, doações ou ajuda alimentar aos povos sub-desenvolvidos. Na realidade, a ajuda alimentar servia tão-somente como instrumento econômico e político. Por um lado, significava resolver o problema de escoamento dos excedentes da produção desse país e, portanto, buscar o alargamento de novos mercados e, por outro, de modo mais geral, consolidar a supremacia hegemônica norte-americana sobre os demais países, inclusive dos "velhos" países hegemônicos (Inglaterra, França, Holanda, etc.). E, como bem lembrou Ianni, referindo-se a este último aspecto, afirma: "... Nesse sentido, foi necessário um envolvimento mais ostensivo do governo norte-americano nos assuntos econômico-financeiros, políticos, militares e técnico-científicos das áreas subdesen

volvidas"¹ (grifo nosso).

Quanto à política de alimentação, a estratégia utilizada pelos Estados Unidos² foi, como já se referiu antes, sob o manto da "ajuda" alimentar ou da venda de produtos alimentícios em moedas locais, facilitando, portanto, as nações compradoras, segundo a Lei Pública 480 (PL-480), aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos em 1954³ (esta lei tornou-se mais popular sob o título de Lei para os Alimentos da Paz). Assim são expressos os objetivos desta Lei:

"Um ato para aumentar o consumo das mercadorias agrícolas norte-americanas nos países estrangeiros, para melhorar as relações externas dos Estados Unidos e para outros fins"⁴.

Prosseguindo, esta foi, ainda, a tônica explícita no Congresso norte-americano:

regulamentar a venda de excedentes agrícolas⁵ a "nações amigas" com déficits alimentares, a serem pagos em sua própria moeda.

aprovação de doações e ajudas contra fomes prementes para os países "amigos".

Criada a necessidade do produto, consolida-se, portanto, o mercado no setor alimentício, exigindo-se do país comprador, não mais o pagamento em moeda local, mas em dólar, acrescentando-se, já nesta fase, os juros financiados. Mais

tarde, abre-se o mercado para a expansão das agro-indústrias, criando-se cada vez mais um processo cumulativo de dependência econômica e financeira por parte desses países subdesenvolvidos em relação aos capitalistas centrais.

Em resumo, segundo George⁶, "a ajuda alimentar é um meio para desenvolver mercados, favorecer a agroindústria, dominar as decisões políticas dos governos necessitados e promover a política externa e os objetivos militares dos Estados Unidos".

Ianni⁷, analisando o Brasil, em particular, nesse período, afirma que, a partir da segunda metade dessa década "... configura-se uma nova etapa nas relações Estados Unidos-Brasil, qual seja, a da internacionalização da economia brasileira. Isto é, a estrutura do setor industrial tornou-se amplamente integrada à estrutura econômica mundial, por intermédio das empresas multinacionais. Isto significa que as decisões sobre a política de produção, comercialização, novos investimentos, etc., de muitas empresas deveram ser tomadas no exterior, ou em combinação com as decisões tomadas pelas matrizes. No mesmo sentido, certas inovações de know-how e de modas (estilos, etc.) passaram a ser função direta ou indireta das decisões tomadas pelas matrizes". Portanto, a ocorrência da industrialização, no caso brasileiro, implicou na reformulação das relações de dependência, ampliando e aprofundando a internacionalização da economia brasileira.

Observa-se, em suma, uma nova etapa dentro do

processo de desenvolvimento capitalista internacional, um no vo padrão de acumulação, que caracteriza esse período, já sob a forma de capital produtivo.

O incremento, portanto, da produção de conhecimento no que se refere à alimentação da criança, no período mencionado, pode estar relacionado com o quadro acima descrito. Acredita-se que todos esses aspectos apontados guardam relação com o incremento, exigindo-se, entretanto, um ' estudo mais aprofundado, principalmente no que diz respeito à atenção dos países capitalistas desenvolvidos, voltada aos países africanos e asiáticos, em seus movimentos de libertação política e econômica, para ter-se uma idéia mais clara do tipo de relação dos primeiros em relação aos últimos. Além disso, é necessário considerar, em cada país africano, asiático ou latino-americano particular, a sua dinâmica histórica própria.

No plano da saúde, é preciso assinalar um fato importante, qual seja, a centralização das normas de saúde através da Organização Mundial da Saúde (OMS), fundada em 1948, juntamente com uma série de outras organizações, que marcaram esta nova etapa de integração do capitalismo mundial, com o objetivo manifesto de ajudar os países do "Terceiro Mundo" a saírem da condição de subdesenvolvimento, mas visando mantê-los sob a órbita do Capitalismo Central.

Neste sentido, em 1949, a OMS firma com a Organização Panamericana de Saúde (OPS), um acordo para desenvolver um programa único de saúde na América Latina. À parte da

erradicação de certas doenças endêmicas — malária, poliomielite e varíola — esse acordo teve como principal resultado o enquadramento da medicina latino-americana no eixo "medicalização - consumo - lucro", incrementando sistemas de saúde inadequados às necessidades das populações a que deveriam servir, mas entrosados com os interesses das indústrias farmacêuticas e alimentícias^{8,9}.

O fato é que nos anos 50 a indústria de leite em pó se expandiu enormemente, sobretudo nos países do "Terceiro Mundo", onde passou a atuar não só sobre o consumo, mas diretamente sobre a produção do saber¹⁰. Além de suprir os hospitais, ambulatórios e consultórios médicos com seus produtos e sua publicidade — à maneira de outros laboratórios farmacêuticos —, a indústria de leite em pó financia congressos, trabalhos e publicações científicas.

A Nestlé, que no caso brasileiro, domina inteiramente esse mercado, edita e distribui, entre obstetras, pediatras e bibliotecas das Faculdades de Medicina os "Anais Nestlé" — utilizados, com frequência, nos cursos médicos —, em que figuram artigos de médicos e outros profissionais de Saúde, assim como pesquisas, financiadas pela empresa. É responsável, também pela publicação do "Boletim de Informação" e da revista "Procedimentos", editados pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Orientando sua propaganda e seus produtos, segundo as tendências dominantes na puericultura, a indústria do leite em pó e de outros alimentos infantis é, em grande parte, responsável pela prática do desmame precoce¹¹.

Outro fato que merece ser considerado é que a Organização Mundial da Saúde, em 1950, na sua 3.^a Assembléia constitui um Comitê de Experts em Maternidade.

Em 1952 surge o 1º Informe desse Comitê, onde a questão do aleitamento materno destaca-se no conjunto das recomendações para a saúde materno-infantil. Identifica uma redução na prática de aleitamento materno em alguns países e recomenda que se "estude este problema em suas relações com as concepções e os costumes em vigor no seio da coletividade e se pesquise a influência que aquelas (incapacidade fisiológica e resistência psicológica das mães) possam exercer sobre a criança no curso dos seus primeiros anos de vida".¹²

A partir da segunda metade da década de 70, como se observou no gráfico, houve um incremento, em proporções bem maiores que na década de 50, na produção de trabalhos relacionados à alimentação infantil. Este assunto está relacionado, provavelmente, a uma série de aspectos de distintos níveis que serão esboçados aqui, também como possíveis hipóteses a serem investigadas com maior profundidade em estudos posteriores.

Nesse período, caracteriza-se uma crise profunda do sistema capitalista a nível mundial, já sob a forma internacionalizante do sistema produtivo, culminando com a crise econômica de 74-75, onde se combinaram a recessão e a inflação, e a crise de hegemonia internacional, o papel condutor dos Estados Unidos sobre o conjunto do sistema capitalis-

ta viu-se ameaçado pela ascensão do poder econômico dos países europeus e do Japão¹³.

Mas, antes de prosseguir desenvolvendo a descrição do quadro geral deste período, é preciso retomar alguns fatos históricos ocorridos nas décadas de 1950 e 60 a fim de visualizar com um pouco mais de clareza o período subsequente.

O período que abrange a década de 1950 e a primeira metade da década de 60, foi marcado pelo fortalecimento da hegemonia dos Estados Unidos dentro do bloco de países capitalistas que asseguraram a eles uma superioridade militar e econômica tal, que pudessem ser o condutor político no mundo ocidental.

Maira¹⁴, analisando a questão da democratização dos países dependentes, assinalava os fatores que viabilizaram a hegemonia norte-americana, que podem ser assim resumidos: a capacidade dos Estados Unidos em estruturar alianças e blocos regionais¹⁵; o desenvolvimento econômico continuado; a identificação das concepções da classe dominante com a opinião política dos setores da sociedade civil e a identificação entre os interesses do bloco no poder e a percepção subjetiva dos seus próprios interesses, por parte dos segmentos da população; uma coordenação das posições estratégicas do mundo capitalista e, por fim, uma capacidade de contenção do avanço dos partidos comunistas nos principais países do Ocidente, no contexto da doutrina da Segurança Nacional.

E, conforme Maira aponta, é a partir da segunda

metade da década de 60, que esses mesmos fatores apontados acima foram "justamente os que entraram em declínio ao despontar a crise no mundo capitalista...".

Dessa forma, a hegemonia dos Estados Unidos apresentou-se neste período, diluída frente aos demais países capitalistas centrais. De acordo com este autor, observa-se que "... o reforço do papel econômico da Alemanha Federal e do Japão e a perda de competitividade dos bens produzidos pela indústria norte-americana em setores produtivos estratégicos tem corrido paralelamente à diminuição da importância dos Estados Unidos..."¹⁶

Um outro fator significativo da diluição do poder norte-americano é enfatizado, ainda por Maira¹⁷: "Idêntica importância, em seu campo, têm os processos político-militares, onde se evidencia um retrocesso na capacidade de controle e represália por parte dos Estados Unidos, frente àquelas forças que no mundo desafiam o predomínio de seus ínteresses. É dessa ótica que se deve fazer a análise da derrota norte-americana no Vietnã e seu retrocesso estratégico em todo o Sudeste Asiático; bem como do afastamento dos novos Estados africanos das posições norte-americanas e da instauração de experiências socialistas em Angola, Moçambique, Benin, Guiné-Bissau, Madegascar e Etiópia - precisamente nações até ontem anuladas em sua expressão política própria e subordinadas aos interesses e posições norte-americanas, através de uma prolongada etapa da dominação colonial ou do predomínio de regimes imperiais como o de Hailé Selassié".

Evidentemente, a repercussão da crise do capitalismo internacional a nível central, projetou-se sobre os países capitalistas periféricos, exigindo-se, portanto, medidas de reorganização e reacomodação distintos dos que vinham sendo seguidos, principalmente no que se refere à política adotada em muitos países da Ásia, África e América Latina.

Do ponto de vista da reorganização do sistema capitalista internacional, os países periféricos apresentavam uma situação favorável, dispondo de um campo fértil à atuação dos novos grupos de poder econômico ou dos próprios grupos norte-americanos e mesmo do interior desses países periféricos.

Na verdade, segundo Maira¹⁸, "... estes vêm a região como uma zona natural de expansão de seu prestígio é poder, numa complexa determinação estratégica que combina a busca da influência política, a conquista de novos mercados para sua produção manufatureira e para a obtenção de um novo equilíbrio no interior do mundo capitalista."

Pelo ângulo dos países periféricos, essa situação apontada acima, se caracteriza por um quadro de instabilidade maior da ordem econômica, política e social, onde coabitam, por um lado, uma crise econômica manifestada pelos fantasmas da recessão, inflação e endividamento externo, também como reflexo da crise econômica capitalista internacional, a situação de regimes de força, a expoliação da classe trabalhadora, a acentuação da pobreza e, por outro lado, a emergência

de movimentos sociais de luta de libertação nacional, das condições de vida e de trabalho, a participação dos partidos políticos de esquerda, etc.

De qualquer modo, com a crise do capitalismo internacional, abrem-se fissuras no interior do sistema que este, não consegue responder às exigências impostas pelo processo de reprodução social, ou em outras palavras, ocorre uma maior incapacidade de reprodução do próprio sistema, e que vai se refletir no campo particular da saúde e alimentação, dos países periféricos.

É preciso, no entanto, fazer um ressalva: não se pretendeu com este quadro acima, afirmar que a crise do setor saúde seja reflexo direto da crise econômica dos países capitalistas periféricos, nem que estes últimos sejam transportados mecanicamente do sistema capitalista internacional. Cada um destes aspectos, apresentados em níveis distintos, comportam internamente uma dinâmica particular, uma autonomia relativa, mas que no seu todo, são determinados e sobredeterminados pela sua estrutura mais ampla.

Após essa consideração, retoma-se à discussão da questão da crise da saúde e alimentação nos países periféricos, vistos agora, em níveis diferentes com sua especificidade própria. Nesse sentido, mencionar-se-ão alguns elementos anteriores que possam contextualizar a forma como o setor saúde e alimentação vão ganhando terreno no conjunto das preocupações das sociedades periféricas, em especial, na América Lati

na. O reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e o dever do Estado de propiciá-la representou a tônica dos discursos oficiais dos organismos internacionais e do Estado e, para tanto, exigiam-se por parte destes, respostas em forma de atuação mais efetiva.

Nesse período, a Organização Mundial de Saúde ressalta em seus discursos, o valor da participação da comunidade, para a resolução de seus problemas¹⁹.

As Nações Unidas expressaram "a convicção de que o desenvolvimento da comunidade representa um instrumento valioso e eficaz para atingir o desenvolvimento econômico e social"²⁰, salientando a cooperação entre os diversos segmentos da comunidade e, desta, como um todo, com o Estado na solução dos problemas sociais.

Os Estados Unidos, por exemplo, adotam uma estratégia para diminuir as tensões sociais originadas pelos níveis de pobreza atingidos pelos segmentos sociais "marginalizados" — negros, latinos, etc. —, segundo o mesmo postulado.

A propósito, Donnangelo²¹ refere-se a Medicina Comunitária como estratégia de prestação de serviços à população com o objetivo de "ocupar espaços deixados pelo processo de medicalização, em particular nas sociedades cuja estrutura de produção de serviços médicos se torna problemática em termos da capacidade para estender ou sustentar os níveis por eles atingidos."

Além desse aspecto, surge a idéia de planejamento econômico como instrumento destinado a racionalizar o processo de mudança social. Neste sentido, Braga e Goes de Paula²² colocam:

"... a questão da atenção à saúde nos países subdesenvolvidos, a idéia do planejamento teve uma influência poderosa. Os desenvolvimentos científicos e tecnológicos do pós-guerra tinham aumentado em muito a eficiência e a eficácia das ações de cuidados à saúde, tornando-nos capazes de influenciar o comportamento das variáveis econômicas e sociais. Ao mesmo tempo ... o volume de recursos que de maneira crescente as ações de saúde passariam a comandar levaria a que este setor fosse assumindo, cada vez mais, uma considerável importância econômica em si mesmo. Impunha-se a necessidade de coordená-lo e controlá-lo.

Os autores vão mais longe, ao acrescentar: "... a magnitude e as características dos problemas de saúde nos países subdesenvolvidos, que apresentavam grandes diferenças em relação aos países mais ricos, a despeito da existência de conhecimentos e técnicas capazes de resolvê-los, levou a que se pensasse então que sua solução dependia essencialmente da utilização dos meios adequados, em volume suficiente. O planejamento aparece, então, como uma dessas técnicas, a outro nível, cuja utilização poderia levar não só à solução dos problemas de saúde, como, através desta, ao almejado desenvolvimento econômico."

Para tanto, sucederam-se eventos de caráter internacional e interamericano, em que compromissos foram assumidos pelos países membros: Punta del Este (1961), I Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas (1963), II Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas (1968), III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas (1972) e, finalmente, Alma/Ata (1978).

A reunião de Alma/Ata, com o propósito de viabilizar o lema "saúde para todos no ano 2.000", propõe, como estratégia a atenção primária de saúde, mediante a "participação comunitária e individual no planejamento, na organização, na operação e no controle..."²³

A questão da prioridade da assistência constitui um dos pilares do planejamento em saúde em países periféricos, justificada pela insuficiência de recursos para enfrentar todos os problemas diagnosticados. Neste contexto, o grupo Materno-infantil surge como alternativa de solução, sob a forma de programa, diante da crise que se verifica nesse setor.

Marques²⁴, referindo-se ao Programa Materno-Infantil, comenta que este "surge como o INSTRUMENTO que permitirá a intervenção, introduzindo a questão do planejamento na área", embora, Jelliffe²⁵ tenha assinalado que "a atenção aos problemas da nutrição infantil nas regiões em desenvolvimento começou a ser prestada ao final da segunda guerra mundial, e só tomou impulso na última década."

A questão da priorização não se esgota na eleição de um grupo — no caso, materno-infantil —, mas se expressa em todo seu desdobramento, mesmo no interior desse grupo, sob a forma de seleção dos grupos de risco.

Segundo Marques²⁶ "... Procura-se, então, delimitar dentro do contingente prioritário (o grupo materno-infantil), o mais prioritário, que se identifica por adjetivações vagas do tipo "o grupo mais pobre"; "o grupo mais carente", "o grupo de população marginalizada", transformando o sentido individual do conceito de risco em um sentido genérico, que fundamentalmente identifica uma classe social".

A abordagem de risco, utilizada como critério para o planejamento em saúde, serviu não apenas para identificar os grupos prioritários, mas conduziu, também, a intervenção junto a tais grupos na direção do planejamento familiar.²⁷

Com efeito, a título de ilustração, os Informes dos Comitês de Experts em Saúde Materno-Infantil, da Organização Mundial de Saúde²⁸, desde 1957, incluem o planejamento familiar como uma das medidas para "salvaguardar a saúde das mulheres durante sua vida reprodutiva". Assim é que, no 3º Informe (1961), o Comitê de Experts em Higiene Materno-Infantil coloca:

"... As condições adversas do meio são de distinta natureza e gravidade segundo os lugares, porém compreen

de uma série de fatores desfavoráveis que podem ser nocivos para a saúde e o estado geral da mães, como a desnutrição, as infecções, a fadiga, o trabalho excessivo, a insalubridade de moradia, as que ignoram os sintomas das complicações obstétricas, as gestações repetidas e freqüentes, têm numerosos problemas familiares, apenas conhecem rudimentos de saneamento e de higiene, carecem de instruções e se preocupam muito pouco de si mesmas." (grifos nossos)

Em 1969, o Comitê de Experts da OMS em Higiene Materno Infantil, sob a temática "Organização e Administração dos Serviços de Higiene Materno-Infantil", explicita:

"Este Comitê reconhece também o planejamento familiar como um elemento importante da atividade dos serviços sanitários básicos em especial os de HMI e que desempenha um papel indiscutível para o desenvolvimento social e econômico." (grifos nossos)

No campo da produção de conhecimentos em saúde, particularmente no que se refere as bibliografias Latino-Americanas sobre Ciências Sociais aplicadas à Saúde²⁹, como já se observou anteriormente na introdução deste trabalho, verifica-se que do total de publicações no período compreendido entre 1950 e 1979, 61,5% delas, se deu a partir de 1970. Este comportamento está muito próximo do resultado encontrado neste estudo, no qual a produção de publicações em nutrição infantil revelou um incremento muito acentuado, no mesmo período mencionado.

Nesse mesmo trabalho, Nunes³⁰ observou que ao final de 60 e início de 70, vários estudos foram realizados em diferentes países abordando a questão da morbi-mortalidade infantil, mostrando a relação da doença e da morte com variáveis, tais como a renda, a alimentação, o saneamento, a educação, atenção médica, etc. Tais estudos "trouxeram importantes contribuições, revelando a situação precária de alguns segmentos da população, as enormes diferenças entre distintos grupos ocupacionais, e levando a um acúmulo de informações que puderam ser retomadas posteriormente", servindo como dados de grande importância para diagnósticos e planejamento em saúde.

Continuando a análise da produção de conhecimento, o autor, referindo-se à sub-categoria Nutrição, Desenvolvimento e crescimento, relacionada à morbi-mortalidade infantil, observou uma quantidade de trabalhos ao redor de 24% do total da categoria.

Diante desse quadro, faz sentido pensar que o aumento da produção científica verificado na área do aleitamento materno nos anos subseqüentes se deu como decorrência, também, dos diagnósticos realizados, em que o aleitamento materno passa a ser estudado, com maior intensidade, dentro de uma preocupação pragmática, ou seja, como uma das possíveis respostas aos problemas identificados anteriormente.

Conhecido o comportamento do volume da produção científica sobre aleitamento materno e o papel que jogou a preocupação com a prática desse aleitamento ao longo dos anos,

cabe investigar o peso e a qualidade das variáveis arroladas, bem como o seu significado, nas tentativas de identificar quais fatores poderiam definir o perfil dessa prática.

As observações a seguir se referem a análise dos trabalhos empíricos que abordaram a prática do aleitamento materno, conforme foi referido na descrição da metodologia utilizada neste estudo.

Dos 812 trabalhos referentes à prática do aleitamento materno, 294 (36%) se caracterizam como estudos empíricos, buscando relacionar esse fenômeno com um grande número de fatores da mais diversa ordem de complexidade e com frequências muito variáveis. Foram listados, neste estudo, 48 fatores, desde aqueles bem definidos, como atributos biológicos do indivíduo (idade, sexo, altura, etc.), passando por aqueles de maior complexidade na sua mensuração, isolamento de variáveis no conjunto das inter-relações que caracterizam o lugar social dos indivíduos na população, como nível sócio-econômico, trabalho da mulher, distribuição urbano-rural, até aqueles referentes à forma como a sociedade se organiza no que diz respeito à oferta e demanda de serviços de saúde.

A listagem geral desses fatores e o número de vezes que aparecem nos estudos sobre a prática do aleitamento materno estão expressos no quadro constante do anexo 2.

O agrupamento em "categorias", como já foi mencionado, refere-se principalmente à visão dos autores ao ele

ger e agrupar esses fatores.

O primeiro fato que chama a atenção é a grande individualização de variáveis que, seguramente, podem estar inter-ligadas na sua relação com o objeto de estudo, prática do aleitamento materno. Para citar apenas os mais freqüentes, entre os fatores ditos "biológicos" — idade, paridade e condições de saúde da mãe —, parecem tratar-se de variáveis com alto grau de inter-dependência para merecerem tratamento individual. Este fato se torna mais sensível com relação aos fatores ditos "sociais" já que dificilmente o nível sócio-econômico, o nível educacional da mãe, a inserção da família no contexto urbano ou rural ou o trabalho da mulher, podem ser vistos independentemente, com pesos específicos e mensuráveis na definição do evento aleitamento materno. A comparação de fatores inter-"categorias" acirra essa contradição quando se pretende analisar dois fatores quaisquer isoladamente, como paridade e nível sócio-econômico, uma vez que estes se apresentam, na realidade, com alto grau de interdependência.

Outro fato que chama a atenção é que os fatores constantes dessa lista sugerem a idéia de um efeito de superposição, onde fatores das mais diversas ordens pudessem ser encarados como atributos da mãe. Assim, dos 48 fatores citados, cerca de 30 se referem a características "da mãe". O menor número desses fatores pretende contemplar toda a complexidade do universo da mulher, no que diz respeito ao filho, ao pai, à família, à habitação, ou à sociedade como um todo.

Em que pesem essas considerações, procurou-se

reconhecer um ordenamento entre esses fatores, de modo a caracterizar a sua constância ao longo da produção de conhecimento sobre a prática do aleitamento materno nestes 41 anos.

Considerando os 10 fatores que apareceram com maior frequência nesses estudos, obtêm-se a seguinte listagem por ordem de importância:

<u>Fator</u>	<u>Nº de vezes</u>	<u>"Categoria"</u>
1. Nível sócio econômico	90	Social
2. Nível educacional da mãe	63	Social
3. Idade da mãe	54	Biológico
4. Distribuição urbano/rural	48	Social
5. Paridade	46	Biológico
6. Trabalho da mulher	39	Social
7. Renda ou atitude da mãe	27	Social/Psi cológico
8. Início da 1. ^a mamada	17	Técnico
9. Introdução de suplemento ali mental	16	Técnico
10. Ocupação do pai <u>ou</u> condições de saúde da mãe	15	Social/Bio lógico

Esse quadro geral mostra que os fatores ditos "sociais" estiveram mais presentes na preocupação dos autores na busca de fatores relacionados à prática do aleitamento materno.

Entretanto, considerando-se a distribuição do

volume da série histórica, observou-se anteriormente que ela apresenta dois momentos de maior significância, quais sejam a década de 1950 e os onze últimos anos, de 1975 a 1985. Dado o volume relativo de trabalhos nesses dois momentos, julgou-se oportuno elegê-los para avaliação da ordem de importância dos fatores investigados em dois momentos diferentes, já que a classificação geral apontada há pouco deve estar fortemente influenciada pelo acúmulo de publicações nos anos mais recentes.

Assim, um ordenamento dos fatores dentro de cada um dos períodos considerados fornece as seguintes listas por ordem de importância:

<u>Período de 1950 a 1959</u>	<u>Período de 1975 a 1985</u>
1. Paridade <u>ou</u> nível sócio-econômico	1. Nível educacional da mãe
2. Condições de saúde da mãe	2. Nível sócio-econômico
3. Idade da mãe	3. Distribuição urbano-rural
4. Problemas específicos da mama	4. Idade da mãe
5. Trabalho da mulher <u>ou</u> con- dições adversas da casa	5. Trabalho da mulher

Comparando-se os resultados encontrados nos dois períodos de maior produção de conhecimento sobre a prática do aleitamento materno — 1950 a 1959 e 1975 a 1985, em relação às variáveis mais arroladas nos estudos, verificam-se dois

perfis distintos, que revelam claramente as tendências dominantes na análise dos problemas de saúde nos dois momentos.

No primeiro período, correspondente a 1950/1959, encontra-se, nos movimentos de Medicina Preventiva e de Medicina Integral, a tentativa de integração do social aos estudos de saúde, com vistas a recuperar a totalidade bio-psico-social dos indivíduos. Apesar dessa consciência, o instrumental metodológico empregado na saúde é o das ciências biológicas, quer para análise de variáveis de natureza clínica, quer de natureza social ou psicológica.

Apoiado no modelo de multicausalidade do processo saúde-doença, tendo MacMahon como um dos mais expressivos teóricos da época, parte do princípio de que "é impossível conhecer globalmente a realidade, de vez que ela não pode ser apreendida em sua totalidade"³¹, considera que a causa da doença não é única, mas que ela coexiste com várias outras, que fazem parte da chamada "rede de causalidade"; assim, na busca de uma multiplicidade de relações causais de fenômenos empíricos, serve-se do critério estatístico para estabelecer as relações causais.

Tomando a doença como resultado da interação de três fatores biológicos — o hospedeiro, o agente e o ambiente —, cada qual com seus mecanismos dinâmicos de adaptação, esta abordagem não hierarquiza os três fatores, os quais, apresentam, assim, o mesmo potencial de ação causal. Reconhece, ainda, a "interação mecânica de inúmeros fatores" equivalentes

tes", independente de sua natureza"³².

Dentro dessa linha de análise, o "social" é um dos elementos que compõem o ambiente e não participa como mecanismo de explicação, mas, antes, é referido, ou como caráter dos indivíduos, ou como pano de fundo do modelo (atributos), conforme já foi mencionado anteriormente.

Nesse quadro, a população que se pretende conhecer, apresenta-se nada mais do que um conglomerado homogêneo, em que as diferenças se reduzem a variações secundárias, fundamentalmente de caráter biológico — sexo, idade, paridade —, ou de outras variações de caráter quantitativo, individual — ocupação, salário, nível sócio-econômico.

Diante disso, quando se consideram os resultados encontrados no estudo, em relação a esse período, embora apareçam variáveis de natureza social, ocupando, inclusive, a primeira posição na classificação, juntamente com outra, de natureza biológica, as mesmas são referidas como atributos individuais, da mesma forma que as outras, dentro de uma visão fragmentária, biologicista. Em suma, o social é reduzido a uma somatória de características dos indivíduos, desfigurando sua natureza.

De outro lado, importante e necessária se torna a discussão da propriedade do enquadramento de variáveis em "biológicas", "psicológicas" ou "sociais", porém esta é uma questão complexa e ainda não resolvida no campo do conhecimen

to em saúde, que merece investigações e estudos mais aprofundados. Entretanto, a título de ilustração, a partir dos resultados do presente trabalho, levantam-se algumas questões, tais como:

1. O quanto é possível isolar as variáveis "biológicas" — paridade, idade, condições de saúde da mãe — da variável "social" — nível sócio-econômico? Em outros termos, o quanto o nível sócio-econômico pode estar determinando o comportamento da mulher em relação à paridade, idade de ter filhos, assim como as suas próprias condições de saúde?
2. Que instrumental metodológico seria apropriado para reter a especificidade da natureza das variáveis arroladas?

Estas e outras questões poderiam estar sendo discutidas, porém, para o presente trabalho, ficam apenas levantadas para posteriores investigações.

No período compreendido entre 1975 e 1985, com relação aos resultados encontrados, referentes às variáveis mais arroladas nos estudos sobre a prática do aleitamento materno, verifica-se que, quatro, das cinco mais mencionadas, são indubitavelmente de natureza social — nível educacional da mãe, nível sócio-econômico, distribuição rural-urbano e trabalho da mulher —, mostrando a grande diferença com o quadro anteriormente analisado, em que há nítida primazia de variáveis biológicas.

À primeira vista, estes resultados poderiam levar à conclusão de que, neste período, houve a incorporação definitiva do social, enquanto mecanismo de explicação da questão da prática do aleitamento materno, e não mais como apêndice do biológico, atributo ou condição.

Todo o exposto poderia ter como um dos argumentos, o próprio movimento na produção do conhecimento sobre o processo saúde-doença no período em questão. O período 1975 - 1985 é marcado pela emergência de uma nova vertente na abordagem do social em saúde, face às limitações que a abordagem multicausal do processo saúde-doença apresenta, quando na explicação desse processo a nível coletivo. Na América Latina, em particular, essa nova perspectiva, concretizada na Epidemiologia Social, começa a ganhar espaço, na medida em que passa a explicitar a especificidade do social que, até então, vinha sendo tratado como se fôra uma variável de natureza biológica.

Contudo, apesar desse movimento de vanguarda, no que tange à análise dos problemas de saúde específicos, particularmente da questão da prática do aleitamento materno, verifica-se, ainda, a hegemonia do instrumental teórico-metodológico das ciências biológicas, na forma de abordagem multicausal do processo saúde-doença, embora com algumas diferenças em relação ao primeiro período enfocado.

Neste sentido, é necessário tentar situar, ainda que de forma superficial, os avanços ocorridos na produção

do conhecimento sobre o processo saúde-doença, de 1960 até os dias atuais, no interior da abordagem multicausal, que marcou profundamente os estudos sobre a prática do aleitamento materno, de modo geral.

Conforme já se referiu anteriormente, com o modelo de análise multicausal, na década de 50, inicia-se uma trajetória dessa abordagem que perdura até os dias atuais.

Na década de 60, dentro da Medicina Preventiva, surge, com Leavell & Clark³³, a concepção de história natural da doença, segundo a qual, "a doença é vista como um processo que depende das características do agente, do homem, e da resposta deste homem aos estímulos produzidos pela doença no seu ambiente externo ou interno. Desta forma, saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, e doença é um processo de interação do homem frente aos estímulos patogênicos".

Analisando o papel do social no modelo original de Leavell & Clark, Arouca³⁴ expressa-se com muita clareza e propriedade a respeito, quando afirma que "... o social participa simultaneamente como fator causal, ligado ao hospedeiro e ao meio ambiente, funcionando em ambos como um conjunto de caracteres ligados ao indivíduo, como "*status*" econômico e social, atitudes em relação ao sexo, etc., e instituições e estruturas sociais bem características de determinados agrupamentos, como família, comunidade"(...) "na realidade, o que temos é uma nomeação do social, já que ele não aparece como mecanismo explicativo, mas sim é simplesmente referido, ou co

mo um caráter dos indivíduos ou como um envoltório do modelo'.

Este modelo, em relação ao anterior - rede de causalidade, mostra um avanço, na medida em que procura dar um sentido de processo, ainda que natural, explicitando a posição do social, ainda que atributo e, sobretudo, devido às preocupações pragmáticas inerentes à abordagem, que possibilitaram abrir espaço para a questão da distribuição demográfica da saúde-doença, contribuindo para caminhar em direção ao reconhecimento de sua distribuição social.³⁵

A ampliação do modelo acima se verifica no momento seguinte, em que o mesmo se reveste da roupagem científica ecológica - e utiliza complementarmente alguns instrumentos de sociologia empírica, continuando, em essência, com os mesmos princípios precedentes.³⁶

Continuando, Breilh chama a atenção para o caráter ecológico da sociedade e do meio ambiente em que esta se desenvolve, mostrando que, ao converter as expressões externas ecológicas ou naturais em critério de explicação dos fenômenos, faz desaparecer a determinação econômico-social dos mesmos. O social, parte do meio ambiente, portanto, naturalizado, não se modifica substantivamente quanto ao papel desempenhado na cadeia causal, em relação a variantes da abordagem multicausal anteriormente citadas.

A abordagem ecológica proporcionou a ampliação das possibilidades explicativas, mediante a utilização de fer

ramentas operacionais da estatística e da lógica matemática, da demografia, da sociologia e da lógica formal, além de outras disciplinas, refinando e sofisticando as técnicas de investigação. Contribuiu, neste sentido, para aumentar a visibilidade dos fenômenos, e, ao mesmo tempo, evidenciar as limitações da abordagem multicausal para a explicação das questões de saúde, a nível coletivo.

Diante do exposto, verifica-se que, a aparente incorporação do social como mecanismo explicativo, nos estudos levantados sobre a prática do aleitamento materno, no período de 1975-1985, quando desnudado, reduz-se, em seu conjunto, ao mesmo social fragmentado, subsidiário da dimensão biológica, atributo dos indivíduos.

Faz-se necessário, neste momento, fazer uma análise mais geral dos estudos da prática do aleitamento materno, tentando identificar os avanços de processos cumulativos que se deram em torno do tratamento da natureza do social nesta produção de conhecimentos.

Identificar os avanços que ocorreram na área, implica em perceber a questão em níveis de explicação, distintos de conhecimento. Para tanto, esta análise não seguirá uma sequência cronológica, como até agora tem sido descrito neste trabalho.

Estes níveis distintos serão abordados segundo três categorias, quais sejam:

- a) a utilização de levantamentos empíricos:
- b) a incorporação de teorias explicativas em torno dos levantamentos empíricos; e,
- c) a utilização de teorias mais abrangentes, a da determinação social.

A utilização de levantamentos empíricos

No primeiro nível, os estudos sobre a prática do aleitamento materno procuram identificar sua incidência e duração. Nesses estudos buscou-se detectar tão somente a variabilidade da frequência sobre uma população estudada, a mãe, a responsável ou a criança, em uma área determinada. Dentre estes, destacam-se os trabalhos que procuram apontar as tendências da prática do aleitamento materno em série histórica. Num segundo momento, dentro da primeira categoria, observa-se a incorporação do social e do psicológico, relacionados à incidência e duração.

Como já se referiu antes neste trabalho, o "status", sócio-econômico, ou o nível sócio-econômico, é identificado basicamente pelos indicadores sociais de educação, ocupação ou renda, tratados isoladamente, ou múltiplos indicadores combinados.

A título de ilustração, cita-se o trabalho de Hirschman³⁷, — "Tendências no aleitamento materno entre as mulheres americanas" — como forma de visualizar concretamente este tipo de linha de pesquisa.

PORCENTAGEM DE MULHERES CASADAS, OU NÃO, DE 15 a 44 ANOS DE IDADE, COM UM OU MAIS NASCIMENTOS, QUE AMAMENTARAM SEU PRIMEIRO FILHO, SEGUNDO DURAÇÃO DE ALIMENTO MATERNO, ANO DE NASCIMENTO DO PRIMEIRO FILHO E CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS, ESTADOS UNIDOS, 1 973.

CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS	AMAMENTARAM							AMAMENTARAM POR 3 MESES OU MAIS						
	Total de Mulheres	ANO DO PRIMEIRO NASCIMENTO						Total de Mulheres	ANO DO PRIMEIRO NASCIMENTO					
		1971-73	1966-70	1961-65	1956-60	1951-55	1950 ou antes		1971-73	1966-70	1961-65	1966-60	1951-55	1950 ou antes
Total de Mulheres	38.6	28.7	27.9	37.5	42.9	49.8	59.9	13.0	7.1	8.2	12.3	13.4	18.1	32.0
<u>RELIGIÃO</u>														
Católica	34.9	23.5	27.3	38.7	38.8	40.9	52.7	10.8	5.9	7.6	10.9	13.4	14.8	16.3
Protestante	40.3	29.4	28.5	36.0	44.5	54.7	61.0	13.8	7.0	8.2	11.3	13.4	19.3	35.2
Judaica	25.2	20.7	18.6	40.9	23.1	17.4	...	10.6	0.0	12.6	23.8	4.1	6.8	...
Outras ou nenhuma	44.4	48.2	27.0	48.4	57.1	42.8	82.3	17.2	15.6	9.7	22.6	18.4	16.7	48.8
<u>RAÇA E ETNIA</u>														
Branca	38.9	30.2	29.4	38.9	43.0	48.8	56.2	12.5	7.6	8.5	12.4	12.7	16.7	28.0
Preta	35.7	11.4	13.7	23.8	42.1	59.1	72.6	16.7	1.5	3.9	9.5	18.0	28.4	45.4
Origem hispânica	43.1	19.3	35.2	39.1	55.1	57.7	73.2	20.1	3.7	11.2	16.3	31.7	33.4	37.7
<u>ORIGEM</u>														
Rural	41.5	24.3	26.7	32.9	44.8	44.4	66.9	19.0	6.3	8.3	12.8	20.4	26.9	42.7
Urbana	37.6	29.8	28.2	39.1	42.2	47.6	54.5	10.9	7.3	8.1	12.1	10.5	13.8	23.8
<u>REGIÃO GEOGRÁFICA</u>														
Nordeste	32.2	23.1	26.9	30.6	31.3	41.5	63.1	10.1	6.9	11.0	9.8	7.6	10.5	26.5
Centro-Norte	37.0	26.5	27.4	37.4	42.5	43.3	59.4	10.0	6.3	5.0	11.2	11.3	11.0	26.4
Sul	37.6	21.1	22.4	35.1	43.8	57.4	63.9	15.4	4.7	6.1	12.3	17.2	28.2	40.3
Oeste	49.1	53.9	38.2	49.5	54.2	54.7	50.5	16.1	13.6	12.0	16.4	16.6	19.0	25.6
<u>EDUCAÇÃO</u>														
-Elementar, 8 anos ou menos	48.1	18.1	32.2	40.1	53.0	62.3	63.1	25.0	2.1	12.2	15.1	27.0	38.3	39.6
-Secundário, 9-11 anos	34.7	15.7	17.2	28.7	39.8	49.5	60.4	13.3	5.5	2.7	7.5	15.5	22.6	31.2
-Secundário, 12 anos	33.3	24.8	23.3	32.2	39.9	44.7	54.6	8.6	4.9	5.7	9.5	8.6	11.9	22.2
-Colegial, 13-15 anos	46.5	43.5	35.2	50.4	47.6	57.0	69.7	14.4	9.4	9.8	19.9	13.6	12.6	54.6
-Colegial, 16 anos ou mais	56.0	52.1	57.1	69.2	50.2	45.8	55.6	21.6	19.1	25.4	26.4	19.1	12.7	18.6
<u>Ocupação</u>														
Nunca trabalhou	34.0	13.4	24.4	33.8	47.4	43.6	62.1	16.4	5.3	8.9	17.4	21.9	21.2	41.9
Profissionais e Administradores	50.6	49.2	47.3	48.8	51.6	54.5	61.4	19.2	17.2	20.2	17.6	16.9	20.9	33.4
Trabalhadores de nível terciário	34.2	25.3	24.6	35.1	39.2	43.3	59.1	9.1	5.2	5.8	10.3	9.8	11.0	26.8
Trabalhadores de nível secundário	42.1	32.6	27.7	39.5	44.5	56.2	66.7	14.3	7.0	6.3	11.1	13.1	24.1	36.2
Trabalhadores de nível primário	36.1	18.5	21.0	33.2	40.9	53.5	53.4	14.2	2.8	5.9	12.2	16.1	22.6	30.0
<u>NÍVEL DE POBREZA</u>														
Abaixo da renda mínima	44.6	31.3	30.1	34.5	53.3	63.1	67.4	21.1	5.8	10.9	13.7	27.2	34.5	45.2
100 - 199%	39.2	31.4	22.5	37.3	46.5	54.1	66.9	13.5	5.7	3.6	14.4	14.9	23.0	38.4
200 - 299%	34.5	25.8	26.6	35.2	38.0	45.5	55.7	10.3	7.1	5.9	10.3	10.5	15.7	30.3
300 % ou mais	39.4	28.3	31.7	40.0	41.3	46.9	54.6	12.3	8.5	12.1	12.0	10.8	13.2	23.8
<u>EMPREGO ENTRE O PRIMEIRO E SEGUNDO NASCIMENTO</u>														
Não se aplica	28.7	27.9	24.5	28.4	39.7	43.8	67.8	7.8	5.6	6.5	10.9	12.6	17.8	36.0
Empregado entre os nascimentos	40.9	38.2	28.3	40.8	43.9	50.0	54.7	12.2	13.5	7.8	9.0	13.8	15.5	26.0
Não empregado entre os nascimentos	42.1	31.9	30.4	37.4	43.0	50.2	62.4	16.0	17.6	9.9	14.9	13.2	19.2	35.3

Esta linha de estudos permite classificar a população, segundo os atributos ("características"), dando apenas uma idéia de estratos sociais. O próprio autor deste trabalho reconhece a dificuldade de se analisar, a partir desses dados apresentados, a relação existente entre os fatores sociais e culturais e a prática do aleitamento materno.

Gurvitch³⁸, referindo-se à análise de Sorokin, questiona sobre a validade de se utilizar apenas uma variável social para a definição das classes sociais: "... A profissão, o ofício, diz ele (referindo-se a Sorokin), é um laço unifuncional, enquanto a classe implica uma série de funções: ela é multifuncional...". O autor, continuando em sua análise, afirma: "... De qualquer modo, reduzir a classe a uma profissão ou a certas profissões, é substituir a multifuncionalidade pela unifuncionalidade, e, assim, empobrecer consideravelmente a realidade social da classe". Na realidade, Gurvitch quer deixar claro que a profissão, no caso mencionado, não chega a representar nem unifuncionalidade e nem multifuncionalidade, tratando-se, sim, de uma suprafuncionalidade, que implica, portanto, não atribuir determinada característica ou a somatória deste como sendo a classe social correspondente, mostrando que o conceito de classe social é muito mais complexo do que aparenta ser.

É preciso fazer aqui uma distinção mais clara entre o conceito de estratificação social e o conceito de classe social, sob o ponto de vista marxista, para poder visualizar o significado de se utilizar um ou outro conceito. Em

geral, na literatura científica sobre a produção de conhecimentos da prática do aleitamento materno, utilizam-se indistintamente os conceitos, como se fossem sinônimos.

Tumin³⁹ definiu a estratificação social como "a disposição de qualquer grupo ou sociedade numa hierarquia de posições desiguais com relação a poder, propriedade, valorização social (prestígio) e satisfação psicológica."

Cueva⁴⁰, em seu trabalho sobre a concepção de classes sociais aponta as principais limitações do conceito de estratificação social para a definição de classes sociais. Como ponto principal, assinala que "... não se pode conceber a estrutura de classes nas simples diferenças de posições, nível educativo, prestígio, etc."

Segundo Aguiar⁴¹, estratificação social "refere-se ao estudo de estratos ou camadas sociais que se superpõem, constituindo uma hierarquia. Esta, por sua vez, quer dizer um conjunto de pessoas que detêm o mesmo "*status*" ou posição social. O conceito de estratificação tem sido muito controverso pela quantidade de significados que apresenta na literatura sociológica, pois tem-se referido a estados, ordens, corporações, honra social, prestígio, estima, distribuição de renda e de deferência, características raciais, pureza de sangue ou social, grau de educação, tipos de bens consumidos, tipos de restrição ao consumo, religião, ideologia e materialidade." (grifo nosso)

A autora citou todos esses elementos para mos-

trar a dificuldade em estabelecer um ordenamento social. Apesar disso, tentou buscar duas linhas dentro deste rol: uma, referindo-se à repartição de pessoas na sociedade, de acordo com a divisão do trabalho e, a outra, significando as avaliações sobre a posição que as pessoas detêm sobre si mesmas e sobre as demais (representações).

É importante perceber que tais características refletem posições sociais distintas, tratando-se dos efeitos mais visíveis de determinadas estruturas de classe e não de elementos fundadores de tais estruturas.⁴²

As pesquisas relativas à prática do aleitamento materno, em geral, dividem as "classes" em I, II, III, IV ou V, e utiliza, como critério, a quantidade de dinheiro que a pessoa, ou a família possui ou recebe pelo salário. Este sistema é arbitrário e tem implicações políticas e ideológicas significativas.

Por exemplo, as diferenças (ou semelhanças) entre um metalúrgico especializado e um pequeno industrial, é possível que o primeiro perceba mais que o segundo; no entanto, este último tem interesses muito diferentes dos do metalúrgico — enquanto o industrial deseja que os salários, diminuam ou se elevem em patamares inferiores ao trabalho produzido pelo trabalhador, o metalúrgico, ao contrário, luta pela elevação de seu salário. O pequeno industrial busca acumular e reproduzir cada vez mais o seu capital, incluindo aí, a exploração de força de trabalho, enquanto o metalúrgico aspira

a eliminação da exploração sobre as classes trabalhadoras.

Neste exemplo, descrito simplifcadamente, pode-se notar que, a relação que se estabelece entre um e outro, não é de caráter complementar, mas implica na sua oposição, no seu antagonismo. O conceito de estratificação social não é capaz de apreender essa contradição.

Um outro exemplo que ilustraria melhor a limitação de se utilizar o conceito de estratificação social, refere-se à eleição do indicador de ocupação (que tradicionalmente é medida pelo nível de especialização) ou pelo prestígio social.

É o caso, por exemplo, de dois profissionais médicos que, segundo o conceito de estratificação, estariam dentro de uma mesma camada social. Entretanto, se por hipótese, um deles for proprietário de uma empresa de medicina de grupo e o outro for assalariado, eles não poderiam ser categorizados numa mesma classe social. E, mesmo que se combinem outros indicadores, como renda, esta expressaria apenas graus diferenciais, indicados nominalmente, e não, as diferentes posições sociais em relação à produção.

Nesta linha, a hierarquização das variáveis sociais mencionadas, implica tão somente em reconhecer uma desigualdade social, relacionada ao maior ou menor nível sócio-econômico, sem atribuir-lhe o significado essencial da natureza desta relação. No caso particular da produção do conheci

mento sobre a prática do aleitamento materno, em geral esta segue a mesma linha de abordagem da estratificação social.

Esta forma de abordar a classe social, a partir de uma classificação lógico-formal, não apreende o emaranhado da rede de relações sociais que se dão no interior de uma sociedade.

Desse modo, a noção de estratificação social expressa nos estudos relacionados tanto à prática do aleitamento materno, como a quaisquer práticas sociais, partem do pressuposto de que a sociedade é um todo homogêneo, no interior do qual os indivíduos são colocados numa hierarquia que expressa as diferenças de capacidade individual, do nível de renda, ocupação, educação, etc.

Stavenhagen⁴³, distinguindo o conceito de estratificação social do de classe social, mostra que o primeiro, constitui uma categoria descritiva, estática em relação a alguns aspectos da organização social e que pertencem à superestrutura em relação ao modo de produção, enquanto o segundo constitui categorias analíticas; "... Poder-se-ia dizer que são uma parte da estrutura social, com a qual têm relações precisas: seu estudo conduz ao conhecimento das ordenações sociais e dos dinamismos sociais. Permitem passar da descrição à explicação, no estudo das sociedades." (...) "A classe social é também, e sobretudo, uma categoria histórica. Isto significa que as classes estão ligadas ao desenvolvimento da sociedade" (...) "... não existem as classes consideradas isola

damente, senão enquanto sistemas de classes. As classes só existem umas, com referência às outras."

Em linhas gerais, a noção de estratificação, como já foi visto, pressupõe a homogeneização da sociedade, a hierarquização social dos indivíduos, a complementariedade das camadas sociais, enquanto que o conceito de classes sociais, sob o ponto de vista marxista, privilegia, em sua análise, o antagonismo, a contradição, a relação social da produção, numa perspectiva história.⁴⁴

Para tanto, exige-se analisar a estrutura de classes a partir da teoria geral de sociedade e da história, implicando, portanto, em estudar o modo de produção e a formação social concreta, que será retomada quando se analisará o terceiro nível de explicação, o da determinação social.

Ainda no interior do primeiro nível de explicação, identificando o avanço da produção de conhecimentos com relação ao tratamento do social nos estudos da prática do aleitamento materno, indicam-se as linhas de pesquisa voltadas para atitudes, conhecimentos e comportamentos da população objeto de estudo, ou do pessoal de saúde, de modo geral.

Ressalta-se aqui o intenso trabalho de Cavalcanti⁴⁵, que analisou os conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno, concluindo que: -"Faltam conhecimentos ao pessoal de saúde para que estimule, facilite e promova o aleitamento materno nas Unidades Sanitá-

rias. Os conhecimentos evidenciados em relação ao aleitamento materno natural são escassos, incompletos e inadequados;

- Existem falsas crenças entre o pessoal de saúde, relacionadas com a amamentação, que desfavorecem a adoção e continuidade do aleitamento materno;

- Foram constatadas atitudes negativas referentes ao aleitamento materno em 49,4% dos profissionais e auxiliares que atuam diretamente com gestantes e mães nas unidades sanitárias;

- O pessoal de saúde adota práticas prejudiciais ao aleitamento materno e não utiliza aquelas que visam a favorecê-lo;

- A orientação ministrada pelos profissionais e auxiliares às nutrizes é insuficiente, inconsciente e divergente;

- É possível que a ausência de nutricionistas na equipe de saúde esteja contribuindo para a precária e inadequada orientação das nutrizes quanto à alimentação;

- Cursos de graduação em medicina e enfermagem não foram indicados como fonte principal de conhecimentos sobre aleitamento materno;

- O pessoal de saúde não está motivado nem preparado para assumir suas responsabilidades educativas na área de incentivo ao aleitamento materno e,

- Há a necessidade urgente e imperiosa de desenvolvimento de programas de educação dirigidos ao pessoal de saúde de todas as categorias, antecedendo sua participação em atitudes de estímulo ao aleitamento."

Este trabalho expressa bem o propósito de identificar a incorporação dessa linha de pesquisa na produção de conhecimentos sobre a prática de aleitamento materno. Como já foi referido antes, tais estudos fazem parte da teoria do comportamento pessoal, que teve seu desdobramento nos estudos da "KAP", desenvolvidos principalmente nos Estados Unidos, direcionados ao campo da educação.

A incorporação da estrutura demográfica, como idade, sexo, origem, procedência, migração, constitui-se um outro momento no avanço do processo de conhecimento cumulativo que se deu, ainda no interior do primeiro nível. O social passa a ser representado com maior complexidade, principalmente nos estudos de migração, requerendo, portanto, instrumentos outros, além dos mencionados, como origem e procedência. Estes estudos implicam num alargamento do lugar social, na medda em que o deslocamento dos indivíduos, torna-se objeto de preocupação, não se restringindo, no caso da produção do conhecimento sobre a prática do aleitamento materno, ao "*locus*" interno da problemática da mulher ou da família.

Nota-se, simultâneamente, a incorporação da estatística no sentido de associar a multiplicidade de variáveis que vêm a ser investigados. Os estudo, de modo geral, passam, de simples porcentagens, à utilização de sofisticadas técnicas estatísticas, podendo ser observada em um grande número da produção de conhecimento da prática do aleitamento materno.

Torna-se importante ressaltar, neste momento, os

estudos comparativos, mostrando os diferenciais em zona urbana e rural, selecionados ao comportamento e estilos de vida em cada uma destas áreas.

Em suma, os levantamentos empíricos sobre a prática do aleitamento materno foram importantes na medida em que, ao incorporar a dimensão social, ampliou o nível de análise sobre essa problemática, possibilitando ao mesmo tempo, um campo de reflexão sobre as limitações da própria abordagem.

É importante reconhecer, também, o desenvolvimento de técnicas mais aprimoradas de investigação, ainda que voltadas, sobretudo, para problemas isolados. Nesse sentido, apesar dos avanços do conhecimento já identificados acima, é preciso apontar que tais avanços não implicaram substantivamente na alteração do modelo de explicação do caráter social, até então desenvolvido.

Analisando a linha de estudos exposta, sob a perspectiva estrutural-histórica, os fatores sociais são caracterizados como componentes do ambiente com o qual o homem, enquanto organismo biológico, se relaciona, razão pela qual "o social passa a ser considerado somente como uma condição, como um componente de uma trama multicausal, onde toda a complexidade do mundo real é analisada como uma série de elementos cujo peso se valoriza em termos de sua sucessão temporal e grau de associação estatística"⁴⁶

Concretizando, ao se arrolarem os fatores sociais mencionados em estudos sobre a questão da prática do

aleitamento materno — papel da mulher na sociedade, modificações na estrutura familiar, "*status*" marital, organização dos serviços de saúde, nível sócio-econômico, etc. —, os mesmos são tratados como variáveis independentes, sem inter-relações, portanto, de forma atomizada, fraccionando a realidade. Isto implica em desagregar a realidade, estudando-a em suas "estruturas" isoladas, o que leva a explicações departamentalizadas; pressupõe então, que a realidade social, na qual a prática do aleitamento materno está inserida, enquanto totalidade, corresponde à soma das partes constituídas. Com efeito, o conjunto visto como a somatória das partes não é capaz de reconstituir a complexidade do mundo real.

Por outro lado, os fatores sociais, vistos como componentes da realidade social, restringem-se aos aspectos mais visíveis do real, mensuráveis, circunscrevendo-o ao mundo dos sentidos. Em síntese, o social assim visualizado, é um social "aparente", superficial.

Desta forma, os fatores sociais considerados caracterizam-se pelo desvinculamento de seus contextos reais, em outros termos, não levam em conta as relações, os processos sociais e configurações histórico-estruturais. Exemplificando melhor, indaga-se: qual é o significado de cada uma das variáveis, em cada uma das sociedades? O exemplo do fator, trabalho da mulher expressa bem a idéia: é o trabalho da mulher enquanto tal que está associada à prática do aleitamento materno, ou, são as condições em que tal trabalho ocorre que determinam a prática, a maior ou menor probabilidade de amamentar?

Segundo Blay⁴⁷, "existe uma pré-suposição de que a emancipação da mulher constitui um dos obstáculos à amamentação. Na verdade, não é a emancipação da mulher que a impede de amamentar, pois ao se emancipar e reivindicar o direito ao exercício de plenitude de suas capacidades intelectuais e emocionais, a mulher reivindica também o direito de ter seus filhos e de ter condições socialmente criadas para amamentá-los." (grifo nosso).

Prosseguindo em sua análise, Blay assim conclui: "É muito fácil responsabilizar a mulher e a emancipação feminina (afinal tão incipiente) por crises decorrentes da brutal desigualdade social, essa, sim, responsável pela violência social. É ingênua a campanha que o governo pretende desenvolver indicando que é pela amamentação que vamos resolver os graves problemas de exploração econômica e da total ausência de condições de vida...".

Peres e Buralli⁴⁸, analisando o Aleitamento Materno como questão social, colocam: "A história mostra que, dependendo da forma de organização social, varia a valorização dos papéis da mulher, enquanto reprodutora, enquanto força de trabalho, enquanto sexualidade, enquanto dona de casa. Mostra, também que, dependendo do valor que dá a cada um dos papéis, a sociedade cria ou não cria condições para o seu desempenho. Concretizando mais, nos países em que a mulher é valorizada nos papéis de reprodutora e enquanto força de trabalho, a maternidade é tratada de forma que o outro papel — força de trabalho, não seja prejudicada e vice-versa. Assim, nestes paí

ses, a mulher, na ocasião em que tem o filho, além da licença regulamentar remunerada, que é bem maior que em nosso país — cerca de 05, 06 meses —, tem condições de estendê-la, com vencimentos e com garantias de retorno ao trabalho, a fim de que seja assegurado o desempenho do papel de mãe e, consequentemente, o aleitamento materno. Como exemplo, na Bulgária, além da licença obrigatória remunerada de 05 meses com salário integral, tem-se direito a uma licença suplementar de 08 a 12 meses com um salário mínimo e até a uma segunda licença sem vencimentos, com garantias de todos os direitos de emprego até a criança atingir três anos de idade. Na Hungria, verifica-se um sistema semelhante.

Ora, num país como o nosso, em que a Mulher integra o "exército industrial de reserva", ou seja, mão-de-obra disponível não absorvida pelo mercado de trabalho, funcionando como mão-de-obra excedente, é de se esperar que sua situação seja bastante diferente e difícil. Com isto, não queremos dizer que nada consta da nossa Legislação Trabalhista em relação à proteção à maternidade. Na CLT, a mulher tem direito a uma licença de 03 meses, intervalos para o aleitamento após o retorno ao trabalho, além da garantia de não dispensa no período de gravidez e de dispositivo que responsabiliza as empresas com um determinado número de mulheres em idade fértil de manterem creches. Pelo regime estatutário também são previstas medidas de proteção, porém, gostaríamos de chamar a atenção para a grande diferença que existe entre contar com normas, leis e o seu efetivo cumprimento. Assim, no Brasil, leis são burladas com frequência e, algumas vezes, até devido

ao desconhecimento dos aspectos legais por parte das intersadas. O que é importante salientar é que, não obstante as imperfeições, nem o que já existe é cumprido, o que reforça a tese de que somente na medida em que a sociedade reconhecer e valorizar os papéis da mulher, enquanto reprodutora e força de trabalho, condições serão criadas para seu efetivo desempenhu".

Assim, essas variáveis ou fatores arrolados na literatura científica caracterizam-se por serem descritivas, genéricas e abstratas, reduzindo-se, portanto, a um desfiguramento do social.

Apoiado nesse modelo de análise da realidade social, é de se esperar que as medidas de intervenção, sobre a problemática em estudo, não se dêem ao nível da estrutura social, no seio da qual são geradas as práticas sociais, mas, ao contrário, recaem sobre os fatores culturais, contemplados como os agentes causais de mudança. Os elementos estruturais, determinantes do fator cultural, educacional, sequer chegam a ser explicitados nessa abordagem.

A incorporação de teorias explicativas em torno dos levanta- mentos empíricos

O segundo nível do conhecimento com relação à prática do aleitamento materno, refere-se à utilização de teo

rias explicativas, incorporando, assim, em suas análises, teorias do subdesenvolvimento/desenvolvimento, como uma tentativa de recuperar a interação desses componentes de explicação mais global.

Como exemplo desta incorporação de teorias explicativas, menciona-se Jelliffe⁴⁹ que, preocupado com a problemática do declínio do aleitamento materno em países subdesenvolvidos, ressalta a relação: declínio, desnutrição, morbimortalidade infantil e pobreza em países subdesenvolvidos. "O declínio do aleitamento materno, acompanhado do aumento do marasmo e diarréia, tem ocorrido em países em desenvolvimento, em consequência de muitos fatores, incluindo serviços de saúde inadequados, novos estilos de vida urbana, etc." (...) "As causas para a mudança no padrão de alimentação infantil são múltipla, complexa e "ocidentogênica"..."

Na vertente explicativa sobre a teoria subdesenvolvimento/desenvolvimento, na maioria dos estudos da prática do aleitamento materno tem consistido em analisar os problemas do subdesenvolvimento em termos de uma interpretação funcional e estatística. Em outras palavras, o subdesenvolvimento torna-se um problema em si mesmo, e transformado em um resultado estatístico.⁵⁰

A expressão país desenvolvido/subdesenvolvido surgiu logo após a II Guerra Mundial, no seio dos organismos internacionais. Atualmente, este termo é encontrado de forma corrente na literatura, de modo geral e, particularmente, nos

estudos da prática do aleitamento materno.

Essa linha de abordagem sugere que os países, os mais pobres, os mais numerosos, estão simplesmente em atraso com relação aos outros países, que são aliás, designados pela expressão países desenvolvidos, adiantados, etc.

A diferenciação de países sub/desenvolvidos, presupõe, dentro desta abordagem, que o desenvolvimento ocorre de modo linear, ou seja, numa sucessão de etapas capitalistas, e que os atuais países subdesenvolvidos estariam ainda em uma etapa original, pela qual os países desenvolvidos já teriam passado ao longo da história.

Evidentemente que as diferenciações características desses países, por exemplo, países subdesenvolvidos com alta natalidade, alta mortalidade, alta incidência de doenças infecto-parasitárias, baixa expectativa de vida, alto índice de desnutrição, escasso número de recursos humanos, **inadequados serviços de saúde**, economia agrária, baixo nível tecnológico, baixo rendimento per-capita, baixa escolaridade, etc., são reais e inquestionáveis, no entanto, só possuem presença histórica, em última análise, por influências diretas ou indiretas de fatores cambiáveis emergindo das e nas relações sociais de produção.

Segundo Gunder Franck⁵¹, "os países atualmente "desenvolvidos" nunca foram "subdesenvolvidos", embora possam ter sido "não-desenvolvidos"".

O subdesenvolvimento, portanto, segundo o autor, não é original, nem tradicional e que, nem o passado e o presente dos países subdesenvolvidos se parecem com o passado dos países desenvolvidos. O que ocorreu é que os países chamados subdesenvolvidos evoluíram ao mesmo tempo que os desenvolvidos, mas não caminharam no mesmo sentido, nem da mesma forma.

Portanto, a noção de subdesenvolvimento - desenvolvimento, a partir desta perspectiva, oculta a verdadeira explicação, que deve conter uma explicação histórica, baseada numa análise e não apenas em dedução de fatos ou dados estatísticos; limita-se a descrever as diferenças entre os dois grupos de países, isoladamente, mas não explica o por quê destas diferenças.

Dessa forma, este tipo de abordagem, compreende o subdesenvolvimento, como produto exclusivo de suas próprias características ou estruturas econômicas, políticas, sociais e culturais, recaindo, portanto, a "culpa" pelo subdesenvolvimento nas costas das próprias sociedades subdesenvolvidas.⁵²

Segundo Braga e Goes de Paula⁵³, "a não-ocorrência de uma "revolução industrial" na maior parte dos países subdesenvolvidos levou à procura de explicações, dentro, ainda, dos padrões acima esboçados (teoria "rostowiana") e à inclusão de novos fatores explicativos nos modelos teóricos. Desenvolve-se teoria do "capital humano" ... nesta, o problema do desenvolvimento é não apenas uma questão de formação de ca

pital produtivo — no sentido de existência de meios materiais, máquinas e equipamentos — mas também uma questão referida à "qualidade do trabalho".

Assim, insere-se a teoria do "círculo vicioso da pobreza". O "círculo vicioso da pobreza", como modelo explicativo da teoria do subdesenvolvimento-desenvolvimento, pode ser resumida nos seguintes termos: "os homens são pobres, porque produzem pouco, e produzem pouco, porque são pobres". A produtividade é baixa devido a má nutrição, às doenças, ao analfabetismo, à falta de especialização de mão-de-obra, etc.

Segundo esta teoria, estes seriam os fatores principais que determinam uma escassa produção, e que, ao ser consumido para a subsistência da população ("super-população"), não permitiria poupar para investir mais, no sentido de aumentar os fatores de produção. Desta forma, não se poderia elevar o nível de desenvolvimento econômico do país. Esta teoria estabelece, portanto, uma relação circular e interdependente entre o grupo de indicadores de consumo de baixa renda per-capita e os indicadores de produção⁵⁴. Isto significa dizer, em outras palavras, que estes fatores são ao mesmo tempo, causa e efeito um do outro.

Fica implícito portanto, segundo Silva⁵⁵ que um estímulo, em um dos pontos, resultaria em movimento ascendente do sistema (ou vice-versa), ou seja, melhor nutrição, melhor saúde, maior produtividade, maior crescimento econômico, este por sua vez, gerando melhores condições nutricionais, de

saúde, etc.

Ainda de acordo com a autora, "a teoria é questionável sob muitos aspectos. Do lado da nutrição-produtividade, a transposição do que ocorre ao nível do indivíduo para o país, como um todo, é mecânica e não necessariamente corresponde à realidade de um país como o Brasil."

A análise histórica no entanto, demonstra que o subdesenvolvimento é em grande medida, **produto histórico** das relações econômicas, sociais, políticas, etc., entre sociedades capitalistas periféricas e as sociedades capitalistas centrais (metrópoles atualmente desenvolvidas). E, mais ainda, essas relações constituem elementos do desenvolvimento do sistema capitalista de produção como um todo, numa escala internacional, ou seja, estes aspectos são produtos de um processo histórico único: o processo de desenvolvimento capitalista, a nível mundial.

Exemplo desse processo de dependência é o que se pode observar em relação às sociedades capitalistas periféricas, que experimentaram seu desenvolvimento econômico quando suas relações com as sociedades centrais se fragilizaram (como no caso do Brasil, no período da II Guerra Mundial e da depressão pós-guerra, quando um incremento acelerado do desenvolvimento industrial-substituição das importações).

Em suma, a abordagem não histórica do processo de subdesenvolvimento/desenvolvimento, na medida em que se ba

seia numa perspectiva de regularidades de sucessão entre dois tipos de formação social de um desenvolvimento linear, não apreende o dinamismo fundamental deste processo.

Elegendo-se a abordagem estrutural-histórica, como possuindo graus mais profundos de explicação e de apreensão do processo de mudança social, chega-se a posição que é ao nível das relações sociais de produção (das sociedades capitalistas centrais e periféricas e no interior destas), suas transformações e os conseqüentes novos arranjos no quadro geral, que se coloca a fundamentação básica do processo de subdesenvolvimento/desenvolvimento dos países.

Visto a partir desta perspectiva, fica evidente, por exemplo, que o baixo nível de saúde, alto índice de desnutrição, má distribuição de recursos humanos no setor saúde, etc., característicos de países subdesenvolvidos, não pode ser explicado como reflexo de sua própria estrutura econômica, mas, sim, a partir das relações sociais (de produção e de troca), que se estabelecem entre as sociedades capitalistas centrais e periféricas e no interior destas.

Em suma, apresentaram-se, em linhas gerais, duas vertentes da teoria do subdesenvolvimento-desenvolvimento; uma, como produto exclusivo das estruturas econômico-sociais de cada sociedade e, outra, como produto histórico das relações sociais de produção das sociedades capitalistas centrais e periféricas e, no interior destas. Como já foi referido antes, os estudos sobre a prática do aleitamento materno, em geral,

podem ser situados dentro do marco da primeira vertente.

E, como sub-processo da teoria do subdesenvolvimento-desenvolvimento, a questão da urbanização aparece nos estudos sobre a prática do aleitamento materno, ainda dentro da mesma perspectiva. Privilegia-se, nestes estudos, os aspectos psicossociais, manifestados basicamente no estilo de vida urbano, "determinando-se a cidade, enquanto "locus" onde mais se efetiva esse modo de vida, como grupo de referência, positiva tanto para seus moradores como, principalmente, para habitantes de áreas não citadinas."⁵⁶

Segundo Pereira, o estilo de vida urbano, para sua efetivação, "implica o consumo de um "quantum" de valor maior do que o exigido por um estilo não-urbano".

Assim exposto, de acordo com Pereira, o urbanismo implica em entender como um "modo de existência histórica", significando a "satisfação de necessidades "materiais" e "não-materiais" diversas em conteúdo e quantidade das inerentes aos estilos de vida pré-urbano, tal modo que, embora não-reduzível a um "quantum" maior de consumo, o urbanismo o exige ao implicar basicamente um padrão mais elevado de consumo de bens e serviços".

Desta forma, aparece neste tipo de análise, a noção do padrão de vida "superior", como componente nuclear do urbanismo, constituindo-se pois, como fator dinâmico da ampliação e intensificação do processo de urbanização.⁵⁷

Diante do exposto, verifica-se a valorização de um padrão de vida urbano, representando um ideal de modo de vida, gerando, tanto na população citadina, quanto na não-citadina, uma expectativa de incorporação desse modelo.

No contexto do subdesenvolvimento-desenvolvimento, incorporar o estilo de vida urbano significa "a adoção, por parte de uma sociedade mais atrasada — sobretudo por parte de suas camadas superiores — dos padrões de consumo, de comportamento, de valores, idéias, etc., das sociedades mais adiantadas, sem alterações básicas na estrutura da economia e da sociedade..."⁵⁸

A esse processo de adoção, de assimilação de valores sociais, sobretudo referentes ao consumo, dá-se a designação de efeito de demonstração.

É dentro desta linha que uma boa parte dos estudos sobre a prática do aleitamento materno se insere, ao se referir aos países subdesenvolvidos.

Assim, é importante salientar o esforço empreendido nestes estudos por parte de autores que intentam compor o quadro geral da realidade social.

Entretanto, segundo Peres⁵⁹, "Nos estudos, a URBANIZAÇÃO é tratada como se fosse um fim em si mesma, esquecendo-se de que ela é um processo que só é desencadeado para determinados objetivos. Localizando o problema em nosso meio — uma

sociedade de classes que integra o mundo capitalista — na condição de sociedade capitalista periférica, a urbanização ocorre como uma necessidade desta expansão capitalista. Como tal, na relação de dominação que se estabelece entre sociedades capitalista, central e periférica, ocorre nesta, a reprodução da estrutura de poder existente na primeira. Articulada mente com a dominação econômica, estabelece-se também a dominação "cultural". O que isto significa?

No plano bem concreto de uma sociedade de consumo, diríamos que não basta apenas lançar um produto no mercado para garantir o seu consumo. E mais, não se lança um produto no mercado se não for para ser consumido. Por outro lado, para que o produto seja consumido, é preciso que seja sentido como uma necessidade pela população. Dentro desta lógica, é imprescindível que a "cultura" seja trabalhada para que novos comportamento, novas práticas, novos valores sejam instalados, em que o consumo de tal produto seja considerado como algo de sejável — é a "criação de necessidades", de forma dirigida, voltada para o processo de produção".

Finalmente, o terceiro nível de explicação do conhecimento sobre a prática do aleitamento materno, expressa uma outra vertente, a da abordagem estrutural-histórica.

Dentro desta linha de análise, destacam-se os trabalhos da Bader⁶⁰ e Campbell⁶¹.

A título de ilustração, passar-se-á a sumarizar

as idéias centrais de Campbell sobre "Nestlé e o aleitamento materno versus aleitamento artificial: perspectivas dominantes e marxista", na tentativa de identificar as diferenças entre as duas abordagens principais na atualidade.

Campbell, no sentido de identificar tais diferenças, no plano geral, assinala que a perspectiva funcionalista aceita o fundamento do sistema sócio-econômico — capitalismo — e enfoca a solução deste problema em simples relações de mercado, analisando "fatores de produção" (propriedade, trabalho e capital) e não o modo de produção.

Nesta perspectiva, "o que não puder ser explicado matematicamente, passa a ser ignorado".

Exemplificando o perfil econômico dos países subdesenvolvidos, Campbell mostra, ainda, que, sob esta ótica, a pobreza é atribuída aos mesmos, como resultado da inability de economistas locais em aplicar corretamente a matemática ou, da própria "superpopulação" — desculpa demográfica para todos os males sócio-econômicos. Acrescenta, ainda, que a história e a política são mascaradas por diferenças "culturais", fugindo, assim, ao controle.

Elegendo a perspectiva marxista, Campbell afirma que os fatos não são isolados de suas causas históricas, tal como são encarados nas análises funcionalistas.

Concretizando tais diferenças entre as duas pers

pectivas, Campbell serve-se dos argumentos utilizados pela Nestlé para justificar suas atividades em uma publicação por ela lançada em 1979.

Um dos argumentos utilizados pela Nestlé, refere-se ao decréscimo da mortalidade infantil em áreas urbanas, sobretudo onde esta empresa teve sua maior vendagem, mostrando assim que a Nestlé "salvou muitas crianças de desnutrição". Contrapondo-se a esta argumentação, Campbell aponta que o decréscimo da mortalidade infantil deveu-se mais à disponibilidade de serviços de saúde e a outros fatores que operam em áreas urbanas, ressaltando, ainda, que o leite artificial é mais freqüentemente associado à desnutrição do que à saúde.

A relação de causa-efeito, destacada pela Nestlé, no entender de Campbell, pode ser vista como uma conexão coincidente, no tempo e lugar, adicionando ainda, que "nem porisso pode-se afirmar que o leite em pó seja a causa do declínio da mortalidade infantil".

Um outro argumento da Nestlé — "a migração urbana está introduzindo um maior número de mulheres na força-de-trabalho e, portanto, um leite substituto se faz necessário".

A crítica de Campbell a essa idéia (e comprova com dados) é que não há relação direta entre migração e incorporação da mulher na força de trabalho na ordem em que a Nestlé coloca e, da mesma forma, não há relação direta entre tra

balho e não-amamentação, chamando a atenção para as **condições** de trabalho, mais do que ao trabalho em si.

Nesta linha, os outros argumentos são rebatidos pelo autor. Sob o ponto de vista marxista, situa a Nestlé — empresa multinacional, no contexto da acumulação e expansão do capitalismo.

Em síntese, o que se tentou mostrar com o trabalho de Campbell, situando-o na abordagem estrutural-histórica, é o avanço do conhecimento explicativo, ao utilizar de teorias mais abrangentes na aplicação da prática do aleitamento materno. Entretanto, faz-se ainda necessário, ultrapassar os limites explicativos colocados pelo autor para a compreensão da problemática em questão.

É preciso estudar esta questão a partir da teoria geral de sociedade, levando-se em consideração o modo de produção, a forma como se organiza a sociedade em relação à produção e as especificidades da dinâmica de formação social concreta.

Nesta perspectiva, o conceito fundamental é o modo de produção, e, segundo Cueva⁶², o modo de produção supõe, necessariamente, dois tipos de relações articuladas entre si, quais sejam, as forças produtivas (H x N) e as relações sociais de produção (H x H).

"A combinação destes dois elementos: forças produção

tivas e relações sociais de produção, constitui a matriz econômica de todo o modo de produção e é a que determina, inclusive, os demais aspectos do econômico: a circulação, distribuição e consumo dos bens materiais".

As idéias sociais (políticas, jurídicas, filosóficas, religiosas, artísticas, etc.), as instituições e organizações (o Estado, a Igreja, os partidos políticos, etc.), constituem a superestrutura da sociedade, que tem uma autonomia relativa.

A base determina a superestrutura, como já se afirmou e, logo, uma mudança da base faz mudar a superestrutura. Quer dizer, uma mudança nas relações sociais de produção, na base, provoca mudanças substantivas na forma de Estado, nas leis, nas relações políticas, na moral, na ideologia, ou seja, na superestrutura.

Por seu lado, a superestrutura influencia a infra-estrutura, em outras palavras, a superestrutura sobredetermina a estrutura econômica.

O que se tentou mostrar, grosseiramente, é a noção de que é preciso considerar, ao se estudar a sociedade, ou qualquer manifestação da mesma, como uma totalidade social, onde as instâncias econômicas, políticas e ideológicas estão intimamente articuladas.

Assim, ao se estudarem os problemas de saúde, de

modo geral e específicos, é necessário levar em conta todos esses elementos estruturais do processo social, ao mesmo tempo que se impõe a necessidade de concretizar historicamente tais elementos ao nível da formação social concreta onde ocorrem os problemas.

Em síntese, pretendeu-se com este trabalho, tão somente analisar os fatores sociais arrolados na produção de conhecimentos sobre a prática do aleitamento materno, indicando o volume e o conteúdo que fazem parte desta temática.

A partir daí, faz-se necessário ultrapassar os limites crítico e descritivo, impondo-se a compreensão do social, como um "específico campo estruturado de saber e prática".

NOTAS E REFERÊNCIAS

1. IANNI, O. *Estado e planejamento econômico no Brasil* (1930-1970). Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 2.^a ed., 1977, p. 144-5.
2. É preciso lembrar também que os países capitalistas dominantes estavam interessados no alinhamento político com os países capitalistas periféricos no contexto da Guerra Fria.
3. Os países que receberam maiores "ajudas" de alimentos na história da PL-480 foram: Índia, Coréia, Marrocos, Brasil, Iugoslávia.
4. GEORGE, S. *O mercado da fome*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1978, p. 185.
5. A produção nacional americana cresceu em 25%, graças ao aumento de horas de trabalho e às novas técnicas no setor agrícola, como o emprego de sementes selecionadas, fertilizantes e mecanização.
6. GEORGE, S. Op. cit.⁴ p. 199.
7. IANNI, O. Op. cit.¹ p. 168-9.
8. PINTO, H.F.M. *Puericultura, medicalização e ideologia*.

- Rio de Janeiro, IMS, UERJ, 1976 apud LOYOLA, A. A cultu
ra pueril da puericultura. *Novos Est. CEBRAP*, 2(1): 40-7,
1983, p. 43.
9. No Brasil, a preocupação crescente com a subnutrição indu-
ziu à criação, em 1954, da Comissão Nacional de Alimenta-
ção Escolar (CNAE).
10. KUCINSKI, B. & LEDOGAR, R. *Fome e lucros*. São Paulo, Bra-
siliense, 1978 apud LOYOLA, A. A cultura pueril da pue-
ricultura. *Novos Est. CEBRAP*, 2(1): 40-7, 1983, p. 43.
11. LOYOLA, A. A cultura pueril da puericultura. *Novos Est.*
CEBRAP, 2(1): 43-44, 1983.
12. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Comité d'Experts de
la Maternité, Genève, 1952. *Premier rapport, étude préliminaire*.
Genève, 1952. (Ser. Inf. técn., 51).
13. MAIRA, L. Forças internacionais e projetos de mudança po-
lítica na América Latina. In: MAIRA, L. et al. *América La*
atina: novas estratégias de dominação. Rio de Janeiro, Ed.
Vozes, 1980, p. 11-57.
14. Idem, Ibidem, p. 13-15.
15. Vide: a NATO, na Europa, o CENTO na Ásia Central, a SEATO
no nordeste da Ásia e o Tratado Interamericano de Assis-
tência Recíproca na América Latina, etc.

16. MAIRA, L. Op. cit.¹³ p. 18.
17. Idem, Ibidem, p. 19.
18. Idem, Ibidem, p. 21.
19. REUNION del Consejo Directivo de la OPS apud GUEVARA, C. M.S. et al. Participação Comunitária. Rev. Adm. públ., 17(3): 87-99, 1983.
20. Idem, Ibidem, p. 89.
21. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976, p. 75.
22. BRAGA, J.C.S. & GOES DE PAULA, S. *Saúde e previdência*. São Paulo, Cebes - Hucitec, 1981, p. 30.
23. GUEVARA, C.M.S. et al. Participação comunitária. Rev. Adm. públ., 17: 87,99, 1983, p. 92.
24. MARQUES, M.B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R. org., *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 2^a ed., Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978, p. 130-1.
25. JELLIFFE, D.B. *Nutriciõn infantil en païses en desarrol-*lo. México, Limusa, 1974, apud MARQUES, M.B. Op. cit.¹⁹ p. 122.

26. MARQUES, M.B. Op. cit.²⁴ p. 133.
27. Segundo Loyola, "em nível puramente técnico, mesmo as vantagens anticoncepcionais do aleitamento materno não são esquecidas. Em 1978, uma publicação da UNICEF sobre o aleitamento materno afirmava que "ao suprimir a menstruação e a ovulação pós-parto, a amamentação ajuda a mãe a espaçar seus períodos de gravidez, fornecendo uma base sólida para o planejamento familiar complementar". LOYOLA, A., Op. cit.¹¹ p. 45.
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil, Ginebra, 1960. *La insuficiencia ponderal del recién nacido desde el punto de vista sanitario; 3º informe.* Ginebra, 1961 (Ser. inf. técn., 217); _____ . Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil, Ginebra, 1963. *Aspectos sociales de la enseñanza de la obstetricia y ginecología; 4º informe;* Ginebra, 1964. (Ser. inf. técn., 266); _____ Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil, Ginebra, 1968. *Organización y administración de los servicios de higiene maternoinfantil; 5º informe.* Ginebra, 1969 (Ser. inf. técn., 428); _____ Comité de Expertos em Salud de la Madre y el niño, Ginebra, 1976. *Nuevas tendencias y métodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud; 6º informe.* Ginebra, 1976 (Ser. inf. técn., 600).
29. NUNES, E.D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão ge

ral. In: NUNES, E.D., org. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1985, p. 36.

30. Idem, Ibidem, p. 51-2.

31. MACMAHON, B. et al. *Métodos de epidemiologia*. México, Prensa Médica Mexicana, 1969.

32. ALVARENGA, A.T. O conceito de risco na área materno-infantil: considerações teóricas, metodológicas e de aplicação. Tese de Doutorado em Saúde Pública. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1984, p. 172.

33. LEAVELL, H. & CLARK, E.G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3^a ed. New York, McGraw-Hill, 1965. Apud AROUCA, A.S. da S. O dilema preventivista - contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. |Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas| p. 146.

34. AROUCA, A.S. da S. O dilema preventivista - contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. |Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas |, p. 164-5.

35. DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil - a década de 70. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983.

36. BREILH, J. & GRANDA, E. *Investigación de la salud en la sociedad - guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico*. Quito, Ediciones C.E.A.S., 1980, p. XIV.
37. HIRSCHMAN, C. & HENDERSHOT, G.E. Trends in breast feeding among american mothers. *Vital and Health Statistics*, 23(3): 1-12, 1978, p. 8.
38. GURVITCH, G. *As classes sociais*. São Paulo, Global Ed., 1982, p. 100.
39. TUMIN, M.M. *Estratificação social*. São Paulo, Pioneira Ed., 1970, p. 27.
40. CUEVA, A. La concepcion marxista de las clases sociales. In: *Debate & Crítica*, 3: 83-107, 1974.
41. AGUIAR, N. Hierarquia em classes: uma introdução ao estudo da estratificação social (13-51). In: AGUIAR, N. org., *Hierarquia em classes*. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1974, p. 14.
42. CUEVA, A. Op. cit.⁴⁰ p. 83.
43. STAVENHAGEN, R. Estratificação social e estrutura de classes. In: BIRBAUM, N. *Las clases sociales en la sociedad capitalista avanzada*. Barcelona, Ed. Península, 1976, p. 169-189.

44. Ver a respeito: POULANTZAS, N. As classes sociais. *Est. CEBRP.*, São Paulo, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). 3: 6-39, 1973; BIRBAUM, N. *Las clases sociales en la sociedad capitalista avanzada*. Barcelona, Ed. Península, 1976.

45. CAVALCANTI, M.L.F. Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo], p. 365-368, resumo apud II Congresso Paulista de Saúde Pública e I Congresso Nacional da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1983.

46. TRONCOSO, M. del C. Mortalidade infantil: revisando um indicador de saúde. In: NUNES, E.D. org., *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p. 277-291.

47. BLAY, E.A. Emancipação da mulher e aleitamento ou a política do aleitamento materno. *Pediatr.* São Paulo, 5: 129-132, 1983, p. 129.

48. PERES, F. e BURALLI, K.O. Aleitamento materno: uma questão social. Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1983 (mimeo).

49. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. The infant food industry and international child health. *Int. J. Hlth Serv.*, 7: 249-254, 1977.
50. GARCIA, E.R. *Subdesarrollo y libertación*. Madrid, Alianza Ed., 1972, p. 16.
51. GUNDER, F. Desenvolvimento e subdesenvolvimento latino-americano, p. 25-38. In: PEREIRA, L. org., *Urbanização e subdesenvolvimento*. 3.^a ed., Rio de Janeiro, Zahar Eds., p. 26.
52. Idem, Ibidem, p. 26.
53. BRAGA, L.C. & GOES DE PAULA, S. Op. cit.²² p. 26-7.
54. SILVA, L.M. da. *Desnutrição e estrutura social brasileira - um ensaio de interpretação*. São Paulo, 1979. [Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo]. p. 86.
55. Idem, Ibidem, p. 87.
56. PEREIRA, L. Urbanização e subdesenvolvimento. p. 59-78. In: PEREIRA, L. org., *Urbanização e subdesenvolvimento*. 3.^a ed., Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976, p. 59.
57. Idem, Ibidem, p. 60.

58. COSTA PINTO, L.A. *Desenvolvimento econômico e transição social*. 3^a ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978, p. 187.
59. PERES, F. e BURALLI, K. Op.cit.⁴⁸ p. 4.
60. BADER, M.B. Breast feeding: the role of multinational corporations in Latin American. *Int. J. Hlth Serv.*, 6: 609-23, 1976.
61. CAMPBELL, C.E. Nestlé and breast vs bottle feeding: mainstream and marxist perspectives. *Int. J. Hlth Serv.*, 14(4): 547-567, 1984.
62. CUEVA, A. Op. cit.⁴⁰ p. 84.

CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

- A produção do conhecimento científico sobre o aleitamento materno faz-se presente em todo o curso do desenvolvimento científico sobre nutrição infantil, no período de 1945 a 1985.
- Evidencia-se sua importância relativa em determinados períodos da série histórica, particularmente na década de 1950 e mais recentemente, a partir de 1975.
- A produção de conhecimento científico sobre a prática do aleitamento materno mantém-se constante ao longo do tempo, representando em média 2/3 da produção de conhecimento científico em aleitamento materno.
- Os principais fatores sociais arrolados nos estudos sobre a prática do aleitamento materno, em ordem decrescente, são: nível sócio-econômico, nível educacional da mãe, distribuição urbano-rural e trabalho da mulher.
- Evidencia-se uma ampliação no elenco de fatores sociais arrolados nos estudos sobre a prática do aleitamento materno realizados em anos mais recentes, em comparação com aqueles realizados na década de 1950.
- Os fatores sociais arrolados nos estudos sobre a prática do aleitamento materno situam-se predominantemente, numa

abordagem multicausal.

- Esses fatores sociais se caracterizam como variáveis fracionadas, independentes, homogêneas, complementares e ahistóricas.

ANEXOS

Número e Média Móvel de 3 anos de artigos indexados na NUTRITION ABSTRACTS AND REVIEWS. — "Feeding of Infants and Children" — no período de 1945 a 1985.

A N O	ALEITAMENTO MATERNO						OUTROS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL		NÃO CLASSIFICADOS		TOTAL DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL	
	PRÁTICA		LEITE HUM.		TOTAL							
	Nº	MM	Nº	MM	Nº	MM	Nº	MM	Nº	MM	Nº	MM
1945	2		1		3	21	21		1		25	
1946	4	3,3	4	4,0	8	7,3	12	18,0	6	3,0	26	28,3
1947	4	5,3	7	5,3	11	10,7	21	21,0	2	4,3	34	36,0
1948	8	7,7	5	6,0	13	13,7	30	30,3	5	3,3	48	47,3
1949	11	7,3	6	5,0	17	12,3	40	31,7	3	8,3	60	52,3
1950	3	8,0	4	5,3	7	13,3	25	29,0	17	9,0	49	51,3
1951	10	6,3	6	4,7	16	11,0	22	21,7	7	13,0	45	45,7
1952	6	8,3	4	6,0	10	14,3	18	18,3	15	14,3	43	47,0
1953	9	9,7	8	6,0	17	15,7	15	22,0	21	17,3	53	55,0
1954	14	11,0	6	6,3	20	17,3	33	24,7	16	15,0	69	57,0
1955	10	13,0	5	7,7	15	20,7	26	27,0	8	11,0	49	58,7
1956	15	11,7	12	8,3	27	20,0	22	24,7	9	7,0	58	51,7
1957	10	13,0	8	10,3	18	23,3	26	26,7	4	9,0	48	59,0
1958	14	13,3	11	10,0	25	23,3	32	32,0	14	8,7	71	64,0
1959	16	15,0	11	10,6	27	25,7	38	40,7	8	8,7	73	75,0
1960	15	12,0	10	12,7	25	24,7	52	42,7	4	7,0	81	74,0
1961	5	11,0	17	11,0	22	22,0	38	50,0	9	6,7	69	78,7
1962	13	9,0	6	9,0	19	18,0	60	51,0	7	11,3	86	80,3
1963	9	10,3	4	7,0	13	17,3	55	53,0	18	10,0	86	80,3
1964	9	8,3	11	8,0	20	16,3	44	50,3	5	12,3	69	79,0
1965	7	6,0	9	9,3	16	15,3	52	48,7	14	12,0	82	76,0
1966	2	5,7	8	8,0	10	13,7	50	53,3	17	13,3	77	80,3
1967	8	6,7	7	7,7	15	14,3	58	59,7	9	13,3	82	87,3
1968	10	8,0	8	7,0	18	15,0	71	64,7	14	14,3	103	94,0
1969	6	9,3	6	6,0	12	15,3	65	78,0	20	15,0	97	108,3
1970	12	11,3	4	6,7	16	18,0	98	79,7	11	16,3	125	114,0
1971	16	12,0	10	8,0	26	20,0	76	90,0	18	15,0	120	125,0
1972	8	10,0	10	8,3	18	18,3	96	78,0	16	22,0	130	118,3
1973	6	7,7	5	6,0	11	13,7	62	73,3	32	19,3	105	106,3
1974	9	9,7	3	5,7	12	15,3	62	56,3	10	22,0	84	93,7
1975	14	15,7	9	7,3	23	23,0	45	63,3	24	27,3	92	113,7
1976	24	28,3	10	11,0	34	39,3	83	71,0	48	25,0	165	135,3
1977	47	36,7	14	10,7	61	47,3	85	86,0	3	23,7	149	157,0
1978	39	46,7	8	12,3	47	59,0	90	80,0	20	16,3	157	155,3
1979	54	44,3	15	12,0	69	56,3	65	66,7	26	19,7	160	142,7
1980	40	49,0	13	16,0	53	65,0	45	62,3	13	25,0	111	152,3
1981	53	64,0	20	24,0	73	88,0	77	94,3	36	21,3	186	203,7
1982	99	73,3	39	31,3	138	104,7	161	115,0	15	24,7	314	244,3
1983	68	72,3	35	34,7	103	107,0	107	117,3	23	19,3	233	243,7
1984	50	57,0	30	35,0	80	92,0	84	96,0	20	18,3	184	206,3
1985	53		40	9	93		97		12		202	
total	812		449		1261		2259		580		4100	

FATORES ARROLADOS NOS ESTUDOS SOBRE A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO

	PERÍODO	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	
FATORES		a	a	a	a	a	a	a	a	TOTAL
		1949	1954	1959	1964	1969	1974	1979	1985	
"BIOLÓGICOS"										
Idade da mãe		3	2	8	2	3	5	9	22	54
Paridade		3	4	9	4	2	3	9	12	46
Condições de saúde da mãe		-	5	6	1	-	-	1	2	15
Sexo da criança		-	1	1	-	1	4	2	5	14
Ordem de nascimento		-	-	1	1	1	1	1	5	10
Peso ao nascer		1	-	1	-	1	1	1	5	10
Interocorrências no parto/puerpério		1	-	1	-	1	1	1	4	9
Raça da mãe		-	-	1	-	-	-	3	4	8
Altura da mãe		1	1	2	-	-	2	-	1	7
Problemas específicos da mama		-	2	3	1	-	-	-	-	6
Intervalo inter-partal		-	1	1	-	1	-	-	3	6
Problemas de saúde da criança		-	2	2	1	-	-	1	-	6
Estado nutricional da mãe		-	-	1	-	1	-	-	2	4
Número de gestações		-	-	-	-	2	-	-	2	4
Peso da mãe		1	1	-	-	-	-	-	1	3
Hábito de fumar		-	-	-	-	-	-	-	2	2
Uso de contraceptivos		-	-	-	-	-	-	1	1	2
Morte da mãe		-	-	1	-	-	-	-	-	1
"SOCIAIS"										
Nível sócio-econômico		2	3	10	10	6	8	16	35	90
Nível educacional da mãe		-	-	2	2	1	5	13	40	63
Distribuição urbano/rural		-	-	2	3	3	1	8	31	48
Trabalho da mulher		-	1	3	2	-	5	9	19	39
Renda		-	-	1	1	1	3	3	18	27
Ocupação do pai		-	2	-	1	-	3	4	5	15
Estado civil		-	-	-	-	-	-	2	8	10
Condições de habitabilidade		-	-	3	1	-	-	1	2	7
Condições adversas da casa		2	4	-	-	-	-	-	-	6
Tamanho da família		-	-	-	-	-	2	1	3	6
Tipo de ocupação da mãe		-	-	1	-	-	-	-	4	5
Nível educacional dos pais		-	-	-	1	1	-	-	1	3
Background socio-cultural		-	-	-	-	-	2	-	1	3
Tempo de residência na cidade		-	-	-	-	-	-	1	-	1
"TECNICOS"										
Início da primeira mamada		-	1	-	1	2	2	2	9	17
Introdução de suplemento alimentar		-	-	1	-	2	-	2	11	16
Falta de treinamento e orientação		1	-	3	-	-	-	-	8	12
Esquema rígido de alimentação		1	1	2	-	2	-	1	5	12
Técnica de amamentação		3	2	-	-	-	-	-	-	5
Papel do profissional de saúde		-	1	-	3	1	-	-	-	5
"ORGANIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE"										
Acesso ao pré-natal		-	1	-	-	-	-	1	12	14
Local do parto		1	1	2	1	1	-	1	6	13
Tipo de parto		-	1	2	-	-	-	1	2	6
Tipo de Instituição		-	-	-	-	1	-	-	1	2
Tipo de Assistência pré-natal		-	-	1	-	-	-	-	-	1
Nº de visitas ao C.S.		-	-	-	-	1	-	-	-	1
"PSICOLÓGICOS"										
Atitude		-	-	2	3	2	-	3	17	27
Separação mãe / filho		-	-	1	-	-	-	-	13	14
Suporte familiar		-	-	-	-	-	-	-	11	11
Ansiedade		-	-	-	1	-	-	4	-	5
Personalidade da mãe		-	-	-	1	-	-	1	-	2
Sentimento de maternidade		-	-	-	1	-	-	-	-	1
Ajustamento marital		-	-	-	1	-	-	-	-	1