

Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas

Renata Monteiro¹

Palavras-chave: aleitamento materno, alimentação artificial, política de saúde, propaganda.

¹ Ministério da Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Enviar correspondência para: Condomínio Mansões Entre Lagos, Quadra 1, Conjunto A, Casa 46, CEP 73017-004, Sobradinho, DF, Brasil. E-mail: renata.monteiro@saude.gov.br/renata.monteiro@globomonteiro.com

No Brasil, a promoção da saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil, especialmente no que tange ao componente neonatal, são prioridades de governo. Entre as várias políticas brasileiras que objetivam a redução da mortalidade no primeiro ano de vida encontram-se as ações de incentivo ao aleitamento materno. Tais ações são preconizadas pela Agenda de Compromissos pela Redução da Mortalidade Infantil e Saúde Integral da Criança, que estabelece as estratégias e as linhas de cuidado na atenção à criança, e pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em sua quarta diretriz, “promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis” (1, 2).

São incontestáveis os benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-bebê. No entanto, ao se reconhecer a amamentação como um híbrido entre natureza e cultura (3, 4), ela se torna um evento mais complexo do que o paradigma biomédico consegue explicar. Como prova disso, ainda são observadas altas taxas de desmame precoce, apesar das ações intensas promovidas pelas políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno e da organização da sociedade civil em prol da amamentação.

As ações de incentivo ao aleitamento materno no Brasil estão apoiadas em três pilares: apoio, promoção e proteção à prática da amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de idade ou mais. Com isso, acredita-se ser possível melhorar a qualidade de vida e reduzir a desnutrição, a mortalidade infantil e as doenças crônicas não-transmissíveis na idade adulta (5).

Uma das ações de destaque estruturada como parte da política pública de saúde de apoio à amamentação no Brasil é a Rede de Bancos de Leite Humano, que conta hoje com mais de 180 unidades distribuídas em todos os estados. Outra é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que atualmente engloba 331 hospitais credenciados. No que tange à promoção, destacam-se a Semana Mundial da Amamentação, observada no Brasil desde 1992, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, lançado em 2003, celebrado todos os anos em 1º de outubro. A proteção da amamentação ocorre por meio da legislação que beneficia a mãe trabalhadora e da Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).

A NBCAL é um instrumento importante na proteção contra as estratégias de *marketing* da in-

dústria de alimentos e de bicos, chupetas e mameiras. Foi baseada no Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1981, e teve a sua primeira versão brasileira em 1988, tendo sido revisada para o aprimoramento de suas diretrizes em 1992 e novamente em 2001 e 2002. Em 2006, a NBCAL tornou-se lei nacional. O objetivo deste artigo é descrever a NBCAL enquanto integrante da política pública brasileira de proteção ao aleitamento materno, assim como apresentar o seu histórico e suas limitações, avanços e perspectivas.

A AMAMENTAÇÃO NO CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, as atividades de incentivo à amamentação seguiram o mesmo processo da construção do conhecimento acerca do tema: dependendo do momento histórico e da intencionalidade dada para o amamentar, este era entendido como algo natural ou cultural, ou seja, biológico e inerente ou socialmente construído. Muitas ações estruturadas em favor do aleitamento materno foram traçadas com um caráter reducionista, que tratava a amamentação como algo instintivo, sendo a mulher considerada como a única responsável pelo sucesso ou fracasso da iniciativa (6).

Historicamente, a preocupação com a saúde da criança se tornou evidente a partir do final do século XVII. Antes disso, havia certa indiferença quanto ao infanticídio e à mortalidade infantil. Com a necessidade de ampliar a riqueza e a mão-de-obra, o Estado passou a investir na infância. O discurso da obrigação materna em relação à amamentação surgiu ligado à defesa da sobrevivência da criança e ao triunfo do Estado rico e poderoso (7). A saúde das crianças passou a ser um dos grandes objetivos da família (8).

Por outro lado, com o fortalecimento da medicina, a autoridade médica passou a prescrever não só informações de saúde, mas também comportamentos, estabelecendo regras de conduta, renegando conhecimentos acumulados e medicalizando o nascimento, o cuidado com a família e, por fim, o corpo social, sempre com o aval do Estado (7, 8). A ciência foi utilizada pela política, pois o saber que aquela possuía representava poder (8).

No que diz respeito à alimentação infantil, a medicalização resultou, em um dado momento histórico, na institucionalização do uso do leite em pó, uma vez que sua distribuição fazia parte dos programas governamentais de suplementação alimentar. Tanto nos centros de saúde quanto nas maternidades, a prescrição da fórmula infantil passou a ocorrer de forma indiscriminada (9–11). Além disso, durante o século XX, a mulher passou por

transformações importantes, deixando de ser mera reprodutora e cuidadora para assumir um papel na produção de renda familiar (6). Com isso, a indústria de alimentos passou a promover produtos que fossem ao encontro desse estilo de vida.

No Brasil, a preocupação em retomar a prática da amamentação ressurgiu apenas no final da década de 1970 e início da década de 1980, frente à alta mortalidade infantil, à desnutrição e às baixas taxas de aleitamento materno exclusivo e complementar (9, 12). Na década de 1980, iniciou-se a discussão sobre as rotinas hospitalares e a importância do apoio dos profissionais de saúde para o sucesso da amamentação (12). Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, com o apoio de vários segmentos da sociedade civil organizada (3).

Desde então, o aleitamento materno passou a ser uma prioridade da política pública de saúde, sempre incluída entre os elementos a serem trabalhados para a redução da mortalidade infantil. No entanto, a política estatal muitas vezes tendeu a reduzir o aleitamento a um evento de caráter biológico, instintivo e individual, vinculado à idéia do “amor materno”. Isso fez fracassar muitas das ações propostas e explicitou a limitação do paradigma em que se estruturavam. As questões coletivas e de ordem social, cultural ou política ligadas à amamentação foram pouco abordadas e enfrentadas, deixando uma lacuna em termos do híbrido natureza-cultura que caracteriza essa prática (3).

O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E A PROPAGANDA DE ALIMENTOS INFANTIS NO BRASIL

O consumo do leite artificial no Brasil cresceu com o processo de urbanização, concomitantemente ao excesso de produção de leite em pó e à importação desse produto após a Primeira Guerra Mundial (9).

A indústria de alimentos infantis influenciou grande parte do conhecimento científico produzido sobre a alimentação da criança pequena. Além disso, como os seus produtos eram tidos como recurso terapêutico, mesmo sem a necessária indicação, essa indústria viu, no profissional de saúde, um agente de promoção (10, 11).

Por sua vez, o profissional de saúde encontrou nas fórmulas infantis uma forte base para o processo de medicalização. Segundo Bourdieu, é preciso revelar o que não está claro no discurso e no esforço desinteressado em busca do progresso científico, pois toda e qualquer escolha científica é uma estratégia política que visa a maximização do lucro científico, ou seja, o reconhecimento dos

pares-competidores (13). No caso da disseminação das fórmulas infantis, as relações de interesse e de poder foram simultaneamente exercidas pela indústria e pelos profissionais.

A propaganda, entre outras estratégias de comunicação, é um instrumento importante no processo de escoamento da produção. É capaz de influenciar e modificar hábitos, independentemente dos motivos que levam à compra. No início do século XX, a imagem de diversos produtos já era promovida por meio da propaganda (14).

É de 1916 a primeira alusão à alimentação artificial no Brasil, embora inserida em um conjunto de propagandas de incentivo à amamentação. Na década de 1920, cresceu a propaganda em favor do consumo de leite em pó, principalmente de marcas importadas. Mostrava-se a equivalência entre o leite em pó e o leite materno, sendo a propaganda dirigida principalmente a casos excepcionais, contrapondo-se ao leite de vaca no que diz respeito à segurança, à contaminação e à digestibilidade. Na década de 1930, a propaganda mais veiculada foi a de fórmulas nacionais, principalmente em periódicos dirigidos a médicos, destacando-se a importância desses profissionais como formadores e orientadores da conduta alimentar infantil (10, 12).

Nas décadas de 1940 e 1950, as vantagens de natureza nutricional e bacteriológica destacaram-se na propaganda dos produtos destinados ao lactente, que passaram a ser utilizados na alimentação da criança normal. Muitas das propagandas veiculadas sugeriam ainda a superioridade das fórmulas em relação ao leite humano, mencionando também a possibilidade da falta deste. Além disso, salientava-se a importância da confiança e da qualidade do produto, levando a uma conquista ainda mais ampla da pediatria, que passou a se responsabilizar pela alimentação da criança, que antes era incumbência das mães. As mães, quando apareciam, sugeriam a idéia de carinho associada ao produto (10, 12).

Nos anos seguintes, surgiu a idéia de alimentar a criança com o uso de fórmulas infantis desde o nascimento. Segundo as propagandas veiculadas, a fórmula substituiria o leite materno com vantagens e complementar a alimentação natural (10). Surgiram então as propagandas de alimentos complementares, conhecidos como *baby foods*, e cresceu a presença de figuras de crianças na rotulagem de alimentos. A cada dia aumentava o número de alimentos enriquecidos com ferro, em resposta à produção científica sobre a anemia (12). A propaganda direcionada aos médicos ocorria nos serviços de saúde, nos congressos de atualização, nas revistas científicas e individualmente. A indústria era patrocinadora de muitos cursos, materiais, bolsas de aperfeiçoamento, reuniões científicas e pesquisas médicas—ou seja, do progresso científico (9).

Ao mesmo tempo, até o início da década de 1970, pouco se tinha avançado nos estudos científicos sobre a lactação e o leite humano. Os profissionais de saúde se resguardavam no conhecimento científico disponível sobre a alimentação artificial como resposta à hipogalactia e ao “leite fraco”, por falta de domínio dos determinantes socioculturais da amamentação e do manejo da mesma (12). Além disso, no final da década de 1970, surgiu a televisão, potencializando a penetração da propaganda de leite em pó em meio à população. Nesse período, os representantes passaram a ter contato direto com as mães ainda na maternidade, onde ocorriam as doações. Durante a década, a produção de leite em pó no país quadruplicou (9), e os níveis de amamentação atingiram a mediana de apenas 2,5 meses (15).

Na década de 1980, voltaram ao cenário científico os estudos sobre o leite humano. Os benefícios do leite humano foram trazidos à tona em artigos científicos e propagandas institucionais e da Sociedade Brasileira de Pediatria. As propagandas de alimentos infantis se tornaram mais discretas após a normatização, porém não cessaram; passaram a conviver com os artigos em defesa da amamentação. No final da década de 1980, surgiram anúncios de produtos destinados a públicos específicos—prematuros e portadores de intolerâncias e alergias alimentares—que se tornaram o grande mote da indústria a partir dos anos 1990 (12).

A IMPLANTAÇÃO DO CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZAÇÃO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO

A preocupação com a comercialização de substitutos do leite humano existe há muito tempo no cenário internacional. Em 1939, a pediatra Cicely Williams proferiu uma palestra intitulada “Leite e assassinato”, destacando o impacto do uso do leite condensado e da propaganda enganosa na saúde infantil (16, 17). Na década de 1960, Jelliffe criou o termo desnutrição comerciogênica, explicitando a influência exercida pela propaganda nos hábitos maternos no que diz respeito à alimentação da criança, principalmente nos países em desenvolvimento. Discutiu os aspectos éticos da promoção comercial e da postura dos profissionais de saúde frente à situação de pobreza, onde essa promoção se mostra mais prejudicial (18).

Influenciada pelos trabalhos de Jelliffe, a Organização das Nações Unidas (ONU) discutiu, pela primeira vez, em 1970, a relação da prática comercial de alimentos infantis com o declínio na amamentação ao seio, culminando, em 1972, em uma declaração de que a promoção de fórmulas infantis para nutrízes ainda no ambiente hospitalar era im-

própria (16). Motivada por esse destaque dado ao tema, uma organização não-governamental britânica publicou um relatório no qual demonstrava os artifícios utilizados na promoção comercial de fórmulas infantis, principalmente na África (19).

Em 1974, durante a 27ª Assembléia Mundial da Saúde, foi demonstrado o declínio geral da amamentação em muitas partes do mundo. Entre os determinantes de tal declínio foi identificada a promoção de substitutos do leite materno. Esse fato incentivou os países-membros a reverem as medidas de promoção de vendas de alimentos infantis e a alterar as práticas de regulação, incluindo a elaboração de legislação que pautasse a publicidade (16).

Em 1979, realizou-se, em Genebra, a reunião conjunta da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre alimentação do lactente e de crianças pequenas, com a participação de 150 agências governamentais e não-governamentais. Essa reunião recomendou, então, a criação de normas fundamentadas em princípios éticos que deveriam nortear o *marketing* de substitutos do leite materno (16). Em 1980, a 33ª Assembléia Mundial da Saúde apoiou integralmente a declaração. Em 1981, após embate de interesses com a indústria, o Brasil e outros 150 países aprovaram, como uma recomendação, o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (resolução 34.22 da Assembléia Mundial da Saúde). O objetivo do Código é

Contribuir para o fornecimento de nutrição segura e adequada aos lactentes, por meio da proteção e promoção do aleitamento e assegurando o uso apropriado de substitutos do leite materno, quando estes forem necessários, com base em informações adequadas e por meio de mercadização e de distribuição apropriados (20).

Dentre os principais aspectos abrangidos pelo Código encontram-se a proibição de figuras de crianças ou texto que assemelhe o substituto ao leite materno nos rótulos; a obrigação dos materiais de informação e educação de conter informação sobre a superioridade do leite materno e os prejuízos da introdução da alimentação com mamadeira; a recomendação ao sistema de saúde de não promover as fórmulas infantis e os outros produtos abrangidos pelo Código; a recomendação aos profissionais de saúde de promover e proteger a amamentação e de assumir responsabilidade sobre a implementação do Código; a orientação para que as informações sobre os produtos para os profissionais de saúde sejam apenas de caráter científico; e a recomendação aos países-membros de estabelecer medidas para a adoção do Código (20).

Em 1986, a Assembléia Mundial da Saúde desenvolveu a resolução 39.28, que adverte sobre o perigo das doações de substitutos do leite materno aos recém-nascidos em maternidades. Tal resolução teve de ser reforçada em 1994 pela resolução 47.5, que proíbe expressamente as doações de produtos compreendidos no Código a qualquer serviço de saúde (16).

Em 1990, dois importantes documentos de apoio ao Código foram publicados: a Convenção sobre os Direitos das Crianças e dos Adolescentes e a Declaração de Innocenti sobre a proteção, promoção e apoio da amamentação. Em 1991, foram instituídos os hospitais amigos da criança, uma iniciativa da OMS e do UNICEF que propõe 10 passos para o sucesso da amamentação. Esses passos concorrem para a adoção de alguns pontos do Código, entre eles o fim das doações de fórmulas (16).

Em 1996, outra resolução importante (49.15) foi aprovada na Assembléia Mundial da Saúde, estabelecendo que não deve haver patrocínio de eventos profissionais por parte de fabricantes de substitutos do leite materno, nem oferta de apoio financeiro por parte de tais empresas, de modo a criar fidelidade por parte do profissional de saúde, nem endosso de associações profissionais aos produtos destinados ao lactente ou publicidade de alimentos complementares (21).

Cursos coordenados pela OMS foram desenvolvidos em diversos países durante toda a década de 1990. Até 2003, 162 dos 191 estados-membros da OMS (85%) relataram ter ações que contribuíam para a execução dos objetivos e princípios do Código (22). Desses, 24 países já implementaram a maior parte do Código e das resoluções por meio de medidas legalmente reconhecidas, com destaque para o Brasil, com uma das legislações mais rigorosas e exemplares no cenário internacional. Outros 52 países aprovaram alguns aspectos do Código na forma de leis, enquanto outros 23 governos recomendam o Código como medida voluntária, sem força de lei (17).

Em 2002, a 55ª Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Estratégia Global para Alimentação do Lactente e da Criança Pequena, que destaca a necessidade de implantação do Código e das resoluções correlacionadas pelos países-membros da OMS por meio da internalização coesa dessas recomendações (23).

IMPLEMENTAÇÃO DO CÓDIGO DE COMERCIALIZAÇÃO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO NO BRASIL

Antes da normatização da promoção comercial de alimentos infantis no país, muitas estratégias de *marketing* foram utilizadas para promover os alimen-

tos para lactentes. Além das estratégias descritas anteriormente, foram promovidos concursos de “bebê mais robusto”, distribuídos cupons de desconto, utilizados *outdoors*, oferecidas vantagens aos responsáveis pelos pontos de comercialização direta, promovidas vendas casadas (venda de *kits*), distribuídos brindes e feitas doações aos serviços de saúde e diretamente às mães (24). Souza e Almeida (12) avaliaram as propagandas veiculadas no *Jornal de Pediatria*, revista especializada da Sociedade Brasileira de Pediatria, destinada a profissionais de saúde. Esses autores identificaram, entre 1934 e 1999, 1 073 anúncios de chupetas, mamadeiras e alimentos para lactentes, sendo 58,3% de leites artificiais.

No Brasil, a regulação da promoção comercial ocorreu primeiramente em 1974, no Estado de Pernambuco, quando o secretário de saúde proibiu as mamadeiras e o leite gratuito nas unidades de saúde e maternidades (24). O movimento inicial do governo federal no sentido de ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno no país ocorreu em 1976, dentro do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). Em 1979, realizou-se uma ampla discussão sobre o assunto no país, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do UNICEF, o que resultou na elaboração das estratégias a serem desenvolvidas. A proposta do Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foi analisada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição em 1980 e considerada importante, apesar de longa e confusa (9, 24).

Em 1981, foi criado o Grupo Técnico Executivo Nacional de Aleitamento Materno, que incluiu representantes de entidades de classe, como as sociedades brasileiras de pediatria e de nutrição e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, e de organismos internacionais, como a OPAS e o UNICEF, com a participação de representantes de diversos ministérios. O Grupo trabalhou no sentido de dar formato ao PNIAM, que teve, entre as suas prioridades, a adequação do Código no Brasil (9).

Porém, apenas em 1986, com a mudança na operacionalização do PNIAM e a estruturação de um comitê específico para cuidar do Código, foram organizadas as diretrizes básicas para a regulação da propaganda e a comercialização de substitutos do leite materno. Assim, com base no Código e em resoluções subseqüentes, e após negociação com as várias instituições que congregavam ações de incentivo ao aleitamento materno e também com as indústrias de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras, o Brasil aprovou, em 1988, as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), na forma de resolução do Conselho Nacional de Saúde (24, 25).

Em 1989, devido à transição política no país, apenas foi realizada a divulgação do documento,

por meio da produção de 80 000 exemplares e da inserção da NCAL nas capacitações feitas pelo PNIAM em conjunto com os centros de referência (9). Naquele ano, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, onde foi possível verificar quais avanços puderam ser alcançados na prevalência de aleitamento materno nos últimos 15 anos. A mediana de amamentação passou de 74 para 167 dias, tendo esse aumento ocorrido em todas as regiões do país, tanto na área urbana quanto rural, em todos os níveis de renda e escolaridade (15).

Em 1990, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição realizou um seminário nacional e cinco macrorregionais. Nessas ocasiões, chamou-se atenção para o fato de que o documento da NCAL era extenso e confuso, possibilitando várias interpretações que facilitavam o seu não-cumprimento. Além disso, o rigor com os alimentos não se estendia aos bicos e mamadeiras, e havia a possibilidade de a fiscalização das normas ser prejudicada em função de que alguns dos órgãos responsáveis pela vigilância não estavam vinculados diretamente ao Ministério da Saúde (9).

A instituição da NCAL fez com que a indústria de leites modificados divulgasse o documento junto aos pediatras e às empresas, alterasse a rotulagem dos produtos e suspendesse a doação de fórmulas infantis em maternidades. No entanto, pouco se alterou no que diz respeito à comercialização de chupetas e mamadeiras, que, na época, não tinham obrigatoriedade de registro junto à vigilância sanitária (9).

De modo a avançar a legislação e torná-la mais clara e passível de controle, a NCAL foi revisada, tendo sido essa revisão aprovada em 1992 na forma da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), também como uma resolução do Conselho Nacional de Saúde (26). Apesar de ter melhorado a redação dos dispositivos propostos, continuou ambígua em alguns pontos, principalmente quanto à rotulagem de alimentos, facilitando a continuidade das infrações. No entanto, apresentou avanços ao passar a contemplar os leites em pó, pasteurizados e esterilizados, as “chupetas e copos fechados com canudinhos ou bicos”; exigir a inclusão, nas peças de promoção comercial, de frases de advertência explicitando que os produtos acima citados e os alimentos complementares não devem ser utilizados na alimentação do lactente nos primeiros 6 meses de vida, salvo sob a orientação de médico ou nutricionista, assim como exigir a apresentação de frases específicas na rotulagem de todos os produtos abrangidos pela NBCAL; estabelecer a obrigatoriedade do uso de embalagens em mamadeiras, bicos e chupetas; proibir a utilização de imagens de bebês na rotulagem e limitar a distribuição de amostras apenas a médicos e nutricionis-

tas quando do lançamento do produto; e incluir as disposições do Código de Defesa do Consumidor entre as sanções previstas em caso de infração à NBCAL. Finalmente, a revisão de 1992 da NBCAL descreveu as obrigações a serem cumpridas pelas indústrias fabricantes de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras, pelas empresas responsáveis pela comercialização desses produtos, pelos estabelecimentos de saúde, pelos profissionais de saúde, pelas instituições de ensino e pesquisa, pelas instituições governamentais e não-governamentais e pelas associações de classe.

Em um monitoramento da rotulagem de alimentos contemplados pela NBCAL, realizado em 32 cidades brasileiras entre 1995 e 1996, apesar de terem sido constatadas melhorias, foi observada ainda a presença de figuras ou imagens de bebês em diversos alimentos complementares, bicos, chupetas e mamadeiras, além de frases que sugerem o uso desses produtos na alimentação do lactente, põem em dúvida a capacidade da mãe de amamentar e indicam condições especiais para utilização. Também foi constatada, em muitos casos, a inexistência das frases exigidas (27). Em outro estudo realizado em 30 cidades brasileiras com profissionais de saúde para a verificação do cumprimento da NBCAL, foram identificadas práticas promocionais não permitidas pela legislação, como, por exemplo, doações fora do prazo de lançamento do produto, distribuição de brindes diretamente às mães e patrocínios e incentivos a pessoas físicas (21).

Entre as dificuldades encontradas para a implementação da NBCAL 1992 está o fato de esta ter sido, assim como a NCAL, publicada como uma resolução do Conselho Nacional de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde é um órgão deliberativo, que "atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde" (28), sem a atribuição de penalizar o não-cumprimento de suas resoluções. Desde 1997, o monitoramento é feito de maneira sistemática pela Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil), que repassa os seus relatórios ao Ministério da Saúde.

Nos anos de 1998 e 1999, o Ministério da Saúde recebeu um número crescente de denúncias de violação à NBCAL 1992. Isso se deveu, potencialmente, à crescente comercialização de produtos novos no mercado, principalmente importados, incluindo fórmulas infantis e de nutrientes e alimentos complementares, e ao uso da Internet para a promoção comercial (29). Ao mesmo tempo, um estudo realizado nas capitais brasileiras registrou a maior mediana de aleitamento materno da história, cerca de 10 meses (24). Em 1999 e 2000, foram realizados nove cursos sobre o monitoramento da NBCAL em vários estados brasileiros, contando com 313 participantes. O monitoramento realizado

no período identificou infrações graves à regulamentação vigente (29).

Em 2000, visando adequar a NBCAL 1992 e resolver os problemas identificados quanto à sua abrangência e clareza, foi constituído um grupo de trabalho para uma nova revisão. Esse grupo contou com a participação de várias áreas do governo, da OPAS, do UNICEF, da IBFAN e de representantes da indústria de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras e de associações de classe e universidades.

Após discussão, consulta pública e longa negociação, a NBCAL foi revista e publicada como Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de Bicos, Chupetas e Mamadeiras, dividida em três documentos: a Portaria 2 051 (30) e as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 221, que trata de chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo (31), e 222, que regulamenta a promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (32).

AVANÇOS NA NORMA BRASILEIRA DE COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA E DE BICOS, CHUPETAS E MAMADEIRAS

A NBCAL 2001/2002 trouxe progressos para a regulamentação da comercialização e da propaganda de alimentos para lactentes e outros produtos que interferem no estabelecimento e na manutenção da amamentação. Além de abranger produtos novos no mercado, que não estavam compreendidos em sua versão anterior, assim como estratégias de comunicação também mais recentes, como a Internet e o *merchandising*, tornou o texto mais claro e de mais fácil interpretação, dificultando a propaganda fraudulenta por parte da indústria. Além disso, os termos utilizados no texto da Norma foram claramente definidos, e todos os produtos abrangidos passaram a conter mensagens de advertência obrigatórias em formato predefinido tanto na rotulagem quanto na promoção comercial. Destaca-se, entre as alterações realizadas, a responsabilização da ANVISA pela fiscalização e pela penalização dos infratores, medida que auxiliou no controle do cumprimento da legislação, já que essa Agência possui poder para notificar e punir os casos de não-adequação à regulamentação (33).

Em 2002 e 2003, com o objetivo de divulgar a reformulação da NBCAL e de instrumentalizar os profissionais que trabalham com essa Norma, foram realizados 24 cursos em todo o país, tendo sido formados mais de 450 profissionais.

Em janeiro de 2006, a NBCAL foi transformada em lei federal (34). A aprovação da referida lei representa um marco importante na proteção da amamentação contra as estratégias de *marketing* no Brasil, mas coloca como ponto emergente a necessidade de nova regulamentação, já que a lei não contempla produtos como os protetores de mamilo, exclui várias das definições contidas na NBCAL 2001/2002, dá margem à doação de amostras de produtos a profissionais e serviços de saúde e é dúbia em certos trechos, proporcionando condições para a interpretação indevida por parte das empresas que fabricam e comercializam os produtos compreendidos na lei.

LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS: CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de proteção da amamentação devem ocorrer em conformidade e concomitantemente às ações de promoção e apoio. No entanto, apenas lograrão êxito se forem amparadas na idéia de que a amamentação é constituída por aspectos imanentes e transcendentais que são inseparáveis (4), que a permeiam e que lhe dão sentido.

O Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras foram desenvolvidos em resposta a um determinante poderoso que compete para o aumento do desmame precoce: o *marketing* de alimentos infantis e de correlatos de puericultura. A indústria, amparada pela ciência, participou da criação de dois problemas-verdade: o leite fraco e a hipogalactia (12). Segundo Foucault (8), a estruturação da verdade lança mão do discurso científico para que a nova verdade faça sentido, sendo que essa criação está submetida à variação política e econômica, é objeto de consumo e de difusão, é produzida e transmitida sob o controle de aparelhos políticos ou econômicos, como os meios de comunicação e a universidade e, enfim, “é objeto de debate político e de confronto social”. Com base no poder do profissional de saúde, a fórmula infantil tornou-se a solução para as verdades criadas no contexto do paradigma biologicista.

Mesmo com a comprovação das qualidades do leite materno pela mesma ciência, a difusão do conceito de leite fraco e de hipogalactia pela propaganda foi eficiente na divulgação da idéia de incapacidade materna no cuidado sem o olhar médico e, por conseguinte, da impossibilidade de crescimento adequado da criança sem a introdução da fórmula infantil.

A indústria de alimentos e de artefatos de puericultura, no decorrer da história, usou —e usa— as

brechas da legislação vigente para constituir a estratégia de publicidade a ser utilizada. A própria constituição das regulamentações esteve sujeita à negociação com essas empresas, que, para ceder em alguns pontos, exigiram maleabilidade em outros aspectos abordados (21).

Dentre os princípios da NBCAL, há ainda a necessidade de aprofundar a regulamentação dos materiais destinados aos profissionais de saúde. O poder exercido pelo profissional de saúde sobre a família é a estratégia mais utilizada pela indústria de alimentos para aumentar o seu mercado. Além disso, uma pesquisa realizada com os profissionais de saúde em 1996 mostrou que o *marketing* destinado a eles ainda era considerável, com a doação de brindes com o logotipo das empresas e literatura promocional, amostras, patrocínios e incentivos individuais (21). Em vários *sites*, principalmente naqueles destinados a profissionais, a NBCAL é infringida.

A NBCAL vigente não considera a distribuição de material técnico-científico como promoção comercial das empresas, assim como apresenta espaço para a doação de amostras aos profissionais quando do lançamento de produtos (34). O Brasil, nesse ponto, apresenta uma regulamentação mais fraca do que propõe o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, que permite apenas a doação de uma amostra para avaliação do produto. Países como Camarões e Filipinas proibiram expressamente a doação de qualquer amostra (16).

A relação das entidades profissionais com a indústria ainda é um problema no Brasil. Enquanto em países como a Índia, o Paquistão e a Inglaterra, as diversas sociedades médicas (21) não aceitam financiamento de fabricantes de produtos como fórmulas de amamentação, no Brasil, congressos e atualizações profissionais são promovidos por essas empresas, assim como o financiamento de pesquisa e de produção científica.

A proteção da amamentação é perpassada pela necessidade de investimento na formação profissional, tanto em termos do manejo adequado da lactação quanto do apoio imprescindível para o estabelecimento e manutenção da amamentação e das questões éticas inerentes à atuação profissional. As associações de classe devem incluir como pauta prioritária a discussão ética sobre a postura frente às estratégias de promoção comercial das empresas de alimentos e produtos de puericultura, conscientes do poder envolvido nas relações profissional-paciente-indústria, poder esse que se distribui em cadeia e se exerce em rede (8).

A designação, em 2005, da ANVISA como responsável pelo monitoramento oficial da NBCAL formaliza o compromisso do governo brasileiro

para com a Norma (35). O referido monitoramento ocorrerá de maneira sistemática a partir de 2006 e possibilitará a averiguação, juntamente com os dados de 2003 a serem analisados, do cumprimento da NBCAL e dos pontos que devem ser aprofundados. O primeiro monitoramento ocorre em maio e junho de 2006, e os resultados estarão disponíveis na Semana Mundial da Amamentação de 2006, cujo tema é o Código Internacional de Comercialização de Alimentos para Lactentes.

Segundo os monitoramentos anteriores (21, 27, 29), observa-se que as empresas promovem os seus produtos em desacordo com a legislação existente no país. Infrações à NBCAL também têm sido praticadas pelo setor comercial, onde funcionários e gerentes alegam desconhecer a legislação. Fica evidente que a simples existência de uma regulamentação não é suficiente para controlar os abusos das práticas promocionais no Brasil, mesmo que o impacto sobre a saúde infantil seja amplamente conhecido. A fiscalização e a punição às infrações são essenciais para a adequação do mercado.

A AIDS impôs às políticas públicas de saúde uma nova realidade: a necessidade de não-recomendação da amamentação e da prescrição de fórmulas infantis às crianças verticalmente expostas ao HIV. O fortalecimento da NBCAL é fundamental para que seja possível distinguir essas situações especiais daquelas nos quais a recomendação da substituição do leite materno é desnecessária. A proteção da saúde infantil e a reversão da desastrosa tendência ao desmame precoce dependem do controle das estratégias de *marketing* agressivas das empresas comercializadoras de produtos destinados aos lactentes. Cabe, portanto, o estabelecimento de um compromisso entre os diversos atores

envolvidos —os vários níveis de gestão do Estado, os fabricantes e comerciantes de alimentos e artefatos de puericultura, as instituições de ensino, os profissionais de saúde e suas associações, os organismos internacionais e as organizações não-governamentais—, de modo a fazer cumprir a legislação vigente.

SYNOPSIS

Brazilian guidelines for marketing baby food: history, limitations and perspectives

The objective of this paper is to present and discuss Brazilian policy concerning actions to protect breastfeeding, especially the history, international and national background, limitations, and perspectives of the Brazilian Guidelines for the Marketing of Baby Food, Pacifiers and Bottles. The Brazilian Guidelines, which play a crucial role in protecting breastfeeding against industry marketing strategies, were based on the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes, proposed by the World Health Organization in 1981. The first version of the Brazilian Guidelines was released in 1988, and there were subsequent revisions in 1992 and 2001/2002. In 2006, the Guidelines became national law. However, the strides made over this period in terms of regulation have been few because the law is not always observed. Thus, it is essential that all actors involved, including government officials, manufacturers and sellers of baby food and other baby products, teaching and health professionals and their associations, international bodies, and non-governmental organizations make a commitment to enforce the current law.

Key words: breastfeeding, Bottle feeding, health policy, propaganda, Brazil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos pela redução da mortalidade infantil e saúde integral da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
4. Latour B. Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2003.
6. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Suppl):S119-25.
7. Marques MB. Discursos médicos sobre seres frágeis. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
8. Foucault M. Microfísica do poder. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
9. Monson MRR. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
10. Goldenberg P, Tudisco ES. Desnutrição: a penetração do leite em pó através da propaganda. Ciencia Hoje. 1983;1(5): 76-9.
11. Rea MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. Rev Saude Publica. 1990;24(3):241-9.
12. Souza LMBM, Almeida JAG. História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
13. Hochman G. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. Em: Portocarrero V, org. Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. Pp. 199-231.
14. Sant'Anna A. Propaganda: teoria, técnica e prática. 7ª ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2001.

15. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol.* 1998;1(1):40–9.
16. Sokol EJ. Em defesa da amamentação: manual para implementação do Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno. São Paulo: IBFAN Brasil; 1999.
17. International Baby Food Action Network. Estudos de casos: usando instrumentos internacionais para deter a má prática das empresas—isso funciona? Cambridge: Baby Milk Action; 2004.
18. Jelliffe DB. Commercio-genic malnutrition? Time for a dialogue. *Food Tech.* 1971;25:153–4.
19. Muller M. O matador de bebês. Campinas: Cemicamp; 1981.
20. World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva: WHO; 1981.
21. Rea MF, Toma TS. Proteção do leite materno e ética. *Rev Saude Publica.* 2000;34(4):386–95.
22. World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool of assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003.
23. World Health Organization. Technical meeting on the implementation of the global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
24. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica.* 2003; 19(1 Suppl):37–45.
25. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS-05. Normas para comercialização de alimentos para lactentes. Diário Oficial da União 1988. 21 de dezembro.
26. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
27. Toma TS, Rea MF. Rótulos de alimentos infantis: alguns aspectos das práticas de marketing no Brasil. *Rev Nutricao.* 1997; 10(2):127–35.
28. Brasil. Lei 8142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990. 29 de dezembro.
29. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança. Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes: relatório e análise de monitoramento. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
30. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2.051. Estabelece novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da União 2001. 9 de novembro.
31. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 221. Regulamento técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo. Diário Oficial da União 2002. 6 de agosto.
32. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 222, Regulamento técnico para a promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. Diário Oficial da União 2002. 6 de agosto.
33. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 1. Dispõe sobre o exercício do poder de polícia pelos agentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 4 de outubro.
34. Brasil. Lei 11265. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União 2006. 4 de janeiro.
35. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 1449. Institui Grupo de Trabalho com objetivo de estabelecer critérios para o primeiro monitoramento oficial da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Diário Oficial da União 2005. 25 de agosto.