



## Aleitamento materno e ética

Maria do Carmo Vale

Consulta de Desenvolvimento, Hospital de Dona Estefânia

### Resumo

A autora aborda o tema do aleitamento materno numa perspectiva diferente da habitual e discute as vantagens da sua prática na perspectiva filosófica, ética e epistemológica. Nesse enquadramento, descreve a evolução histórica no contexto do exercício da medicina e pediatria e as várias vertentes da sua implementação na perspectiva médica, assistencial, social e de coesão psico-afectiva na família.

*Acta Pediatr Port 2006;37(5):210-3*

### Breastfeeding an ethics

#### Abstract

The author speaks about breast feeding in a different perspective and discusses its advantages in the philosophical, ethical and epistemological perspective. In this framework it describes the historical evolution in the medical and paediatric practice, and the different implementation in the medical, social and growing affection in the nuclear family.

*Acta Pediatr Port 2006;37(5):210-3*

As vantagens e eficácia cientificamente demonstradas do aleitamento materno são por demais conhecidas por todos os profissionais de saúde <sup>1,2</sup>. Contudo, a fundamentação ética que preside à sua implementação é mais raramente conhecida e pouco usual no discurso dos mesmos profissionais.

O significado da palavra “ética” decorre da análise etimológica das duas palavras homónimas gregas que lhe deram origem: *êthos*, que significa disposição moral/valor, e *éthos*, que significa costume, surgindo assim associados a ideia de moral e costume à palavra ética; por sua vez a palavra “moral” tem a sua origem etimológica na palavra latina *mores*, que significa costume, concluindo-se que as palavras “ética” e “moral”, com diferentes origens etimológicas, assentam em semânticas sobreponíveis.

A ética sublinha o desejável, escrutina os valores e investiga os fundamentos do agir.

A pregnância do conceito de ética aponta para o conjunto de princípios de ordenamento da acção, ou seja, para uma moral de situação ou para a concertação moral perante uma situação dilemática <sup>3</sup>.

Por outro lado, a moral enuncia leis e conselhos, normas e interdições, é impositiva, obriga à prática do bem, e tem uma exigência de universalidade.

Paul Ricoeur, numa das suas obras, afirma que reserva a palavra “ética” para a visão de uma vida cumprida sob a égide das acções consideradas boas e a de “moral” para a vertente obrigatória marcada pelas normas, obrigações, interdições, caracterizada, por um lado, pela exigência de universalidade e por outro, pelo efeito de coacção <sup>4</sup>.

Nas últimas três décadas, os factores que condicionaram um progressivo interesse pela ética, têm a ver com o período de grande turbulência e transformação de valores, conceitos, organização familiar, social e política que levaram o homem a convocar as suas mais fortes convicções morais.

A Medicina é paradigma desse facto, dado que nos últimos 50 a 70 anos, no período após a II Guerra Mundial, conheceu um acelerado desenvolvimento científico e tecnológico <sup>5</sup>.

A queda da mortalidade e da morbilidade ficou a dever-se fundamentalmente a vários acontecimentos, dos quais salientamos os seguintes:

- A descoberta da penicilina por Flemming, em 1940 <sup>6</sup>;
- O domínio das técnicas de reanimação, que condicionou:
  - a reversibilidade de alguns estados que precediam a morte e de que são exemplo a paragem cardio-respiratória e o choque,
  - o controle do momento da morte,
  - uma nova definição de morte (morte cerebral), indispensável ao avanço do transplante de órgãos.
- A analgesia, que controlou os estados de dor aguda e dolência, permitindo a optimização do exercício de actos cirúrgicos e menor sofrimento dos doentes <sup>7</sup>.

**Recebido:** 21.09.2006  
**Aceite:** 21.09.2006

**Correspondência:**  
Maria do Carmo Vale  
Consulta de Desenvolvimento  
Hospital de Dona Estefânia  
Rua Jacinto Marto  
1150 Lisboa  
E-mail: mcarmo\_vale@netcabo.pt

– O conhecimento dos grupos e subgrupos sanguíneos (K. Landsteiner) que permitiu a rentabilização do regime transfusional, com riscos mínimos para os doentes <sup>8</sup>.

Naturalmente, este progresso técnico-científico teve grandes repercussões na Pediatria.

No final do século XIX, a migração das populações rurais para as áreas urbanas, motivada pelo desenvolvimento industrial, aumentou a pobreza das populações e a mortalidade infantil e despertou as consciências para a importância da infância e da criança como fonte de renovação e perpetuação das sociedades.

Surgem obras literárias (“Les Misérables”, “Peter Pan”, Charles Dickens) onde transparecem as preocupações sociais relativas à infância desprotegida e a necessidade e o direito acrescidos de políticas educativas e de cuidados médicos preventivos.

É o período em que surgem as filosofias de protecção à infância e o progressivo interesse pelas técnicas educativas e pela medicina da criança.

A medicina da criança começa com o reconhecimento da necessidade de cuidados alimentares e de higiene específicos do grupo etário, que o mesmo é dizer com a puericultura.

A política de bem estar da criança começa em muitos países, como a França, onde, no período que decorre entre 1814-1907, é iniciada a Ouvre de La Maternité, fundada por Nancy-François e Joseph Hergott, e Gaston Variot fundou a primeira consulta médica destinada a lactentes, no Hôpital Charité, em Paris (1846-1907).

O Reino Unido inspira-se no modelo de Leon Dufour, médico da Normandia que em 1894 abre a clínica pediátrica Goutte de Lait, implementando o aleitamento materno e, na sua impossibilidade, bancos de leite materno.

Também nos Estados Unidos um modelo filantrópico fundado por Nathan Strauss em 1893 distribui gratuitamente leite pasteurizado às populações pobres, iletradas ou culturalmente desenraizadas. Posteriormente, um inspector de saúde, S. Josephine Baker, implementa um sistema de vigilância de nascituros e de apoio das mães, que tem por base a enfermeira visitadora.

Com estas medidas observou-se uma drástica quebra da mortalidade infantil por gastroenterite e desnutrição nestes países.

Finalmente, a Pediatria nasce como especialidade na Europa e EUA nos anos 50, apesar de, curiosamente, vários clínicos e filantropos se terem apercebido, muitos anos antes, da importância da vigilância clínica dos lactentes pequenos (primeiro e segundo anos de vida). Tal como a Medicina e a Cirurgia, ela desenvolve-se no período após a II Guerra Mundial, na sequência da epidemia da poliomielite e com as primeiras unidades de cuidados intensivos neonatais <sup>9</sup>.

Mas, ao contrário do esperado, as novas tecnologias médicas, ao resolverem problemas orgânicos prementes, originam novos problemas e dilemas, fazendo com que o homem desconfie e questione a medicina moderna.

As novas inquietações e desassossegos fazem surgir uma nova área de interesse médico que congrega médicos, filósofos, sociólogos e humanistas e a que Potter denominou de bioética <sup>10</sup>.

Sendo a ética o estudo filosófico da moral, a bioética analisa e problematiza as questões relativas à saúde e bem-estar do Homem e seres vivos, ao seu equilíbrio e homeostasia.

Assim sendo, é fácil inferir que a implementação do aleitamento materno é um imperativo ético no universo dos cuidados de saúde <sup>11-17</sup>.

As fórmulas lácteas artificiais são derivadas do leite de vaca, não estão vocacionadas para o bebé humano, surgem com a medicalização do parto e separação mãe-filho após o parto, substituindo progressivamente a amamentação, universal, gratuita e socialmente aceite.

Vários motivos estão na base de tal realidade e, designadamente a erotização da mama subverteu a sua prévia função maternal e muitas mulheres sentiram-se e sentem-se desconfortáveis a amamentar em locais públicos.

Não cabe aqui sublinhar as vantagens biopsicossociais da forma mais natural de alimentar um lactente, atentos à larga bibliografia disponível e à ampla divulgação que os serviços e técnicos de saúde têm vindo a desenvolver. Dos factores de protecção da criança, prevenção a curto, médio e longo prazo de afecções infecciosas intestinais e respiratórias, obesidade, diabetes tipo II, etc., até aos factores de protecção maternos (neoplasia da mama, ovário, obesidade, contracepção natural), todos atestam das suas vantagens <sup>18-23</sup>.

Em países de fracos recursos económicos, graves problemas epidemiológicos e de nutrição, a ponderação de riscos e benefícios condiciona opções não aplicáveis em países desenvolvidos <sup>24, 25</sup>.

Devemos contudo analisar, do ponto de vista bioético, as mais valias do aleitamento materno.

Existem várias teorias éticas que podem fundamentar e reforçar a opção pelo aleitamento materno, que passamos a descrever:

- Ética da Virtude.
- Ética do Dever / Kantismo.
- Utilitarismo.
- Princípioalismo.
- Ética da Responsabilidade.
- Ética do Cuidado.

A **ética da virtude**, ao sublinhar o traço de carácter socialmente louvável, adequa-se ao perfil de abnegação e solicitude que caracteriza o comportamento materno e que condiciona a escolha pela amamentação ao privilegiar o bem estar presente e futuro do filho.

Por sua vez, o **kantismo**, ao defender o dever pelo dever, independentemente das consequências, coloca a ênfase em princípios e normas fundacionais de aplicabilidade universal, (na essência, um imperativo normativo), condicionante da

melhor opção que se adequa ao bem-estar da criança (neste caso a amamentação).

Contudo, o **utilitarismo**, o princípio da utilidade e a maximização deste para o maior número, corporiza a compatibilização da universalização do benefício e respectiva extensibilidade à criança, mãe e sociedade (mais económico em termos de custos de saúde).

As necessidades individuais são consideradas no contexto de benefício generalizável à sociedade ou, mais especificamente, para a política de cuidados de saúde.

O utilitarismo tende a secundarizar o dever em função das boas ou más consequências de uma hipotética acção, ou seja, as consequências são valorizadas em detrimento do dever. O problema está em quem determina o maior bem: a sociedade? O indivíduo? O médico? O político?

Raramente os utilitaristas encontrarão matéria tão consensual: o aleitamento materno é, de facto, o maior bem para todos: criança, mãe, sociedade e política de saúde.

Para além dos argumentos anteriores, a **ética do cuidado** demarca-se da sociedade patriarcal e das decisões exclusivamente efectuadas com base em premissas como os direitos e justiça distributiva.

A ética do cuidado aborda as diferentes preocupações inerentes ao sentido de responsabilidade pelo bem-estar familiar e reflecte a permanente tensão entre este e as legítimas aspirações profissionais (ou necessidades económicas subjacentes) da mulher. Surge assim o conflito ético mãe-filho, decorrente da bipolarização entre as legítimas necessidades da mãe face à idealização e desejo de *maternage* (amamentação).

O **princípio da beneficência** (princípio da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça) apresenta diferentes vertentes que também fundamentam o aleitamento materno.

O princípio da beneficência e o paternalismo sustentam a opção pelo aleitamento materno e só na sua impossibilidade é aceitável a escolha de fórmulas artificiais (*primum non nocere* - princípio da não maleficência). Contudo, a autonomia da mãe (leia-se capacidade de autodeterminação, liberdade, direitos individuais e privacidade) deve ser respeitada, salvaguardada e aceite sem culpabilizações.

Naturalmente, o princípio da beneficência e o paternalismo, face à autonomia materna, podem gerar conflitos éticos, bem conhecidos dos profissionais de saúde<sup>10, 26-27</sup>.

Atento ao atrás exposto reconhecemos, tal como Tristram Engelhardt, que "...A verdadeira autonomia não é a escolha caprichosa, mas a escolha criteriosa e correctamente orientada"<sup>28,29</sup>.

**Responsabilidade, virtude, beneficência, deontologia, autonomia e cuidado** dão ênfase a:

- Importância da partilha do conhecimento científico e utilização não paternalista da informação.
- Escolha consciente e virtuosa da melhor solução para a criança e a mãe.
- Maior eficácia e eficiência do ponto de vista de saúde orgânica

(biológica) e equilíbrio psico-emocional, em que a amamentação facilita a vinculação e estruturação da díade.

- Vontade e dever da mãe em providenciar o melhor bem, presente e futuro, para a saúde e bem-estar do filho.
- Preservação da liberdade da mãe na ponderação da melhor escolha.
- Dificuldade em compatibilizar o duplo papel de mãe e mulher: permanente tensão entre a protecção da família e o zelo pelo bem estar da criança, face à necessidade de realização e afirmação na sociedade, mercado de trabalho ou carreira profissional<sup>30</sup>.

Por sua vez, o **utilitarismo** fundamenta o aleitamento materno procurando preservar os benefícios bio-psico-emocionais extensíveis ao maior número. Contudo, a ausência ou existência de regras laborais restritas ou indirectamente punitivas, preconceitos sociais (erotização da mama) e a falta de privacidade em locais públicos, pervertem os bons costumes, subordinando as boas razões aos interesses económicos.

O Código Internacional de Marketing de Substitutos do Aleitamento Materno, publicado em 1981, reconhece o leite humano como fundamental para a saúde, salienta o seu impacto na qualidade de vida presente e futura de mães e filhos e advoga a necessidade de proteger, promover e implementar o aleitamento materno<sup>23</sup>.

Efectivamente, o leite de mulher, mais do que um alimento, é um sofisticado e complexo sistema de suporte alimentar que resulta de um processo evolutivo de milhões de anos e que não visa apenas o suporte calórico, mas a nutrição, protecção e transmissão de informação imunológica permanentemente actualizada, permitindo superar grande parte da vulnerabilidade biológica do lactente<sup>31,32</sup>.

Edmund Pellegrini afirmou que a Medicina é a mais humana das ciências e a mais científica das humanidades, mas ao longo das últimas cinco décadas temos constatado que, fruto da intrusão da tecnologia na medicina, passamos de uma medicina menos científica e mais humana para uma medicina mais científica e menos humana...

A preservação e a implementação do aleitamento materno representam a contracorrente da ciência humanizada com a medicina excessivamente imbuída de cientismo e tecnologia.

## Referências

1. Sarafana S, Abecasis F, Tavares A, Soares I, Gomes A. Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediatr Port* 2006;37:9-14.
2. Neto T. Aleitamento Materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. *Acta Pediatr Port* 2006;37:23-6.
3. Vale MC. Conceitos de Moral, Ética e Bioética in A Ética em Pediatria. Reflexões sobre Autonomia. Tese de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2001:13-20.
4. Slote M A. Ethics: Task of Ethics in Post F S Encyclopedia of Bioethics. 2<sup>nd</sup> vol, 3<sup>rd</sup> edition. Thomson Gale. New York 2004:795-802.
5. Risse G: B. Medical Care. The Twenty Century in W.F. Bynum and Roy Porter Companion Encyclopedia of the History of Medicine, Routledge London, 1993:67-71.

6. Weatherall M. Drug Therapies. Antibiotics *in* W.F. Bynum and Roy Porter Companion Encyclopedia of the History of Medicine, Routledge London, 1993:933-8.
7. Albury W R. Ideas of Life and Death *in* W.F. Bynum and Roy Porter Companion Encyclopedia of the History of Medicine, Routledge London, 1993:249-80.
8. Brock W H. The Biochemical tradition. The Twenty Century *in* W.F. Bynum and Roy Porter Companion Encyclopedia of the History of Medicine, Routledge London, 1993:163-8.
9. Dwork D. Childhood *in* W.F. Bynum and Roy Porter Companion Encyclopedia of the History of Medicine, Routledge London, 1993: 1072-91.
10. Callahan D. Bioética: Aspectos Globais de sua Gênese e de seu Desenvolvimento *in* Leo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine. Problemas Actuais de Bioética. Centro Universitário de São Camilo. 6ª edição. Edições Loyola. S. Paulo 2002:18-42.
11. Colson S. Breastfeeding Nemesis. Midwifery Today. The heart and science of birth. [www.midwiferytoday.com/articles/breastfeednem.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/breastfeednem.asp); acedido a 4/7/2006
12. International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE). Code of Ethics for International Board Certified Lactation Consultants. [www.iblce.edu.au/Code\\_of\\_Ethics.htm](http://www.iblce.edu.au/Code_of_Ethics.htm); acedido a 4/7/2006.
13. International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE). Ethics and Discipline Committee Decisions. [www.iblce.edu.au/Code\\_of\\_Ethics.htm](http://www.iblce.edu.au/Code_of_Ethics.htm); acedido a 4/7/2006.
14. Young D. Violating “The Code”: Breast-feeding, Ethics and Choices. Editorial. *Birth* 2001;28:77-8.
15. Escott R. Ethics and Lactation Consultant Practice. Conferences and the Code of Ethics. [www:blce.edu.au/PDF-files](http://www.blce.edu.au/PDF-files); acedido a 4/7/2006.
16. Australian Breastfeeding Association. Code of Ethics. [www.breastfeeding.asn.au/aboutaba/coe.html](http://www.breastfeeding.asn.au/aboutaba/coe.html); acedido a 4/7/2006.
17. Protecting Infant Health. A Health Worker’s Guide to the international code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Penang, Malaysia 2002.
18. Lavender T. Breast Feeding: Expectations versus Reality. The Refer Register. [www.ReFeR.nhs.uk/ViewRecord.Asp?ID=1070](http://www.ReFeR.nhs.uk/ViewRecord.Asp?ID=1070); acedido a 4/7/2006.
19. Stemwedel J D. Breast-Feeding and SUV-driving: what are the ethic relevant differences?. [www.ccienceblogs.com/ethicsandscience](http://www.ccienceblogs.com/ethicsandscience); acedido a 3/7/2006
20. Stemwedel J D. The Science on breast-feeding (and what we ought about it). [www.ccienceblogs.com/ethicsandscience](http://www.ccienceblogs.com/ethicsandscience); acedido a 3/7/2006.
21. Breast Feeding Benefits Bolstered. Fox Chase Pediatrics. [www.foxchasepediatrics.com](http://www.foxchasepediatrics.com); acedido a 3/7/2006.
22. Noel-Weiss J, Walters G. Ethics and Lactation Consultants: Developing Knowledge, Skills and Tools. *J Hum Lact* 2006;22:203-12.
23. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. World Health Organization, Geneva, 1981.
24. Kanbur W, Fernandez A, Mondkar J. Should HIV mothers breast-feed? What should the clinician advice the HIV-positive pregnant woman? *Indian J Med Ethics* 1999;7(2). [www.ijme.in/072mi044.html](http://www.ijme.in/072mi044.html); acedido a 3/7/2006.
25. Salim S A K. African Perspectives on Ethical Guidelines. Case Study. Centre For The AIDS Program of Research in South Africa (CAPRISA). University of Natal and Columbia University.
26. Beauchamp TL, Childress JF. Beneficence. Paternalism: Conflits between Beneficence and Autonomy *in* Principles of Biomedical Ethics. 4<sup>th</sup> edition Oxford Univesrity Press. 1994:259-75.
27. Solomon W D. Etics: Normative Ethical Theories *in* Post F S Encyclopedia of Bioethics. 2<sup>o</sup> vol, 3<sup>rd</sup> edition. Thomson Gale. New York 2004:811-824.
28. Jonas H. Lfant – L’Object Élémentaire de la Réponsabilité *in* Le Principe Responsabilité. Éditions Cerf. 1990 : 250-60.
29. Engelhardt HT. Free and Informed Consent, Refusal of Treatment and the Health Care Team *in* The Foundations of Bioethics. 2<sup>nd</sup> edition. Oxford University Press. 1996: 288-309.
30. Quink M J. Ethics: Moral Epistemology *in* Post F S Encyclopedia of Bioethics. 2<sup>o</sup> vol, 3<sup>rd</sup> edition. Thomson Gale. New York 2004: 802-11.
31. Komesaroff PA. Ethical Issues in the relationships with industry: An ongoing challenge. New Guidelines open for public comment. *J Paediatr Child Health* 2005;45:558-9.
32. The ethics of marketing baby milk formula in developing nations. Center for Ethics, Emory University. [www.ethics.emory.edu/news/archives](http://www.ethics.emory.edu/news/archives); acedido a 3/7/2006.