

Jésyca Meireles Silva

O PAPEL DO BANCO DE LEITE HUMANO NA POLÍTICA NACIONAL DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – (PNAN)

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do Curso Técnico de Vigilância
Sanitária e Saúde Ambiental

Orientador: Prof. Felipe Machado

Rio de Janeiro

2008

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
1.1 JUSTIFICATIVA.....	6
1.2 OBJETIVOS.....	6
2 ASPECTOS PARA A COMPREENSÃO DA PNAN.....	7
3 DISTÚRBIOS ALIMENTARES MAIS COMUNS NA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	10
4 O BLH NO BRASIL.....	14
5 CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

“A transição nutricional diz respeito a mudanças seculares em padrões nutricionais que resultam de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos e que se correlacionam com mudanças econômicas, sociais, demográficas e relacionadas à saúde”. (Popkin et al, 1993, apud MONTEIRO, 2000, p. 247).

O processo de transição nutricional se desenvolveu, em parte, pela maior oferta de alimentos industrializados e pelas mudanças no estilo de vida. O processo de industrialização, na maioria dos países, foi alavancado com a Revolução Industrial, caracterizado pela mudança a nível mundial na forma de trabalho que deixou de ser mais braçal adquirindo características mais sedentárias devido ao avanço tecnológico e a substituição cada vez maior do homem pela máquina limitando a sua atuação na maioria das vezes na operação das máquinas. Esta revolução causou alterações não somente no trabalho, mas também no estilo de vida da população.

Outro acontecimento importante na transição nutricional foi a Guerra Mundial que ocasionou o maior investimento no desenvolvimento de tecnologia influenciando também no setor alimentício com a adição de conservantes devido à necessidade de estocagem de alimento e o aumento do prazo de vida comercial devido à instabilidade vivido no período de guerra.

Todos estes fatores contribuíram para uma mudança no estilo de vida da população mundial que adquiriu um hábito mais sedentário, interferindo diretamente no estado nutricional da população que tem apontado cada vez mais a obesidade como uma das principais doenças a ser combatida.

Esses processos de mudança refletem atualmente no aumento da incidência de doenças crônicas a nível mundial sendo representadas principalmente pelas doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças respiratórias, além da obesidade, que em muitos dos casos é o principal fator contribuinte para o desenvolvimento das doenças anteriormente citadas.

Estes agravos têm como principal causa a mudança no hábito alimentar da população mundial que passou a consumir alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas, que quando ingeridos em excesso estimulam a deposição de colesterol nas artérias dificultando a circulação sanguínea, tendo por isso forte associação com as doenças cardiovasculares. Além disso, houve aumento também no consumo de sal e na ingestão de gorduras trans, que estão associadas com o aumento da freqüência das cardiopatias e com a alteração da razão entre as lipoproteínas LDL (mau) e HDL (bom) transportadoras de colesterol, podendo provocar

infartos, derrames e outras doenças. Estes tipos de alimento tem se tornado cada vez mais os substitutos das refeições saudáveis que deveriam ser realizadas, como o consumo de frutas, hortaliças e carnes que geralmente contém proteínas de alto valor biológico, por conter aminoácidos essenciais ao nosso organismo que é incapaz de sintetizá-lo, além de diversas propriedades como antioxidantes, que combate aos radicais livres causadores de envelhecimento celular, anticarcinogênico e antiviral, proporcionando a melhor qualidade de vida e manutenção da saúde da população.

Associado a mudança alimentar tem-se a redução das atividades físicas como contribuição para a transição nutricional devido ao estilo de vida mais sedentário adquirido pela população. Este fator pode contribuir para o agravamento de quadros, por exemplo, de hipercolesterolemia, aumento de colesterol no sangue, uma vez que a atividade física pode aumentar a produção da lipoproteína HDL, responsável pela captação do colesterol dos tecidos para o fígado.

No Brasil a industrialização ocorreu de forma mais tardia quando comparado aos demais países. Com o início da industrialização houve o aumento da oferta de alimentos industrializados, sendo estes caracterizados na sua maioria pelo alto teor de gorduras e carboidratos simples apresentando um alto valor energético. Estes quando consumidos em excesso podem resultar na obesidade.

Outro contexto que pode ter contribuído para a transição nutricional no Brasil é a inserção da mulher no mercado de trabalho principalmente a partir da década de 1970. Com esse novo espaço na sociedade a mulher deixa de se dedicar apenas aos serviços domésticos e bem-estar de sua família e passa também a ser geradora de renda, tendo que conciliar as duas funções. Este fato pode ter contribuído para a mudança no padrão da alimentação brasileira, de modo que cada vez mais se visa a economia de tempo e praticidade nos afazeres domésticos. Outrossim, no caso de mulheres nutrizes, esta entrada no mercado de trabalho limitou grande parte do tempo destinado à amamentação. Assim, a partir da antecipação da alimentação complementar, as crianças foram expostas se mais cedo à possibilidade de deficiência nutricional, o que em muitos casos se materializa em obesidade infantil. É possível afirmar que a partir da década de 1970 perdeu-se no Brasil parte do encantamento pela amamentação. Esta prática, no entanto, tem sido estimulada nos últimos anos por alguns importantes setores da população (como maternidades e grupos de mães) e recentemente adotado pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Uma das principais medidas do governo neste sentido diz respeito ao estímulo à criação de Bancos de Leite Humano (BLH). De acordo com a PNAN “os bancos de leite receberão uma atenção particular para que as suas atividades sejam fortalecidas e incorporadas efetivamente na rotina dos serviços de saúde. Esses bancos deverão ser disseminados para todo o país” (BRASIL, 2000, p.23). Além disso, esta política prevê a ampliação e a segurança de condições básicas para as mães amamentarem seus filhos, isto inclui a garantia de locais em horário de trabalho compatíveis com a prática do aleitamento. Nesta direção, o Presidente da República sancionou neste ano uma lei que visa ampliar a licença maternidade para os trabalhadores da iniciativa privada. Além disso, diversas prefeituras e estados já contam em suas legislações com um período mais ampliado de licença maternidade, como o caso da Prefeitura do Rio de Janeiro, que garante uma licença maternidade de um ano.

Por último, cabe destacar, que a PNAN prevê também regulamentação de normas para industrialização, comercialização e propaganda de alimentos destinados ao consumo infantil. Alguns resultados desta proposta já podem ser percebidos, como, por exemplo, a obrigatoriedade de exibição nas propagandas de leite em pó da mensagem “este produto não deve ser usado para alimentar crianças menores de 1 (um) ano de idade a não ser por indicação expressa de médico ou nutricionista. O aleitamento materno evita infecções e alergias e deve ser mantido até a criança completar 2 (dois) anos de idade ou mais”.

Certamente muitos aspectos da PNAN ainda não foram à frente, mas, não podemos desconsiderar que as medidas adotadas são fundamentais para a implantação de uma efetiva política de nutrição no Brasil. O caso da alimentação infantil é exemplar e serve como referência para pensarmos as possibilidades de desenvolvimento desta política para o restante da população brasileira.

1.1 JUSTIFICATIVA

A transição nutricional tem sido objeto de diversas políticas na última década no intuito de se reduzir a incidência de doenças crônico-degenerativas relacionadas à alteração nos padrões alimentares. No entanto ainda não tem obtido grande visibilidade no cenário nacional. Isto ocorre, em parte, por não ser esta uma política prioritária do Ministério da Saúde, refletindo no desconhecimento por grande parte da população a respeito das políticas.

Apesar disto, o MS vem estimulando desde pelo menos a edição da PNAN em 2000, algumas ações localizadas no que diz respeito à importância do aleitamento materno, principal forma de nutrição de bebês. Tal estímulo vem ocorrendo em duas frentes principais: 1) propaganda maciça em diversos meios de comunicação (utilizando inclusive a imagem de artistas famosos, como Dira Paes e Camila Pitanga); e, 2) a expansão da rede de Banco de Leite Humano (BLH). Portanto, estudar tais propostas apresenta-se como uma tarefa relevante no cenário acadêmico.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Este trabalho tem como objetivo analisar alguns aspectos relativos à transição nutricional no Brasil, sobretudo, aqueles relacionados a desnutrição infantil, tomando como analisador os Bancos de Leites Humanos, uma das principais propostas do Ministério da Saúde no que diz respeito à transição nutricional no Brasil.

Objetivos específicos:

Apresentar alguns aspectos importantes contidos na PNAN e relacioná-los com a condição nutricional no Brasil.

Explicitar as questões envolvidas no BLH e descrever algumas propostas para sua implantação de BLH.

2 ASPECTOS PARA A COMPREENSÃO DA PNAN

A população brasileira tem experimentado nos últimos anos a adaptação a um ritmo acelerado de tempo, alterando os seus hábitos alimentares, substituindo na maioria das vezes a alimentação saudável representada pelo consumo de alimentos “in natura”, por alimentos industrializados e *fast food*. Este tipo de alimentação pode ter contribuído para o processo de transição nutricional e para o desenvolvimento das doenças associadas a este processo como as doenças crônicas degenerativas.

No que diz respeito à situação nutricional dos brasileiros podemos observar uma tendência ao sobrepeso na população principalmente pela adoção de uma “dieta ocidental”, rica em gorduras, açúcar e alimentos refinados e reduzida em carboidratos complexos e fibras.

Dados do inquérito nutricional realizados pelo IBGE demonstram que a população brasileira, de um modo geral, tem experimentado uma queda no quadro de desnutrição e uma elevação no quadro de obesidade, principalmente adultos de faixa etária de 25 a 64 anos. Outra informação relevante é o fato de haver o maior aumento de obesidade em populações de renda mais baixa, isso pode ocorrer, em parte, pela alimentação rica em carboidratos simples e farináceos por esse grupo social, já que estes produtos são de mais fácil valor aquisitivo. Sendo assim cria-se uma classe onde há prevalência do binômio obesidade/desnutrição, caracterizando a desnutrição protéica em obesos, por ser a fonte dos alimentos ricos em proteína de maior valor aquisitivo e, portanto de menor acesso por parte da população. Exemplo marcante disto pode ser encontrado nas várias esquinas da cidade, onde não é incomum vermos trabalhadores e estudantes consumindo “salgados” em substituição a uma refeição balanceada. A famosa coxinha de galinha passou a ser sinônimo de refeição diária para diversos setores da sociedade.

Conforme mencionado anteriormente, como resposta a essas mudanças no padrão alimentar da população, o Governo criou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que firma o compromisso do Ministério da Saúde com o combate aos males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna, além do complexo quadro caracterizado pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta.

As diretrizes da PNAN consistem em: estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e qualidade dos alimentos; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; promoção do

desenvolvimento de linhas de investigação; e, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. (p.7).

O propósito da PNAN diz respeito à garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, à promoção das práticas alimentares saudáveis e prevenção dos distúrbios nutricionais, bem como ao estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (p.17). Nesta proposta de promoção das práticas alimentares identificamos como estratégia o “desenvolvimento de processo educativo permanente acerca das questões atinentes à alimentação e à nutrição, bem como à promoção de campanhas de comunicação social sistemáticas. (p. 22). Segundo Santos (2005) “o documento não delimita claramente uma concepção de educação alimentar e nutricional no que se refere aos seus limites e possibilidades, como também não indica diretrizes para a sua prática”. Podemos assim entender, que há um abismo entre a política traçada e a população, não havendo um mediador entre estes, o que dificulta o êxito no alcance dos objetivos relacionados à política. Era de se esperar que o documento explicitasse claramente a inserção do profissional de nutrição na condução desta política, mas, ao contrário, não há especificação de papéis a serem desempenhados. É possível perceber na leitura desta política certa abstração e impessoalidade no que diz respeito à implantação e desenvolvimento da política de nutrição no Brasil.

Ainda assim, podemos atribuir à PNAN o avanço na redução de alguns transtornos por carências nutricionais, principalmente os causados pela baixa ingestão de iodo, ferro, e vitamina A. Isto se deve, principalmente, pela obrigatoriedade da fortificação de alguns alimentos largamente consumidos pela população como o sal¹ (com iodo), farinhas de trigo e de milho (com ferro) e leite (com vitamina A). O efeito de tais medidas é quase imediato por se tratarem de produtos do grupo de alimentos de consumo popular e de baixo custo.

Tais medidas baseiam-se no conceito de Segurança Alimentar e Nutricional dotado pela PNAN. Tal conceito é definido pelo CONSEA como a importância de se garantir o acesso de alimentos de qualidade pela população e o respeito à diversidade de culturas de cada região o que também influencia na alimentação, sendo este fato de grande importância para a aceitação da população.

Como proposta para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a PNAN aponta a ampliação e aperfeiçoamento do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o País. Para a consolidação desse Sistema a Política prevê o apoio de centros colaboradores em

¹ Importante ressaltar que a inserção do Iodo no sal remonta aos anos 1960, mas a PNAN reafirma a importância desta medida, revendo apenas o teor de iodo necessário para cada quilo de sal.

alimentação e nutrição e de núcleos de trabalho existentes na quase totalidade dos estados e em centenas de municípios brasileiros.

O SISVAN apresenta uma atuação importante na prática da PNAN uma vez que compreende a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes. Essas informações comporão um diagnóstico descritivo e analítico dos problemas e dos principais fatores determinantes, caracterizando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos biológicos de maior risco.

Uma das medidas prioritárias apontadas pela Política é a implementação de sítios sentinelas que possam testemunhar o comportamento epidemiológico dos problemas e sua vinculação com moradores de risco.

Outra estratégia proposta é a incorporação do monitoramento do estado nutricional de cada usuário às rotinas de atendimento, evidenciando sua distribuição espacial e indicando a ocorrência da desnutrição energético-protéica, da anemia, da hipovitaminose A e da deficiência de Iodo.

Um dos obstáculos que podem ser enfrentados pelo SISVAN é a freqüência da procura dos serviços de saúde pelo indivíduo, que na maioria das vezes só o procuram quando já apresentam algum problema de saúde. Além disso, muitos profissionais estão deixando de realizar medidas antropométricas nas consultas, tal como estatura e peso, dificultando a avaliação nutricional.

Quantos as doenças crônicas degenerativas relacionadas com a alimentação e estilos de vida considerados inadequados, a PNAN prevê que o trabalho deverá ser compatibilizado com os sistemas em funcionamento, em termos de coleta, da geração, do fluxo, do processamento e da análise de dados. São exemplos desses sistemas o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Sistema de informação de Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB); Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN).

3 DISTÚRBIOS ALIMENTARES MAIS COMUNS NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Como já foi mencionado o processo de transição nutricional está intimamente associada com o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, sendo a obesidade a morbidade de maior ênfase.

A obesidade é definida resumidamente como um estado de adiposidade no qual a gordura corpórea está acima da ideal acarretando em prejuízos a saúde dos indivíduos podendo favorecer o surgimento de enfermidades relacionadas ao grupo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) tais como câncer, diabetes tipo 2, cardiopatias, hipertensão. Ainda não foi identificada uma causa específica que justifique o desenvolvimento do quadro de obesidade, sendo considerado multifatorial pela sua complexidade implicando questões de ordem social, psicológico e biológico.

São reconhecidos quatro tipos de obesidade (Bouchard, 1990 apud Krause, 1994):

- Massa corpórea ou porcentagem de gordura em excesso;
- Gordura tronco-abdominal subcutânea em excesso (andróide);
- Gordura visceral abdominal em excesso;
- Gordura gluteofemural em excesso (ginóide).

O tipo ginóide é comum as mulheres sendo característica o “formato de pêra” conferido pelo depósito de gordura na região das coxas e nádegas. Os depósitos de gordura nestas áreas são utilizadas como reservas de energia para auxiliar nas necessidades da gravidez e lactação. Já a do tipo andróide característico pela “forma de maçã” está associada a expressivos riscos para hipertensão, doença cardiovascular e diabetes melito não insulino-dependente (Diabetes tipo II). Isto se deve ao acúmulo de gordura ao redor da cintura e do abdômen superior ocorrendo rápida mobilização de ácidos graxos livres.

Segundo a Organização Mundial de Saúde há mais de um bilhão de adultos com excesso de peso. Sendo destes, pelo menos 300 milhões considerados obesos. No Brasil o aumento da prevalência de obesidade é ainda mais relevante por se verificar que este aumento é mais elevado entre as famílias de baixa renda. Estes resultados têm feito com que a obesidade seja considerada como um problema de saúde pública, sendo responsável por 2 a 6% do custo total de atenção à saúde em vários países em desenvolvimento, ainda assim considerando que nem toda patologia associada à obesidade é incluída nos cálculos.

Outro distúrbio alimentar que devemos considerar é a desnutrição. Vários autores apontam para o declínio desta na população adulta (Monteiro, Batista Filho), sendo ainda acometido em lugares de pobreza e escassez de recursos. Mas podemos identificá-las ainda

em alguns grupos principalmente nas adolescentes, em forma de distúrbios como a anorexia. Esta é caracterizada pelo consumo reduzido de energia e seu alto consumo devido a realização intensiva de exercícios físicos, às vezes também são relatados quadros eméticos induzidos e uso de laxantes e diuréticos.

Estudos apontam para o aumento do índice de casos de anorexia nas últimas duas décadas sendo 95% dos casos identificados no sexo feminino. (Castro & Goldstein, apud Fiates & Salles, 2001). Este distúrbio é atribuído principalmente a questões emocionais tais como perdas, depressão, distúrbios em relação a imagem do corpo e ansiedade.

Um fator que pode ter contribuído para o aumento desses índices é a mudança na percepção de beleza e corpo perfeito que antes era representada por um corpo mais robusto, sendo agora essa imagem atribuída às mulheres magras. Além disso, também há o mercado promissor da moda e suas modelos bem sucedidas que tem se tornado cada vez mais inspiração de muitas adolescentes. No entanto, o setor da moda tem buscado nas modelos uma magreza excessiva, que muitas vezes é obtida através de dietas hipocalóricas, comprometendo a saúde das modelos e das aspirantes a essa profissão que se submetem a essas dietas expondo seu organismo a um verdadeiro estado de depleção caracterizada pelo quadro de desnutrição.

Outra faixa etária importante e que merece atenção no tocante ao quadro de desnutrição é a infantil, que ainda pode ser identificada em muitos lugares.

A deficiência protéica é vista com maior freqüência em crianças devido a sua maior necessidade de proteínas e energia que são exigidos em casos de infecções. Além disso, são incapazes de obterem alimentos por si próprios.

Segundo Krause, desnutrição protéico-energética é um termo que descreve uma classe de distúrbios clínicos que resultam de várias combinações e graus de deficiência de proteína e energia, geralmente acompanhadas de lesões fisiológicas.

As principais formas de desnutrição protéico-energética são *marasmo*, caracterizado pela deficiência de alimentos que fornecem energia; *kwashiorkor*, caracterizado por deficiência protéica e *kwashiorkor marasmático*, em que ocorre deficiência tanto de energia quanto de proteína.

O *marasmo* decorre muitas vezes do processo de desmame precoce e introdução de fórmulas infantis excessivamente diluídas. Em estágios avançados é presenciado a perda de músculos e ausência de gordura subcutânea.

A *kwashiorkor* geralmente é apresentada por bebê e crianças pequenas no final da amamentação, durante a transição para os alimentos complementares onde é comum a introdução de dietas ricas em carboidratos e com proteínas consideradas de baixa qualidade,

essas alimentações geralmente são representadas pelas mamadeiras de amido de milho, farinha de arroz.

É importante ressaltar que esse quadro de desnutrição relatado acima tem ocorrido com menor frequência, sendo essa redução identificada a partir da década de 70. No entanto, mesmo com a redução da desnutrição em ritmo acelerado ainda não se conseguiu alcançar a correção do déficit estatural de crianças menores de cinco anos, recurso utilizado como indicador epidemiológico da desnutrição, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Os valores estaturais por idade tido como padrão são encontrados na tabela do national Center of Health Statistics (NCHS), universalmente recomendada. (Batista Filho, M. & Rissin. A).

Um aspecto interessante é o fato de o declínio dos casos de desnutrição em crianças e adultos não ser acompanhado pelo declínio dos casos de anemia. No caso das crianças a introdução do leite de vaca na dieta em menores de dois anos pode contribuir para o desenvolvimento do quadro de anemia. (Levy-Costa, 2002 apud Batista Filho, M. & Rissin. A).

Até pelo menos o fim da década de 1980, o leite humano era visto pelo senso comum como algo que destinado exclusivamente aos rebentos que tivessem algum tipo de rejeição aos leites infantis industrializados. O processo de substituição do aleitamento materno em função da introdução de fórmulas lácteas e alimentos complementares foi denominado de desmame comerciogênico (Jelliffe e Jelliffe, 1979). Esta substituição contribuiu para o quadro de 85% dos óbitos por desnutrição entre lactentes desmamados naquela época (Gesteira apud Almeida, 1998).

O recém nascido ainda não tem o trato gastro intestinal totalmente formado, o pH gástrico é mais elevado que o de um adulto o que prejudica a digestão de proteínas mais especificamente da caseína que se encontra em maior quantidade no leite de vaca, quanto ao leite materno não há prejuízo da digestão desta proteína por se encontrar em menor quantidade. O leite de vaca também apresenta moléculas de grande tamanho em sua constituição, estas atravessam a mucosa do intestino, mas não são completamente absorvidos devido a célula M não ter enzimas suficiente para garantir a sua absorção e assim garantir a tolerância alimentar, nesta situação é comum a evolução para uma alergia alimentar.

Além disso, a introdução precoce de carboidratos na alimentação do bebê pode comprometer a função intestinal causando danificação da mucosa, cólicas no recém nascido por estes não possuírem a enzima amilase pancreática suficiente para realizar a digestão de carboidratos, sendo assim as famosas mamadeiras consistentes de farinha láctea, farinha de

milho, farinha de arroz, amido de milho ao invés de estar garantindo uma boa alimentação podem estar gerando quadros graves de diarreia e alergia alimentar.

Alguns trabalhos têm se dedicado a analisar a influência dos suplementos lácteos no desenvolvimento da criança. Victoria et al (apud Escuder et al, 2003) afirmam que o risco de morte por diarreia em uma criança que teve um desmame precoce e a introdução de complementação Láctea é 14,2 vezes maior do que crianças amamentadas normalmente. Posteriormente ao estudo de Victora et al, alguns autores mostraram ser possível a redução da mortalidade em crianças menores de um ano simplesmente com a promoção da amamentação exclusiva até 6 meses de idade. Neste sentido, Escuder et al (2003) apontam a amamentação como um fator de proteção contra as principais causas de óbitos, representados pelas infecções respiratórias e diarreia, em menores de um ano, evitando em torno de 60% dos óbitos pelas doenças respiratórias e pelo menos 80 das mortes por diarreia.

Outro fator importante e favorável a prática do aleitamento materno consiste no fato de o leite materno ter maior quantidade de bifidobactérias (90%) do que de enterobactérias (*Escherichia coli*, *Staphilococcus* e *Clostridium*), já o leite de vaca apresenta mais enterobactérias e menos bifidobactérias. A relação de quantidade entre estas bactérias tem grande importância na formação da flora microbiana intestinal, uma vez que o bebê ao nascer ainda não tem a sua flora microbiana formada tendo início a partir da alimentação. Nesta composição da flora intestinal deseja-se ter uma maior composição de bifidobactérias, pois estas conferem proteção contra microrganismos patogênicos, além de serem essenciais para a digestão de fibras e contribuírem para a síntese de vitamina K e B12. Enquanto que as enterobactérias são causadoras de doenças.

Em função da especificidade da alimentação infantil, o Ministério da Saúde vem buscando a promoção da amamentação materna e a criação de Banco de Leites por todo o Brasil. O primeiro passo para isso, conforme mencionado, foi a edição da PNAN. Assim, na seção seguinte nos deteremos um pouco mais na exposição das especificidades do BLH, em suas origens e concepções.

4 O BLH NO BRASIL

Segundo o Ministério da Saúde entende-se como Banco de Leite Humano um centro especializado obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil, responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição para crianças internadas em hospitais, sob prescrição do médico ou de nutricionista. Seus principais objetivos consistem em:

- Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno;
- Coletar e distribuir leite humano de qualidade certificada;
- Contribuir para a redução da mortalidade infantil;
- Somar esforços ao Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.

Cabe destacar que a existência de um BLH depende, sobretudo da solidariedade de mães que estejam amamentando e que possam doar o excedente naturalmente criado. Não se trata, portanto, de dispor de leite necessário para o desenvolvimento de seus filhos, mas de doar uma parte do leite que se perderia naturalmente ou que causaria danos às mães caso não fosse retirado. A disposição das mães doadoras volta-se principalmente para a higienização das mãos e das mamas, além do uso de touca e máscara. A entrega do leite ao BLH é facilitada pela existência de coleta doméstica deste material diretamente para o hospital. Tais características são fundamentais para pensarmos a criação de novos BLH e a manutenção futura destes bancos.

O primeiro BLH implantado no Brasil foi em 1943 no Instituto Nacional de Puericultura, que em 1946 passou a se chamar Instituto Fernandes Figueira (IFF), tendo como principal objetivo coletar e distribuir leite humano visando atender os casos considerados especiais, como a prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (Barata apud Almeida 1998). Com este mesmo objetivo foram criadas mais cinco unidades no país até o início dos anos 1980. No entanto, foi a partir de 1985 que houve uma considerável expansão totalizando de BLH no Brasil, chegando a existir 104 unidades em funcionamento no país até a década de 1990, segundo estimativa apresentada no I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano realizado em Brasília em julho de 1998 (Almeida, 1998). Atualmente, segundo informações da Rede BLH, existem em funcionamento em todo Brasil 194 Bancos de Leite Humano.

Podemos identificar dois momentos relacionados à concepção do Banco de leite ao longo da história. O primeiro deles diz respeito à implantação do BLH do Instituto Nacional de Puericultura, estendendo-se pelo menos até meados dos anos de 1980. O segundo refere-se à atual compreensão sobre a organização e funcionamento destas instituições.

O Banco de Leite, inicialmente conhecido como Lactário de Leite Humano, pertencente ao Abrigo Maternal da cidade de Salvador, na Bahia, organizado e construído por Martagão Gesteira, representa a primeira iniciativa de manipulação de leite materno. Mas a primeira estrutura operacional de um Banco de Leite humano no país foi implantada no Instituto Nacional de Puericultura por Mário Olinto e Adamastor Barbosa, professores de pediatria do então Departamento Nacional da Criança. (Almeida, 1998)

Como incentivo a doação de leite e asseguramento do volume de leite coletado, o Banco de Leite promovia programas de estímulo à doação tendo por base a concessão de benefícios financeiros e materiais para as doadoras, ou seja, as nutrizes eram remuneradas de acordo com o volume de leite humano ordenhado doado, além da restituição dos gastos diários com o transporte, uma espécie de venda de leite materno. Algumas estratégias também eram utilizadas como o acréscimo de 40% no valor pago pelo volume de leite produzido caso a coleta fosse realizada aos domingos e gratificação pela assiduidade, estipulada no limite máximo de seis faltas mensais. Além disso, a nutriz que conseguisse superar a cota de 12 litros era premiada em dinheiro e recebia remuneração a preços mais elevados pelo volume excedente.

Esta estratégia utilizada para incentivar a doação de leite materno se mostra destinada exclusivamente para a população de baixa renda uma vez que utilizava a remuneração como estímulo. Assim, a partir desta informação podemos identificar o perfil de grande parte das doadoras como população de baixa renda, que muitas vezes por necessidades de diversas origens (financeira, questões de saúde) eram levadas a vender o leite que produziam, tudo isso com o apoio de um serviço de saúde materno-infantil público, teoricamente voltado para promoção do bem estar físico e mental da mulher e da criança. Outra coisa que chama atenção é o fato de as mães serem incentivadas a amamentar seus filhos em apenas uma das mamas e deixar o bebê mamar apenas o leite inicial servindo de estímulo para a produção de leite que deveria ser coletado e doado, prática característica da pecuária leiteira. Isso significava não amamentar suficientemente o próprio filho.

Além disso, essas mulheres faziam uso de programas regulares do governo como o Programa de Suplementação Alimentar (PSA) e o Programa de Complementação Alimentar (PCA) sendo os seus benefícios utilizados como pagamento pelo leite doado. Cabe ressaltar

que pelo fato da nutriz estar amamentando já garantiria os benefícios e a assistência por esses programas, no entanto, essas informações não eram fornecidas a essas mulheres. Esse leite coletado tinha como destino os pacientes do Instituto Nacional de Puericultura e pacientes externos, sendo que para estes últimos era cobrado um valor de acordo com o volume do leite requisitado.

O grupo de receptores assistidos no período de 1943 a 1985 geralmente eram prematuros e apresentavam na sua maioria patologias como alergias alimentares, dispepsia e toxicose, sendo esses agravos adotados como prioridade na distribuição do leite materno ordenhado.

O segundo momento do BLH no Brasil rompe com esta idéia mercadológica do leite e introduz o significado da solidariedade. O leite não mais representa uma mercadoria passível de ser comprada e vendida, mas sim uma dádiva que deve ser compartilhada entre os que necessitam. A promoção da amamentação se destinava agora principalmente aos casos de prematuridade e de baixo peso ao nascer, quadros em que comumente os bebês não conseguem realizar a amamentação direta do seio. Além disso, houve uma maior preocupação também com a qualidade do leite ordenhado, pois o comprometimento do leite poderia oferecer riscos à saúde dos bebês. Com o intuito de mudar este quadro, o Ministério da Saúde através da coordenação diretora do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM mobilizou esforços para mudar o perfil do Banco de Leite, sendo o BLH do IFF eleito para a realização de uma experiência piloto para testar essas mudanças, por ser o mais antigo e por apresentar maiores problemas em sua estrutura operacional. Em 1985 os trabalhos foram iniciados dando ênfase a qualidade sanitária do leite avaliando os procedimentos técnicos de processamento e controle de qualidade pelo qual o leite era submetido. Como respostas foram feitas alterações desde a coleta até a distribuição dos produtos, sendo obrigatória a realização de pasteurização.

Neste momento, o leite humano disponível no BLH passou a assumir um papel secundário, sendo disponibilizados apenas para lactentes clinicamente impossibilitados de ser amamentado pela própria mãe.

Outra mudança notória pode ser observada no perfil das doadoras que passaram a ser composta estritamente por nutrizas voluntárias. Com este ato, ao contrário do que se esperava houve um aumento na demanda do leite doado atingindo médias anuais superiores a 2.000 litros de leite. Toda essa demanda apontou para a necessidade de se criar uma unidade modelo que fosse capaz de orientar e prestar apoio técnico aos demais Bancos de Leite do país. Em julho de 1986, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a FIOCRUZ fizeram

um convênio para a implantação do Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite no IFF. Esta iniciativa teve como intuito instituir bases a fim de possibilitar o aprimoramento técnico e promover o desenvolvimento dos Bancos de Leite Humano no Brasil. Nesta perspectiva foi elaborada a primeira legislação possibilitando a normalização dos procedimentos e funcionamento do BLH.

Diante das mudanças ocorridas é possível afirmar que o Banco de Leite Humano do IFF deixou a condição de ama de leite para assumir o papel de unidade de serviço de saúde voltada para a promoção, proteção e incentivo à amamentação.

5 CONCLUSÃO

A transição nutricional ainda é um tema muito recente, portanto, devem ser realizados mais estudos para a compreensão desta mudança que ainda está ocorrendo na sociedade, merecendo também maior atenção pelo governo devido a visível associação entre as mudanças nos padrões alimentares e estilos de vida com o atual perfil de morbi-mortalidade da população.

Podemos notar que o Ministério da Saúde por meio da PNAN tem buscado reverter os efeitos dessa mudança implementando ações de fortificação de alguns alimentos de largo consumo popular e baixo custo a fim de minimizar as carências de micronutrientes. No entanto nos causa espanto o fato de a política não delimitar a área específica de atuação dos profissionais nutricionistas principalmente no condizente a educação nutricional.

Por outro lado podemos perceber que há uma maior mobilização e priorização na estratégia de estímulo ao aleitamento materno na prevenção da desnutrição energético-protéica, da anemia e da deficiência de vitamina A nos primeiros anos de vida, além da redução dos casos de diarreia e das infecções respiratórias agudas. Nesse sentido foram realizados esforços de caráter intersetoriais para que assim assegurassem as condições básicas para amamentação dos bebês pelas mães. Além de criar todas as condições básicas para a implantação dos Bancos de Leite e para sua propagação por todo país. No entanto, ainda nos deparamos com algumas situações no cotidiano que contradizem os registros da PNAN no que diz respeito à fiscalização da comercialização de alimentos para lactentes. São comuns os casos de incentivo a comercialização de fórmulas infantis tais como o produto NAN que freqüentemente são vendidos a preços promocionais em farmácias e drogarias.

Mediante as ações implementadas e os esforços realizados pelo Ministério da Saúde, já podemos identificar que houve uma redução significativa na ocorrência de desnutrição no Brasil tanto em adultos como em crianças, embora ainda não se tenha alcançado a correção do déficit estatural de crianças menores de cinco anos em nenhuma região. Além disso, o distúrbio causado pela deficiência de iodo parece estar sob controle podendo este resultado ser atribuído as ações da PNAN.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. A. G. de. **Amamentação**: repensando o paradigma. Tese de Doutorado, IFF/Fiocruz, 1998.
- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 181-191, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº322, de 26 de maio de 1988** (Versão Republicada – 09.01.1985). Disponível em E: Legislação.mht, acessado em 15 out de 2008.
- Brasil. **Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília; 2003. Disponível em: < <https://www.planalto.gov.br/Consea/static/apresenta/seguranca.htm>>. Acesso em: 01 jul. 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- ESCUDE, Maria Mercedes Loureiro; VENANCIO, Sonia Isoyama; PEREIRA, Júlio César Rodrigues. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.3, p. 319-325, jun. 2003.
- FIATES, Giovanna Medeiros Rataichesck; SALLES, Raquel Kuerten. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 14, p. 3-6, 2001.
- KRAUSE, Marie, V.; MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 9 ed. São Paulo: Roca, 1998.
- MAIA, Paulo Ricardo da Silva; ALMEIDA, João Aprígio Guerra de; NOVAK, Franz Reis e SILVA, Danielle Aparecida da. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2006, vol.6, nº3, pp. 285-292. ISSN 1519-3829.
- MONTEIRO, Carlos Augusto; MONDINI, Lenise; SOUZA, Ana Lúcia Medeiros de; POPKIN, Barry M. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Editora HUCITEC; NUPENSP/USP, 2000. p. 247-255.
- SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.5, p.682-692, set./out. 2005.
- SIQUEIRA, Renata Scanferla de e MONTEIRO, Carlos Augusto. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2007, v.41, n.1, pp. 5-12. ISSN 0034-8910.