**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**PROMOÇÃO – APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO:
BINÔMIO OU ANTÍTESE?**

**Uma caracterização das práticas do profissional de saúde na
perspectiva da mulher que no processo do aleitamento materno**

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUSA

**Ribeirão Preto
2006**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**PROMOÇÃO – APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO:
BINÔMIO OU ANTÍTESE?**

**Uma caracterização das ações de apoio do profissional de
saúde à mulher que no processo do aleitamento materno**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira.

Ribeirão Preto

2006

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	08
2 – OBJETIVOS	18
3 – QUADRO TEÓRICO.....	16
3.1 - (Re)construção dos Modelos Assistenciais e a prática do aleitamento materno.....	18
Modelo Campanhista.....	21
Modelo Médico Sanitário.....	24
Do Modelo Médico Assistencial Privatista ao SUS.....	27
3.2 - Programa de Saúde da Família.....	39
3.3 - Integralidade na atenção á saúde.....	45
3.4 – Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC.....	50
3.5 – Etimologia: as palavras que questionamos.....	54
3.6 - Promoção-apoio ao aleitamento materno : binômio ou antítese?.....	57
4 – PERCURSO METODOLÓGICO.....	64
4.1-O cenário do estudo.....	68
4.2 - Local do estudo.....	69
4.3 - Sujeitos da Pesquisa.....	76
4.4 - Estratégias de Investigação.....	78
4.4.1 - Primeira estratégia – o questionário	77
4.4.2 - Segunda estratégia – entrevista semi-estruturada.....	79
4.5 - Tratamento dos Dados.....	80
4.6 - Procedimentos éticos.....	83
5 – ANÁLISE DOS DADOS.....	84
5.1. – Abordagem Qualitativa.....	84
5.2.- Abordagem Qualitativa.....	89
5.2.1 – Unidade Temática.....	91
5.2.1.1– Acesso à Estrutura Física.....	93
5.2.1.2 – Acesso à Escuta.....	107

5.2.1.2.a - Escuta ampliada.....	108
5.2.1.2.b - Escuta Formatada.....	120
5.2.1.2.c - Escuta virtual: articulação entre os serviços de saúde.....	143
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
7 – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164
ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	175
APÊNDICES.....	177

RESUMO

SOUSA, L.A. Promoção – apoio ao aleitamento materno: binômio ou antítese? Uma caracterização das práticas do profissional de saúde na perspectiva da mulher no processo do aleitamento materno. Dissertação de Mestrado, 177p.

Os objetivos desta pesquisa constituíram-se em identificar, na perspectiva da mulher-nutriz, o que é apoio à amamentação e rituais da assistência em amamentação nos serviços de saúde, especificamente hospitais amigo da criança e equipes da saúde da família, que não são considerados apoio. Sob as lentes da integralidade, partimos dos pressupostos que uma prática se constitui em apoio à mulher que amamenta, a partir da identificação da necessidade expressa pela mulher; que práticas normativas, pré-estabelecidas podem não atender às necessidades da mulher na amamentação e que as formulações políticas acerca do aleitamento materno (AM) têm reforçado o paradigma hegemônico. Fizeram parte deste estudo todas as puérperas assistidas exclusivamente por equipes de saúde da família do Distrito Oeste no pré-natal e/ou puerpério e tiveram seus partos em instituições credenciadas como Hospital Amigo da Criança (HAC) do município de Ribeirão Preto. Para este estudo descritivo de abordagem qualitativa utilizamos o questionário e a entrevista semi-estruturada como estratégias de investigação. A partir do questionário obtivemos o seguinte perfil dos sujeitos investigados: Quanto aos dados pessoais, 10% eram menores de 18 anos, 10% estavam entre 18 e 21 anos, 10% entre 27 e 31 anos e 70% tinham entre 22 e 26 anos de idade. Quanto à escolaridade, 50% cursaram o ensino médio completo, 30% o ensino fundamental completo, 10% ensino médio incompleto e 10% ensino superior incompleto. Sobre o estado civil obtivemos, 40% casadas, 40% mantenedora de união estável, 10% solteiras e 10% divorciadas. Nos dados obstétricos, 50% eram primigestas, 40% secundigestas e 10% tercigestas, 70% tiveram parto normal e 30% parto cesária, 100% fizeram pré-natal, com média de 9,6 consultas. Sobre a internação, 80% das mães não tiveram contato pele a pele com seu bebê após o parto e 20% das mães tiveram o contato pele a pele, 100% dos bebês não mamaram na sala de parto. Quanto ao conhecimento das mulheres sobre a maternidade ser HAC, 60% sabiam e 40% desconheciam, 100% não souberam dizer o que é HAC, 80% das puérperas não procuraram o hospital após a alta hospitalar, 20% procuraram, por motivos relativos a dores nos pontos e choro/fome do recém nascido. Para os dados qualitativos utilizamos o método da Análise de Conteúdo, cuja organização dos dados permitiu eleger uma Unidade Temática – o Acesso, que foi subdividida em outras duas sub unidades: Acesso a Estrutura Física e Acesso a Escuta. Por gerar ruídos, convergentes e divergentes, o Acesso a Escuta foi subdividido em: Escuta

Ampliada, Escuta Formatada e Escuta Virtual. Ressaltamos o processo de transformação do modelo de atenção ao AM em movimento, no entanto o apoio à amamentação ainda é incipiente. Na perspectiva da integralidade no AM, a demanda complexa e singular da nutriz precisa ser escutada, valorizada, traduzida e atendida nos serviços de saúde, como fruto do trabalho solidário das equipes de saúde na sua produção de cuidado, o que remete a uma dimensão da integralidade a ser apreendida e incorporada.

Palavras-chave: Aleitamento materno, mudança de modelo, integralidade, acesso.

RESUMEN

SOUSA, L.A. PROMOCIÓN – APOYO A LA LACTANCIA MATERNA: BINÓMIO O ANTÍTESIS?

Una caracterización de las prácticas del profesional de salud desde la perspectiva de la mujer que amamanta.

Los objetivos de esta investigación fueron identificar, desde la perspectiva de la mujer nutriz, que es el apoyo a la lactancia y los rituales de la atención en lactancia en los servicios de salud, específicamente hospitales “amigo del niño” y equipos de salud de la familia, que no son considerados de apoyo. Teniendo por base la integralidad, partimos de los presupuestos de que una práctica se constituye en apoyo a la mujer que da de mamar, a partir de la indentificación de la necesidad expresada por la mujer, que prácticas normativas, pre-establecidas pueden no atender a las necesidades de la mujer durante la lactancia y que formulaciones políticas acerca de la lactancia han reforzado el paradigma hegemónico. Hicieron parte de este estudio todas las puerperas atendidas exclusivamente por equipos de salud de la familia del Distrito Oeste en el prenatal y/o puerpério y tuvieron sus partos en instituciones certificadas como Hospital Amigo del Nino (HAN) del Municipio de Ribeirão Preto. Para este estudio descriptivo de abordaje cualitativo, utilizamos un cuestionário y la entrevista semi-estructurada como estrategias de investigación. A partir del cuestionário obtuvimos el siguiente perfil de las mujeres que constituyeron los sujetos investigados: referente a los datos personales, 10% eran menores de 18 años, 10% estaban entre 18 y 21 años, 10% entre 27 y 31 años y 70% tenían 22 y 26 años de edad. En cuanto a la escolaridad, 50% cursaron la enseñanza media completa, 30% la enseñanza fundamental completa, 10% enseñanza media incompleta y 10% enseñanza superior incompleta. Sobre el estado civil obtuvimos que: 40% eran casada, 40% mantenían una relación estable, 10% solteras y 10% divorciadas. A partir de los datos obstétricos, 50 eran primigestas, 40% secundigestas y 10% tercigestas, 70% tuvieron parto normal y 30% cesárea, 100% realizaron el control prenatal, con media de 9,6 consultas. Sobre la internación, 80% de las madres no tuvieron contacto piel a piel con sus bebés después del parto, 20% de las madres tuvieron ese contacto, 100% de los bebés no mamaron en la sala de parto. En cuanto, al conocimiento de los mujeres sobre la maternidad ser HAN, 60% sabían y 40% lo desconocían, 100% no supieron decir que es el HAN, 80% de las puerperas no procuraron el hospital después de la alta hospitalar, 20% lo procuraron por motivos relacionados con dolores en los puntos y llanto/hambre del recién nacido. Para los datos cualitativos utilizamos el método de Análisis de Contenido, cuya organización de los datos permitió obtener una Unidad Temática - El acceso, que fue subdividido en otras dos subunidades: Acceso a la Estructura Física y Acceso a la Escucha. Por generar ruidos, convergentes y divergentes, la escucha fue subdividida en: Escucha Ampliada, Escucha

Formatada y Escucha Virtual. Resaltamos el proceso de transformación del modelo de atención a la LM en movimiento, sin embargo, el apoyo a la lactancia todavía es incipiente. En la perspectiva de la integralidad en la LM, la demanda compleja y singular de la nutriz precisa ser escuchada, valorizada, traducida y atendida en los servicios de salud, como fruto de trabajo solidario de los equipos de salud en su producción de cuidado, lo que remite a una dimensión de la integralidad que debe ser aprendida e incorporada.

Palabras claves: Lactancia Materna, Mudanza de Modelo, Integralidad, Acceso.

ABSTRACT

SOUZA, L.A. Promoting - Supporting breast feeding: binomial or antithesis? A characterization of the health professional work under the breast feeding woman perspective.

The aims of the research are to identify, under the perspective of the nursing mother, what is to support breast feeding and the rituals of assisting the suckling in the health services system, especially in child friend hospitals and family health teams, which are not considered supporters. Under the perspective of integrality, it can be presupposed that the task is to aid the breast feeding mother, starting from the necessity expressed by the woman, and normative, pre-established activities may not attend the necessities of the woman on breast feeding and political principals about breast feeding (BF) back up the hegemonic paradigm. The research studied all post parturition women exclusively assisted by family health teams of West District on ante-natal check-up and/or post parturition and gave birth in credentialed institutions such as Child Friend Hospital (CFH) in the municipality of Ribeirão Preto. To this qualitative descriptive research it was used the questionnaire and the semi-structured interview as investigating strategies. From the questionnaire it was found out this profile: About personal data, 10% are younger than 18, 10% are between 18 and 21, 10% are between 27 and 31 and 70% are between 22 and 26 years old. About scholarly, 50% complete high school, 30% complete primary school, 10% have incomplete high school and 10% have incomplete superior education. About marital status, 40% are married, 40% have a stable relationship, 10% are single and 10% are divorced. About obstetric data, 50% are primigravida, 40% were secundigravida and 10% were tertigravida, 70% had normal delivery and 30% did caesarian, 100% did ante-natal check-up, with approximately 9,6 appointments. About admissions, 80% of the mothers did not have skin contact with their babies after birth and 20% of the mothers had skin contact with their babies, 100% of the babies did not suckle their mothers in the delivery room. About the women knowing the maternity hospital to be a CFH, 60% knew it and 40% did not know it, 100% could not tell what CFH means, 80% of the women who gave birth did not go to the hospital after it, 20% went to the hospital because of pain in the caesarian cut and crying/hunger of the baby. To the qualitative data it was used the method of Content Analysis, and the data organization permitted to choose a Thematic Unity – the Access, which was sub divided in two sub units: Physical Structure Access and Hearing Access. Because it can generate convergent and divergent lacks of communication, Hearing Access was subdivided in: Enlargement Hearing, Formatted Hearing and Virtual Hearing. It is important to highlight the process of model change on assisting the BF, however the support on breast feeding is just starting. Under the perspective of integrality in BF, the singular and complex demanding of the nursing mother needs to be heard, to be valued, to be understood

and to be seen in the health service system as a result of the health team supportive work, referring to a dimension of integrality that needs to be understood and utilized.

Key words: Breast feeding, model change, integrality, access

1 – INTRODUÇÃO

“Acho, que, para amamentar, ela precisa, em verdade, ser amamentada, ela precisa ser acolhida, ela precisa de peitos... peitos à beça”

Cardoso, 1992.

Vários são os estudos que trazem em seu conteúdo as vantagens do aleitamento materno, entretanto, crescem as indagações sobre o desmame precoce. Segundo Almeida (1999), inúmeros conceitos foram construídos, conferindo uma dada complexidade ao desmame.

Esse mesmo autor frisa que a sociedade não tem se aparelhado para favorecer a mulher no exercício da amamentação. Pelo contrário, ao mesmo tempo em que a culpabiliza por não amamentar; em certos casos, interfere bruscamente sobre o parto com procedimentos cirúrgicos ou medicamentos; libera as companhias produtoras de substitutos do leite materno de qualquer compromisso ético quanto à propaganda de seus produtos; e no nível de ambulatório de saúde não capacita, ou capacita insuficientemente seus profissionais para darem apoio e terem conhecimentos necessários para aconselhar a mulher que amamenta.

Concordamos parcialmente com as afirmações do autor, no entanto também reconhecemos que tem existido investimento para a implantação de diretrizes, por parte de diversos atores sociais, para interferir na situação e fortalecer a prática do aleitamento materno.

Nesse sentido, muitos avanços ocorreram nas últimas três décadas no tocante à prática do aleitamento materno no Brasil. A comparação entre duas pesquisas nacionais, realizadas nas décadas de 70 e 80, mostrou que a duração mediana do aleitamento materno, que era de apenas 2,5 meses em 1975, passou para 5,5 meses em 1989.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, apontou uma duração mediana do aleitamento materno de sete meses e o estudo realizado pelo Ministério da Saúde em capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 1999, mostrou uma situação ainda mais favorável, com uma duração mediana de amamentação de 10 meses (BRASIL. MS., 2001).

Rea (2003) ao refletir sobre o aumento da duração da amamentação no Brasil aponta que em 1975, uma em cada duas mulheres amamentava apenas até o segundo, terceiro mês, enquanto que em 1999, uma em cada duas mulheres leva a amamentação até cerca de dez meses, e faz os seguintes questionamentos dos quais também compartilhamos: Esse aumento em 25 anos pode ser pensado como um sucesso? Ou poderia estar muito melhor se todas as atividades que se realizaram tivessem sido mantidas, avaliadas, corrigidas, bem coordenadas, melhoradas?

Porém, apesar da tendência ascendente da prática da amamentação no país, existe ainda uma preocupação real com as situações do desmame por partes de diversos órgãos governamentais e não governamentais. Sabe-se que o desmame precoce deve ser interpretado como resultado da interação complexa de diversos fatores socioculturais, como o processo de industrialização, que teve início no final do século XIX; as mudanças estruturais da sociedade que

aconteceram em virtude da industrialização; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento e a propaganda de leites industrializados; a adoção, nas maternidades, de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno e a adesão dos profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial (GOLDEMBERG, 1989).

Desde a década de 80, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF têm direcionado esforços para a instituição de uma política de incentivo à amamentação. Dentre os inúmeros esforços podemos citar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC.

A IHAC propõe rotinas hospitalares consideradas facilitadoras do aleitamento materno: o passo 1 recomenda que o hospital defina uma norma de aleitamento materno, o passo 2 propõe que todos os profissionais da equipe de saúde, que prestam assistência às mães e bebês, devem ser treinados para implementar essa norma; orientação e apoio às gestantes (passo 3), início da amamentação na primeira meia hora após o nascimento do bebê (passo 4); apoio às mães no puerpério imediato (passo 5); não utilização de suplementos, como soro glicosado e leites artificiais (passo 6); alojamento conjunto (passo 7); amamentação sob livre demanda (passo 8); não utilização de bicos artificiais ou chupetas (passo 9) e o encaminhamento das mães a grupos de apoio ao aleitamento após a alta hospitalar (passo 10). Adiante, trataremos mais detalhadamente a IHAC.

Outra estratégia, não restrita ao AM, mas possui atributos que podem corroborar no apoio à amamentação, é a estratégia da Saúde da Família. O documento oficial do Ministério sobre o Programa de Saúde da Família,

pressupõe o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os moradores, laços de compromisso que permitiam desenvolver a coresponsabilização pela saúde da população de uma área adscrita, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania, encaminhando desta forma para práticas de saúde humanizadas e que busquem prestar atenção integral, contínua e comprometida em dar resolutividade (BRASIL. MS., 1998). Também mais adiante, traremos outras considerações quanto a ESF.

Temos perguntado se a estratégia da Saúde da Família e IHAC têm potencializado práticas de saúde que privilegiam o estabelecimento de diálogo com a mulher, no exercício do aleitamento materno, no sentido de conhecê-la na sua singularidade, seus valores, crenças, dificuldades físicas, emocionais, suas relações com o núcleo familiar e social e também outras necessidades existentes.

Algumas iniciativas vêm sendo desencadeadas por serviços de saúde, mais recentemente, para aumentar a prática da amamentação, por exemplo, no município em estudo podemos citar o programa Floresce Uma Vida¹, o NALMA², o PALMA³, o Disque Amamentação⁴ do Banco de Leite Humano, as quais prevêm atividades dirigidas aos profissionais de saúde e à população

¹ O projeto Floresce uma Vida (FUV) é o resultado do esforço de diferentes grupos de trabalho dentro da Secretaria Municipal da Saúde (Programa de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Aleitamento materno, Assistência Domiciliar, Divisão de Enfermagem, Divisão de Informática) em parceria com outras entidades (USP e hospitais), no sentido de direcionar atenção especial à saúde do recém-nascido, através de atividades dirigidas às mulheres durante o período gestacional e de as ações que envolvem a atenção a puérpera e ao recém-nascido desenvolvidas nas maternidades, unidades básicas de saúde e núcleos de saúde da família.

² NALMA – Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP, foi criado em 1985 pelas enfermeiras-docentes da EERP-USP e do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (H.C.R.P.) como finalidade promover a amamentação materna, visando ao bem estar da mãe e do filho. As ações desenvolvidas pelo Núcleo procuram compreender a mulher como um ser integral, portadora de uma estrutura complexa inserida num contexto social.

³ PALMA - Programa de Aleitamento Materno, cujas ações de Aleitamento Materno foram implantadas na Secretaria Municipal da Saúde desde 1988, em parceria com o NALMA, atualmente com ações implantadas em toda a Rede Municipal de Saúde, com atividades de prevenção, promoção e estímulo ao Aleitamento Materno e atendimento das intercorrências mamárias.

⁴ Disque Amamentação do Banco de Leite Humano (BLH) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) tem como objetivo o serviço da amamentação, mantendo ações assistenciais que visam à promoção do aleitamento materno e mantém atividades direcionadas ao incentivo e melhoria dos índices do aleitamento humano e dentre essas atividades disponibiliza uma central de informações através do serviço Disque Amamentação.

em geral tanto no pré-natal, quanto no pós-parto e em visitas domiciliares às puérperas, na perspectiva de um acompanhamento para alcançar a continuidade da atenção, um dos elementos estruturais essenciais na Atenção Primária à Saúde - APS⁵ (STARFIELD, 2004).

Segundo Carvalhaes e Corrêa (2003), a duração do aleitamento materno pode ser favorecida ou restringida por fatores biológicos, culturais, relativos à assistência à saúde e socioeconômicos. O desenvolvimento ostensivo de ações de apoio à amamentação dentro de instituições hospitalares que assistem ao parto e ao recém-nascido é reconhecido como medida capaz de modificar o perfil do aleitamento materno em uma população.

Em especial para os que trabalham com aleitamento materno, nota-se as limitações do profissional para lidar com dois conceitos intimamente ligados, mas que designam conjuntos de práticas distintas: promoção e apoio. Neste sentido, cabe um parêntese para trazermos algumas reflexões acerca da diferença dessas palavras. Do ponto de vista etimológico, promover significa dar impulso, trabalhar a favor, fazer avançar, favorecer o progresso; enquanto apoiar quer dizer, ajudar, amparar, sustentar (FERREIRA, 1993).

Retomando, percebe-se que no decorrer dos anos houve muito esforço discursivo para promover o aleitamento materno, entretanto, ações no sentido de sustentar, apoiar a mulher que amamenta têm uma trajetória mais recente. Assim, há que se repensar a prática da assistência à mulher no processo da amamentação, uma vez que existe um descompasso entre o que é preconizado e o vivenciado pelas mulheres.

⁵ MENDES (2002) – (1999) nos oferta três interpretações de Atenção Primária à Saúde (APS): APS como atenção primária seletiva, APS como o nível primário do sistema de serviços de saúde e APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, sendo esta última corrente a adotada por nós.

Descompasso esse caracterizado pela mecanização de profissionais de saúde cuja prática os remete para ações, majoritariamente, normativas e técnicas, nas quais a busca do êxito está na obtenção do resultado: conseguir colocar o bebê para sugar ‘adequadamente’ o seio materno, como cumprimento das normas preconizadas pela instituição e pela sociedade.

Encontra-se, praticamente, inerte o reconhecimento intersubjetivo da mulher-mãe-nutriz, sua fala, seu pensar, seu sentir e suas reais necessidades frente às singularidades de amamentar, valores estes que configuram a necessidade de apoio à amamentação, em diferentes fases desse processo vivenciado pela mulher e mesmo pela família.

Nestas diversas fases, vem se evidenciando cada vez mais que as primeiras mamadas se constituem em um momento significativo para se iniciar o apoio à mulher no processo do aleitamento materno e, portanto, conforme sugere Vinha (2002) e Venâncio (2003), as práticas assistenciais inadequadas podem favorecer a frequência elevada de mulheres com problemas no início da amamentação, o que remete, impreterivelmente, na reflexão dessas práticas.

Mesmo reconhecendo os esforços das instituições governamentais e não governamentais na elaboração de estratégias para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno temos questionado:

- Essas estratégias têm possibilitado mudar a prática assistencial no sentido identificar as reais necessidades da mulher frente às singularidades do amamentar?

- Essas estratégias são tomadas pelos profissionais que assistem à mulher, como regras consagradas que devem ser aplicadas de forma invariável? Ou seja, de forma mecanizada e ritualizada?

Diante das oportunidades vivenciadas por nós, na prática assistencial à mulher nas diferentes fases da amamentação e também no contato com a produção de conhecimento de diversos estudiosos desta temática, apresentamos os **pressupostos** assumidos nesta investigação:

- Uma ação de intervenção se constitui em apoio à mulher que amamenta, a partir da identificação da necessidade expressa pela mulher.

- Práticas normativas, pré-estabelecidas podem não atender às necessidades da mulher na amamentação, não se configurando dessa forma como apoio.

- As formulações políticas acerca do aleitamento materno têm reforçado o paradigma hegemônico no qual o aleitamento é visto como uma prática natural e passível de controle.

A partir das questões discutidas apresentaremos a seguir os objetivos desta investigação.

2 - OBJETIVOS

- Identificar o que é apoio à amamentação, na perspectiva da mulher – nutriz;
- Identificar rituais da assistência em amamentação nos serviços de saúde, especificamente hospitais IHAC e equipes da saúde da família, e que não são considerados apoio, na perspectiva da mulher.

3 - QUADRO TEÓRICO

A prática do aleitamento materno nos modelos assistenciais de saúde do Brasil - uma revisão da literatura

A busca de uma recuperação histórica do processo da amamentação materna se dá na perspectiva de compreendermos as especificidades e transformações que esta prática assume em diferentes momentos, seja no cotidiano dos serviços de saúde, seja no contexto político, seja no ambiente familiar, de forma a podermos estruturar um quadro das determinações que vão se fazendo presentes no transcorrer dos tempos (PEREIRA 2001).

Concordamos com Pereira (2001) quando esta afirma que o caminho da reconstrução requer um olhar que não se fixe apenas no que está sendo, mas que ao ver o presente, necessariamente, se busque os fundamentos deste acontecer em articulações com o passado.

Ao nos voltarmos para as ações do aleitamento materno, encontramos fundamentações elaboradas no modelo higienista do século XIX (Orlandi, 1995) norteando as ações pró-amamentação, na década de 80. O reducionismo biológico e o discurso ideológico em favor da amamentação foram mantidos e a mulher voltou a figurar como grande responsável pela saúde da criança. Com essa estratégia, o estado planejador mais uma vez cumpriu seu papel na busca da diminuição da morbi-mortalidade infantil, reduzindo questões estruturais complexas a problemas individuais a serem resolvidos pelas mães, problemas estes que, neste aspecto em particular, resumia-se à obrigatoriedade de amamentar (MOTA, 1990).

A educação sanitária foi desenvolvida mediante ações autoritárias e verticais que levaram as mães obedecerem às prescrições, sem conhecer o saber que as fundamentava (BADINTER, 1985). A importância da amamentação foi justificada pelo discurso científico que dava origem ao conjunto de regras balizadoras do comportamento materno, consideradas ultrapassadas e que atuam no segmento materno-infantil (SOUSA, 1996).

Ao se focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção-proteção-apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracteriza como o fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contempla como uma prática natural e passível de controle (ALMEIDA, 1999).

Acreditamos que os programas recomendados são importantes, mas não garantem o sucesso do aleitamento materno caso não se trabalhe a postura e a capacitação técnica dos profissionais, bem como se não se contemplarem nas práticas assistenciais o estabelecimento de diálogo que valorize a mulher como um ser integral, inserido em um contexto social, considerando-a na sua individualidade, anseios, emoções, dificuldades internas e história de vida anterior e atual (PEREIRA, 1996).

Esta nossa discussão se pauta no postulado teórico defendido pelo Núcleo de Aleitamento Materno - NALMA que toma a integralidade da assistência à mulher como o seu fio condutor, e sugere, entre outras práticas, que o profissional de saúde se coloque como facilitador do processo de amamentação na tentativa de buscar alternativas para estabelecer um diálogo com a mulher-mãe-nutriz, aprender a escuta-lá, no sentido de conhecer suas demandas e o contexto ao qual está inserida, e apropriar-se

de elementos que possam nortear uma assistência individualizada, integral e resolutive (PEREIRA, 1996).

De acordo com Arantes (1991), é provável que, como interlocutores do aleitamento, os profissionais da saúde estejam reproduzindo para a mulher um padrão de amamentação ideal, negando as facetas das dificuldades que o ato envolve e enfatizando somente os seus aspectos positivos.

É inegável que as políticas sociais públicas e os programas de incentivo ao aleitamento materno são necessários, todavia, sua leitura é feita pelos profissionais que, como sujeitos sociais podem contribuir na transformação de sua prática (JARVORSKI; SCOCHI; LIMA, 1999).

Ao se falar em transformação da prática, entendemos que se faz necessário resgatar, mesmo que sumariamente os Modelos Assistenciais, conformados na organização dos serviços de saúde do Brasil, em diferentes períodos da história da saúde do nosso país e a prática da amamentação materna nesses diferentes modelos assistenciais.

3.1 - (Re)construção dos Modelos Assistenciais e a prática do aleitamento materno

Campos (1989) conceitua modelo assistencial como : *“um modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-la e distribuí-la* e (MISHIMA, 1994) nos alerta que ao tratarmos do modelo assistencial *é fundamental que se tenha claro que isto se dá em um determinado contexto social, onde determinações de diferentes ordens (sociais, políticas, econômicas) se fazem presentes, num*

jogo constante de forças e que encaminham a construção de determinada prática social, no nosso caso específico, a prática de saúde”.

Campos (1994) e Merhy (1991) nos ofertam conceitos de Modelo de Atenção, que revelam, ainda mais, a complexidade do que seja Modelo, e nesta perspectiva, assim fica definido

“como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um dado saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia.” Campos (1994, p266).

Merhy (1991) explica mais uma vez que ao tratar de Modelo Assistencial é necessário considerar que a organização da produção dos serviços de saúde parte não somente de um determinado arranjo dos saberes da área e/ou dos projetos de construção de ações sociais específicas, mas também a partir de estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais.

Este último autor ainda considera que o modelo é pautado em uma das diretrizes básicas de um determinado projeto de política social para a área de saúde, onde se expressam os interesses políticos desses diferentes grupos sociais e também a relação existente entre as ações de saúde e o

conjunto das práticas políticas presentes em uma sociedade específica. Nessa perspectiva, Merhy (1991) aponta para a necessidade de identificar:

» O que é tomado como problema de saúde, naquele momento histórico, considerando conhecimento, interesses e concepção do processo saúde – doença;

» Quais as disputas presentes na sociedade e as forças políticas produtoras de interesses que determinam o modo de como se assiste à saúde das pessoas. Quais as relações que existem entre os direcionamentos dos serviços de saúde e as disputas sociais presentes no cenário nos diferentes momentos (grandes interesses econômicos, organização financeira internacional e história política que se constituiu);

» Quais as possibilidades de intervenção nesses problemas. Com que profissionais, com que instrumentos (saberes) e com que instituições essas intervenções serão realizadas.

Para Pereira (1996), estas proposições possibilitam uma (re) visão das práticas de saúde, no sentido de apreender a construção do modelo de saúde alternativo, pautado na saúde e não somente na doença, com vistas a um Sistema Único de Saúde (SUS) equânime e resolutivo.

Assim, sem a pretensão de esgotar o assunto, as laudas que se seguem apresentam sumariamente a configuração dos modelos de assistência na história da saúde do Brasil e a prática do aleitamento materno conformada, predominantemente, em cada modelo.

MODELO CAMPANHISTA

No período pré-republicano – antes de 1889 – a economia do país era centrada na agricultura cafeeira e havia poucas ações governamentais na área da saúde. A principal preocupação era com o controle das epidemias. Os instrumentos de atuação estavam assentados no saber miasmático, além das intervenções de higiene política e controle coercitivo do meio físico. A organização da assistência à saúde era voltada para a segregação dos doentes com a finalidade de preservar os sadios, ajudando assim a sanear o espaço urbano.

O Modelo Campanhista se configurou no final do século XVIII até as duas primeiras décadas do século XIX, quando as questões de saúde passaram a se constituir como um grave problema econômico para o Brasil, uma vez que as doenças infecto-contagiosas tomaram grandes proporções nos principais centros urbanos e ameaçavam as relações comerciais do país, bem como a política de imigração.

Neste contexto, a assistência à saúde dos pobres, que, por sua vez, estavam fora do processo produtivo, era basicamente realizada pelas instituições religiosas, enquanto o Estado se preocupava com a saúde das cidades, ou seja, com o saneamento dos portos e núcleos urbanos.

Investia-se na criação de condições sanitárias para que essas não se tornassem obstáculo para as relações comerciais com o exterior e para que também não prejudicassem o êxito da política de imigração.

O cenário desse quadro era a hegemonia da corrente bacteriológica que se tornou o eixo norteador desse modelo assistencial que utilizava a

engenharia, a política e as campanhas sanitárias. O Estado não tinha atuação efetiva sobre o corpo individual e nem na educação sanitária.

As ações por ele desenvolvidas eram voltadas exclusivamente para o controle do meio ambiente, como controle de vetores dos domicílios, remoção de cadáveres, aplicação compulsória de vacinas nas pessoas em suas residências, o que se constituía numa ação controladora, fiscalizadora, coercitiva e autoritária.

Assim a relação entre a população e os profissionais de saúde ficou estabelecida de forma verticalizada, sem diálogo, onde os indivíduos eram objetos e não sujeitos das ações de saúde. A medicina surgiu como um elemento de controle sobre o corpo, disciplinando-o, higienizando-o para o novo espaço histórico engendrado por novas formas de produção social.

O século XIX assistiu ao nascimento da puericultura e sua difusão “não se deu de forma espontânea nem por acaso; foi o resultado de um projeto mais amplo, mais ambicioso: regular todos os atos da vida, inclusive os mais íntimos e os mais privados, os que se realizam no seio do lar” (BOLTANSKI, 1984).

Até 1890, a puericultura residia em um estado pré-científico do saber. As regras, os exemplos, as explicações se sucediam uma a uma, e não havia uma teoria de conjunto. Os médicos ofereciam conselhos baseados na tradição.

Para que a medicina pudesse conseguir o seu intento, “a aliança privilegiada entre o médico e a mãe tinha por função reproduzir a distância, de origem hospitalar, entre o homem de saber e o nível de execução dos preceitos, atribuído à mulher. O médico, graças à mãe, derrota a hegemonia

tenaz da medicina popular das comadres e, em compensação, concede à mulher burguesa, através da importância maior das funções maternas, um novo poder na esfera doméstica”, abalando a autoridade paterna (DONZELOT, 1986).

O grande tema da puericultura desta época era a alimentação em geral e, particularmente, o aleitamento materno e artificial. Bretas (1838) afirma que, “o aleitamento dos filhos era uma obrigação natural, um dever sagrado, a que todas as mães se prestavam gostosas”.

Prossegue confirmando não existir no Brasil o costume de se degradarem os filhos do teto paternal para se confiarem a casa e a mães estranhas. Porém, segundo o autor, o aleitamento realizado a domicílio, é mais universal que na Europa, mas lá “se limita às classes abastadas, aqui se estende a pessoas de menos medíocre fortuna” (BRETAS, 1838).

A amamentação, no pensamento dos higienistas, ao mesmo tempo em que se oferece prazer, causa dor. Assim, a mãe santa se doa ao filho tal qual Cristo aos homens. Em troca, ela recebe, como prêmio pelo seu esforço e dedicação, o amor dos filhos e o reconhecimento da sociedade.

A maternidade é percebida como a vivência do mal e do bem: aquela que amamentar será considerada socialmente a mãe verdadeira. Do contrário, será censurada e estará passível de submeter às penas pelo seu deslize social. As mães que não amamentam são, segundo os médicos, surdas à voz da natureza. (MEIRELES, 1847).

No discurso médico, a mulher é a mãe, pois a realização da mulher se dá pela vivência da maternidade. O desejo de não amamentar, fruto da razão é

censurado. Deste discurso higiênico, da responsabilidade materna sobre o futuro dos filhos, nasce a culpa da mulher por todos os insucessos familiares.

Para Meireles (1847) esse discurso elevou a mulher à categoria de mediadora entre o filho e o Estado. Ao assegurar que toda mulher é mãe e, conseqüentemente, a realização da mulher se dá pela vivência da maternidade, o aleitamento materno foi utilizado como instrumento estratégico para confinar à mulher os papéis de mãe/esposa/dona-de-casa.

MODELO MÉDICO SANITÁRIO

No período compreendido entre 1925 e 1960, concomitantemente ao desenvolvimento do modelo campanhista, estabeleceu-se um outro modelo de atenção: o Modelo Médico Sanitário. Este período, para o Brasil, foi circunscrito pelos efeitos advindos do pós 1ª guerra mundial e marcado pelas restrições comerciais, tanto de exportações de mercadorias como de importações de produtos.

Há uma precarização nas condições de vida da população urbana marcada por importantes movimentos sociais reivindicatórios acarretados pelo aprofundamento das desigualdades sociais e pela perda da hegemonia da oligarquia cafeeira.

É neste cenário que emergiram novos padrões de desenvolvimento econômico, criados pelo início do processo de industrialização que emergia e conformava o proletariado brasileiro. Houve também, o aparecimento de uma nova força econômica e política representada pelo setor burguês industrial.

O poder oligárquico tinha, naquele momento, de estabelecer negociações com os novos setores que representam forças políticas na

sociedade (burguesia e operariado). Havia a necessidade de se estabelecer consensos e negociações.

Os serviços de saúde organizados em estruturas verticais e centralizadoras, desenvolviam assistência médica inicialmente para portadores de doenças infecto-contagiosas e mais tarde para outras doenças específicas.

O objeto de atenção passa a ser o comportamento e o corpo humano, e os instrumentos da educação sanitária passaram a ser utilizados, na medida em que havia sido estabelecida uma associação importante entre comportamento das pessoas, condições de vida e surgimento das doenças.

As ações sanitárias visavam a consciência do indivíduo, revestidas de um caráter impositivo, que procurava obter o consenso dos indivíduos para a perspectiva de que eles eram os principais responsáveis pela ação de saúde e o social era tomado como externo ao indivíduo (MERHY, 1987).

As ações de prevenção de doenças e promoção à saúde seriam executadas através de exames médicos (periódicos e preventivos), por orientações sobre saúde e medidas de higiene. Assim, ocorreu uma transformação da educação sanitária ao se revestir de coerção e controle sobre o comportamento, produzindo uma nova consciência sanitária e nessa perspectiva a cultura da culpabilização.

Para operar as ações de saúde, naquele momento, os saberes utilizados eram aqueles da bacteriologia, da epidemiologia da clínica e da pedagogia. Os agentes desse processo eram médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores sanitários, atendentes de enfermagem e visitantes sanitários. Com esse arranjo, a organização da assistência à saúde voltava-se para o controle

epidemiológico e sanitário bem como para a organização da força de trabalho, já que o modelo buscava a manutenção da força produtiva.

Até o final da década de 60 ocorreram processos de centralização e descentralização dos serviços de saúde. Houve expansão da rede assistencial e de estabelecimentos de Saúde Pública, no entanto, a expansão foi muito lenta e esse modelo ficou marcado pela atenção médica ofertada a grupos populacionais determinados (como o materno-infantil), a manutenção de campanhas sanitárias e a incorporação de ações educativas.

No tocante ao aleitamento materno, a preocupação do Estado neste período, segundo Costa (1999), era de cunho sanitário e moral, onde a mulher e a criança foram o foco da atenção. O discurso higiênico nacional elaborou, nesse período, a estratégia de totalização da vida social, em particular sobre a mulher.

No final do século XIX, o aleitamento materno foi instituído como de fundamental importância para a criança, o qual é incontestável. Em razão disto, a mulher-mãe adquiriu seu valor como ser social e passou a merecer consideração do Estado e da sociedade através da medicina. O saber médico utilizou, estrategicamente, o aleitamento materno para produzir novos comportamentos e uma nova cultura para a mulher.

No século XIX, os higienistas brasileiros, ao normatizarem o aleitamento materno, enfatizavam a obrigatoriedade da prática da amamentação, vinculando-a a coesão do núcleo familiar. Buscava-se através da amamentação, depositar na mulher a responsabilidade pelo espaço doméstico e pela unidade da família (COSTA, 1999).

Entre as décadas de 50 e 60, se conformava uma nova área de conhecimento voltada a estudar o comprometimento do desenvolvimento e relacionamento de crianças órfãs ou que passavam longos períodos distantes de seus familiares devido a Segunda Guerra Mundial.

Houve a formulação das teorias de apego entre a mãe e a criança e a de formação de vínculos afetivos entre ambos (BOWLBY, 1993), nesta compreensão a mãe deveria ser companheira constante da criança e amamentá-la sempre, encontrando nessa prática sua realização pessoal. A vertente psicanalista estava em franco prestígio desde o final da década de 40 e exaltava o aleitamento materno (BADINTER, 1985). Alguns teóricos psicanalistas enfatizavam que a boa mãe era aquela que amamentava e que era capaz de adaptar-se de forma visceral às necessidades do filho.

DO MODELO MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA AO SUS

O Modelo Médico Assistencial Privatista teve no Brasil sua marca fundamental na Previdência Social brasileira. Em 1923, através da Lei Elói Chaves estabelece as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), posteriormente foram instituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a Previdência Social, na área de assistência médica, circunscrevendo um modelo de atenção que tomava o sujeito a partir da necessidade de restauração de seu corpo anatomo-fisiológico, com vistas a reinseri-lo, o mais rapidamente possível, no mercado de trabalho. A previdência Social instaurava assim um modelo de atenção no Brasil baseado na biologia humana.

Nessa perspectiva, no período do final dos anos 60 até início dos anos 80, o Modelo Assistencial se evidenciava pelo crescimento da medicina previdenciária. As ações eram estendidas a seguimentos populacionais urbanos e rurais, inseridos ou não no mercado formal de trabalho, desde que, de alguma forma, contribuíssem com os cofres previdenciários. Havia uma centralização na prática médica individual, curativa, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública.

Criou-se, através da intervenção do Estado, um complexo médico industrial, desenvolvimento da organização da prática médica na lógica da lucratividade do setor, o que potencializou a capitalização da medicina e o setor privado da saúde. A forma de remuneração dos serviços de saúde contratados e conveniados variava pela complexidade e pela densidade tecnológica dos procedimentos médicos, o que reforçava assim, a incorporação tecnológica do ato médico e a capitalização das empresas.

Outro ponto marcante neste modelo foi a padronização tecnicista, na qual a atenção à saúde ficou reduzida à implementação de uma série de tarefas técnicas bem delimitadas, padronizadas e com as suas etapas já predeterminadas. Para cada problema se estabeleceu uma técnica de saúde pública com metas a serem atingidas já matematicamente calculadas (VASCONCELOS, 1997).

No início dos anos 70, com a forte crise do capitalismo mundial gerando uma recessão intensa, refletindo nas políticas sociais, entre elas a da saúde, e neste sentido, num movimento internacional, países da América Latina adotaram uma política de atenção voltada aos cuidados primários em

saúde. Previam-se que o desenvolvimento econômico precisaria ser articulado a ações específicas, principalmente na área da saúde, e nesta direção, configurou-se a política social de extensão de cobertura (TÚLIO; MERHY, 1993).

Cabe destacar que neste mesmo período, em virtude das altas taxas de mortalidade infantil e materna, recomendações acerca do aleitamento materno foram apresentadas em 1974 no Programa Materno Infantil – PMI – cuja indicação do leite em pó só era aceito em caso de insuficiência do leite materno, uma vez que as autoridades sanitárias passaram a estabelecer relações entre padrões de morbi-mortalidade infantil e o modelo de aleitamento materno existente até então (TYRREL, 1993).

A maior parte das intervenções do PMI era voltada à clientela selecionada pelos critérios de risco e vulnerabilidade, onde a “educação em saúde”, enquanto processo socializador e de controle social focalizava as mudanças de comportamento das mulheres das classes populares, na perspectiva de reduzir a desnutrição infantil, através do aleitamento materno (MARQUES, 1984).

Em meados dos anos 80 o modelo vigente conhecido como Modelo Médico Assistencial Privatista, tem sua falência enunciada. A forte repercussão da crise fiscal do Estado, nos cofres da Previdência Social, a prática médica hegemônica baseada em atos curativos, sustentados pelo ensino flexeneriano, não alterou o perfil de morbi-mortalidade e ainda representava custos crescentes. Era incompatível sua expansão com a racionalização dos custos.

Esta crise não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesa, mas emergia de uma série de ações políticas, caracterizadas fortemente pelo desemprego crescente, redução real do valor dos salários, fraudes contra o sistema previdenciário, baixa cobertura assistencial do setor público estadual e municipal, custos crescentes da assistência médica pela incorporação de novas tecnologias, bem como um modelo de saúde dominante pautado na assistência médica individual e curativa.

Em resposta a tendências internacionais foi desencadeado no Brasil o movimento de proteção à maternidade e à infância, surgindo como proposta governamental o incentivo do aleitamento materno no início de 1980.

A Assembléia Mundial de saúde estabeleceu, em 1981, o Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno e nesse mesmo ano foi implementado o PNIAN (Programa Nacional de Incentivo de Incentivo ao Aleitamento Materno), pelo Ministério da Saúde, ligado ao Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

As atividades do PNIAM tinham o objetivo de atingir todos os grupos e segmentos sociais, tais como: profissionais de saúde, serviços de saúde, inclusive os hospitais, a mãe e suas condições trabalhistas, escolas comunidade em geral e indústria dos alimentos infantis (MATTHAI, 1983). No entanto, segundo Almeida (1999), o PNIAM reproduziu o paradigma higienista sobre o aleitamento materno do século XIX.

Na década de 80, a conjuntura social brasileira permitiu a implementação, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Programa Integral à Saúde da Criança (PAISC). Tanto o

PAISM quanto o PAISC estabeleceram medidas acerca do aleitamento materno, ou seja, orientações, vantagens, técnicas, exame de mama, aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida da criança e a utilização do leite artificial em esgotando todas as alternativas.

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, o Governo Federal brasileiro, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN do Ministério da Saúde e com apoio do UNICEF desenvolveu uma pesquisa que visava estimar a incidência e duração da prática da amamentação nas regiões metropolitanas de São Paulo e Recife. O resultado da pesquisa mostrou que havia um desmame muito precoce, principalmente em Recife, onde 68% das crianças recebiam leite artificial no primeiro mês de vida e 90%, no segundo mês de vida (OLIVEIRA; SPRING, 1984).

Diante do quadro de crise do setor saúde, foram desencadeadas outras medidas governamentais que culminaram com a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que detinha como objetivo principal promover a revisão gradual do modelo médico assistencial da Previdência Social. Este conselho apresentou uma proposta de cunho reformista e racionalizador, explicitando a necessidade de criar um sistema integrado, regionalizado e hierarquizado com vista à cobertura universal em sua expansão.

Nesse período houve intensa movimentação política e social pela redemocratização do país e, no setor saúde, essa luta foi representada pelo forte movimento da Reforma Sanitária que teve como ponto fundamental a necessidade de ampliar o conceito de Saúde tomando-o como resultante das

condições de alimentação, habitação, educação, lazer, trabalho, salário, transporte, meio ambiente, acesso a serviços.

A saúde foi então concebida como resultante do modo de organização social de produção, que gerava desigualdades. Tomar a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e instituir um Sistema Único de Saúde com princípios essenciais – integralidade, descentralização e controle social foi o objetivo primordial desse processo.

A estratégia inicial para viabilização das propostas do CONASP foram as Ações Integradas da saúde (AIS), norteadas pelos princípios da universalidade do atendimento, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, democratização através da participação da sociedade civil e do controle dos usuários, incluindo os setores filantrópicos e privados.

O foco predominante de assistência continuou sendo a doença, contudo procurou fortalecer uma visão social de saúde, onde a organização da assistência à saúde era voltada não somente para o controle e reabilitação da força de trabalho, mas também para buscar o fortalecimento da visão da saúde como direito social.

Neste momento, ocorreu uma concentração de esforços para prover ações mais articuladas entre os três níveis de Estado, assim como a necessidade de proceder a gestão dos serviços de saúde entre os três níveis.

Houve ampliação da rede física e a incorporação de outros agentes de saúde que até então não estavam presentes nos postos de saúde da rede pública. Os saberes continuavam sendo o conhecimento dos modelos

anteriores, havendo ensejo de integrá-los, contudo essa integração ficou mais no nível do desejo.

Mesmo em dúvida, as AIS ganharam força na Nova República, expressada pela própria ampliação numérica de municípios que aderiram ao convênio. As tensões e disputas entre os grupos que representavam a medicina de mercado, apoiado por atores sociais que ocupavam espaços no Ministério da Previdência social e os que defendiam as propostas de implantação da Reforma Sanitária, estes mais presentes nos espaços o Ministério da Saúde, resultaram num documento tático que propunha uma política de integração entre o MPAS e MS, criando assim o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em substituição as AIS.

Durante o movimento da reforma, neste período do SUDS, ocorreu um processo de desestabilização na Previdência Social, que promoveu a retirada gradual do INAMPS como prestador de serviços, diminuindo as transferências ao setor privado, aumentando o controle sobre fraudes. Esse movimento incentivou e reforçou decisões colegiadas e outras medidas que visavam agilizar a descentralização, fortalecer o setor público e fortalecer o setor filantrópico.

Essa estratégia encontrou sustentação política pela presença de atores sociais da Reforma Sanitária na direção do INAMPS, no movimento sanitário, pela posse de governadores, prefeitos, secretários e elites médicas da saúde, defensores da extinção da política de saúde emanadas da Previdência Social.

O SUDS trouxe contribuições importantes, contudo não conseguiu se fortalecer suficientemente para se constituir em uma estratégia de mudança

do Sistema Nacional de Saúde, mesmo procurando operar com os princípios da reforma sanitária.

Neste processo teve de enfrentar o INAMPS, que se mantinha, como base sustentadora do Modelo Médico Assistencial Privatista na Previdência Social, e para isso foi implantando a desconcentração (repasse de recursos financeiros para os Estados e destes para os municípios).

Com o fracasso do plano Cruzado, segmentos que defendiam a permanência das políticas de saúde, associados aos grupos conservadores passaram a ocupar espaços executivos, desempenhar poder legislativo e nesse embate ocorreram momentos de retrocesso, de resistência e continuidade da construção do SUS. Esse período corresponde aos anos de 1983 a 1987.

Concomitantemente à turbulência que o SUDS enfrentava, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS que se constituiu num marco histórico. Seu relatório final foi incorporado na elaboração da nova Constituição Brasileira de 1988, no capítulo da saúde.

Este texto apresentava ambigüidade, já que incorporava diretrizes que faziam parte do cotidiano do Modelo Médico Assistencial Privatista, contudo foi considerado um avanço significativo que permitiu inclusive a continuidade da luta entre o projeto neoliberal e a reforma sanitária.

Neste cenário, após a implantação do PNIAN, muitas leis e normas foram estabelecidas para proteger a amamentação. O alojamento conjunto tornou-se uma prática obrigatória para o Ministério da Saúde, licença-paternidade de cinco dias, licença-maternidade de 120 dias asseguradas na

Constituição brasileira, pausa para amamentação durante o período de trabalho e normas para o banco de leite humano em 1993.

Ao longo dessas décadas, seguiram-se Declarações e/ou Recomendações e outras medidas nacionais e internacionais de apoio à mulher na amamentação que foram adotadas pelo governo brasileiro. Dentre elas podemos destacar:

- 1990 – OMS/UNICEF – Declaração Conjunta de proteção, promovendo e apoiando a amamentação natural, o papel especial dos serviços de maternidade; estabelece os 10 passos para o êxito na amamentação;
- 1990 – Declaração de Innocenti (Itália) estabelece metas de trabalho em prol da amamentação para a década de 90; recomenda o aleitamento exclusivo de 4 a 6 meses de vida; fortalecimento da mulher e seus grupos para exercer essa prática; leis de proteção a mulher trabalhadora e do leite materno face aos produtos tidos como substitutos; propõe a Semana Mundial da Amamentação;
- 1991 – Iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF) adoção de 10 passos para amamentação incluindo: orientação de manejo, capacitação de pessoal, alojamento conjunto 24 horas, livre demanda, aleitamento materno exclusivo, início do aleitamento materno na primeira meia hora pós-parto;
- 1992 – Assembléia Mundial de Saúde – Convenção sobre a Eliminação de Toda Forma de Discriminação Contra a Mulher e

a eliminação de toda discriminação contra a mulher que trabalha;

- 1992 – Apoio a Iniciativa Hospital Amigo da Criança; ano de início da comemoração da Semana Mundial da Amamentação. Esta semana, organizada pela WABA (World alliance for Breastfeeding Action), tem por objetivo incentivar a promoção do aleitamento materno e sensibilizar a população e os profissionais de saúde por meio da sua divulgação na mídia e da realização de cursos e seminários. Os temas abordados até o momento foram:
- 1992 – Amamentação é possível em hospitais amigos;
- 1993 - Amamentação é possível no local de trabalho;
- 1994 - Amamentação é possível se fizermos o código funcionar;
- 1995 – Amamentação fortalece a mulher;
- 1996 – Amamentação, uma responsabilidade de todos;
- 1997 – Amamentação, um ato ecológico;
- 1998 – Amamentação, uma questão econômica;
- 1999 – Amamentação e Educação;
- 2000 – Amamentação é um Direito Humano;
- 2001 – Amamentação na Era da Comunicação;
- 2002 – Amamentação: Mães saudáveis, Bebês saudáveis;
- 2003 – Amamentação: Trazendo Paz num Mundo Globalizado
- 2004 – Amamentação Exclusiva: Satisfação, Segurança e Sorrisos;

2005 – Amamentação: Do Peito à comida caseira; saúde a vida inteira.

2006 – Código Internacional - 25 Anos de Proteção ao Aleitamento Materno

Considerando o período compreendido entre o início das AIS e a implantação e desenvolvimento do SUS, tivemos um contexto político econômico social marcado por períodos de crise econômica internacional, efervescência política e social pela redemocratização do país, disputa entre a atenção médica de mercado e aquela defendida pelo projeto da reforma sanitária.

Este contexto foi permeado pelas políticas da globalização e domínio do capital financeiro internacional. Os esforços para garantia do aumento gradativo dos recursos para o setor foram constantes na arena embora a maior parcela havia sido destinada à assistência hospitalar.

Evidenciou-se a incorporação de várias categorias profissionais, contudo os respectivos saberes eram operados isoladamente dentro uma clínica restrita. Apenas mais recentemente percebeu-se uma maior preocupação em investir numa estratégia que preconizasse a articulação dos saberes, num trabalho em equipe, com vistas à integralidade da assistência, valorizando as tecnologias leves (escuta, vínculo, co-responsabilidade, autonomia) como também ações intersetoriais e a participação da população na organização dos serviços de saúde. A saúde começou a ser concebida como direito social e a organização, apesar de não conseguir realizar a inclusão, teve essa dimensão enquanto ideário.

Reconhecemos os avanços do setor de saúde brasileiro, na sua grande maioria, conquistados no movimento da Reforma Sanitária, e somos

partidários que ainda temos um grande desafio a enfrentar e sem dúvida um deles trata-se da mudança de modelo, uma vez que o processo saúde/doença ainda é tido unicamente como um fenômeno individual, centrado no corpo e fundamentado na visão biomédica, orientado por protocolos, normas e rotinas pré-determinadas, seguidas de maneira rígida (PEREIRA, 2001).

Concordamos com Pereira (2001), quando afirma que necessitamos de iniciativas na área de saúde que rompam com esta lógica e busquem instituir intervenções para além da terapêutica individual medicamentosa, sem restringir o atendimento somente às demandas da doença.

Atribui ainda, a consideração de espaços intercessores como um momento de se manter diálogos, que valorize a fala e a escuta, os anseios, angústias e expectativas dos usuários, buscando ações intercomplementares entre trabalhadores da saúde, usuários e sociedade, na perspectiva de transformá-los em agentes ativos do processo.

Dessa maneira há que se construir a consciência sobre os direitos de cidadania e despertar especial atenção de análise por parte dos que se dedicam e buscam alternativas nesta perspectiva, quer na área da pesquisa, ensino, planejamento, assistência e gestão de serviços de saúde.

Atualmente, modelo assistencial de saúde tornou-se um objeto de preocupação e atenção nas pautas de discussão dos eventos de saúde, uma vez que os objetivos das ações de saúde e o perfil dos trabalhadores são talhados pelas propostas de mudanças da prática de saúde. Em

reconhecimento destas questões o Ministério da Saúde (MS), em 1994 implanta como política nacional o Programa de Saúde da Família (PSF).

3.2 - Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família, assim denominado oficialmente,¹ foi lançado pelo MS em 1994, com objetivo de promover a transformação do modelo assistencial, e reorganizar os serviços de saúde através dos princípios da Atenção Primária à Saúde, visando a consolidação do SUS.

Mesmo antes desta alteração oficial, tomamos a liberdade de renomear o termo *programa* de saúde da família por *estratégia* de saúde da família, uma vez que nos pautamos em Morin (2004) que afirma que programa é a determinação, a priori, de uma seqüência de ações tendo em vista um objetivo. É eficaz em condições externas estáveis que possam ser determinadas com segurança. Enquanto que estratégia, assim como o programa, é estabelecido tendo em vista um objetivo e vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ele conhece sobre o ambiente incerto.

É nesta perspectiva que tomamos aqui a estratégia de Saúde da Família como uma potência de se constituir um espaço para a construção de

¹ A PORTARIA Nº 648/GM de 28 de março de 2006, “considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros”; dispõe resoluções e competências, a saber: “A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde”, e a partir desta portaria altera a designação do Programa Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família.

um agir pautado pela integralidade da assistência, pela responsabilização em relação usuário, por uma identidade de equipe, com o estabelecimento de espaços intercessores com intensa utilização de tecnologias leves, de modo a possibilitar o vínculo, escuta e a autonomização. Portanto essa alteração não significa para nós apenas uma alteração de ordem semântica.

Finalmente, reafirmamos que as ações de apoio ao aleitamento materno não podem ser descoladas deste contexto maior das políticas de saúde e a forma como vem se organizando na prática, de modo que, para que haja mudanças significativas no concreto dos serviços de saúde sejam necessárias estratégias que possibilitem uma revisão contínua e consciente do atual modelo assistencial de saúde; uma política de saúde local que privilegie ações de cunho coletivas, pautadas na integralidade assistencial, a partir das reais necessidades da mulher-nutriz (PEREIRA, 1996).

A assistência de saúde, avaliada pelo Ministério da Saúde (1998), tal como é praticada hoje, é marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e tem uma visão predominantemente biologicista do processo saúde-doença, voltado prioritariamente para ações curativas (BRASIL, 1998).

Como a estratégia de Saúde da Família busca desenvolver práticas que valorizam a promoção da saúde e prevenção das doenças, as ações intersetoriais, a participação social e a integralidade da atenção, acreditamos que esta estratégia contempla características de um modo de agir em saúde que possa contribuir para superar o modelo de assistência à saúde predominante que tem sido responsável pela ‘ineficiência do setor’.

‘insatisfação da população’, desqualificação profissional’ e ‘iniquidades’, portanto o PSF é a principal resposta que tem sido oferecida no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à criação do modelo assistencial (BRASIL, 1996).

O documento do Ministério da Saúde publicado em outubro de 1998, afirma que o objetivo do PSF é “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital”.

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (BRASIL, 1998).

O mesmo documento elenca os princípios descritos abaixo, sob os quais a Unidade de Saúde da Família (USF) atua:

“Caráter substitutivo: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde”.

“Integralidade e Hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema”.

“Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área”.

“Equipe multiprofissional: a equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro e seis agentes comunitários de saúde (ACS)”.

À equipe inscreve-se determinada população do território, articulando assim a idéia de vínculo que tem como princípio a constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se do cuidado de sua clientela (FRANCO; MERHY, 1999).

Para Franco e Merhy (1999) o PSF adota a diretriz de vínculo e tem a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve caracterizar-se quando tiver um modelo que seja usuário-centrado.

De acordo com Merhy (1998) a verdadeira discussão diz respeito ao fato de os profissionais de saúde, não apenas médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprendem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos.

Este é um território por onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode mostrar-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário.

Concordamos com Merhy que isto pode ser real, se pensarmos que “todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deve ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos”.

Ao falarmos de **vínculo**, nos remetemos à necessidade de construirmos uma concepção do trabalho em saúde onde a sensibilização pelas dificuldades e sofrimentos do outro seja um dos aspectos relevante para a equipe de saúde. Implica em *"refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com cada usuário de sua área de abrangência e com os tipos de problema que eles apresentam"* (MERHY, 1994).

Esse elenco de princípios tem uma aderência direta com os abordados pela pesquisadora internacionalmente conhecida nas áreas de atenção primária, qualidade da atenção, mensuração da situação de saúde, equidade e atenção à saúde de maneira geral, Bárbara Starfield (2004), quando nos oferta as responsabilidades na Atenção Primária a Saúde (APS).

Princípios da APS:

O primeiro contato: acessibilidade e uso de serviços de saúde na ocorrência de problema de saúde;

A longitudinalidade: acompanhamento dos cuidados prestados pela equipe, ao longo do tempo, estabelecendo vínculo e relações implicadas;

Integração profissional-paciente: contribuem para o estabelecimento de relações profundas e de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária;

A integralidade: prestação de cuidados segundo as necessidades e a natureza dos problemas, responsabilização pela oferta de serviços;

A coordenação: capacidade de garantir a continuidade da atenção através das equipes; dos diversos serviços onde os usuários circulam, diante de necessidades de saúde.

Entendemos que esses princípios e as afirmações elaboradas por Mehry são fundamentais para a produção de cuidados² e ao focalizarmos a prática do aleitamento materno, os mesmos passam a ser ferramentas essenciais para o apoio à mulher e família ao vivenciarem o processo do aleitamento materno.

Sem dúvida, todos os princípios abordados são, ao nosso ver, de extrema importância para trabalharmos na prática do AM, mas entre esses princípios, gostaríamos de mergulhar no da *integralidade*, uma vez que acreditamos que a atenção e o cuidado na prática do aleitamento materno devam ser, principalmente, pautados e norteados por esse princípio.

² Para Pessini (2000), “cuidar, mais que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante”.

3.3 - Integralidade na atenção à saúde

Campos *et al* (1994) alertam para a urgência de modelos de atenção à saúde que sejam mais *porosos*, capazes de permitir que a sensibilidade, o desejo e as necessidades dos usuários passem por todos os poros da organização de tal forma que todos sintam a pressão. O autor defende a necessidade de se pensar saúde com outras feições sócio-culturais, no que diz respeito à formulação, distribuição e organização dos serviços.

Enfim, para tratar dessas questões sobre as práticas de saúde, o agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como um *situs* privilegiado de estudos e construção da *integralidade* em saúde. Diante dessa perspectiva crítica, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço de construção de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Nesse sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção de conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses distintos de atores sociais (médicos e usuários), com atuação para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde. Considera-se, portanto, as instituições de saúde como um *locus* privilegiado de observação e análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade.

Diante destas circunstâncias, faz-se mister uma reflexão quanto ao processo de construção coletiva acerca dos potenciais e limites da noção de *integralidade* no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas.

A integralidade “refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mesma forma se constituem em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral” (IBAM/UNICEF, 1992, p. 13).

Um outro conceito está ligado ao caráter polissêmico da noção de integralidade e permite muito mais uma atribuição de sentidos do que uma definição em si. Assim, segundo Pinheiro e Mattos (1998), pode-se refletir sobre três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. Eles incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços, e o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Um primeiro sentido de integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. A crítica da medicina integral se

voltava para os currículos de base flexeneriana. Tais currículos eram dicotômicos: tinham um ciclo chamado básico, voltado para o aprendizado das ciências básicas, feito predominantemente no laboratório; e um ciclo profissional, voltado para o aprendizado da clínica.

A crítica da medicina integral a este arranjo curricular levou-a a propor reformas curriculares que tomaram dois eixos básicos. De um lado tratava-se de modificar radicalmente a acepção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico-paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica. De outro, tratava-se de enfatizar o ensino nos ambulatorios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes.

Portanto, para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico. Com efeito, se é verdade que a postura dos médicos e outros profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações e definições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho.

Um segundo conjunto de sentidos da integralidade relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Por exemplo, é inaceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a

tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

Nesse contexto, a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na organização, anteriormente dada.

Assim, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde.

Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos de se apreender as necessidades de um grupo populacional, diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer.

Um outro conjunto de sentidos do princípio da integralidade é relativo às configurações de certas políticas específicas ou especiais. São políticas, especificamente, desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional.

Merece destaque o sentido de integralidade aplicável a certas propostas de respostas governamentais aos problemas de saúde, que se configura fundamentalmente pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e que, portanto, amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política.

Existe um outro sentido de integralidade também aplicável às respostas governamentais na área da saúde. Ele também diz respeito ao elenco de ações contempladas numa política especial, mas enfatiza um aspecto: em que medida a resposta governamental incorpora ações voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência. Nesse sentido, a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as possibilidades assistenciais.

Com essa aproximação, Mendes (1997) alerta para uma compreensão ampliada do direito à saúde, na medida em que os conteúdos teórico-práticos norteadores dessas práticas se aproximam da integralidade em duas dimensões: da atenção e do cuidado em saúde.

Para tanto, torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e novas formas de gestão de cuidado nas instituições de saúde, permitindo o desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais, na direção de (re)organizar as práticas de saúde e os modelos assistenciais (PINHEIRO; LUZ, 2003).

É possível reconhecer alguns traços de semelhança, algumas analogias e fios de ligação que articulam todos esses sentidos. Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo, e essas características consideram fundamentais para que a prática do AM se

efetue, não como um fardo, uma obrigação, mas que possibilite a mulher, a família, ter autonomia com responsabilidade e tranquilidade em suas decisões e nesta perspectiva o profissional de saúde terá mais condições de oferecer apoio à mulher.

3.4 – Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC

Essa iniciativa surge em Florença, na Itália, entre os dias 30 de Julho e 1 de Agosto de 1990, através da "**Declaração de Innocenti**" que foi produzida e adotada por representantes de organizações governamentais, ONGs, defensores da amamentação de países de todo o mundo, no encontro "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative" organizado pela OMS/UNICEF com apoio da A.I.D United States Agency for International Development e da SIDA - Swedish International Development Authority.

Alguns autores defendem que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança pode ser considerada como uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importância dos estabelecimentos de saúde (hospitais/maternidades) na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Segundo Venâncio et al (2002), o fato de a criança nascer em um HAC, pode ter impacto significativo na prática do aleitamento materno exclusivo (AME).

Para que possamos refletir sobre a articulação das práticas de saúde advindas de políticas específicas, como é o caso da IHAC, consideramos importante conhecer os objetivos a que ela se propõe.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC - foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. *O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.* Para isso, foram estabelecidos os *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*.

Ao assinar, em 1990, a Declaração de Innocenti, em encontro em Spedale degli Innocenti, na Itália, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para dar partida à IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do País. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), deram os primeiros passos (UNICEF, 2005).

A IHAC soma-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), coordenado pelo Ministério da Saúde para: informar profissionais de saúde e o público em geral; trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando; apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno e combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras.

Neste encontro foi declarado que:

Para otimizar a saúde e a nutrição materno-infantil, todas as mulheres devem estar capacitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo e todas as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com o leite materno, desde o nascimento até os primeiros 4 e 6 meses de vida;

Até os dois anos de idade, ou mais, mesmo depois de começar a ser alimentada adequadamente, a criança deve continuar sendo amamentada. Esta alimentação ideal deve ser alcançada por meio da criação de um processo de conscientização e de apoio para que as mães possam alimentar suas crianças dessa maneira;

Medidas devem ser tomadas para assegurar que a mulher esteja devidamente alimentada para elevar seu próprio nível de saúde e o de sua família. Além disso, deve ser garantido que a mulher tenha acesso às informações e serviços sobre planejamento familiar, permitindo-lhe praticar o aleitamento materno e evitar a redução dos intervalos entre partos que podem comprometer seu estado de saúde e nutrição e a saúde e nutrição de seus filhos;

Atingir este objetivo exige de muitos países reforçarem a cultura do aleitamento materno, defendendo vigorosamente esta prática contra as incursões da cultura da mamadeira. Isto requer compromisso e campanhas de mobilização social, utilizando o prestígio e a autoridade de líderes reconhecidos da sociedade em todos os setores;

Esforços devem ser desenvolvidos para aumentar a confiança da mulher na sua habilidade de amamentar (grifo nosso). Esses esforços envolvem a remoção de constrangimentos e influências que manipulam a percepção e o comportamento da mulher, e uma abrangente estratégia de comunicação dirigida a todos os setores da sociedade e que envolva todos os meios de comunicação;

Todos os países devem desenvolver políticas nacionais de aleitamento materno e estabelecer metas de curto e longo prazo para os anos 90. Os

países devem estabelecer um sistema nacional de acompanhamento para atingir as metas, adotando indicadores como a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade;

Autoridades nacionais são conclamadas a integrar as políticas de aleitamento materno nas políticas globais de desenvolvimento e saúde, procurando evitar políticas conflitantes. E devem reforçar todas as ações que complementem os programas de aleitamento materno, como maternidade sem risco, prevenção e tratamento das doenças infantis comuns e planejamento familiar.

Foram também enunciadas algumas metas para todos os países, até o ano de 1995, nas quais estes países devem ter:

- » nomeado uma autoridade competente como coordenador nacional de aleitamento materno e estabelecido um comitê nacional de aleitamento materno composto por membros do Governo e de organizações não-governamentais;

- » assegurado que as maternidades coloquem em prática todos os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno";

- » implementado totalmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as subsequentes resoluções da Assembléia da Organização Mundial da Saúde;

- » elaborado uma legislação criativa de proteção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora e estabelecido meios para sua implementação.

No Brasil, a instituição credenciada à IHAC vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), recebe pagamento diferenciado de 40% a mais em atendimento pré-natal e 10% na assistência ao parto, cuja normatização encontra-se estabelecida na Portaria nº 1113 do Ministério da Saúde (LAMOUNIER, 1998).

O mesmo autor informa que, os hospitais credenciados “Amigos da Criança” passam a atuar como pólos multiplicadores. Assim, uma vez qualificados, passam a ser visto como referência de aleitamento materno local ou regional. Os hospitais credenciados devem garantir às mulheres tanto no hospital como fora, a continuidade ao aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida do bebê.

Almeida (1999) ressalta que o fato desta iniciativa ter incorporado o significado de proteção e apoio à amamentação supera as formulações das políticas pró-amamentação anteriores, que só contemplavam aspectos relativos à promoção.

3.5 – Etimologia: as palavras que questionamos

Etimologia (do grego antigo ἔτυμολογία, composto de ἔτυμον e -λογία “-logia”) é a parte da gramática que trata da história ou origem das palavras e da explicação do significado de palavras através da análise dos elementos que as constituem.

Acreditamos ser fundamental, principalmente em práticas de saúde, explorar e compreender os diversos significados das palavras, pois desta forma os mesmos poderão ser incorporados à prática.

Assim sendo, apresentamos a seguir alguns significados que julgamos importantes no entendimento das reflexões trazidas ao longo deste trabalho.

- » Apoio – do latim *podiu*, significa base, encosto, arrimo, amparo, socorro, ajuda, assentimento.
- » Promoção – do latim *promotione*, ato ou efeito de promover, acesso, elevação a cargo superior.
- » Incentivo – do latim *incentivu*, aquilo que serve para estudar, estímulo.
- » Ritual: no sentido figurado (fig.), cerimonial; protocolo.
- » Protocolo: substantivo masculino(s. m.), registo dos actos públicos na Idade Média; registo das audiências nos tribunais; formulário que regula os actos públicos; convenção internacional; registo de uma conferência ou deliberação diplomática; cerimonial, formalidades a observar nas recepções de soberanos, nas questões diplomáticas, etc.; etiqueta.
- » Mecanizado: fig., pessoa sem vontade própria; autômato.

Estes termos têm permeado as discussões que nos propusemos fazer neste estudo, desde os objetivos, pressupostos e referencial teórico, e alguns são comuns nas questões políticas e assistenciais relativas ao aleitamento materno.

No tocante às políticas de saúde à criança, o governo brasileiro tem priorizado ações na tríade promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Nessa perspectiva, o programa SENAC (2002) de promoção ao aleitamento traz as ações que englobam a tríade, em cada uma de suas vertentes:

Ações de promoção:

- Semana Mundial de Aleitamento Materno
- Projeto Carteiro Amigo

Ações de proteção:

- Legislação de proteção à maternidade
- Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos para Lactentes

Ações de apoio:

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- Método Mãe Canguru
- Banco de Leite Humano
- Projeto Bombeiro
- Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança
- Grupos de Apoio Mãe a Mãe

Mais que diferenciar cada uma das ações direcionadas em favor da amamentação, consideramos também a importância da discussão a cerca de como tem se dado essas ações para com os sujeitos envolvidos direta e indiretamente nesse processo, uma vez que nos pautamos na mudança de

paradigma, e conseqüentemente de modelo de atenção, cujo fio condutor é norteado pela integralidade.

3.6 - Promoção-apoio ao aleitamento materno : binômio ou antítese?

Falta então, saber o significado de apoio reclamado pela mulher no processo da amamentação. Parece razoável supor que a necessidade do apoio provenha da dicotomia entre a teoria que fundamenta o modelo de amamentação e o próprio ato de amamentar, como prática. É preciso ultrapassar a biologia da amamentação, desenhada socialmente pelos higienistas, no século XIX, em direção a social-biologia da virada do milênio, entendendo como sociais todas as questões relacionais e culturais que permeiam esse ato (ALMEIDA, 1999).

Em verdade, os profissionais de saúde, precisam ampliar a sua compreensão sobre a complexidade do aleitamento materno para que a mulher possa ser assistida e amparada de modo que consiga desempenhar a bom termo seus vários papéis sociais, de mulher-mãe-nutriz.

Para tanto, se fazem exigir estruturas assistenciais preparadas para atuar efetivamente no apoio à mulher e a seu filho nas questões da amamentação. Esse apoio será tão mais efetivo quanto maior for a capacidade do serviço para lidar com a ambigüidade que se apresenta à mulher, na relação que se estabelece entre poder e querer amamentar, como uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.

O profissional que busca orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos. Analogamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (PINHEIROS e MATTOS, 2003).

As reflexões sobre as questões do aleitamento materno devem iniciar na internalidade da mulher, através da interpretação do seu pensar, de sua fala e de seu fazer sobre o amamentar, possibilitando a desconstrução de conceitos e valores e simultaneamente, elaborar sua reconstrução em modelos mais condizentes ao restabelecimento de concepções e percepções de mundo feminino (NAKANO, 1996).

As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a clínica, nem tampouco às necessidades de atendimento oportuno, de informações ou de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos. Talvez parte do reducionismo que contrasta com muitos dos sentidos de integralidade resulte de uma certa incapacidade: “a incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto” (SANTOS, 2000).

Os profissionais da saúde, por meio de suas ações, podem influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e sua duração. Em particular, as enfermeiras e os obstetras, durante o período pré-natal, e os pediatras e a equipe de enfermagem, no período neonatal, podem incentivar

a amamentação dentro das instituições hospitalares que assistem ao parto e ao recém-nascido (OMS/UNICEF, 1999).

Para os 140 milhões de bebês que vêm ao mundo a cada ano, a amamentação tem um papel extremamente importante como forma de garantia de segurança alimentar. Não há nada mais acessível e nutritivo do que o leite materno, um alimento completo para todas as crianças, até os 6 meses de vida (ESTERIK, 1998).

As vantagens oferecidas pelo aleitamento materno, em seus múltiplos aspectos, representam uma unanimidade no meio científico. A superioridade do leite humano como alimento, agente protetor de infecções e modulador do crescimento do lactente encontra-se amplamente descrito na literatura (OMS, 1999). Igual destaque merece os aspectos psicológicos que resultam da interação mãe-filho: a criança, a mãe a família, a sociedade, o Estado são amplamente beneficiados pela prática da amamentação (ARAÚJO, 1997).

As recomendações atuais sobre alimentação infantil feitas pela OMS e outras agências, são amamentação exclusiva por pelo menos quatro meses. Nos últimos anos tem havido considerável interesse dentro da comunidade científica quanto à possibilidade de estudar a recomendação de amamentação exclusiva até o 6º mês de vida.

O UNICEF considera ser este um assunto de extrema relevância... trata-se simplesmente, da sobrevivência e desenvolvimento da criança (1998). O bebê nasce e coloca em marcha seus mecanismos que garantem que ele sobreviva. Assim, ele suga, deglute, respira... Todo ele é sugar. Quer respirar para viver e se alimentar, sugando, para continuar vivo. Esta

observação fez com que a Organização Mundial de Saúde, UNICEF, WABA, IBFAN e todas as frentes de apoio, proteção e defesa da amamentação, criassem o Hospital Amigo da Criança.

Acreditamos que também nas políticas, é a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão ‘alvos’ das políticas de saúde que configura a integralidade numa de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas dos problemas de saúde devem abarcar as suas muitas dimensões.

É incontestável afirmar que o leite materno é o alimento mais adequado para o lactente. No entanto, da mesma forma, é inegável que, apesar de programas e profissionais de saúde incentivarem o aleitamento materno, a interrupção precoce da amamentação continua ocorrer de maneira significativa (ARANTES, 1991).

Concordamos que indubitavelmente, o aleitamento materno é recomendável para os recém-nascidos e lactentes e, em países cujas desigualdades sociais são tão profundas como é o caso do Brasil, o leite humano pode significar a vida para milhares de crianças. A amamentação materna é uma importante aliada na diminuição da mortalidade infantil e deve ser incentivada; entretanto, não de forma pontual e descontextualizada, para não se cair na armadilha ingênua de acreditar que o leite materno, por si só, responde positivamente a todos os problemas de saúde da população infantil (JARVORSKI; SCOCHI; LIMA, 1999).

As práticas assistenciais organizam-se balizadas pelos discursos técnicos oficiais e acadêmicos e, muitas vezes, é reproduzida sem muita crítica. Os programas e ações de incentivo ao aleitamento materno deveriam contemplar as especificidades da mulher, tais como as condições de vida, de trabalho e a estrutura familiar, as quais podem influenciar negativamente na amamentação materna. Será que os programas, da forma como são reproduzidos, atendem às necessidades dessas mulheres?

Ao se considerar a importância das questões relativas ao aleitamento materno e a relevância do apoio frente a esta prática, emerge uma indagação: Quais são as ações, na atenção primária em saúde, que traduzem o apoio para a mulher que amamenta, na perspectiva dessa mulher?

A leitura da discussão promoção-apoio toma como referência o que é necessidade de apoio no processo da amamentação. A satisfação dessa necessidade pode ser compreendida como uma carência complexa, uma vez que existe todo um processo adaptativo às funções maternas, insegurança, temores e ansiedade que permeiam esta adaptação, bem como as especificidades da prática da amamentação e do universo feminino.

Buscamos então, definir o critério de necessidade de *apoio* ao aleitamento materno adotado nesta investigação com vistas a uma atenção com integralidade e mais humanizada.

Entre tantas investigações acadêmicas e intervenções institucionais, as conclusões e indicações sobre necessidades trazidas por Stotz (1991) têm desempenhado importante papel nas discussões de APS e integralidade. Dentre as muitas contribuições do autor algumas merecem destaque.

A primeira utiliza um conceito normativo traduzível em descritivo e operacional, no qual as necessidades de saúde são necessidades individuais e humanas, mas concretamente consideradas, são também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em uma sociedade historicamente dada. A outra é aquela que reconhece que, se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual.

Acreditamos que estes conceitos podem ser usados para estabelecermos o critério de necessidade de apoio no processo da amamentação adotado neste estudo, pois tais conceitos fundem-se e contemplam, além do biológico, aspectos sociais, culturais, emocionais, históricos, que abarcam aspectos relativos ao universo da mulher enquanto sujeito que experimenta, além da amamentação, outras vivências.

Para orientar estas reflexões, as necessidades de saúde específicas da amamentação apontam, em particular a potencialidade que têm de ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/ rede de serviços a fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam ‘cuidados em saúde’, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas.

Através das lentes da integralidade, uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual, onde se garante a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico, onde se garante a integralidade

das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos são considerados, desenvolveremos o presente trabalho.

Na perspectiva da integralidade, as políticas de saúde devem basear-se numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais. Aliás, essa ausculta e escuta ampliada das necessidades de serviços de saúde de um sujeito é uma das características das práticas de saúde pautadas pela integralidade. De fato, a superação de ações verticais normatizadas pelos níveis centrais da gestão constitui um dos desafios maiores para políticas pautadas na integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

É possível adotar a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Saúde da Família ou um hospital (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Nesse encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou ‘travestidas’ em alguma(s) demanda(s) específica(s).

Assim sendo, ouvir a tradução de apoio da puérpera pode contribuir para entender o que a mulher chama de apoio na vivência da amamentação e ao mesmo tempo refletir acerca de práticas assistenciais mecanizadas e ritualizadas que não se configuram como apoio para as mães.

4 – PERCURSO METODOLÓGICO

“Para conhecer as coisas que queremos fazer é preciso fazer as coisas que queremos saber”

Aristóteles

Executar a crítica, a dúvida de uma realidade, aprendendo-as a partir de outros conhecimentos nos possibilita produzir conhecimento, não com resultados fechados ou definitivos e sim em um processo de aproximação sucessiva à realidade que não se esgota. (PEREIRA, 2001)

Minayo (1993), em sua discussão sobre delimitação de temática a ser trabalhada em pesquisa social na área da saúde, coloca que nada pode ser intelectualmente um problema de investigação se não tiver sido em alguma instância um problema da vida prática.

O presente estudo apresenta uma aproximação nesta direção, no sentido da temática e mesmo do objeto de investigação serem frutos da vivência e da problematização do cotidiano do trabalho enquanto enfermeira que atua na área materna infantil, tanto na área hospitalar como na rede básica de atenção.

Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo, o que possibilita uma visão geral do campo, assunto, fato em estudo; tendo como finalidade: desenvolver, esclarecer e rever conceitos e idéias, buscando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses que poderão ser exploradas em estudos posteriores (TRIVINÓS, 1992).

Encontramos na abordagem metodológica qualitativa o caminho para desenvolver esta investigação na medida em que tal perspectiva dá abertura à apreensão da complexidade presente nas relações sociais. Permite olhar e querer trabalhar o objeto deste estudo com fundamentos que exigem incorporar o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais, da transformação com possibilidade de (re) construção da prática da assistência.

4.1-O cenário do estudo

Ribeirão Preto, município do Estado de São Paulo, localizado na região nordeste, distante da capital, aproximadamente 313 Km. Sua população é de 543.885 habitantes, (IBGE, SEADE, 2005.). Configura-se em um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Apresenta uma ampla rede pública de prestação de serviços, nesse setor, das mais invejáveis em termos de disponibilidade de recursos, tanto em atenção básica como em atenção especializada e de alta complexidade. (ETHOS, 2003)

No setor saúde conta com uma ampla rede de serviços próprios e conveniados, sendo esta composto por:

Setor Ambulatorial

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Campus e U.E.)

Oferece assistência médica em todas as especialidades, incluindo atendimento de urgência/emergência. O HCFMRP-USP conta com um Hospital Dia (Emboaba) para atendimento psiquiátrico, psico-pedagógico e de psicologia clínica. Constitui-se referência estadual e, em algumas áreas, nacional.

Ambulatórios dos Hospitais Conveniados/Contratados

Oferecem atendimento em Urgência/Emergência, especialidades básicas e atendimento ambulatorial em especialidades como Ortopedia, Traumatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, etc. Contam ainda, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico como Radiologia, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Ultra-sonografia, Tomografia Computadorizada, Hemodinâmica, Fisioterapia e Quimioterapia.

Outros Ambulatórios das Universidades

»Ambulatório da Faculdade de Odontologia da USP;

»Ambulatório da Faculdade de Odontologia da UNAERP;

»Ambulatório de Fisioterapia da UNAERP;

»Ambulatório da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras USP (Centro de Psicologia Aplicada).

Setor Hospitalar

O setor hospitalar conta com as seguintes unidades:

»Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - Campus da USP

»Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - Unidade de Emergência

»Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital Imaculada Conceição

»Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

»Hospital São Paulo de Clínicas Especializadas Ltda.

»Hospital São Lucas

»Hospital São Francisco Sociedade Ltda.

»Hospital Santa Lydia

»Hospital Ribeirânia Ltda. »Hospital Maternidade Sinhá Junqueira

»MATER - Fundação Maternidade Sinhá Junqueira

»Hospital Psiquiátrico Santa Tereza »Sanatório Espírita Vicente de Paula (Psiquiátrico)

Destacamos que entre esses serviços hospitalares, três hospitais conveniados dispõem de Maternidades, sendo um de caráter público - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina - Campus da USP, e outros dois de natureza filantrópica - Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto e MATER -

Fundação Maternidade Sinhá Junqueira sendo que estes três são credenciados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Setor de Apoio Diagnóstico

O setor de apoio diagnóstico dispõe de ampla cobertura de Laboratórios Clínicos, com laboratórios de análises clínicas, de histopatologia, citopatologia, de radiologia, mamografia, ultra-sonografia, eletrocardiografia, eletroencefalografia, endoscopia digestiva, entre outros.

Podemos destacar ainda que a rede municipal de saúde está estruturada com cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), trinta e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), um Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes (NAPSF) e um Ambulatório Regional de Saúde Mental.

Em relação à Estratégia da Saúde da Família, o município conta hoje como 18 equipes, sendo que representa 14, 2% cobertura populacional.

4.2 - Local do estudo

Com relação à definição do local de estudo, temos a considerar que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto categoriza suas unidades de saúde de acordo com o horário de funcionamento, área de abrangência, complexidade e especificidade de atendimento (Unidade Básica

de Saúde-UBS, Unidade Básica Distrital de Saúde-UBDS, Ambulatórios de Especialidades, Serviços de saúde Mental e Hospital).

A SMS contempla suas Unidades apresentando-as segundo seu 'modus operandi' em tradicional, plantões, especialidades, Atenção Básica à Saúde (ABS), Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), unidade materno-infantil, Centro de Saúde Escola (CSE) e Equipe de Saúde da Família (ESF), dentre outros critérios (RIBEIRÃO PRETO. SMS. 2005).

Atualmente o município está dividido por regiões em 5 Distritos de Saúde:

Fonte: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/il6principal.asp?pagina=/ssauade/re de/il6apresentacao.htm>

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e

de pronto atendimento em urgências próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDS.

Cada Distrito de Saúde, conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, será a referência de algumas especialidades para todo o distrito. Além disto, cada Distrito é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência.

Todas as Unidades de Saúde contam com retaguarda de laboratório clínico, ultra-sonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatorios de especialidades também são realizados exames mais sofisticados através dos serviços contratados e ou conveniados.

O *Distrito Central* possui 2 UBS com ABS tradicional, 1 UBS com ABS tradicional e especialidade em pediatria, 1 UBS com PACS e 1 UBS com unidade mista, ou seja, 1 ESF e unidade materno-infantil.

O **Distrito Sul** possui 1 UBS com funcionamento tradicional e 2 UBS com PACS.

O **Distrito Leste** possui 1 UBS com funcionamento tradicional e 6 UBS com PACS.

O **Distrito Norte** possui 5 UBS com PACS, 1 CSE com PACS, 1 UBS com 1 ESF e 1 UBS mista, ou seja, 3 ESF e PACS.

O **Distrito Oeste** possui 4 UBS com 1 ESF cada uma, 1 UBS com unidade mista, ou seja, 2 ESF e ABS tradicional, 2 UBS com ABS

tradicional, 1 UBS com PACS, 2 UBS com unidade mista, ou seja, 2 ESF e PACS, 1 UBS com unidade mista, ou seja, 1 ESF e PACS, 1 CSE com unidade materno-infantil e 1 CMSC com unidade materno-infantil

Todos os distritos possuem 1 UBDS cada uma com funcionamento tradicional, com plantões para urgência e emergência e especialidades num total de 5 UBDS e 36 UBS.

Pretendemos realizar a investigação em unidades *exclusivas* de ESF e que possa se dispor de contingente de puérperas, na população de sua área de abrangência. Devido este critério farão parte deste estudo quatro Núcleos de Saúde da Família da área básica do Centro de Saúde Escola do Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CSE FMRP-USP do Distrito Oeste e duas ESF da área de abrangência do Distrito Norte.

Por questões éticas, tratamos as seis Unidades de Saúde da Família com nomes fictícios, a saber: Orquídea, Margarida, Rosa, Gérbera, Adália e Bromélia.

As informações sobre as Unidades da Saúde da Família acima descritas foram extraídas do consolidado do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – no mês de setembro de 2005 (DATASUS / SMS / SIAB, 2005).

Orquídea

Esta Unidade de Saúde da Família possui 963 famílias cadastradas, num total de 3292 pessoas menores de um ano e maiores de sessenta, sendo 1472 do sexo masculino e 1823 do sexo feminino.

Da população do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 19 anos, 3 são gestantes e na faixa etária de vinte anos ou mais, 7 são gestantes, num total de 10 gestantes. Destas, são em média cadastradas 12 e uma média de 100% fizeram consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

A média de nascidos vivos/mês é de 1,89 e a média de crianças entre 0 e 3 meses e 29 dias em aleitamento materno exclusivo é de 75%.

Do total de famílias cadastradas, 100% moram em casas feitas de tijolo/adobe, possuem sistema de esgoto, abastecimento de água da rede pública e lixo coletado.

Margarida

Esta Unidade de Saúde da Família possui 892 famílias cadastradas, num total de 3070 pessoas menores de um ano e maiores de sessenta, sendo 1393 do sexo masculino e 1677 do sexo feminino.

Da população do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 19 anos, uma é gestante e na faixa etária de vinte anos ou mais, 12 são gestantes, num total de 13 gestantes. Destas, são em média cadastradas 10 e uma média de 88,98% fizeram consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

A média de nascidos vivos/mês é de 1,33 e a média de crianças entre 0 e 3 meses e 29 dias em aleitamento materno exclusivo é de 66, 67%.

Do total de famílias cadastradas, 99,66% moram em casas feitas de tijolo/adobe; 0,11% de taipa revestida; 0,11% de material aproveitado e 0,11% de outros. Possui sistema de esgoto 100% das famílias; 99,78% possuem abastecimento de água da rede pública; 0,11% possui nascente ou

poço; e 0,11% outros; 99,89% do lixo é coletado e 0,11% queimado/enterrado.

Rosa

Esta Unidade de Saúde da Família possui 860 famílias cadastradas, num total de 3218 pessoas menores de um ano e maiores de sessenta, sendo 1564 do sexo masculino e 1654 do sexo feminino.

Da população do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 19 anos, 8 são gestantes e na faixa etária de vinte anos ou mais, 25 são gestantes, num total de 33 gestantes. Destas, são em média cadastradas 27 e uma média de 88,46% fizeram consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

A média de nascidos vivos/mês é de 9,75 e a média de crianças entre 0 e 3 meses e 29 dias em aleitamento materno exclusivo é de 72,22%.

Do total de famílias cadastradas, 94,77% moram em casas feitas de tijolo/adobe; 0,12% de taipa revestida; 0,23% de taipa não revestida, 2,44% de madeira e 2,44% de material aproveitado.

Possui sistema de esgoto 89,53% das famílias, 9,65% possuem fossa e 0,81% o destino de fezes e urina é a céu aberto.

Com relação ao abastecimento de água, 98,72% é abastecido pela rede pública, 0,35% possui nascente e 0,93%, outros.

O Lixo é coletado em 98,49% das famílias, 0,58% é queimado/enterrado e 0,93% a céu aberto.

Gérbera

Esta Unidade de Saúde da Família possui 743 famílias cadastradas, num total de 2762 pessoas menores de um ano e maiores de sessenta, sendo 1289 do sexo masculino e 1473 do sexo feminino.

Da população do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 19 anos, 6 são gestantes e na faixa etária de vinte anos ou mais, 15 são gestantes, num total de 21 gestantes. Destas, são em média cadastradas 20 e uma média de 94,44% fizeram consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

A média de nascidos vivos/mês é de 2,67 e a média de crianças entre 0 e 3 meses e 29 dias em aleitamento materno exclusivo é de 71,43%.

Do total de famílias cadastradas, 99,19% moram em casas feitas de tijolo/adobe; 0,67% madeira e 0,13% de material aproveitado.

Possui sistema de esgoto 88,43% das famílias, 11,57% possuem fossa.

Com relação ao abastecimento de água, 100% é abastecido pela rede pública e o lixo é coletado em 99,33% das famílias, 0,40% é queimado/enterrado e 0,27% a céu aberto.

Adália

Esta Unidade de Saúde da Família possui 921 famílias cadastradas, num total de 3664 pessoas menores de um ano e maiores de sessenta, sendo 1840 do sexo masculino e 1824 do sexo feminino.

Da população do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 19 anos, não há gestantes e na faixa etária de vinte anos ou mais, 21 são gestantes, num

total de 21 gestantes. Destas, são em média cadastradas 14 e uma média de 92,86% fizeram consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

A média de nascidos vivos/mês é de 2,56 e a média de crianças entre 0 e 3 meses e 29 dias em aleitamento materno exclusivo é de 83,33%.

Do total de famílias cadastradas, 100% moram em casas feitas de tijolo/adobe, possuem sistema de esgoto, abastecimento de água da rede pública e lixo coletado.

Bromélia

Esta Unidade de Saúde da Família possui 916 famílias cadastradas, num total de 3550 pessoas menores de um ano e maiores de sessenta, sendo 1750 do sexo masculino e 1800 do sexo feminino.

Da população do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 19 anos, 4 gestantes e na faixa etária de vinte anos ou mais, 9 são gestantes, num total de 13 gestantes. Destas, são em média cadastradas 6 e uma média de 80% fizeram consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

A média de nascidos vivos/mês é de 1 e a média de crianças entre 0 e 3 meses e 29 dias em aleitamento materno exclusivo é de 75%.

Do total de famílias cadastradas, 99,78% moram em casas feitas de tijolo/adobe; 0,11% madeira e 0,11% em outros tipos.

Possui sistema de esgoto e abastecimento de água, 100% das famílias. Enquanto que 89,99% possui lixo coletado e 0,11% queimado/enterrado.

4.3 - Sujeitos da Pesquisa

Fizeram parte deste estudo todas as mulheres assistidas exclusivamente por equipes de saúde da família e que tiveram seus partos em instituições credenciadas como Hospital Amigo da Criança do município de Ribeirão Preto.

Tomamos como critérios de inclusão:

- mulheres e bebês saudáveis por ocasião do parto e nascimento. Segundo recomendação da OMS, o aleitamento materno deve ser iniciado imediatamente após o parto, dadas as condições saudáveis da mãe e do bebê. (SÃO PAULO. SES. IS, 2004);
- mulheres cujo parto tenha ocorrido em hospital credenciado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
- mulheres assistidas no pré-natal e/ou puerpério exclusivamente por Unidade de Saúde da Família (USF).
- mulheres que estavam entre 7 e 47 dias de puerpério no mês de fevereiro de 2005.

Critérios de exclusão:

- mulheres e bebês que tiveram alguma complicação por ocasião do parto e nascimento que tenha impossibilitado a amamentação precoce, ou seja, na primeira meia hora de vida;
- mulheres cujo parto não tenha ocorrido em hospital credenciado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança;

- mulheres assistidas no pré-natal e/ou puerpério por Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica Distrital de Saúde e Unidade Mista (Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família, simultaneamente).

A partir dos critérios estabelecidos se constituíram como sujeitos desta investigação dez mulheres, as quais receberam um número como forma de garantir o compromisso ético assumido.

4.4 - Estratégias de Investigação

A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2006, através de dois encontros com a puérpera.

Através do Projeto Nascer foram identificadas as puérperas que estavam entre 7 e 42 dias pós-parto, bem como as unidades as quais elas pertenciam, endereço e telefone. O segundo passo foi entrar em contato com elas, esclarecer os objetivos da pesquisa e agendar uma visita em seu domicílio, após o consentimento. No terceiro momento aconteceram os encontros para as entrevistas.

4.4.1 - Primeira estratégia – o questionário

Com o objetivo de conhecermos um pouco mais os sujeitos desta pesquisa, aplicamos algumas questões fechadas, cujos dados quantitativos verificaram aspectos sobre dados pessoais, obstétricos e da internação e sobre o conhecimento das mães com relação à maternidade ser Hospital Amigo da Criança.

Entendemos o questionário como um “conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica (PASQUALI, 1999)”. Este questionário (APENDICE I) foi aplicado em interação pessoal, ou seja, em forma de entrevista individual.

Segundo Gil (1987), questionário pode ser definido como:

“a técnica de investigação composta por um numero mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”(GIL, 1987, p. 124)

Como princípios no momento de aplicação do questionário, o pesquisador/entrevistador deve, no início, apresentar-se, indicando onde trabalha e o objetivo da pesquisa, estabelecendo assim um bom nível de confiança entre entrevistado e entrevistador. É imprescindível que se reforce para o entrevistado os benefícios que essa entrevista trará para a pesquisa e também os benefícios que a pesquisa poderá trazer, principalmente, na realidade que o entrevistado vive. O mínimo de cortesia “na despedida consiste em um agradecimento pela valiosa colaboração do entrevistado, seja de maneira verbalizada ou escrita no final do questionário” (PASQUALI, op. cit. grifo do autor).

Seguindo as recomendações acima, a aplicação dos questionários junto as puérperas, deu-se em um primeiro encontro, em seus domicílio, previamente agendado por contato telefônico, permeado por receptividade pelas puérperas, que se sentiram muito à vontade para falar de si e suas vivências. Nesses encontros a duração foi cerca de vinte minutos, o diálogo

foi gravado em fita cassete, foi assinado o termo de Consentimento Informado para as entrevistas e agendado o encontro seguinte. O intervalo entre a primeira e segunda entrevista encontra-se no Quadro I.

Quadro I: Apresentação das puérperas por datas da 1ª e 2ª entrevista e intervalo em dias entre as entrevistas, no mês de fevereiro de 2005.

Puérpera	Tempo de Puerpério (dias)	Data da 1ª entrevista	Data da 2ª entrevista	Intervalo entre as entrevistas (dias)
1	41	13/2/2006	14/2/2006	1 dia
2	41	14/2/2006	15/2/2006	1 dia
3	17	16/2/2006	21/2/2006	5 dias
4	32	17/2/2006	20/2/2006	3 dias
5	22	21/2/2006	20/2/2006	1 dia
6	19	21/2/2006	22/2/2006	1 dia
7	25	22/2/2006	23/2/2006	1 dia
8	46	22/2/2006	23/2/2006	1 dia
9	16	22/2/2006	27/2/2006	5 dias
10	7	16/2/2006	22/2/2006	4 dias

4.4.2 - Segunda estratégia – entrevista semi-estruturada

(APENDICE II)

A Entrevista Semi-Estruturada é uma ferramenta na qual, a partir de certos questionamentos importantes para a pesquisa, permite, maior liberdade de respostas do informante, sem perder de vista o foco colocado pelo investigador.

A este propósito Trivinos (1992) enfatiza que o processo de entrevista semi-estruturada valoriza a presença do investigador e oferece perspectivas possíveis para que o entrevistado “*alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação*”.

A entrevista foi realizada em um segundo encontro com as puérperas através de questões direcionadas às vivências de cada fase do ciclo gravídico-

puerperal, do pré-natal, passando pela internação, parto e puerpério. Os questionamentos envolveram aspectos relativos aos serviços, aos profissionais, à assistência oferecida e à própria puérpera, de forma a possibilitar a liberdade de expressão.

A cordialidade e receptividade das entrevistadas mantiveram-se presentes nesse encontro, que também foi gravado e durou aproximadamente vinte minutos. A escolha por dois encontros se deu por acreditarmos na possibilidade da construção de vínculo entre o pesquisador e os sujeitos e assim maior abertura na expressão dos pensamentos dos sujeitos, bem como no fator tempo, considerando o contexto de puérpera-mãe-nutriz-dona de casa.

4.5 - Tratamento dos Dados

Com intenção de se obter uma identificação do apoio profissional dispensado a nutriz frente à amamentação, nos serviços de saúde (maternidade e rede básica), utilizamos a análise de conteúdo, método que permite compreender o sentido da comunicação e explorar as relações que os indivíduos mantêm com os objetos, as pessoas e os fenômenos e são estas relações que remetem a configuração do apoio.

Para Bardin (1979), este método é conceituado como sendo *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de*

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Foram seguidas todas as etapas recomendadas pelo autor acerca do método.

A primeira etapa - pré-análise - diz respeito à organização sistemática da pesquisa, podendo ser flexível e permitindo a introdução de novos procedimentos no processo de análise. Neste momento, o pesquisador realiza leituras exaustivas acerca do assunto, define o objeto, os objetivos e os instrumentos a serem utilizados.

A segunda etapa - a exploração do material - É uma continuação da fase anterior (ou preparatória) com interação das técnicas de coleta de dados, hipóteses e referencial teórico eleito pelo investigador. Os procedimentos de codificação, classificação e categorização dos resultados são imprescindíveis nesta etapa do estudo.

A terceira etapa - o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação - permite validar as informações obtidas nas fases anteriores, tornando possível ao pesquisador propor inferências, realizar interpretações relacionadas com a teoria e objetivos do trabalho, utilizar os resultados da análise para fins teóricos, como também apontar orientações para novas análises.

Ao fazermos uma relação destas etapas propostas por BARDIN com a presente investigação, percorremos o seguinte caminho:

Na primeira etapa procedemos a um levantamento bibliográfico extensivo sobre o assunto, nos inteiramos de projetos oficiais, participamos, também, de eventos relacionados com os temas sobre Aleitamento materno,

Atenção Primária à Saúde e Saúde da Mulher. A partir de então, elaboramos o projeto de investigação com definição do objeto, dos objetivos, dos pressupostos e da metodologia a ser adotada.

A construção do instrumento de coleta de dados foi embasada nos objetivos propostos, na nossa experiência como agente do processo e na definição do problema.

A segunda etapa constituiu-se da organização dos dados, com uma leitura exaustiva e repetida das entrevistas, com base nos objetivos, no pressuposto e literatura consultada que nortearam a investigação. Na codificação, inicialmente, levantamos temas que foram explorados durante o diálogo com os sujeitos da pesquisa, tais como: experiência pessoal; abordagem utilizada na assistência, modelos de atenção predominantes e as relações serviços/profissionais/usuários.

Em seguida, articulamos os conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas em cada um dos temas levantados. Esta organização permitiu eleger as UNIDADES TEMÁTICAS contidas no conjunto das falas, refazendo o movimento classificatório, resultando em uma unidade – o *Acesso*.

A terceira etapa constou da análise propriamente dita dos dados. Na Unidade Temática tomamos como ponto de partida as diferentes formas de expressão verbal, valorizando as convergências e divergências dos sujeitos da pesquisa com relação ao objeto de estudo. Ao mesmo tempo, procuramos aprofundar a reflexão dos discursos com a teoria, na tentativa de desvendar "o conteúdo latente" que eles possuem, não se prendendo exclusivamente ao

"conteúdo manifesto", o que pode possibilitar, no pensamento de Triviños (1992), "descobrir ideologias, tendências etc., das características dos fenômenos sociais".

Neste sentido, a presente investigação permitiu estabelecer relações (entre os entrevistados e o pesquisador), inferir a partir de situações vivenciadas no cotidiano (pela nossa posição, enquanto agente participante do processo), apontar alternativas de mudanças para uma nova prática que envolva ações específicas na área de aleitamento materno, e dividir a Unidade Temática em duas Sub Unidades: *Acesso a Estrutura Física e Acesso a Escuta*.

Na perspectiva de assegurar a diversidade aglutinamos as falas , convergentes e divergentes, possibilitando que a Sub Unidade Temática *Acesso a Escuta*, que pôde também ser subdividido em: *Escuta Ampliada, Escuta Formatada e Escuta Virtual*. No próximo capítulo apresentaremos o produto desta etapa metodológica.

4.6 - Procedimentos éticos

Por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na Resolução do CNS 196/96 e capítulo IV da Resolução 251/97, cabendo ainda ressaltar que há o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa junto às instituições envolvidas. Em anexo, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III)

5 – ANÁLISE DOS DADOS

5.1 – Abordagem Quantitativa

Conhecendo melhor os sujeitos da pesquisa

Fizeram parte desta investigação 10 mulheres que estavam entre 7 e 47 dias de puerpério, no mês de fevereiro de 2006. No primeiro encontro aplicamos um questionário no sentido de conhecer melhor o grupo estudado. Foram abordados dados pessoais, obstétricos e sobre a internação, bem como o conhecimento das mulheres com relação a maternidade ser Hospital Amigo da Criança.

Dados Pessoais

Os dados pessoais das puérperas entrevistadas encontram-se no Quadro I.

Quadro I: Apresentação das puérperas por idade, estado civil, escolaridade e profissão, no município de Ribeirão Preto, em fevereiro do 2005.

Puérpera	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão
1	24	D	Ensino Fundamental Completo	Empregada Domestica
2	23	A	Ensino Médio Incompleto	Do lar
3	20	C	Ensino Médio Completo	Do lar
4	24	C	Ensino Médio Completo	Do lar
5	23	C	Ensino Médio Incompleto	Do lar
6	26	A	Ensino Médio Incompleto	Diarista
7	17	A	Ensino Médio Completo	Do lar
8	31	S	Ensino Fundamental Completo	Diarista
9	26	A	Ensino Superior Incompleto	Do lar
10	25	C	Ensino Médio Completo	Instrutora auto-escola

Com relação à idade, 10% eram menores de 18 anos, 10% estavam entre 18 e 21 anos, 10% entre 27 e 31 anos e 70% tinham entre 22 e 26 anos de idade. Estudos sobre a relação entre a idade materna e gestação têm sofrido diversas mudanças no decorrer dos tempos. Na atualidade, vem sendo destacado que mais importante do que a idade, seriam as condições de vida e saúde das gestantes, principalmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto. (BUKULMEZ E DEREN, 2000).

Quanto à escolaridade, 50% cursaram o ensino médio completo, 30% o ensino fundamental completo, 10% ensino médio incompleto e 10% ensino superior incompleto. Estudo transversal sobre correlação entre escolaridade materna e os indicadores obstétricos na região do Vale do Paraíba Paulista mostrou associação entre escolaridade e tipo de parto, número de consultas pré-natal e número de filhos, em escala diretamente proporcional (HAIDAR, 2000). Esta associação também pôde ser percebida nos sujeitos do presente estudo.

Sobre o estado civil obtivemos, 40% casadas, 40% mantenedoras de união estável, 10% solteiras e 10% divorciadas, o que mostra um percentual de solteiras baixo, dado divergente da realidade, onde se observa uma tendência de crescimento da proporção de famílias compostas por mulheres sem cônjuge e com filhos, passando de 15,1% em 1992 para 17,1% em 1999 e atingindo 17,8% em 2001. (IBGE, 2002)

Quanto à profissão, 60% eram do lar, 30% empregada doméstica/diarista e 10% outras profissões. O resultado encontrado coincide com a tendência nacional. Dados estatísticos mostram que a presença feminina no mercado de trabalho continua crescendo. Em 2002 atingiu 44,5% sendo que cerca de

dois terços das mulheres ocupadas concentravam-se em quatro grupamentos de atividade (serviços domésticos; educação, saúde e serviços sociais; agrícola; e comércio e reparação). (IBGE, 2002)

Dados Obstétricos

Relacionamos algumas questões obstétricas e da gravidez atual que podem ser observadas no Quadro II.

Quadro II: Apresentação das puérperas por paridade, tipo de parto, se fez pré-natal, nº de consultas, contato pele a pele e amamentação na sala de parto, no município de Ribeirão Preto, em fevereiro do 2005.

Puérpera	Paridade	Tipo de Parto	Fez Pré-Natal	Nº Consultas	Contato Pele a Pele	Mamou na sala de parto
1	Primigesta	C	SIM	9	NÃO	NÃO
2	Secundigesta	N	SIM	6	NÃO	NÃO
3	Primigesta	N	SIM	8	NÃO	NÃO
4	Secundigesta	N	SIM	11	NÃO	NÃO
5	Secundigesta	N	SIM	8	NÃO	NÃO
6	Tercigesta	C	SIM	9	NÃO	NÃO
7	Primigesta	N	SIM	11	SIM	NÃO
8	Secundigesta	N	SIM	8	SIM	NÃO
9	Primigesta	N	SIM	15	NÃO	NÃO
10	Primigesta	C	SIM	11	NÃO	NÃO

Os dados obstétricos mostraram que 50% eram primigestas, 40% secundigestas e 10% tercigestas. Estudo realizado entre 1991 e 2000 nas grandes regiões do país mostrou que, enquanto entre as mulheres sem instrução ou com menos de um ano de estudo, a taxa de fecundidade era de 4,1 filhos por mulher, entre as que tinham 11 anos ou mais de estudo, a taxa ficou abaixo de 1,5 filho por mulher. Característica apresentada também pelos sujeitos desta pesquisa.

Do total de mulheres, 70% tiveram parto normal e 30% parto cesária. Percentual este, condizente com o proposto pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.816/98 que instituiu limites máximos de cesárea, inicialmente

estabelecidos em até 30% para o pagamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no esforço de reverter taxas de cesárias abusivas. (Brasil, 2000).

Destacamos que 100% das mulheres fizeram pré-natal, com média de 9,6 consultas. Dado relevante e divergente da triste realidade brasileira que, segundo o IBGE (2002), na média nacional, apenas 46% das gestantes realizaram mais de sete consultas durante a gravidez. De modo geral, as proporções são extremamente baixas nos estados do Norte (25,8%) e Nordeste (32,9%) e, mesmo nas regiões mais desenvolvidas, essas proporções estão um pouco acima de 50%. Em apenas três estados - São Paulo, Mato Grosso do Sul e Paraná - essas cifras ficam em torno de 60%.

Sobre a internação, 80% das mães não tiveram contato pele a pele com seu bebê após o parto e 20% das mães tiveram o contato pele a pele, sendo que 100% dos bebês não mamaram na sala de parto. Estudo sobre contato corporal precoce entre mãe e recém nascido considera como fator importante sua implementação na primeira meia hora pós-parto, porém deve ser realizada após o nascimento do bebê, dependendo da condição de saúde da mãe do recém nascido (JANICAS, 2001).

Considerando que o parto e nascimentos do grupo estudo não apresentou intercorrências (critérios de inclusão e exclusão), questionamos que outros fatores poderiam ter dificultado o contato pele a pele, bem como o aleitamento materno na sala de parto? Destacamos também indícios de fragmentação da IHAC pelo não cumprimento do passo 4 - início da amamentação na primeira meia hora após o nascimento do bebê preconizado pela iniciativa.

Nesse questionário abordamos também se as puérperas sabiam que a maternidade na qual internaram por ocasião do parto era um Hospital Amigo da Criança (HAC), e se ela sabia dizer o que é um Hospital Amigo da Criança. Os resultados encontrados nessas questões encontram-se no Quadro III.

Quadro III: Apresentação das puérperas por conhecimento sobre a maternidade ser HAC, conhecimento sobre o que é HAC, no município de Ribeirão Preto, em fevereiro do 2005.

Puérperas	Sabia que deu a luz em HAC	Sabe o que é HAC
1	SIM	NÃO
2	NÃO	NA
3	NÃO	NÃO
4	NÃO	NÃO
5	NÃO	NÃO
6	SIM	NÃO
7	SIM	NÃO
8	SIM	NÃO
9	SIM	NÃO
10	SIM	NÃO

Quanto ao conhecimento das mulheres sobre a maternidade ser HAC, 60% sabiam e 40% desconheciam, no entanto, chama-nos a atenção à incongruência do fato de 100% das mulheres não saberem dizer o que é HAC, e, portanto o nos leva a refletir o que isso significa para a mulher dar a luz em um HAC? Será que elas, principalmente as que já tiveram experiência em dar a luz em Maternidades não credenciadas como IHAC, identificariam a diferença esperada pelos protocolos idealizados nas políticas de saúde visando o cuidado a mulher e a criança nos aspectos relacionados ao Aleitamento Materno? Será que as mulheres se apropriando do que caracteriza uma Maternidade ser credenciada em IHAC elas poderiam requer direitos atribuídos por essa titulação?

Do total de puérperas, 80% não procuraram o hospital após a alta hospitalar, sendo que as 20% restantes procuraram por motivos relativos a dores nos pontos e choro/fome do recém nascido. O Ministério da Saúde (2005) tem direcionado esforços para a melhoria da qualidade da atenção à mulher e ao recém nascido no puerpério e dentre várias ações, inclui a garantia de acesso à unidade de saúde mais próxima a sua casa.

Nesse sentido parece pertinente supor que a maioria das puérperas que apresentam alguma necessidade nessa fase procure a unidade de saúde pela facilidade de acesso ao serviço e aos recursos ali disponíveis, sendo que o hospital pode ser procurado devido aos aspectos relativos ao vínculo construído na internação com o serviço ou com algum profissional, podendo o acesso apresentar-se ou não como outro fator.

5.2 – ABORDAGEM QUALITATIVA

Modelo de Atenção – o movimento de transformar

Durante o processo de ler, reler e tornar a reler o conteúdo dos depoimentos coletados neste estudo, foi possível identificar produções e re-produções de cuidado, num forte movimento de transformação da prática.

Ao nosso ver, nas produções científicas, nos diversos eventos científicos e fóruns que discutem as questões relativas ao Modelo de Atenção, tem sido cada vez mais evidente o movimento, que se aproxima da

metáfora apresentada por Fortuna (2005)¹, o turbilhão que desassossega e põem a bater coisas já muito sedimentadas. Um turbilhão que arremessa importantes atores da saúde a aprendizagens do trabalho, em trabalho, pelo trabalho, num esforço constante para efetivar a transformação da prática, a transformação do Modelo de Atenção.

Examinar a relação entre produção de cuidado e transformação da prática implica na compreensão da abordagem de modelo assistencial, que embora já mencionado no referencial teórico, merece algumas considerações.

Hoje em dia, o modelo biomédico, tal como é em sua natureza restritiva, tem sido reconhecido como uns dos aspectos responsáveis pelas deficiências do nosso sistema atual de assistência à saúde – em termos de custos, eficácia e satisfação das necessidades de saúde dos usuários. Transcender o modelo biomédico, adotar um conceito holístico de saúde na teoria e na prática exige uma transformação conceitual nas ciências da saúde, bem como uma transformação social e cultural. (CAPRA, 1982)

Esforços políticos têm sido desencadeados, desde Alma-Ata, no sentido de suplantar o modelo biomédico hegemônico através da implantação da APS, e incorporação de atributos relativos a acolhimento, escuta, vínculo, entre outros que permeiam os princípios de acesso, longitudinalidade, interação, integralidade e coordenação, propostos por este modelo de atenção, sendo esta a concepção de APS adotada por nós, por possibilitar transformações desta natureza no modelo de atenção à saúde.

A pluralidade desses paradigmas se repercute nos aspectos mais abrangentes que envolvem a compreensão do conceito de processo saúde-

¹ Apresentação da Professora Doutora Cinira Magali Fortuna, na oficina de trabalho sobre Educação Permanente em Saúde no 9 Seminário Nacional de Educação em Enfermagem – Natal – Rio Grande do Norte

doença-cuidado, nas várias áreas da saúde, abrangendo áreas específicas, como a da saúde da mulher e aleitamento materno – focos deste estudo.

A coexistência de práticas de saúde pertinentes a esses dois modelos é fortemente percebida nas falas dos sujeitos que compuseram este estudo, e reflete esse movimento de transformação - que ora se afasta do modelo hegemônico através da incorporação de atributos e de práticas potencialmente transformadoras, e ora reforça o modelo que precisa ser superado através de práticas fragmentadas e mecanizadas. Esse movimento de avançar e retroceder, de abrir e fechar espaços pode ser evidenciado na análise das falas, pelo acesso, que surge como unidade temática.

5.2.1. - Unidade Temática

Acesso – de que acesso estamos falando

Muitos autores têm trazido importantes contribuições quanto à compreensão do conceito de acesso. Segundo Borges, 2002, o crescimento das discussões para a efetiva implantação do SUS enquanto proposta de um sistema de saúde mais amplo e humanizado possibilitou ampliar o conceito de acesso em várias qualidades, para além da existência de estrutura física.

Martins e Travassos (2004) afirmam que acesso é um conceito complexo, por vezes empregado de forma imprecisa, que varia entre os autores e que pode mudar no decorrer do tempo e de acordo com o contexto.

Starfield (2004) distingue acesso de acessibilidade. Acesso é tido como a forma que a pessoa experimenta a acessibilidade no serviço de saúde. Acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. A

acessibilidade e o acesso podem ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de atenção à saúde.

Em outras palavras, acesso diz efetivamente o uso do serviço pelo usuário e acessibilidade diz respeito às condições gerais que cercam a assistência e essas condições podem ser de natureza geográfica, social, organizacional, cultural.

Para Donabedian (1973) existem duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Acessibilidade geográfica: relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

Pereira (1996) aponta para a necessidade de compreendemos que o acesso deve ser tomado no sentido mais amplo, ou seja, implicado no conhecimento e utilização por parte da população, inserida em um espaço geográfico, delimitado social e culturalmente, dos recursos disponíveis neste espaço (como por exemplo: creches, unidades de saúde, programas de saúde, escolas, associações de moradores, entidades religiosas...) representando possibilidades de ajuda.

Nesta perspectiva, trabalharemos como tem se dado esse acesso/acessibilidade, com ênfase nos aspectos relacionados às necessidades apresentadas pelas mulheres ao vivenciar o processo do aleitamento materno,

nos diferentes serviços que as mulheres deste estudo transitaram no período gravídico-puerperal em suas três fases: pré-natal, parto e puerpério.

5.2.1.1 - Acesso à estrutura física:

Goddard & Smith (2001) destacam o fato de que a disponibilidade de serviços também pode não ser de conhecimento de todos e que diferentes grupos populacionais variam no grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis. Desse modo, a experiência com os serviços e as informações que deles dispõem influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos.

Os serviços de saúde deveriam ser organizados de modo a atender a mulher durante todas as fases do ciclo gravídico puerperal. O Ministério da Saúde - MS (2005), ao considerar a relevância da assistência à mulher no decorrer dessas fases, tem elaborado e atualizado Normas e Manuais Técnicos com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde.

O documento sobre pré-natal e puerpério do MS (2005) afirma que as gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize, embora também se deva atuar junto aos pais e família e esse grupo deve ter a participação de um profissional de saúde, com a função de organizar as discussões e esclarecer dúvidas e a unidade de saúde deve dispor de materiais educativos para promover discussões em grupos de gestantes sobre vários temas, entre eles, o aleitamento materno.

Desta forma as possibilidades do acesso ao atendimento às necessidades demandadas pelas mulheres no processo do AM passam a ser identificadas desde o pré-natal.

Pré-natal

“... Aqui no núcleo tinha de quarta-feira, mais de quarta-feira eu não podia ir então eu não fiz não. Eu fiz o curso lá no centro espírita dia de sábado”

Sujeito 1

“... porque geralmente tem algum lugar que você vai que eles te ensinam... durante a gravidez, né? ... nunca ninguém perguntou se eu queria participar... nada.”

Sujeito 2

“Tive oportunidade de conversar sobre amamentação no postinho, as enfermeiras já orientavam. Pediam pra gente já ir dando banho de Sol e... ir cuidando dos seios, né? Preparando pra quando nascesse o nenê.

Sujeito 4

“Tinha o curso todos os meses... no postinho. Participei de todas às vezes.”

Sujeito 9

Acreditamos que o acesso não se configura na obrigatoriedade de oferecer tudo, mas que através do conhecimento da comunidade, da criatividade, da continuidade da atenção, pode-se oferecer condições alternativas para as necessidades ou problemas de saúde das pessoas; por exemplo, espaços alternativos (lojas, escolas, entidades religiosas, etc) e horários alternativos (finais de semana, após horário comercial), que ofereçam curso de gestantes, entre outros, para que seja possível garantir o acesso, mesmo diante de condições diferenciadas.

O acesso no sentido mais estrito, focalizando a mulher e o atendimento dispensado no pré-natal, com vistas ao aleitamento materno, significa apreender a história de vida que ela carrega, como experiência anterior, história de vida atual e expectativas, para a partir dessa

compreensão, construir um conjunto personalizado de informações que possa ser apropriado e utilizado em cada realidade (PEREIRA, 1996).

Podemos notar nessas falas, que as mulheres do estudo tiveram acesso ao serviço, à equipe multiprofissional, à informação e orientação. No entanto, esse acesso no sentido de focalizar a mulher, dar escuta, esclarecer dúvidas, não pôde ser percebido nesses depoimentos, que se aproximaram mais do reconhecimento das dimensões físicas e de recursos humanos do acesso.

Os limites dos serviços de saúde em relação à disponibilidade de grupos educativos nos serviços de saúde aqui evidenciados nos levam a refletir sobre nosso processo de trabalho – não dispomos desse recurso? Por que? Quais as reais dificuldades em operacionalizar? Ainda se temos, como desenvolvemos? Como trabalhar com as dificuldades que encontramos neste tipo de trabalho? Será que não precisaríamos pensar na necessidade de maior articulação com outros equipamentos sociais que desenvolvam essas ações a mulher e criança na região próxima a residência ou mesmo no município?

Internação

Até meados do século XIX, os aspectos fundamentais da experiência reprodutiva feminina – que envolvem a contracepção, a concepção e o parto – eram vistos como de domínio quase exclusivo das mulheres. Foi apenas durante o século XX que a instituição médica consolidou seu controle do processo reprodutivo (GIFFIN, 1991).

Ao longo do tempo, o crescente poder da medicina organizada e os significativos avanços nas técnicas cirúrgicas, anestésicas e de assepsia foram determinantes no processo de medicalização do parto.

No Brasil, a prática do parto hospitalar difundiu-se progressivamente, após a segunda guerra mundial, quando novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, anestesia, assepsia, hemoterapia e antibioticoterapia foram sendo incorporados pelos médicos, reduzindo, drasticamente, a morbidade e mortalidade maternas nas intervenções praticadas no parto hospitalar (TANAKA, 1995).

Embora a institucionalização do parto e os avanços tecnológicos tenham proporcionado melhor controle dos riscos materno-fetais, houve incorporação de grande número de intervenções desnecessárias. Ademais, o parto hospitalar afasta a mulher de seu ambiente, colocando-a em local desconhecido e, na maioria das vezes, pouco acolhedor, tornando a experiência do nascimento alienante e desumana (JUNQUEIRA, 1997).

O processo de medicalização implicou profundas transformações não apenas no modo como os procedimentos são administrados, mas principalmente na maneira como são compreendidos e vivenciados pela maioria das mulheres.

A consolidação da hegemonia da medicina obstétrica na atenção ao parto veio acompanhada pela institucionalização de uma série de práticas que têm por finalidade intervir, monitorar e controlar a gravidez e o parto.

A avaliação científica rigorosa reprovou essas práticas e a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs outro paradigma: “O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural”. (WHO, 1998)

No final do século XX, a OMS definiu que, para atingir a maternidade segura, seria necessário mudar radicalmente o modo como os serviços de saúde tratam as mulheres. Foi reconhecido que, muitas vezes, os profissionais de saúde são autoritários e rudes com as mulheres grávidas e que elas se sentem humilhadas e até ameaçadas em suas interações com esses profissionais. A má qualidade dessa interação muitas vezes resulta em consequências graves para a segurança do parto e a saúde materna e perinatal.

Para a OMS, “as mudanças na oferta e no acesso a serviços não são suficientes. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura só serão alcançados quando as mulheres estiverem fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – forem respeitados”.Fonte: WHO, 1998.

Em reconhecimento aos direitos humanos na assistência ao parto a OMS (1998) propõe:

“A proteção e a promoção dos direitos humanos das mulheres podem ajudar a assegurar que todas as mulheres tenham o direito a:

- tomar decisões sobre sua própria saúde, livre de coerção e violência, com base na mais completa informação; e
- ter acesso a serviços e informação de qualidade, antes, durante e depois da gravidez e do parto”.

As falas abaixo demonstram que as mulheres não tiveram dificuldades com relação ao hospital, tendo assim seu direito ao acesso assegurado.

*“... eu fui no hospital porque minha bolsa tinha estorado
... aí eu fiquei lá no corredor esperando... aí a enfermeira
veio e me botou pra dentro... numa salinha que tem lá,
né... que eles faz os exame na gente...”*

Sujeito 1

“...já tava perdendo um pouquinho de sangue, mas não tava com dor...aí fizeram exame, falou que minha bolsa tinha rompido por cima. Aí eles me internaram e começaram a colocar remédio por baixo pra poder dar contração.”

Sujeito 3

“... na entrada foi tudo bem. Eu aguardei um pouco... Minha contração tava de cinco em cinco minutos. Aí depois apareceu uma enfermeira, me levou pra uma sala, e eu aguardei o médico chegar pra fazer os exames”

Sujeito 4

“Eu fui de carro com meu esposo... eles não demoraram pra me atender não!... tava com as contração já... Aí cheguei lá, fiquei naquela sala lá...”

Sujeito 5

“Eu já tinha duas cesárias e tava com hérnia... aí eles aproveitaram e já marcaram minha cesária pro dia 4, mas aí dia 2 senti contração aí eu fui ...na chegada lá me examinaram e fizeram internação já... foi tudo bem, foi ótimo. Me atenderam bem.”

Sujeito 6

“Ah, eu cheguei lá no hospital com bastante dor, aí eles me levaram lá na sala pra fazer o toque...”

Sujeito 8

Também podemos observar que não houve queixas com relação ao atendimento oferecido, bem como não pôde ser observado aspecto relativo à humanização da assistência, no entanto ficou evidente um certo fluxo de atendimento.

Reconhecemos que existência de um fluxograma de admissão à parturiente nos serviços materno-infantis organiza e norteia a assistência ao parto através de condutas pré-estabelecidas, tais como - reconhecer a presença de trabalho de parto, realizar exame clínico (palpação do abdome, ausculta do batimento cardíaco fetal, toque vaginal, entre outros) colher história obstétrica, etc Neme (2000).

E apesar de não ter sido explorado com maiores detalhes, as falas referentes a “numa salinha que tem lá”, “uma sala”, “naquela sala lá”, “lá na sala”

nos trouxeram uma impressão de ação mecânica, de cumprimento de protocolos e normas de conduta formatado e descontextualizado, distantes de um modelo de atenção integral e humanizado, também presentes nos protocolos e manuais técnicos. Ao expressarem “*numa salinha que tem lá*”, “*uma sala*”, “*naquela sala lá*”, “*lá na sala*”, entendemos que foi um local significativo para elas e perguntamo-nos como será que estas apresentações vivenciadas pelas mulheres podem repercutir em outras mulheres?

O que queremos pôr em questão é que os mesmos documentos que enunciam procedimentos técnicos, também orientam o uso da escuta, do apoio, da dignidade, do acolhimento, e na prática, apenas parte dessas orientações é levada em consideração, como se a prioridade fosse o saber técnico (que também consideramos importante) em detrimento do saber do acolhimento (reconhecidamente fundamental) e aqui deixamos uma reflexão: o que queremos produzir na assistência à mulher: procedimento ou cuidado? E o que tem sido produzido?

Permitimo-nos idealizar uma apresentação que ouvíssemos das mulheres “fomos recebidas e lá tem uma salinha onde somos examinadas e onde temos oportunidade de falar um pouco de nossas angustias, preocupações e medos presentes no momento que adentramos a maternidade.” Somos atendidas naquela salinha onde também nos perguntam como estamos nos sentindo” E conversam com a gente sobre aquilo que pode estar nos preocupando naquele momento”

Sonhar é permitido, e quando sonhamos juntos a possibilidade de que esse sonho se torne realidade aumenta, e por isso que estamos aqui dividindo com o leitor esse nosso sonho.

Puerpério

O documento do MS (2005) declara que atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal e o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, depois do parto, deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade, com objetivos diversos: avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; avaliar e apoiar o aleitamento materno e outros, atenção essa que também pode ser oferecida pela visita domiciliária no pós-parto.

“Ah, eu tava no segundo dia. Aí você imagina!...eu achava que eu ia conseguir sozinha, mas eu não consegui não! Aí já foi no dia seguinte elas já vieram já logo de manhã cedo... ,a agente comunitária...”

Sujeito 5

“... Aí com seis dias mais ou menos começou a ficar muito cheio e empedrar e antes de eu procurar, eles vieram aqui... o médico e a enfermeira do núcleo...e me ajudaram a tirar um pouco de leite.”

Sujeito 6

“... depois eles vieram ver ele, conhecer ele, fazer cadastro...”

Sujeito 7

Os depoimentos apontam o serviço, a equipe multiprofissional, a informação/orientação conformando a presença do acesso. Percebemos também que algumas falas demonstram a continuidade do Núcleo de Saúde da Família, atento para as visitas e atuante nos âmbitos preventivo e resolutivo.

Neste cenário, a atuação profissional da agente comunitária de saúde, do médico e da enfermeira na visita do puerpério pôde ser percebida por nós como apoio, uma vez que foi permeada por vínculo, corresponsabilização, resolutividade.

Ao considerarmos as especificidades inerentes ao puerpério, apontamos que a puérpera precisa ter prioridade no atendimento e nessa perspectiva a unidade de saúde precisa buscar como garantir essa atenção.

A visita domiciliar tem se mostrando como um grande instrumento da estrutura física da unidade de saúde para dar continuidade. Também a própria mulher tem como criar mecanismos de avisar a unidade de saúde que já ganhou bebê e chegou em casa através de seus familiares e vizinhos, numa posição de sujeito do processo que vivencia com atitude co-responsável.

Sobre a assistência domiciliar, Pereira (2001) aposta que esta apresenta potência de se constituir um espaço para a construção de um agir pautado pela integralidade das ações, pela responsabilização em relação ao usuário, por uma identidade de equipe, com o estabelecimento de espaços intercessores com intensa utilização de tecnologias leves, de modo a possibilitar o vínculo, escuta, autonomização, fugindo de uma perspectiva estrita de controle da clientela no âmbito domiciliar.

“Ah, a agente comunitária ...ela já...já tem um menininho. Ela falou pra mim que é assim mesmo... nos primeiros dias, tal, né? Conversei com ela, falei das cólica também, né? Ela falou: é, seu útero tá se contraindo pra voltar no lugar que isso era normal, né? Aí eu passei a entender. Muitas das vezes você ali na hora, você... quando você não tem muita orientação, só pensa no dor!”

Sujeito 5

Cabe ainda ressaltar os aspectos biológicos da amamentação no pós-parto. Sousa e Freitas (2001) em estudo sobre a prática da amamentação por adolescentes no contexto de uma maternidade Hospital Amigo da Criança observaram que no grupo investigado a apoijadura não foi observada em 91,6% das adolescentes durante a hospitalização.

Isso se justifica pelo fato de a apoiadura ocorre geralmente por volta do segundo e quarto dia após o parto, o que predispõe maior incidência de ingurgitamento mamário na primeira semana pós-parto por desequilíbrio entre o leite produzido e o consumido pela criança, e isso pode acarretar em outras intercorrências, como traumas mamilares (VINHA, 2002).

Enfim, pela própria dimensão biológica da amamentação, as intercorrências mamárias podem acontecer nas primeiras semanas após o parto, período que mãe e bebê já tiveram alta hospitalar, e encontram-se em seu domicílio. Assim, concordamos com Pereira quanto à importância da assistência domiciliar, e neste contexto específico, que ela seja o mais precoce possível e anteceda a apoiadura e as possíveis intercorrências. Ainda, que a mulher possa contar com os profissionais de saúde diante de necessidades que possam vir se apresentar, tenham liberdade e até mesmo sejam estimuladas a colocarem suas dúvidas, seus medos e angústias.

Ao considerar os aspectos discutidos acima, temos nos perguntado se a Saúde da Família precisa investir mais efetivamente no retorno da mulher para casa no pós-parto, no sentido incorporar a produção de cuidado a ser reproduzida: vamos incentivar ou apoiar? Se a incorporação for de apoio, acreditamos que seja necessário constituir uma política que possibilite que a visita domiciliar, enquanto ferramenta da estrutura física a ser garantida, tão logo a mulher volte para casa.

“...só que era tudo muito novo pra mim. Pra mim, meu marido, minha mãe tava aqui me ajudando...só que aí teve interferência de ciúme da minha mãe com minha sogra... aí entrou também o Núcleo ajudando, que tava saindo pedaço do meu peito! Que aí começou a descer só que ela tava pegando errado. Aí foi onde feriu muito e eu chorava ... e ela mamava sangue, só que aí eu procurei o Núcleo, entramos com

intermediário... Tou tendo acompanhamento quase que diário da enfermeira em relação ao peito.

Sujeito 9

Nesse depoimento torna-se visível às diversas interfaces - biológica, emocional, psicológica, singular, familiar - que podem permear a amamentação, revelando um cenário de complexidade e situação de conflitos. E neste cenário, a puérpera foi pró-ativa, teve iniciativa de buscar o serviço, de buscar ajuda, ou seja, por porte dela, houve co-responsabilidade.

A procura pelos dois serviços, núcleo e hospital, traz a construção de vínculo que aí foi estabelecida, e se no núcleo ela teve ajuda e acompanhamento, no hospital, ela teve barreira burocrática, fato pelo qual gostaríamos chamar a atenção.

Como vimos no referencial teórico, os hospitais credenciados na Iniciativa Amigos da Criança, “*devem garantir às mulheres tanto no hospital como fora, a continuidade ao aleitamento materno exclusivo...*” e também têm o compromisso de encaminhar as mães para grupos de apoio ao aleitamento após a alta hospitalar, que é o passo 10.

Apontamos a importância da co-responsabilidade em saber que a mulher volta para casa, até através da visita domiciliar, como ferramenta que tem potência para resgatar a continuidade da assistência que ainda é tão insipiente entre os próprios serviços.

Não podemos mencionar a falta de comunicação entre as Maternidades e as Unidades de Saúde, uma vez que não temos evidências nas entrevistas que nos permitam fazer essa afirmativa. Mas temos percebido que essa articulação ainda não está sendo incorporada nas

práticas de saúde, que se refere à coordenação, ou seja, capacidade de garantir a continuidade da atenção através das equipes; dos diversos serviços onde os usuários circulam, diante de necessidades de saúde.

A unidade de Saúde da Família representa espaço em potencial de atenção ao puerpério, principalmente se os princípios da APS, estão sendo seguidos, uma vez que o primeiro contato prevê acessibilidade e uso de serviços de saúde, a longitudinalidade pressupõe o acompanhamento dos cuidados prestados pela equipe, ao longo do tempo, estabelecendo vínculo e relações implicadas; além da integração profissional-paciente que contribui para o estabelecimento de relações que facilitam a efetividade na atenção e a coordenação que garante a continuidade da atenção através da equipe e entre as equipes dos diferentes serviços de saúde; bem como a integralidade na prestação de cuidados segundo as necessidades e a natureza dos problemas, e a responsabilização pela oferta de serviços.

Acreditamos que o cumprimento desses princípios constitui uma estrutura fundamental, na qual a equipe de saúde da família pode configurar-se de modo significativo como um grupo de apoio na atenção e no cuidado à mulher na vivência do puerpério e no processo da amamentação.

Para Fekete (1995) a acessibilidade organizacional, enquanto uma das dimensões da acessibilidade, está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Os primeiros obstáculos podem estar na entrada do serviço e são relativos aos aspectos do contato inicial com o serviço. Pode ainda apresentar um segundo obstáculo, referente às características que interferem na

assistência, e os que surgem na continuidade da assistência, como por exemplo, a referência e a contra-referência.

Os registros no Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) do SUS apresentam um número muito baixo de consultas puerperais, de 1250 em 2000 (MS, 2003). Ainda que seja provável que tal número esteja subestimado e que mais mulheres retornam para essa avaliação sem que o registro desse procedimento ocorra, de qualquer forma a atenção ao puerpério prestada no Brasil é ínfima, sem contar nos aspectos qualitativos, freqüentemente subestimados.

A fala do sujeito 9 registra, o comprometimento da acessibilidade revelando a obstrução da aproximação e diálogo com o profissional de saúde, a não articulação com outros níveis de assistência e a relação funcional de resistência oferecida pelo próprio hospital amigo da criança.

As reflexões produzidas pela análise dos depoimentos não deixam de admitir os avanços conquistados pela IHAC. O que realmente queremos exaltar é a importância que essas questões discutidas possuem para a consolidação prática de uma política comprometida com o apoio na amamentação, que ao apresentar fragmentos, perca potência ou simplesmente se torne mais um serviço de saúde burocratizado, não resolutivo e, portanto, deixando de acolher a mulher frente a uma dada necessidade e desta forma venha se legitimar a falta de credibilidade nos serviços de saúde.

Neste cenário surgem inquietações que nos fazem refletir sobre a produção de cuidado que temos ofertado a mulher ao fechamento do ciclo gravídico-puerperal. Que acesso tem sido garantido no pré-natal? E como tem se dado esse acesso? Ou seja, as produções de cuidado tem sido significativas para a mulher?

Sob o pano de fundo da dinâmica inerente a esse ciclo, a mulher-gestante, passa a ser mulher-parturiente, e nossas inquietações persistem.

De que forma tem sido garantido o acesso à mulher nesta fase? Em número de maternidades? Em número de leitos? Ou em qualidade de assistência? Mais uma vez, as produções de cuidado tem sido significativas para a mulher, considerando que neste mesmo serviço, a mulher-parturiente torna-se mulher-puérpera? Será que são observadas essas mudanças e as demandas delas advindas?

Ao dar continuidade ao ciclo, a mulher-puérpera, tem alta da maternidade e retorna à assistência da unidade de saúde onde foi mulher-gestante, como mulher-puérpera. E como não podia deixar de ser, as nossas inquietações insistem em nos fazer refletir... Como tem se dado a garantia do acesso a mulher-puérpera? Estes serviços conseguem conversar entre si e se articularem no sentido de garantir a continuidade da assistência?

Existe a percepção de que houve três fases distintas e específicas vivenciadas pela mesma mulher o tempo todo? E que as fases se modificam, bem como as demandas, e por isso há necessidade de contextualização em cada fase na produção de cuidado produzido?

Ao admitirmos que este ciclo pode suscitar à mulher aspectos relativos ao gênero, a corporeidade, a identidade, de ordem familiar, cultural, social, indagamos sobre o que temos feito e como temos feito: reproduzido o modelo hegemônico ou produzido um modelo pautado na integralidade da atenção e do cuidado?

5.2.1.2 – Acesso à Escuta

Para Moura (2003), o estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, parece contribuir sobremaneira para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do conceito.

De acordo com Matumoto et al (2002) a escuta ultrapassa a captação de mensagens verbais, buscando o significado do falado, retendo os pontos mais importantes. O trabalhador, através da escuta, deve buscar ver o usuário além de sua queixa.

Para Franco et al (1999), o processo relacional do trabalhador de saúde com o usuário, o processo de escuta e responsabilização, ao possibilitar a construção de vínculo e o reconhecimento do direito à vida desses usuários que procuram o serviço de saúde com qualquer demanda de cuidados, traduz-se em acolhimento.

Acreditamos que a possibilidade de ir ao serviço de saúde, de ser atendida por um ou mais trabalhadores da equipe de saúde conforma uma das características do acesso. Além dos recursos físicos e humanos, a possibilidade da escuta, do diálogo, da responsabilização e do vínculo conforma uma das características da acessibilidade, configurada pelo acolhimento.

E este, pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado na necessidade do usuário.

Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO, et al., 1999).

O acolhimento se aproxima muito daquilo que nós temos chamado a atenção do que se configura o apoio. Ambas trazem em seu significado o amparo, mas são mais que significados em comum, são práticas que incorporam valores da ordem da integralidade na qual a escuta ampliada também emerge como ferramenta em potencial para possibilitar a incorporação desses valores na prática cotidiana.

Nessa perspectiva acreditamos que o apoio ao aleitamento deva ser construído tendo como fio condutor a integralidade, e que sua configuração incorpore também na prática, o acolhimento e a escuta ampliada, como instrumentos para solidificar esse apoio.

5.2.1.2.a - Escuta ampliada

Julgamos pertinente a essa altura do trabalho, compartilharmos das contribuições de Cunha (2005) acerca da dinâmica dos modos de estar atento ao outro e das relações trabalhador de saúde-usuário, tendo como pano de fundo os espaços onde essa dinâmica acontece.

Assim, uma importante contribuição do autor diz respeito ao conceito da clínica ampliada entendida como a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que os outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde.

Esse conceito vem ao encontro do que temos buscado na atenção e no cuidado à mulher no processo do aleitamento materno, com o rompimento do paradigma biológico da amamentação através da incorporação de um paradigma holístico, sócio-cultural, mais abrangente e, portanto mais próximo do integral, e acreditamos que uma das ferramentas que tem potencial para contribuir nessa re-construção é a escuta – que por incorporar certos valores e diretrizes – chamamos de escuta ampliada.

Pré-natal

Pereira et al (2006) afirmam que um dos grandes cenários em que a pesquisa sobre a escuta e o diálogo se torna indispensável é na assistência à gestante no Pré-Natal, pois possibilita mudanças de paradigmas na prática profissional e conseqüente qualidade na atenção oferecida.

“... Pra mim essas conversas foram muito importante porque eu não tava com o pai dela... a gente nunca ficou junto mesmo... e eu ficava muito sozinha... então eu ia pra lá e conversava bastante com ele sobre a gravidez... da minha vida pessoal (risos)... conversava sobre tudo!”

Sujeito 1

Essa fala sugere a presença de escuta por parte do profissional de saúde, e mais que isso, uma escuta incorporada de abertura, vínculo e liberdade de expressão, no qual a mulher-gestante compartilha o andar de sua vida e conversa sobre tudo.

Para Stefanelli (2002), a gestante, em suas idas e vindas na busca de seus objetivos, experimenta sentimentos contraditórios que, às vezes, a deixam sem rumo para seguir. Tais sentimentos oscilam dentro de um misto de medo, angústia, desesperança, insegurança, felicidade. A escuta que

oferece espaços para o surgimento de demandas singulares, como as expressadas pelo sujeito 1, caracteriza, ao nosso ver, uma escuta ampliada.

“Eu e meu médico, a gente conversava muito, né, e aí ele explicou: olha, o leite materno é o melhor que tem...”

Sujeito 7

Esse depoimento possui para nós uma beleza ímpar – a interação – a presença do eu enquanto sujeito que vivencia o processo, do meu, não enquanto possessividade, mas enquanto vínculo construído, e do nós – *a gente conversava* – enquanto uma relação que interage e que tem incorporada a ferramenta diálogo.

Sobre essa ferramenta, Mariotti (2001) refere que diálogo significa a fala alternada ente duas pessoas, e ainda que a dinâmica do diálogo está voltada para a formação de redes, de onde surge o nome redes de conversação, propostas para as experiências de reflexão conjunta, geração de idéias, educação mútua e produção compartilhada de significados. Para o autor, dialogar, é antes de tudo aprender a ouvir.

“Eu perguntava sobre amamentação no pré-natal... com todos... eu ia lá no núcleo e perguntava... se tinha influência o tamanho do seio... alimentação”

Sujeito 10

A fala *ia lá no núcleo* transparece a idéia do serviço de saúde que é próximo à casa do usuário, que é acessível, e mais que isso, *com todos*, conforma um espaço aberto, que não só físico, mas de pessoas, equipe de trabalhadores de saúde, com quem se pode conversar, perguntar.

Segundo Navajas Filho (1997), o mais importante para a equipe e, em particular, para o enfermeiro que presta cuidado às gestantes no pré-natal, é

conhecer o que está acontecendo com elas e saber que, por trás de toda pergunta, aparentemente ingênua, feita por uma gestante, poderão existir importantes demandas emocionais latentes.

Compartilhamos com Lacerda & Valla (2003) que a atitude do cuidado aproxima o cuidador e quem recebe os cuidados, por meio da interação, troca e diálogo. Esse cuidado não anula necessariamente os sofrimentos e dificuldades das gestantes, mas as ajudam a construir novas perspectivas para o enfrentamento de seus problemas.

Para Silva (1999), uma equipe de saúde preparada possui condições de oferecer um ambiente favorável para que a gestante expresse seus sentimentos em relação à experiência que está vivendo. Esse preparo pode ser identificado também como acolhimento-diálogo, que corresponde aos componentes das “conversas” que se dão nos serviços em que podemos identificar, elaborar, negociar necessidades que possam vir a serem satisfeitas. (TEIXEIRA, 2003)

Acreditamos que em circunstâncias como esta em que o profissional de saúde possibilita a escuta, abertura para o diálogo, conversa e apoio, temos a construção de um paradigma na atenção e no cuidado ao aleitamento materno permeado pela integralidade.

Internação

A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos. No que tange o parto, a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa

uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano, no caso, do sofrimento da outra, de uma mulher. (DINIZ, 2005)

Nessa perspectiva o parto passa a inspirar uma nova ótica, na qual estão permitidos, entre outros elementos, as emoções intensas, as dores, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal da parturiente, compartilhados também com os profissionais de saúde.

“Aí depois veio o médico, aí ...eu tava com muita dor já, né? Ele falou pra mim: você quer sentir dor ou você quer tomar anestesia nas costas? Aí eu falei: não, eu prefiro anestesia, né?... aí... eu esperei um pouquinho, eles logo já vieram, já viram que eu tava de sete dedos, né, eu fui pra sala de parto, me deram anestesia, eu já fui ter nenê! (...) melhorou, não senti nada”

Sujeito 5

A dor do parto constitui-se de um tema amplo o suficiente para justificar seu estudo por diversas disciplinas, que poderiam ir da fisiologia obstétrica à psicanálise, além disso, conforme sugere (Diniz, 1997) é importante lembrar que a dor do parto é interpretada de maneira muito diversa por diferentes culturas e que a obstetrícia médica veio a identificá-la como uma patologia e tratá-la de forma mais enfática na segunda metade do século XX.

Para a autora, o problema da dor e seu manejo parecem ter um papel crucial na organização das práticas obstétricas, inclusive nas diferenças entre os modelos de assistência em serviços privados e públicos, como também na percepção de que direitos as mulheres têm, quando se trata da maternidade.

O acesso aos métodos não-farmacológicos de manejo da dor - banho de aspersão, banho de imersão, liberdade de posição, presença de

acompanhantes e doulas, bola de parto, entre outros - bem como os métodos farmacológicos – a peridural – são métodos que as mulheres têm o direito de usufruir por ocasião do parto.

Compartilhamos com (Diniz, 1997) quanto à humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, como a analgesia de parto. Nessa perspectiva, chamamos a atenção esse direito ofertado para a mulher, conforme o depoimento apresentado pelo sujeito 5, o que revela uma boa prática médica, uma possibilidade de mudança do modo de estar atento para o outro e de produzir cuidado. Parece-nos pertinente dizer que por de trás de *você quer tomar anestesia nas costas?* Existia o ruído de uma dor, verbalizada ou não, que foi apreendido pela escuta ampliada do profissional de saúde.

“Foi muito rápido! ... pelo fato da minha mãe tá comigo do lado e a enfermeira muito boa, conversou bastante comigo, explicou o que tinha que fazer tudo, então eu me senti muito segura!” Sujeito 9

A leitura desse discurso deixa transparecer a incorporação na prática dos direitos reprodutivos: o direito ao acompanhante da escolha mulher – *minha mãe tá comigo do lado*, do diálogo - *a enfermeira muito boa, conversou bastante comigo*, da produção de cuidado - *então eu me senti muito segura*, como que traduzindo um modelo de atenção instrumentalizado pela integralidade.

Reconhecemos nessas práticas um avanço rumo a transformação do modelo assistencial que queremos conformar, e o rompimento com o antigo, com o velho, embora saibamos atual, numa tensão que aponta que ainda temos grandes desafios pela frente, mas que sobretudo, é possível transformar.

“... ele chegou lá perguntando, como que estava a amamentação... se o menino tava pegando o peito... como... se a gente sabia dar o mamar... se a gente pretendia dar mamar... porque no entanto tem assim... tem gente que não tem paciência né... então ele explicando que a gente tem que ter paciência, porque tem neném que demora horas tem neném que demora menos né. (...) então ele não tava mamando bem, eu tava tentando dar o peito pra ele e ele não taca conseguindo pegar... eu tava desesperada porque tava tendo esse tipo de problema. (...) eu fiquei das 02:30 até 08:00 da manhã com ele... de cinco em cinco minuto com ele no peito... e quando não dormia, não conseguia pegar... então assim eu fiquei até 08:00 até esse médico chegar e falar, - não, calma...eu te ajudo né. (...) Quando ele chegou pra ajudar a gente eu falei graças a Deus.”

Sujeito 2

Para Merhy (1998), a reaprendizagem dos profissionais de saúde a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos, é um território por onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode mostrar-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário. Para o autor, o profissional de saúde, como produtor de atos de saúde, como operador de cuidado, deveria ser capacitado para atuar no terreno das tecnologias leves², modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos.

Ao refletir sobre esse depoimento identificamos vários dispositivos de uma prática potencialmente transformadora, pois permite que a mulher tenha escolha - *se a gente pretendia dar mamar*, aponta as dificuldades que

² MERHY (1997, 1998) ao discutir a micropolítica do trabalho em saúde, fala da necessidade do uso mais intensivo de tecnologias leves para a criação de espaços mais criativos do trabalho em saúde, ou seja, as tecnologias leves são fundamentais para a reorganização de um modelo assistencial centrado no usuário produzindo um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar-se, resolver e autonomizar. As tecnologias leves são aquelas consideradas tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.

podem estar presentes na amamentação, ao mesmo tempo em que é permeada de acolhimento e resolutividade - *calma...eu te ajudo*, uma prática reconhecida por nós como apoio.

O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso de resolver, ou pelos menos se mostrar interessado e buscar recursos para minimizar o problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança de modelo e a produção de cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos sujeitos, bem como a proteção e defesa da sua vida. Os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde ambos colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção de saúde. (Franco e Merhy, 1999)

“... ela veio olhar meu peito...aí ela perguntou: você quer dar de mamar? Como é que vai ser? Eu disse: não, eu vou dar de mamar, né? Ela olhou meu peito e falou assim: bom, seu peito vai ser um pouco difícil. Porque ele não tem bico! Eu disse: não, mas vamos tentar, né?”

Sujeito 7

Esse discurso apresenta duas faces de uma mesma atitude profissional - *seu peito vai ser um pouco difícil*. Ao mesmo tempo em que não mascara dificuldades que podem estar presentes no processo do aleitamento, verbaliza uma resposta que poderia ser interpretada negativamente, promovendo assim o medo e a insegurança. Por outro lado a atitude é norteadada pela abertura à escolha, à proximidade e ao diálogo, e assim denota uma prática em potencial processo de transformação.

Concordamos com Merhy (1997) quando este afirma que o ‘autogoverno’ do trabalhador de saúde, sobre o modo de fazer a assistência, muitas vezes, é o que determina o perfil de determinado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudança, capazes de detonar processos instituintes ante a organização de serviços de saúde.

Ao recorrermos à história do aleitamento materno no Brasil observamos traços de uma prática instintiva vivenciada naturalmente pelas mulheres, na qual amamentar era uma obrigação. Nessa virada de milênio, temos observado produções científicas que muito têm contribuído na compreensão de que aleitamento materno constitui-se num processo que precisa ser aprendido pela nutriz e seu bebê, e que além de determinantes biológicos, determinantes sociais, culturais, emocionais, políticos, singulares e coletivos conferem um caráter híbrido e complexo ao mesmo ato entendido outrora como natural.

Toda essa produção de conhecimento tem repercussão direta sobre as práticas dos profissionais de saúde num movimento de romper com o velho, adaptar-se ao novo e romper com barreiras próprias e limites pessoais, num jogo de tensão palpável.

Nessa perspectiva temos vivenciado experiências, às vezes poucas, às vezes raras, minorias de forças ainda, mas forças intensas, irreduzíveis, marcas de puro avanço, nos caminhos de uma nova produção de atenção e cuidado ao aleitamento materno – com vistas à integralidade.

Ao mesmo tempo, descaminhos nos remetem a confrontos com um modo de olhar e fazer o aleitamento materno que não pode mais ser levado adiante. E por esses caminhos e descaminhos um companheiro diário: o (enorme) desafio

de superar as complexidades e edificar a integralidade da atenção e do cuidado dos sujeitos que vivenciam o processo de aleitar – mãe, pai, bebê, família.

Puerpério

Tanto a percepção da hospitalização, como a expectativa da vivência do puerpério, constituem-se em conteúdos que são assimilados pelas mulheres ao longo de sua vida, através de suas interações dotadas de significação própria e particular para cada mulher. Esses conceitos são elaborados socialmente, embora a realidade seja apreendida e construída de modo único pelas pessoas (Silva, 1997).

“Quando eu cheguei do hospital com três dia, veio. A enfermeira do núcleo veio aqui... veio vê se eu tava dano de mama direitinho... como é que a neném tava e se eu tava sentino alguma coisa... se eu tava com alguma dúvida ... Depois que ela veio, eu fiquei sossegada.”

Sujeito 2

De acordo com Soares e Silva (2003), as mulheres apresentam a necessidade de serem auxiliadas para o atendimento de suas necessidades básicas e para iniciar sua relação e os cuidados com o filho. Necessitam de ajuda para cuidar da criança e estímulo para sentirem-se seguras no papel materno, e ao receber ajuda, ela re-qualifica a assistência, e se sente atendida em suas necessidades.

Ao refletir sobre o depoimento dessa puérpera em seu domicílio, faz-se necessário retomar o contexto vivenciado por ela, enquanto puérpera, mas no cenário na internação. Sobre essa fase vale lembrar que esta puérpera é aquela que estava acordada, sempre tentando dar de mamar pro bebê, que

só dormia, e ela ficava tentando, e veio a enfermeira pra acordá-la para dar de mamar, mas ela já estava acordada (... a escuta formatada, lembra?!).

E ficou das 02:30 até 08:00 da manhã com bebê de cinco em cinco minuto no peito... e quando ele não dormia, não conseguia pegar, e pelo fato do bebê não conseguir pegar a puérpera estava desesperada, então chega o médico e oferece ajuda (eis nossa escuta ampliada!).

Agora podemos retomar ao domicílio.e assim perceber, que houve na internação, apesar da ajuda médica, a construção do medo, da insegurança por parte da puérpera que vivenciou dificuldades na pega do bebê, sendo essa construção carregada após a alta. Na visita domiciliar a enfermeira viu se ela estava dando de mamar direitinho, constituindo uma ação significativa e ao mesmo tempo resolutiva: *Depois que ela veio, eu fiquei sossegada.*

Podemos dizer que escuta ampliada se fez presente, em uma abordagem que possibilitou abertura para o outro falar o que sente, por isso se traduziu numa ação significativa, através de uma intervenção de baixa densidade tecnológica³, simples e sob medida – podemos dizer que aqui, teve atitude de apoio.

Saber escutar e fazer com que o outro escute, no sentido de ver o estado das coisas é conceber que o mundo funcione de outras formas, sempre atualizadas. O gesto é valorizado e assim a ação concentra todas as possibilidades e todas as visões. (PINHEIRO e LUZ, 2005)

“... Eu até pensei em desistir por causa da dor. Junta a dor da cólica, aí o peito... aquela coisa, a menininha minha... a maior... né... aquela coisa toda... correria em

³ Densidade Tecnológica – trata-se de uma denominação dos equipamentos hospitalares específicos. São as máquinas operadas em âmbitos de especificidade hospitalar.

casa... aí eu pensei: aí meu deus. Aí elas vieram aqui em casa, né. Aí me ajudaram, tal... “não, se não pode desistir” Me ajudaram a ordenhar... tudo... tal e eu continuei e tá aí. E eu acho que ela já tá com quase 4 kilo. Vinte dias e tá aí. Não é fácil dar de mamar, não. Se não tiver orientação, quer dizer, dois dias já basta pra mulher desistir. Fica difícil.”

Sujeito 5

Como discutimos anteriormente, a amamentação assume diferentes significados, permeados pela tomada de decisão da mulher, da vontade, do desejo, da culpa, de revisão de seus vários papéis sociais, modificações importantes em seu viver, num processo associado às representações sociais, abrangentes e vinculadas à cultura, política e fenômenos além dos biológicos, o que conforma sua complexidade. Esse conjunto de significados, representações e fenômenos fica claro do relato do sujeito 5.

Outra questão importante a ser explorada se dá na dimensão da relação trabalhador-usuário, da interação e do que foi, neste contexto, produzido.

Nesse sentido, Pereira et al (2005) apostam no espaço domiciliar enquanto possibilidade de reflexão dessas relações usuário/trabalhador de saúde, no contexto intra-serviços de saúde e intradomiciliar. Defendem que nos serviços de saúde, na maioria das vezes, o usuário é tomado como objeto e o trabalhador hierarquicamente se coloca no topo da relação.

Assim, compartilhamos com as autoras que no domicílio essa relação tende a se tornar mais horizontalizada e o usuário se coloca e é colocado como sujeito dessa relação. Na utilização do diálogo, da escuta ampliada, do vínculo a horizontalidade pode ser construída e identificada no relato em discussão.

Outra potência identificada no espaço domiciliar relaciona-se com a identificação de uma série de dificuldades que podem estar presentes no retorno da puérpera do hospital para casa, pela própria dimensão biológica da amamentação, já discutida anteriormente.

Nessa perspectiva, ratificamos nossa reflexão quanto à importância da co-responsabilidade em saber que a mulher volta para casa, até através da visita domiciliar, como ferramenta com potência para resgatar a continuidade da assistência.

Vale também reiterarmos a necessidade de se instituir uma política que possibilite que a visita domiciliar seja garantida, tão logo a puérpera volte para casa, com o objetivo de atender as demandas pertinentes desse período, no sentido de construir uma assistência configurada pelo acolhimento, pela co-responsabilização, resolutividade, continuidade, escuta ampliada, diálogo – dando suporte na produção de cuidado para um modelo de atenção pautado pela integralidade.

5.2.1.2.b - Escuta Formatada

“Para escutar, necessário se faz estar atento. Todavia, antes é imprescindível conhecer a quem se escuta, ou seja, quem é que está falando, como e sobre o que se fala”.(LEITÃO, 1995)

Reconhecidamente, a amamentação se configura da interação de diversas condições, desde psíquicas, emocionais, relativas a experiências anteriores, significados e valores do aleitamento materno; condições

biológicas, como dor e enfermidades; representações sociais, ou seja, significados e valores culturais de uma comunidade e de uma sociedade e o apoio social, que envolve a família e o trabalho, entre outras.

Rezende et al (2002) afirmam que para ajudar a nutriz a amamentar, é importante saber como se dá a confluência de todos os aspectos envolvidos no ato de amamentar. Diante disso, aponta que existe um desafio em comunicar-se com a mãe-nutriz, dando-lhe a informação que ela necessita no momento adequado – quando ela está em condições de absorvê-la e aproveitá-la.

Nesse sentido, algumas reflexões podem ser construídas, a partir do conteúdo das falas apresentadas abaixo, cuja vivência relatada pelas mulheres se deu no pré-natal.

“... o médico falava que era importante de amamentar... amamentar ela... que não precisava dar nada pra ela mais. Só o peito e os cuidado que evita quando ta amamentando... as doença que evita pega, né.”

Sujeito 1

“Ah...o médico do pré-natal do núcleo sempre falava que tem que amamentar, que amamentar fazia bem pra criança”

Sujeito 6

Ao ler esses dois depoimentos questionamos: qual a informação está sendo passada? Se essas mulheres já sabem que amamentar faz bem à criança, que sentido essas orientações tiveram para elas? E ainda, que significado tem para a mulher uma orientação médica impositiva? Como tem se dado essa relação profissional de saúde-usuário? Qual abertura para a mulher falar de si e de suas escolhas essa relação permite?

Embora na entrevista não tenhamos explorado mais esses discursos, acreditamos que uma conversa sobre amamentação no pré-natal pode contemplar uma abordagem voltada para o conhecimento que as mulheres

tem sobre amamentação, se já tiveram alguma experiência direta ou indireta, como elas imaginam que será quando forem amamentar seus bebês, e extrair delas elementos que irão construir uma orientação contextualizada e significativa.

Conforme sugere Starfield (2004) quando os profissionais de saúde promovem um diálogo que possibilita estabelecer uma relação com os usuários onde estes se sentem mais livres para colocarem o que pensam e sabem a respeito de sua doença, seus efeitos, seu manejo, e expõem suas necessidades de saúde.

Dessa maneira se terá uma diversidade de informações, de questionamentos que podem revelar muitas situações vivenciadas pelas mulheres e desta forma conheceremos o “mundo” da amamentação de cada uma delas.

Nesta perspectiva entendemos que o profissional poderá fornecer informações em um contexto significativo para o usuário, além de vir a ter necessidade de procurar subsídios para continuar um diálogo significativo, ou seja, o profissional de saúde também se abre para outras formas de produção de conhecimento e de estabelecer processos conversacionais nos quais ambos possam se colocar, e a construção do novo, para um ou para o outro se dará entre e não sobreposta ao o outro.

Outra preocupação é a pouca ou nenhuma abertura para que a mulher manifeste sua decisão em amamentar, uma vez que a orientação médica já decidiu isso por ela: *“tem que amamentar .”*

Verifica-se que o ser humano não é socialmente livre para determinar o que é melhor para a manutenção e o restabelecimento de sua saúde, ou mesmo para conduzir o destino de seu corpo. (Luz, 1996). Pinheiro e Luz

(2005), acrescentam ainda que na verdade, é o médico a figura socialmente legitimada para traçar o destino dos corpos, independentemente da origem do sistema médico que o atende.

Ao considerarmos que a comunicação é a base para o desenvolvimento das ações de saúde e para o alcance dos objetivos propostos (OMS, 1999), questionamos qual tem sido o objetivo proposto nesse processo vivenciado pela mulher. Parece-nos que tal objetivo está mais relacionado à efetividade das ações voltadas para a recuperação, manutenção e proteção à saúde da criança, desconsiderando a mulher como sujeito ativo desse processo.

“...só me orientaram mesmo como fazer... pra ir já passando o próprio leite nos seios... E tomando sol e lavar com buchinha vegetal. (...) eu fiquei com medo de acontecer a mesma coisa que aconteceu com o primeiro e sobre isso eu conversei depois, no hospital depois do parto. (...) no pré-natal eu não consegui conversar porque elas conversaram comigo só pra preparar mesmo!”

Sujeito 4

“a enfermeira do postinho falou era pra mim cuidar do peito, que às vezes rachava...que não era pra mim passar nada no seio, no bico.. essas coisas! Que era pra mim assim, dar banho de Sol. mas eu já sabia, eu vi do outro, né?” (do primeiro filho)

Sujeito 8

Essa leitura sugere algumas reflexões. Primeiro acerca dos cuidados díspares que foram mencionados: passa bucha ou não passa nada? Se essas duas mulheres conversassem sobre esse assunto, possivelmente essa seria uma dúvida pertinente. E qual profissional está correto? Em qual confiar? Ainda mais, como seria se essas mulheres expusessem essa situação contraditória aos profissionais que as orientaram? Não seria interessante nos colocarmos como lidaríamos com essa situação em que a orientação promovida por você entra em contradição com de um outro profissional?

Segundo Giugliani e Lamounier (2004), para promover, proteger e apoiar a amamentação com eficiência, o profissional de saúde, precisa ter conhecimento em aleitamento materno que permita falar e agir nas questões relativas ao manejo, cuidados com as mamas, prevenção e tratamento de traumas mamilares e outras intercorrências oportunas.

Acrescentamos que o manejo envolve lidar com a contradição e nesse sentido voltamos a afirmar que se faz necessário recorrer aos recursos da escuta e fabular situações que possibilitem tecer um significado para ambos. Para caminhar nessa direção faz-se necessário pensar em elaborar perguntas de como essa idéia foi sendo construída. Faz-se necessário lançar mão de recorrer a exemplos de que outras ações foram modificadas na vida, ou seja, poderíamos perguntar o que você fazia que hoje você não faz mais?

Essa estratégia foi aprendida com uma senhora idosa que veio em um encontro de mulheres grávidas e profissionais de um ambulatório de obstetrícia. Esta senhora foi motivada a vir ao encontro, pois usávamos de um recurso de solicitar que as mulheres participantes do curso de gestante, discutir com pessoas que elas conviviam - parentes - amigas - vizinhas e outras pessoas do círculo de amizade, sobre o assunto que elas haviam selecionado para abordarem. Essa iniciativa motivou uma avó a ir à discussão sobre como cuidar do coto umbilical.

Neste encontro a senhora teve a possibilidade de ouvir o quanto o uso de fumo foi comum, inclusive a própria senhora também havia tido essa prática, no entanto ela mesmo lançou para o grupo a seguinte pergunta - Bom nós usamos, mas será que ainda estamos falando do mesmo fumo que usávamos antigamente? Será que as coisas não mudam?

Continua a senhora relatando que ela havia trabalhado em uma cultura de fumo e que na época as folhas que caíam no solo não eram usadas, e sim existia uma separação entre as folhas mais novas e as mais velhas, pois uma era para a produção de charutos para serem vendidos fora do país e a outra – mais velhas para produzir o fumo de corda. Continuando a senhora relata que um dos seus netos trabalhava atualmente na mesma lavoura que ela trabalhou e que hoje mesmo as folhas que se encontravam no chão eram aproveitadas.

Em seguida a essa fala, uma outra senhora coloca a seguinte pergunta – Hoje quando você lê em uma placa de açougue “lingüiça de porco pura” vocês acreditam? Antigamente você podia comprar que era lingüiça de porco pura, hoje a gente sabe que não é pura.

Essa troca provocou outras falas, tipo: antigamente se cozinhava com fogão a lenha e hoje temos fogão a gás. Foi lembrado do escovão para lustrar o assoalho de madeira de residências, o que foi substituído pelo eletrodoméstico enceradeira, e logo a seguir outra pessoa lembrou que mesmo a enceradeira havia sido dispensada com a introdução do piso frio, como piso de revestimento interno de moradias ou mesmo prédio comerciais.

Neste processo conversacional foi possível tecer um significado que ocorre mudanças e estas ajudam-nos a rever nossas condutas, pois outros recursos são colocados a nossa disposição diante de situações que enfrentamos no transcorrer dos tempos. Lembrávamos que assim como ocorreram descobertas de aliviar o trabalho da dona de casa, também foram identificados alguns produtos podem nos expor a riscos de contrair doenças.

A questão do leite fraco com muita freqüência surgia. Recorriamos em recuperar como esse conceito foi construído e a partir destas situações, procurávamos identificar o que mudou, o que era individualizado e ainda como lidar com cada situação de forma a incentivar que esses conceitos fossem expostos. Acreditamos ainda que o manejo de esclarecer se o bebê está mamando ou chupetando e como diferenciar estas duas situações.

Trabalhávamos de forma que as mulheres iam colocando como se dava a situação que levava a construir o leite fraco. Era muito comum dizer que o RN ficava no seio materno em torno de uma hora, uma hora e quinze minutos e ao colocá-lo ao berço, não demoravam mais que dez minutos para iniciar o choro.

Nesse momento lançamos a pergunta – Será que o bebê mamou ou será que ele chupetou? Para os trabalhadores falamos em sucção eficiente e sucção ineficiente. Com esse questionamento lançávamos uma dúvida que muitas mulheres passavam a se interessar como era possível identificar a diferença entre sugar e chupetar.

Para tanto utilizávamos a dinâmica de sucção ao peito e como se reconhecia durante o ato de amamentar. Fazíamos uma explanação e geralmente eram completadas por integrantes do grupo. Outras conseguiam ir colocando outras dificuldades que saiam do campo biológico. Para poder produzir leite bom precisava se alimentar bem e suas condições econômicas não permitiam. Aqui nos víamos diante de uma situação que possibilitava pensar nas diferenças sócio econômicas que o modo de produção capitalista produz e ao mesmo tempo o que seria comer bem? Qual e a referencia de boa alimentação? Como trabalhar com reaproveitamento de alimentos? E uma serie de restrições

eram discutidas neste espaço, inclusive por muitas vezes nos víamos diante de colocações que nos levava a procurar as raízes desses conceitos.

Nesse processo o que consideramos mais oportuno nesta produção trata-se da necessidade de investimento de diversas naturezas para manejar uma orientação sobre o aleitamento materno, orientação esta que possa fazer sentido e não apenas que falemos aquilo que sabemos e consideramos o correto.

E apesar dos órgãos governamentais federais, estaduais e municipais veicularem amplamente recursos e materiais⁴ voltados para profissionais, acreditamos que o treinamento e a capacitação técnica estão ligados também a características individuais relativas a comprometimento, satisfação na atividade que exerce, significado daquele conhecimento (novo), o que vai repercutir sobre a sua prática.

Ainda Giugliani e Lamounier (2004) trazem outras competências que os profissionais devem ter, além dos conhecimentos sobre amamentação, relacionadas à ter habilidade em se comunicar eficientemente com a nutriz, e abordar os princípios básicos dessa forma de atuação, que implica acolher, escutar e ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, responsável, segura e com autonomia.

Nessa outra perspectiva, que considera o saber escutar, capturamos aqui um sinal de escuta formatada – *“não consegui conversar (sobre o medo) porque elas conversaram comigo só pra preparar mesmo!”* – ou seja, não escuta, mas passa as informações “importantes” – *“passando o próprio leite nos seios... E tomando sol”*.

⁴ Promovendo o Aleitamento Materno: MS – 2003, Álbum Seriado Sobre Cuidados na Amamentação: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/ Núcleo de Aleitamento Materno/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – 1997, Guia do treinador aconselhamento em amamentação- um curso de treinamento: OMS/UNICEF - 1997, entre outros.

Reafirmamos: passa as informações “importantes” de modo tão mecanizado (afinal o leite materno é a melhor coisa pra criança, não é?!) e descontextualizado, que essa escuta padronizada não permite apreender o conhecimento que a mulher já possui ao mesmo tempo em que repete informações já adquiridas - *mas eu já sabia, eu vi do outro*” – o que configura em uma aprendizagem não significativa.

Concordamos com Maldonado (1997), quando este afirma que a comunicação pode ser utilizada de maneira adequada ou inadequada, pois não são apenas modos diferentes de usar palavras. Sua utilização adequada envolve mudanças de atitudes e de perspectiva: essencialmente, depende da nossa capacidade de aprender a captar, respeitar e responder ao outro a partir do seu ponto de vista e não apenas do nosso. E quando as usamos de forma mecânica, na tentativa de manipular e controlar os outros, esvaziamos a riqueza do relacionamento e anulamos seus efeitos benéficos, conformando uma aprendizagem não significativa.

“Pelo curso e pela minha vontade eu achei que ia ser muito bom, muito fácil de amamentar. (...) como é a formação do leite. Como era a mama, tinha aquela mama do paninho lá, fazer ordenha, ensinava a fazer higiene, falava pra não tá passando nada, pra não passar bucha, pra só tomar Sol. E era assim, eu seguia à risca !”

Sujeito 9

Nesse caso esqueceram de dizer para a mulher, que num terreno programado e previsível, as coisas podem ser mais bem controladas e até fáceis, e que a amamentação tem vários determinantes envolvidos e por isso está sujeita a oscilações que a configuram como um terreno imprevisível e por vezes impassível de controle. O risco de uma orientação que não contempla as dificuldades que podem acompanhar a amamentação pode resultar, ao orientado, em frustração, culpa e sensação de incapacidade.

Novamente, enfatizamos que a dimensão biológica da amamentação tem sua importância, mas não é única, e como tal, as outras dimensões também precisam ser trabalhadas desde o pré-natal.

Esse tipo de abordagem reflete o paradigma biológico da amamentação, que, apesar de já ter tido sua ineficiência comprovada em seus múltiplos aspectos, continua presente em muitas das práticas de saúde em amamentação, e necessita ser superado por um outro paradigma que contemple as outras dimensões que permeiam o processo de aleitar.

Conforme nos alerta Merhy (2003), os trabalhadores de saúde podem ser potentes dispositivos de mudança dos serviços assistenciais e para que isso ocorra existe a necessidade de se constituir uma nova ética entre estes mesmos profissionais e valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento dos direitos de cidadania em torno da assistência à saúde.

Internação

Para contextualizar a gestante passou pelo pré-natal, entrou em trabalho de parto, internou a ganhou bebê: eis o cenário que estamos. E neste cenário queremos trazer algumas discussões relativas a como tem se dado o modo de atender o outro, atender no sentido de estar atento, de prestar atenção, e neste cenário em particular, atenção à mulher: ex-gestante em transição parturiente-puérpera.

...Que deixou sua casa, sua família, as pessoas que lhe são próximas, as atividades que lhe são comuns e habituais, que está vivenciando um momento ímpar, em um local desconhecido, com pessoas desconhecidas.

No setor das políticas públicas de saúde, Ministério da Saúde (2000), implantou em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

“...ai depois a enfermeira veio, mandou eu tomar banho... ai eu fui lá me dispidi da minha madrasta que ele falou que ia demorar muito.que era perca de tempo se minha madrasta ficasse lá.ai minha madrasta veio embora e eu fiquei lá no hospital...”

Sujeito 1

Este primeiro depoimento nos faz resgatar um direito reprodutivo, antes ainda, um direito de cidadania, regulamentado em dezembro de 2005, através da lei federal 11.108, que garante a presença de um acompanhante escolhido pela gestante na sala de parto.

Uma fala, uma lei, uma assistência. Que assistência? *“ele falou que ia demorar muito... que era perca de tempo se minha madrasta ficasse”* Quem decide o que é melhor? Como é melhor e porquê?

A mulher tem direito, por lei, a ter um acompanhante, não cabendo ao profissional decidir quem é o acompanhante ideal e muito menos as condições que justifiquem a presença do mesmo. Além de que já existem vários trabalhos mostrando a importância do acompanhante na prevenção da ocorrência de problemas e intervenções (Castro e Clapis, 2005).

“... Tinha uma enfermeira lá que falou que se eu não aprendesse a dar banho nela e não aprendesse a amamentar direito que eu não ia embora tão cedo. (...) Oh eu tava preocupada que ela não tava mamando... ela só dormia... então eu tava com medo... será que ela tá bem... porque que ela só dormia... porque as outras que tava lá no quarto... todo mundo chorando e ela só dormindo... e

tinha uma muié lá, uma paciente, que tava me passando medo ainda... que a minha neném se não mamasse ainda ia perder um sei o que lá de sangue né... ia pra UTI lá... pro berçário lá... que podia não sair tão cedo... que eu podia ter alta e ela não, né...”

Sujeito 1

Os profissionais que trabalham com aleitamento materno devem desenvolver algumas habilidades, no sentido de ouvir e aprender, dar confiança e apoio à mulher, e para isso pode, através da comunicação usar expressões como: uso linguagem simples, pouca e relevante informação, dar uma ou duas sugestões, não ordens (OMS, 1997) e podemos acrescentar por conta própria nem coerção.

Sabe o que estamos chamando de escuta formatada? A escuta que não escuta. A escuta que não escuta porque está formatada para dizer o que precisa ser dito, mesmo que não faça muito sentido. Pois tem que ser dito porque é normatizado, porque é o que eu sei, porque é protocolado, padronizado, mas o padrão, não é individualizado, e por isso por vezes, não serve, e por não servir não faz sentido, não tem significado.

Por partes... não escuta: *eu tava preocupada que ela não tava mamando... ela só dormia... então eu tava com medo.* Não escuta porque precisa dizer o que tem que ser dito: *se eu não aprendesse (...) a amamentar direito que eu não ia embora tão cedo,* e ao perder a oportunidade de ouvir e aprender, dar confiança e apoio à mulher, constrói uma orientação repetitiva, descontextualizada, e por consequência, sem significado. Eis a escuta formatada, produzida no pré-natal, e reproduzida na internação.

E não escuta mesmo:

“... no hospital quase ninguém veio conversar comigo né... eu não sei se é porque que estava cheio demais... falaram assim oh: se vira (risos).”

E não contextualiza...

“... tinha uma enfermeira que tava lá sim.... só que assim, ela ia acordava a gente... ..ta na hora de dar mamar pro neném... só que eu já tava acordada... e sempre tentando... ele dormia... eu tentava acorda ele... né... quando ele não queria eu já... ficava tentando... punha o bico na boca dele...”

Sujeito 2

“... aí depois de dois dias, no dia 1º...chegou uma moça lá, uma senhora me dando uma cartilha explicando como amamentava, mas eu já a gente já tava amamentando fazia dois dias!”

Sujeito 3

“... depois que eu ganhei ele, a enfermeira veio e me ensinou a dar o peito pra ele, ... ela falou pra eu pegar todo ...ahn...todo o ...o peito assim, o bico, né, e colocar na boca dele, não deixar ele pegar só o biquinho mesmo, pegar toda...toda a parte e colocar na boquinha dele, foi a orientação que ela deu ...depois veio uma pessoa do banco de leite e falou a mesma coisa, né? Ensinou como dar, a não deixar o peito empedrar, né? E...foi isso que ela falou também.”

Sujeito 4

“A enfermeira veio e já falou comigo... Ah, ela falou que o leite materno era muito importante, tinha as vitaminas, os sais minerais...só que no pré-natal já quando eu tava fazendo, teve uma enfermeira que deu uma palestrinha lá numa sala lá, e ela falou da mama, falou do leite materno também.”

Sujeito 5

E repete informações já ditas, no pré-natal e na própria internação. Esse modo de atender descontextualizado, repetitivo, mecanizado, verticalizado e coercitivo não tem potência para mudar a prática assistencial no processo de amamentação e acaba perpetuando o modelo da amamentação centrado no paradigma biologicista.

“... Ah, me levaram pro quarto, aí depois me deram a criança e pediram pra mim dar o peito pra ele. Mas eu falei que não tinha leite, e falou que tinha que insistir pra puxar pro leite chegar... pra insistir pra puxar pro leite descer senão não descia.”

Sujeito 6

Esse discurso conformado pelo **tem que**, nos faz refletir sobre como a imposição e a verticalidade têm permeado as práticas dos profissionais de saúde e a compreensão que se tem tido sobre o cuidado em amamentação. Embora não tenhamos explorado, em momento algum a mulher relata que alguém ficou ao seu lado, e pensamos o ficar ao lado como um cuidado em amamentação com potência para ajudar a mulher nesse processo, uma vez que ferramentas de interação, acolhimento e ajuda podem ser disparadas.

O uso isoladamente do discurso-passivo, não ativo, normatizado, mecanizado e descontextualizado, nos dá a idéia de uma prática que não apóia a mulher na vivência da amamentação, e reproduz um acesso delimitado por uma escuta, denominada por nós de escuta formatada.

“... a enfermeira falou que eu tinha que tá dando de mamar em duas em duas horas e que era pra mim dar só o leite...só o leite do peito pra ele. Nada de suco, que era pra mim...se os peito tivesse dolorido, se os peito tivesse dolorido ou cheio demais era pra fazer massagem..tirar..tirar o leite de vez em quando... ... ensinou como se pega...como se pega no peito, como é que o nenê ...falou sobre a posição do nenê, como é que o nenê fica pra sugar os peito...essas coisas!

Sujeito 8

Essa fala nos remete às mesmas reflexões levantadas anteriormente no pré-natal: qual a informação está sendo passada? Parece razoável supor que “essas coisas!” tem sido faladas no pré-natal, na internação, no puerpério, que também são importantes, mas tornam-se sem sentido se não se leva em conta a compreensão da mulher sobre essas orientações. Acreditamos que ficar ao lado da mulher enquanto ela amamenta permite uma observação acerca de posição e pega que nos dá maior subsídio para ajudá-la caso haja necessidade, do que simplesmente repetir *como se pega, sobre a posição do nenê*, caso essas informações já tenham sido passadas.

“depois que ela nasceu, a cada 5 segundos tinha alguém me ensinando a amamentar porque eu não tinha nem o colostro. Aí falaram pra me acalmar que eu ia amamentar sim. Eu também sempre falei que queria muito amamentar, sempre tive muita vontade de amamentar ... no meu caso era: se acalma que senão você não vai conseguir relaxar!”

Sujeito 9

“... que lá eles não deixam você ir embora enquanto não estiver mamando só no peito o nenê, né?”

Sujeito 10

Nesses dois depoimentos queremos direcionar nossa discussão sob as lentes da internação em Hospital Amigo da Criança. Pois bem, “a cada 5 segundos...” nos dá a idéia da mobilização dos funcionários, preconizada pela iniciativa, na tentativa de estabelecer o sucesso do aleitamento materno.

Ao considerar que a iniciativa preconiza também o desenvolvimento de esforços para aumentar a confiança da mulher na sua habilidade de amamentar, questionamos se: “... lá eles não deixam você ir embora enquanto não estiver mamando só no peito” é uma boa estratégia para aumentar a confiança da mulher? E mais, a habilidade de amamentar é inerente ou é construída, aprendida? A que custos são os esforços em prol da amamentação? Não ir embora para casa vai favorecer e garantir da amamentação? Que reflexões os profissionais de saúde tem feito a esse respeito?

Onde entra o passo 10: encaminhamento das mães a grupos de apoio ao aleitamento após a alta hospitalar, como forma de articulação entre os serviços – maternidade e unidade de saúde – na perspectiva da atenção e do cuidado ao aleitamento materno? Diante disso perguntamos: não ir embora para a casa é a melhor alternativa?

“... Eu tava há seis dias sem dormir! Que eu fiquei seis dias lá no hospital, né? ... dois dias tendo dor e depois um dia inteirinho que fez a cesária, depois os três dias que eu

fiquei internada, eu não conseguia dormir, porque a dor era forte, não dava nem pra subir na cama, segurar de lado... E ele chorava muito também, né? Tinha que ficar no colo direto, sentada na cadeira.... dava de mamar pra ele a madrugada inteira, eu ficava com ele no peito e só a hora que tomava complemento que ele melhorava. Aí ela: você que tá nervosa, não é o bebê que não quer pegar. Ela me deixou nervosa e daí a pouco ela voltou...”.

Ela falou: toma isso aqui! ... aí ela pegou e falou assim: é um calmante pra você ficar mais calma. Eu falei: eu não vou tomar isso! Aí que eu fiquei nervosa mesmo!... .. Aí eu peguei, saí lá fora e falei com o médico: olha, eu não vou ficar aqui, essa mulher me deixou nervosa, eu não quero que essa mulher fique cuidando de mim e do meu nenê não.

Aí ela foi super mal educada! Já vê que você tá ali sofrendo e ser mal educada de atender mal! Eu falei pro médico ainda, fala pra ela trocar de profissão! Porque ela não tava na profissão certa, não. Aí esse nervoso que eu passei lá por causa dela do jeito que me tratou...

... Tinha uma enfermeira lá que era muito boazinha. Ela esclarecia tudo, as médica...mas tinha umas enfermeira lá que não dava a mínima!

Sujeito 9

Acreditamos que a vivência aqui recortada traz uma arena repleta de discussões e questionamentos. Como muitas das discussões que poderiam ser abordadas já foram trazidas ao longo do trabalho queremos fomentar outras, as quais propiciem mais reflexões. A interação, a medicalização e o passo 5 da IHAC contemplam algumas delas.

Internação

De acordo co Starfield (2004) as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento que facilitam a efetividade da atenção. O desafio para os profissionais é estabelecer um diálogo no qual as preocupações dos pacientes surjam num contexto diferente do questionamento direto. Quando os profissionais solicitam o envolvimento dos pacientes, estes ficam muito mais satisfeitos com a atenção, em um fenômeno que apóia as teorias mais recentes de compartilhamento da interação profissional-paciente, em vez dos antigos modelos autoritários.

Se um profissional não se ativer a correlatos não físicos da doença por não explorar seu significado para o paciente, o resultado pode ser insatisfatório (McWhinney, 1989 – Starfield, pg 305). A forma como as informações são transmitidas aos pacientes e seu envolvimento como participantes ativos no diálogo têm um impacto poderoso sobre o que pensam, como se sentem e como reagem às orientações.

Dessa forma, Leite, Silva e Scochi (2004) enfatizam a necessidade do profissional colocar-se disponível em compartilhar das inúmeras situações que envolvem a experiência de amamentar da mulher, a fim de ajudá-la. Para isso, mostra-se necessária a compreensão da nutriz em todas as suas dimensões do ser mulher.

Leite *et al* (1998) afirmam que na assistência de enfermagem, desde o primeiro contato com o cliente, quando se busca conhecer suas necessidades, até a implementação do plano de cuidados e avaliação, a comunicação é a estratégia que permite compartilhar com a pessoa seus pensamentos, crenças e valores.

Gostaríamos primeiramente de ressaltar o quão indiscutível são os benefícios do AM em seus múltiplos aspectos e há muito temos carregado essa bandeira na busca de atender a mulher que amamenta sob a luz da integralidade e nesse caminhar temos nos deparado, ainda, com produções verticalizadas e práticas descontextualizadas e coercitivas.

Concordamos com Tornquist (2003) que se o aleitamento materno, visto como um dos indicadores da humanização e recomendado por seus defensores se torna uma regra rígida e generalizada, sem mediações, a todas as mulheres, acaba sendo o revês do que pretende.

Vale ainda destacar que normatizações bem-intencionadas, se implementadas de forma descuidada e descontextualizadas, não raro acabam ferindo os próprios princípios relativos aos direitos humanos (França Júnior & Ayres, 2000), o que pôde ser percebido nesse depoimento.

Medicalização

A medicalização se refere às relações entre poder, conhecimento médico, prática clínica e o encontro médico-paciente. Provê a paciente com indicações sobre como se relacionar com seu corpo, aprimorá-lo, regulá-lo, com vistas à promoção da saúde, da produtividade e, em última instância, à manutenção da ordem social (Foucault, 1990).

Cunha (2004) em sua discussão sobre a construção da clínica ampliada, traz uma abordagem acerca da origem da palavra *medicar*, do latim, *mederi*, um verbo que significa pensar ou prestar atenção no outro, e refere que neste nosso mundo saturado de estímulos, prestar atenção no outro no sentido de executar alguns procedimentos para alguém não é tão difícil quanto prestar atenção no sentido de estar atento para o outro, para nós mesmos e para nossas lentes de entender e filtrar valores.

Nessa perspectiva, o depoimento descrito nos faz refletir sobre as produções e reproduções de cuidado que temos construído no intuito de incentivar, promover e apoiar a amamentação. Que leitura nós – profissionais atuantes na área materno-infantil – temos feito a respeito das normas e protocolos estabelecidos nas políticas do aleitamento materno? Como temos diferenciado protocolo e singularidade das mulheres no processo da amamentação?

Compartilhamos com Tornquist (2003), que a obsessão em fazer toda mulher amamentar seu bebê, fruto da apropriação burocrática de normas e rotinas, quando se amalgama à persistência de um imaginário que ainda não livrou as mães do peso da herança higienista, pode facilmente transformar gestos aparentemente humanizadores em atos de violência simbólica, e, no limite, física. As rotinas, quando flexibilizadas diante de variantes socioculturais e pessoais, podem então garantir o que talvez seja a grande contribuição do ideário da humanização, a saber, o respeito aos direitos das mulheres sobre seu próprio corpo e o direito à diferença.

Passo 5 - apoio às mães no puerpério imediato

Poderíamos tecer inúmeras reflexões acerca de como deu o cumprimento desse passo no depoimento em questão. No entanto, optamos por trazer algumas abordagens que se aproximam da configuração de apoio ao aleitamento materno observadas por nós.

Nesse sentido Merhy (2003) traz a seguinte contribuição a qual compartilhamos: um novo modelo assistencial é entendido por nós a partir das diretrizes de Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Autonomização.

Consideramos pertinente a discussão sobre essas diretrizes, a começar pelo acolhimento, entendido como a possibilidade de universalizar o acesso, a escuta qualificada, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários.

Diante das falas:

1 - “Eu tava há seis dias sem dormir”, “lá no hospital”, “dois dias tendo dor”, “ele chorava muito”, “Tinha que ficar no colo direto, sentada na cadeira”, “dava de mamar pra ele a madrugada inteira”, perguntamos: houve escuta qualificada?

2 - “toma isso aqui! ... é um calmante pra você ficar mais calma”, caracteriza uma prática resolutiva?

3 - “Aí ela: você que tá nervosa”, parece uma resposta positiva?

Sobre o Vínculo, este se baseia no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção de cuidado.

“olha, eu não vou ficar aqui, essa mulher me deixou nervosa, eu não quero que essa mulher fique cuidando de mim e do meu nenê não.(...) ela foi super mal educada! Essa fala nos permite dizer que nessa relação falta vínculo e responsabilização.

Quanto a Autonomização, significa ter como resultado esperado da produção de cuidado, ganhos da autonomia do usuário para “viver a vida”.

Já vê que você tá ali sofrendo e ser mal educada de atender mal! Se levarmos em conta a produção de cuidado que permeou essa assistência, podemos dizer que a autonomização está, no mínimo, comprometida.

E após essas discussões queremos voltar e perguntar: como tem se dado o apoio às mães no puerpério imediato? Na prioridade em fazer com que o bebê mame, temos respeitado as dores dos pontos da cesária, da episiotomia e da cólica uterina? Respeitamos o sono, alterado pelo ambiente, pela próprio parto? Como encaramos o fato de uma mulher passar a madrugada inteira dando de mamar? O que temos feitos diante de situações

assim? Entendemos como normal, ou percebemos que essa mulher também precisar descansar, também precisa dormir, precisa ser cuidada?

Como os Hospitais Amigos da Criança estão olhando para essa mulher? Como os trabalhadores de HAC estão produzindo o cuidado pra essa mulher? Eles têm levado em conta a transição gestante-parturiente-puérpera ao seguir as normas ditadas nos protocolos dos seus serviços? Que apoio é esse? Repetimos: que apoio é esse? Até quando vamos seguir normas de protocolos de maneira rígida e descontextualizada e comprometermos a integralidade da assistência?

Além dessas, queremos apontar outra reflexão: esse depoimento trouxe uma conformação singular - a puérpera rejeitou a escuta formatada, rejeitou um padrão que não lhe servia.

Puerpério

Se a amamentação permeia o pré-natal, o parto e o puerpério, é neste último que ela se dá em ato e se constitui enquanto processo. Assim o puerpério apresenta-se como um terreno fértil para os caminhos e descaminhos trilhados ao aleitar, no qual percepções e práticas, vivências e significados, fundem-se e chocam-se em circunstâncias ímpares.

“... mais ou menos uma semana... tirando de manhã e de noite... sem falar que aqueles depósitosinhos de tirar machuca pra caramba... machucou o bico demais... então... eu esperava assim... que alguém pudesse vir aqui ajudar...”

Sujeito 2

Essa expressão de manifestar dor e esperar ser ajudada, representa sujeitos cujos contornos do paradigma da amamentação, ideal, natural não foram delineados, o que não configura a realidade na maioria das mulheres. Representa ainda uma mulher que reconhece seus limites bem como superá-

los através da ajuda de terceiros. Podemos aqui falar da falta de acessibilidade decorrente da ausência de ajuda.

“... no começo ... aí, foi um pouco difícil! ...na questão de amamentar meus peitos tavam muito machucado! Ainda tá um pouco... fazia cara feia, né, mas eu dava! Uma moça lá no Postinho (núcleo) viu na hora que eu tava dando de mamar pra ela, uma...uma enfermeira, aí ela falou também que era pra tomar Sol, mas não tá fazendo Sol, tá chovendo todo dia!”

Sujeito 3

Poderíamos refletir sobre os traumas mamilares e seus cuidados, mas como já são amplamente discutidos e reconhecidos nas literaturas específicas, chamamos atenção para um outro fator explícito: a descontextualização do cuidado, da orientação, que é reconhecida pela própria puérpera: *“mas não tá fazendo Sol, tá chovendo todo dia!”* Não queremos nos aprofundar em discutir cuidados alternativos, como o foco de luz que poderia ter sido oferecido.

Queremos retomar a questão do discurso padronizado. O banho de sol na mamas é um dos cuidados mais recomendados (e indiscutivelmente efetivo) à puérpera, no entanto não é a única indicação e é falado tão rotineiramente, mecanicamente, que as vezes a falta de bom senso antes da recomendação do mesmo. E que ensino produzido foi esse? O que produziu essa orientação além de uma aprendizagem não significativa? Preocupa-nos o cuidado descontextualizado, pois ele suscita a não resolutividade e a descredibilidade dos serviços.

“e tava me machucando... Aí ela pediu pra ver, né? Aí ela falou assim: então! você não pode deixar peito duro, né? Você tem que tirar um pouquinho antes dele amamentar e se for preciso tirar um pouquinho depois, porque se tiver muito leite ele não vai conseguir mesmo! Aí eu comecei a fazer isso, a tirar um pouquinho...e ele passou a mamar bem. Ele parou, né? E sarou meu seio.”

Sujeito 4

Percebemos aqui uma intervenção pontual e resolutive, o que é muito importante, e embora não tenhamos explorado, o discurso não transparece sinais de continuidade. Outra questão importante são as perguntas ou orientações que já apresentam respostas em seu conteúdo.

Acreditamos que uma abordagem que contemple as experiências da mulher deva se dar no sentido de saber como ela tem feito para amamentar seu bebê, como ela percebe que está a mama, para depois identificar se a mama está túrgida ou flácida. Acreditamos que esse tipo de abordagem resulte mais em aprendizagem significativa do que uma abordagem que não explora as experiências vividas no processo da amamentação.

... Ah, eu tou me sentindo ruim porque...é...de duas em duas horas tem que dar de mamar, não dá tempo de fazer nada com ele ... meus dever de casa, né, que é lavar a roupinha dele, que é cuidar do outro, que ele não dá espaço. Ele tá dormindo aqui aí eu ponho lá na cama e começa aquele choro e tem que dar de mamar... Não conversei com a agente comunitária porque foi muito pouco tempo que ela ficou aqui pra gente conversar... ela faz visita de rotina mesmo, toda semana ela vem..."

Sujeito 6

As atribuições da mulher-mãe-nutriz, de cuidar das atividades domésticas, do filho mais velho, da maternagem e do aleitar contribuem para o surgimento de conflitos de diversas ordens, instituídos socialmente pelas desigualdades nas questões de gênero. A expressão “...Ah, eu tou me sentindo ruim” traduz o sentimento decorrente das atividades que ela deixa de desempenhar por viver em função do bebê.

Essa fala põe em foco a reflexão sobre a falta de apoio e de amparo à mulher num período adaptativo no qual se fazem presentes demandas com especificidades e profundidades em graus diversos. E somado a essa questão

um outro fator que podia configurar-se como apoio, aqui, não foi assim configurado: “... *ela faz visita de rotina mesmo, toda semana ela vem...*”

Como já mencionamos anteriormente, apostamos na visita domiciliar enquanto forte instrumento para a construção de um agir pautado pela integralidade das ações, pela responsabilização em relação ao usuário, por uma identidade de equipe, pela continuidade da atenção.

No entanto, observamos práticas rotineiras, mecanizadas e sem co-responsabilização e escuta que demonstram a perda de potência do espaço da visita domiciliar, ao simplesmente visitar por visitar ou visitar para cumprir meta.

E se até então a IHAC apresentava-se como uma política com lacunas nas quais eram pertinentes as reflexões a cerca do modo de produção de cuidados, agora nos deparamos com a política da Estratégia da Saúde da Família, abrindo precedente para as mesmas reflexões.

Concordamos que a ESF possui em sua maioria, diretrizes que norteiam práticas na direção da integralidade da atenção e do cuidado, entretanto se fazem necessários esforços para manter essas diretrizes e ao mesmo tempo identificar e eliminar contornos contrários aos objetivos que a estratégia se propôs.

5.2.1.2.c - Escuta virtual: articulação entre os serviços de saúde

Não importa em que contexto ocorre o encontro entre as pessoas e os membros da equipe de saúde. A possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais envolve um duplo movimento por parte dos profissionais. De um lado, apreender de modo ampliado às necessidades de saúde. De outro,

analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro, de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de imediato e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro. O que nos remete à questão da contextualização. (MATTOS, 2004).

Pré-natal

No município deste estudo, foi implementando o Projeto Nascer, que visa o acompanhamento das gestantes no último mês da gestação, dentro dos hospitais integrantes da rede.

As ações a serem desenvolvidas neste Projeto são: - acompanhar as gestantes a partir da 36^a semana de gestação, encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde, conforme a regionalização; - garantir a internação das pacientes e quando não dispuser de vagas, encaminhar a outra maternidade com vaga confirmada e - atender as urgências obstétricas (RIBEIRÃO PRETO, 1999).

Nessa perspectiva, aos sujeitos que compuseram esta pesquisa, articulação entre os serviços de unidade básica de saúde no pré-natal, foi estabelecida, uma vez que todas fizeram pré-natal na unidade de saúde, e tiveram acesso às maternidades por ocasião do parto.

Essa articulação segue as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) para a adequada assistência à mulher e ao recém nascido no momento do parto, cujas responsabilidades consistem em: atender a todas as gestantes que as procurem; estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto; estabelecer

mecanismos de cadastramento das gestantes no pré-natal, até o 4º mês da gestação e garantir condições para a realização das consultas de pré-natal e de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento.

Internação

Os fragmentos para essa análise foram recortados no momento da alta hospitalar, assim os depoimentos extraídos neste período da internação, revelam os conteúdos, que antecedem a ida do binômio mãe-bebê para casa, abordados nas orientações realizadas pelos diversos profissionais de saúde à puérpera.

“Uma enfermeira falou que era pra eu continuar dando no peito para o neném... que era muito importante... pra eu não parar de jeito nenhum... que o leite sustentava... pra mim ter cuidado... que era pra mim tomar banho de sol... duas vezes ao dia ... e pra ir marcar consulta pra ela... e qualquer coisa voltar lá de novo”.

Sujeito 1

Ao refletirmos sobre estas orientações, novamente deparamos com informações pautadas nas vantagens do AM, e reiteramos, que têm sua importância. No entanto queremos chamar a atenção para uma outra abordagem, também já discutida, na qual o profissional indaga a puérpera se ela tem alguma informação sobre AM, se ela pretende dar de mamar, como vai ser, e a partir de então constrói orientações pertinentes às singularidades apresentadas, de modo que as informações não se tornem descontextualizadas e mecânicas.

Outra sentença que nos faz refletir debruça sobre a oferta da possibilidade da mulher retornar ao serviço - *e qualquer coisa voltar lá de novo*. Acreditamos que essa atitude denota a abertura do serviço em receber a puérpera caso surja alguma necessidade para ser suprida, conformando de

certo modo a co-responsabilização, a garantia de acesso e também a construção de vínculo entre a puérpera com o serviço, uma vez que ela já permaneceu ali por um período e caso precise tem a possibilidade de voltar.

Essa abertura contempla parcialmente o passo 10 da IHAC - o encaminhamento das mães a grupos de apoio ao aleitamento após a alta hospitalar. Dizemos parcialmente porque na orientação não foi utilizado o sistema de contra-referência para a unidade básica de saúde. Nesse sentido há que se refletir sobre os papéis dos serviços de saúde, e também sobre o fato da proximidade entre a unidade básica e a casa do usuário, o que não é necessariamente é o caso do hospital.

Segundo Starfield (2004), os serviços são organizados conforme as necessidades da população e são projetados de forma que existam profissionais e unidades suficientes em cada nível para cuidar das necessidades naquele nível, mas não excedê-lo.

Nessa perspectiva faz-se necessário considerar as necessidades demandadas pela mulher no parto, puerpério imediato (período após a saída da placenta até 2hs) e puerpério mediato (término da fase imediata até o 1º dia) cuja assistência deve ser realizada no nível hospitalar, e puerpério tardio (do 1º dia até 6 a 8 semanas pós-parto), cuja assistência se inicia no hospital e posteriormente predomina na unidade básica de saúde.

Consideramos importante a mulher ter a possibilidade de retornar ao hospital no puerpério tardio, acreditamos que entre outras vantagens, essa é uma forma do serviço avaliar a qualidade da assistência prestada.

No entanto não se justifica o seguimento do puerpério tardio (salvo sob indicação, como por exemplo, complicações que necessitem reinternação) pelo serviço hospitalar, uma vez que as demandas desse período, após a alta devem ser assistidas pela unidade básica de saúde (puericultura da criança e puerpério da mãe, teste do pezinho, vacinação da criança e da mãe, cuidados com a mama puerperal e atenção e cuidado ao do aleitamento materno, entre outros).

“que era só pra dar o leite materno...até os seis meses...de seis a dois anos, né, que eles falam. E... isso aí pra pôr o peito no Sol e pôr ela pra tomar Sol, só!”

Sujeito 3

“Falou que era pra mim continuar dando só o peito pra ele e... e cuidar da rachadura do peito, que às vezes dava rachadura que não era pra mim passar óleo, quer dizer, que não era pra passar em redor do peito, que era só o próprio leite mesmo... pra evitar rachadura... e de vez em quando dar banho de Sol.”

Sujeito 8

Parece-nos que estamos diante da construção do ritual da alta: vantagens do AM, banho de sol nas mamas e no RN, e só. Se não for na alta, qual o melhor momento para se fazer a contra-referência? A puérpera vai para a casa, não está mais no hospital, assim, esse serviço já cumpriu seu papel, e sua responsabilidade se encerra ali – na alta.

Onde está a co-responsabilidade? A continuidade da atenção? Ou a mulher no puerpério não tem demandas e necessidades que devem ser atendidas nos serviços de saúde? Nos casos em que os traumas mamilares se fazem presentes na internação, não seria imperativo uma articulação com

a unidade básica de saúde a fim de dar suporte à puérpera que vai para casa já com necessidade de cuidados/intervenção?

Observa-se, então, nestas análises, a importância da construção de espaços de articulação, negociação e organização dos serviços, para o estabelecimento ou o funcionamento de uma rede regionalizada e hierarquizada das ações de saúde direcionadas à mulher, no sentido de dar continuidade à assistência que ela necessita nessa fase do ciclo gravídico-puerperal.

“...que era pra dar o peito, só o peito... aí ela falou pra mim dar o aleitamento materno exclusivo. Só que...sempre tinha o complemento dele de três em três horas lá. Era um pouquinho, mas tinha.”

Sujeito 10

Para uma melhor reflexão dessa fala, vale retomar a vivência dessa puérpera antes da alta e trazer novamente um recorte da sua internação: seis dias internada, sem dormir, com o bebê direto no colo, com dor nos pontos da cesária, oferecimento de um calmante, uma interação enfermeira-puérpera marcada pela medicalização, descontextualização e insatisfação desta para com aquela, cuja resultante foi a rejeição da puérpera ao padrão de assistência que não lhe serviu.

Na alta, observa-se uma orientação totalmente descontextualizada - *aí ela falou pra mim dar o aleitamento materno exclusivo. Só que...sempre tinha o complemento dele*. Como fica a autonomia dessa mãe em relação à amamentação? E sua segurança? A co-responsabilidade? Outra situação na qual impreterivelmente a contra-referência deveria ter sido feita. Aqui fica evidente o ritual da alta hospitalar e a fragmentação da IHAC através do não cumprimento do passo 10 proposto pela iniciativa.

Na busca pela solução dos problemas demandados pelas análises, observa-se, nas falas das puérperas, a ênfase em construir espaços de negociação, articulação e organização dos serviços e ações de saúde, priorizar as necessidades existentes, com o intuito de garantir o apoio na atenção e no cuidado ao aleitamento materno.

Puerpério

Pinheiro e Mattos (2006) apontam que ao se criar um sistema de referência e contra-referência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contra-fluxo e de informações gerenciais e tecnocientíficas, sobretudo é necessário o reconhecimento de que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado.

“... eu que fui lá no núcleo... eu até estranhei porque olha pro ‘ce vê que a minha vizinha teve né... e veio... as pessoas que passa nas casa, né... e não veio ninguém na minha casa... até hoje... ta com 42 dias já... não veio ninguém ainda... sempre eu fui, mas tudo eu que procurei eles lá. Eu fui para marcar a consulta dele, né... eu até já fui na primeira consulta e pra marcar pra mim também...”

Sujeito 2

As reflexões que surgem dessa leitura levantam questionamentos sobre a ausência da coordenação⁵ da atenção, falha na comunicação entre serviços, a indicação de desresponsabilização, a individualidade e a singularidade da situação desta mulher, que, conforme pode ser observada no depoimento seguinte, não foi considerada no puerpério.

⁵ De acordo com Starfield (2004) a Coordenação da atenção pode ser assim compreendida: mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes, e que, portanto têm pouco diálogo entre si.

“Assim... eu fui né, na no núcleo... falei pra eles que eu tinha muito leite... eu queria doar o leite... ela falou assim... nossa que ótimo... que bom... porque eu já tinha esterilizado dois bico... tinha enchido e tinha colocado no meu “frizzo” porque eu disse: vão vê, se eles quise eles já leva esse leite... e fui atraís pra ver como é que era a doação... só que elas falaram pra mim que tinha que ir em algum prédio... que eu tinha que fazer uns exame... eu falei: não vai dar pra mim... porque eu tinha que pegar ônibus... então eu falei: pra mim vai ser difícil... ir atraís disso... com bebe novinho de dieta... então eu achei que a doação ele iam vir na minha casa... que eles iam é, trazer os frascos... que ia ser aqui comigo... mas pra mim ir lá ia ficar difícil... Não doe... foi tudo jogado fora... pra mim foi uma tristeza... porque do meu primeiro foi a mesma coisa... aí eu falei: se eu tiver outro eu vou doar... então quando ela falou isso pra mim... eu falei então pra mim assim não vai dar... porque vai ficar difícil... então foi tudo jogado fora.

Sujeito 2

O Banco de Leite Humano do município em estudo foi designado pela Secretaria da Saúde do Estado como Centro de Referência do Estado de São Paulo nas áreas de abrangência das Divisões Regionais de Saúde e passou a representar todos os bancos de leite do interior. Dentre suas atividades destacam-se as ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, treinamento de profissionais para o exercício de atividades assistenciais, coleta do leite materno doado, processamento, controle de qualidade e distribuição.

Ficamos nos perguntando como o episódio relatado neste depoimento pode acontecer num município que possui um banco de leite que é centro de referência e que possui serviço de coleta (isso sem falar na coleta que também pode ser feita pelos bombeiros do município).

Entendemos que a ocupação dos espaços de articulação e integração, com a participação dos atores sociais, que venha definir uma agenda que priorize intervenções e respostas aos problemas de saúde possam promover a equidade do acesso, o que não foi conformatado nesse serviço, uma vez que a assistência apresentou-se fragmentada, com falhas na escuta e na coordenação.

Ao invés de equidade de acesso, podemos falar em ausência de acesso, ausência de articulação entre os serviços, uma articulação que não saiu da esfera legislativa, que na prática ainda é insipiente. Ao nosso ver, os serviços não têm conversado entre si, não existe quem fala, não existe quem escuta, assim, a articulação entre os serviços é rara, e a escuta entre eles configura uma escuta virtual.

“ no começo foi um pouco difícil! ... na questão de amamentar meus peitos tavam muito machucado! Ainda tá um pouco. (...) se eles tivessem vindo aqui quando cheguei, que o peito tava machucado não ia resolver! Porque não pode passar remédio, não pode passar nada! Então ia ter que agüentar a dor sozinha! Esperar.”

Sujeito 3

Essa fala dá indícios de uma série de fragmentações. Primeiro, ela saiu da maternidade com trauma mamilar. Segundo, ela não recebeu visita domiciliar logo após o retorno para a casa. Terceiro, a abordagem relativa aos cuidados com a mama não possibilitou autonomia para o autocuidado, criando a puérpera sua própria lógica medicalizada, e não resolutiva.

Esse conjunto de fatores implica na necessidade de priorizar o sistema de referência e contra-referência, instituir uma política de visita domiciliar à puérpera entre o primeiro e segundo dia após a alta hospitalar, bem como rever a produção de cuidado na atenção ao aleitamento materno, de modo a permitir os direitos humanos e o direito de escolha, a horizontalidade, a abordagem contextualizada e significativa, resolutiva, norteadas pelo vínculo e pautadas na integralidade.

“A consulta no hospital com 13 dias foi muito boa pelo fato de que olharam ela, pesou, viu que tava perdendo peso teve bastante orientação a respeito de amamentação, só que o fato que... é que ela queria que eu amamentasse sem o intermediário. até conversei com a enfermeira do Núcleo, que como ta muito ferido eu ia perder todo o trabalho que eu já tou fazendo com a enfermeira do núcleo. Tá dolorido ainda, só que o fato é que ela não tá querendo pegar mais o intermediário pela facilidade da mamadeira. Triste porque ela não quer pegar. Ah! Tá que ela vai acabar desmamando de mim mesmo pelo jeito.”

Sujeito 9

Enriquece a discussão sobre esse depoimento ao lembrar que essa puérpera, quando foi gestante, foi ao curso de gestantes todos os meses no postinho, e mais *“Pelo curso e pela minha vontade eu achei que ia ser muito bom, muito fácil de amamentar”*, e durante a internação o leite não descia, mas era pra ela ter calma, e após a alta (com uma amamentação não estabelecida) ela procura o hospital, é barrada e só consegue entrar por utilizou a portaria lateral.

No entanto, pela sua pró-atividade e pela sua necessidade, a puérpera procurou o hospital e procurou o núcleo de saúde do seu bairro. Essa procura gerou cuidados, intervenções, direcionados pela desarticulação, pela escuta virtual. E o que podia se configurar como apoio se configurou como choque de intervenções, no uso ou não do intermediário.

Outro fator relevante é o emocional, permeado de tristeza e frustração, uma vez que foi desencadeado pela expectativa de uma amamentação fácil no pré-natal, difícil e complexa na internação e puerpério. Ao fator emocional soma-se o fator serviços e profissionais de saúde, e a forma como foi

conduzida a assistência, fragmentada, desarticulada e descontextualizada. Como produto, a não resolutividade.

Nessa perspectiva chamamos a atenção para a urgência na mudança de certas práticas de saúde, da interação entre serviços/profissionais/usuários, da necessidade de transformação do modelo de atenção, da incorporação de princípios, valores e diretrizes que produzam uma assistência mais humanizada, pautada pela integralidade.

Compartilhamos com Pinheiro e Mattos (2006) que as necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta, a procura de vínculo, a necessidade de maior autonomia no modo de andar a vida, ou mesmo, ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida e essas necessidades precisam ser de alguma forma, escutadas e traduzidas pela equipe.

Assim a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. (PINHEIRO E MATTOS, 2005)

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas vezes tivemos a sensação de estarmos falando de novo a mesma coisa. Nossas inquietações sobre a mudança de paradigma na amamentação e sobre a mudança de modelo de atenção na saúde nos remeteram, impreterivelmente, a uma viagem no tempo na tentativa de resgatar o processo histórico a respeito dessas mudanças. Estar diante do fato que ainda cometemos os mesmos “erros” após tantas discussões, conhecimentos e propostas de mudança gerou alguns vazios.

No entanto, os vazios foram superados pelas inquietações que fomentaram (e fomentam) uma incansável busca do modo de fazer e produzir a saúde que queremos e acreditamos. Nessa, insere-se a busca pela forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. (MENDES, 2002)

Insere-se a mulher, que historicamente, saiu da casca, ou melhor, que saiu de casa e ganhou o mundo, o mundo até então dos homens, e tamanha evolução feminina, ainda não conseguiu ser acompanhada pela humanidade.

Insere-se também, o aleitamento materno, arena de discussões, significados e representações. Atravessar o biológico, passar pela política, pela sociedade e suas culturas, ritos, crenças, seus valores e sua moral, e alcançar o holístico tem sido um grande desafio. Vislumbrar (verbo intransitivo) que o sujeito – mulher – antecede o ato – amamentar, apreender que o sujeito, todo e inteiro, tem algo da relação, da expressão, da interação,

com ele mesmo, com os outros sujeitos, no mundo e com o mundo, consiste noutro grande desafio.

Este estudo, que tem como seu fio condutor, a integralidade da atenção e do cuidado, ao olhar para este cenário avistou caminhos e descaminhos. Os descaminhos têm apontado impasses, resistências, e até “incapacidades” em romper com o paradigma cartesiano¹ do século XVII, a abordagem mecanicista e higienista do século XVIII, com o paradigma médico hegemônico, com o paradigma biológico da amamentação.

Modelos assistenciais nas bases anteriormente mencionadas, conforme nos alertam Merhy e Franco (2000), não têm potência para mudar a lógica interna dos processos de trabalho e acabam ou por ingenuidade ou por ideologia perpetuando o atual modelo assistencial.

Concebemos como muito complexas todas essas proposições, não cabendo então ‘receitas prontas’, respostas únicas ou soluções imediatas. Compartilhamos com Merhy (1997) que apesar de todas as propostas de mudança no sistema em vigor, tem sido difícil transpor o paradigma hegemônico na saúde. Tal sistema tem funcionado burocraticamente, enrijecido, com profissionais descapacitados no lidar com a população e desmotivados por diversos motivos, os quais são muito complexos e nem

¹ A partir dos séculos XVI e XVII, foram as ciências em geral, e a medicina em particular, bastante influenciadas pelo pensamento dos grandes gênios da época, dos quais destacamos, René Descartes (1596-1650), o pai do racionalismo. Descartes desenvolveu o método científico racional dedutivo, é o criador da geometria analítica e defendeu o dualismo da natureza, isto é, a matéria (res extensa) e o pensamento (res cogitans), o que contribuiu para a diferenciação entre corpo e alma do ser humano, ambas sob o amparo de Deus, cuja existência ele demonstrou. Distinguiu duas fontes de conhecimento: a intuição e a dedução e afirmou que todo conhecimento humano depende da razão ou do pensamento e não da sensação ou da imaginação. Em seu livro *Regulae ad Directionem Ingenii* (1628), estabeleceu 4 regras fundamentais para o raciocínio: 1. Não aceitar nada como verdadeiro, a menos que seja evidente por si; 2. Dividir os problemas em suas partes mais simples; 3. Resolver problemas evoluindo do mais simples para o mais complexo; 4. Reavaliar a razão. Por último, considerou que todos os corpos materiais, incluindo o humano, são como máquinas, cujo funcionamento obedece a princípios mecânicos. A seguir, foi Isaac Newton (1642-1727) quem consolidou o método racional dedutivo de Descartes ao criar os princípios da mecânica - e assim surgiu o paradigma cartesiano-newtoniano. Este paradigma, portanto, se caracteriza por propor uma visão mecanicista do conhecimento, composto de várias partes menores que se unem e se entrelaçam. Para entender o funcionamento da máquina, é preciso desmontá-la ou dividi-la em suas partes. Isto é, fragmentar para conhecer.

sempre ficam explícitos, sendo os mais evidenciados a falta de reconhecimento financeiro e profissional, desaguando com isso num sistema autoritário, segmentado e descapacitado para um novo modelo de assistência à saúde.

No que tange o aleitamento materno, o modelo de atenção ainda tem (re) produzido a educação sanitária, desenvolvida mediante ações autoritárias e verticais que levaram as mães obedecerem às prescrições, sem conhecer o saber que as fundamentava (BADINTER, 1985).

Nas falas que compuseram essa pesquisa, esse modo de produzir cuidado, foi sendo percebido através de práticas descontextualizadas e coercitivas. O seguimento de regras rígidas e generalizadas, sem mediações, implementadas de forma descuidada e descontextualizadas colocou em evidência a falta de escuta, ou o que aqui denominamos, escuta formatada.

As práticas descontextualizadas mostraram-se abastadas de ausência de diálogo, a escuta não era utilizada, a fala da mulher não valorizada, a mulher não era percebida como sujeito. Nesse momento da pesquisa, pôde ser evidenciado o predomínio do discurso da amamentação baseado nas vantagens, centrado no biológico e na obsessão em fazer toda mulher amamentar seu bebê como fruto da apropriação burocrática de normas e rotinas.

No recorte dos depoimentos, as políticas públicas IHAC e ESF que foram destinadas para incentivo à amamentação através de rotinas hospitalares consideradas facilitadoras do aleitamento materno, e para o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os moradores, co-responsabilização e práticas de saúde humanizadas e que busquem prestar atenção integral, contínua e comprometida em dar resolutividade, respectivamente, apresentaram lacunas, fragmentos.

No contexto dessas políticas, gostaríamos de chamar a atenção para o apoio que tem sido reproduzido à mulher no puerpério imediato e alojamento conjunto, bem como a visita domiciliar, realizada de rotina sob a implicação do cumprir a meta.

Percebe-se que grande parte das ações e programas governamentais ainda mantêm-se presos a modelos verticais e unidirecionais de transmissão do discurso oficial e tendem a limitar os diferentes sujeitos individuais e coletivos no papel "imóvel" de público-alvo. (ABRASCO, capturado em 25/11/06)

Essas reproduções nos fazem refletir sobre uma prática fragmentada, descontextualizada que não apreende a mulher enquanto sujeito. Acreditamos que reproduções dessa natureza contribuem para a descredibilidade do serviço, pois simplesmente não atingem o objetivo a que se propuseram, de apoiar e de transformar a prática, cristalizando ainda mais o modelo vigente.

Percorrendo ainda os descaminhos, as vozes das puérperas deixaram evidente o ritual da alta hospitalar, através do discurso mecanizado, da (des)continuidade, (des)co-responsabilização e do não uso do sistema de referência e contra-referência. Ao invés da equidade de acesso observamos ausência de acesso e ausência de articulação entre os serviços, uma articulação que não saiu da esfera legislativa, que na prática ainda é insipiente.

Estes resultados nos convidam a refletir sobre tal conjuntura. Ao nosso ver, os serviços não têm conversado entre si, não existe quem fala, não existe quem escuta, assim, a articulação entre os serviços é rara, e a escuta entre eles configura uma escuta virtual.

Observa-se, então, nestas análises, a importância da construção de espaços de articulação, negociação e organização dos serviços, para o estabelecimento ou o funcionamento de uma rede regionalizada e hierarquizada das ações de saúde direcionadas à mulher, no sentido de dar continuidade à assistência que ela necessita nessa fase do ciclo gravídico-puerperal e garantir o apoio na atenção e no cuidado ao aleitamento materno.

Esse conjunto de fatores implica na necessidade de priorizar o sistema de referência e contra-referência, instituir uma política de visita domiciliar tão logo a puérpera retorne para casa, bem como rever a produção de cuidado na atenção ao aleitamento materno, através de uma abordagem horizontal, contextualizada e significativa, resolutiva, norteadas pelo vínculo, pela escuta e pautada na integralidade.

Em uma de suas dimensões, a integralidade pode ser tomada como fruto de uma articulação de cada serviço, seja ele um centro de saúde, uma equipe de saúde da família, um ambulatório de especialidades ou um hospital (Pinheiro e Mattos, 2005). Os mesmos autores afirmam que as políticas pautadas pela integralidade tomam os sujeitos como tais, não negligenciando seus direitos nem seus desejos.

E é a existência dessa e de outras dimensões da integralidade que tem nos dado coragem para trilhar nos muitos descaminhos ao mesmo tempo em que amplia nossas perspectivas para seguirmos novos rumos por outros caminhos.

Nos caminhos percorridos ao longo desse trabalho foram ficando claros os contornos de um modo de estar atento ao outro e de produzir cuidado que apontam para a construção de um espaço em conquista e potencial para transformação.

Os depoimentos das puérperas puseram em foco valores, atributos e diretrizes que possibilitam que os outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde. Uma das configurações desses valores que queremos refletir é a escuta.

Recortes das falas das mulheres demonstraram a presença de uma escuta por parte do profissional de saúde, incorporada de abertura, vínculo e liberdade de expressão, no qual a mulher-gestante compartilha o andar de sua vida e tem oportunidade para conversa sobre tudo, inclusive de sua vida pessoal.

Acreditamos que em circunstâncias como esta em que o profissional de saúde possibilita a escuta, abertura para o diálogo, conversa e apoio, temos a construção de um paradigma na atenção e no cuidado ao aleitamento materno permeado pela integralidade – onde a ferramenta escuta, incorporada por esse princípio – se qualifica como escuta ampliada.

Outro atributo que pudemos apreender através da escuta ampliada, foi a interação. Desenvolvida horizontalmente, possibilitou a construção de experiências de reflexão conjunta, educação mútua e produção compartilhada de significados, no aprender a ouvir o outro e produzir aprendizagens significativas e contextualizadas. Além dos profissionais, também os serviços se conformam em um espaço aberto, próximo, que não só físico, mas de pessoas, equipe de trabalhadores de saúde, no qual a gestante tinha oportunidade de ir, conversar, perguntar e expor dúvidas.

Os profissionais demonstraram na prática a incorporação dos direitos reprodutivos e humanos, uma vez que ofertaram, sem imposição, restrição ou regulação, a analgesia e o acompanhante, durante o trabalho de parto. Essa atitude nos faz refletir sobre um profissional que reconhece o outro

enquanto sujeito, que tem dor, que tem direitos e que tem escolha e que pode ser acolhido por ele, profissional, através de dispositivos que vão além do saber técnico.

Merhy (1998) refere que a solidariedade está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode mostrar-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário. Para o autor, o profissional de saúde, como produtor de atos de saúde, como operador de cuidado, deveria ser capacitado para atuar no terreno das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos.

Acreditamos que além dos recursos físicos e humanos, a possibilidade da escuta, do diálogo, da responsabilização, e do vínculo conforma uma das características da acessibilidade, configurada pelo acolhimento.

O acolhimento se aproxima muito daquilo que nós temos chamado a atenção do que se configura o apoio, por incorporarem valores da ordem da integralidade na qual a escuta ampliada também emerge como ferramenta em potencial para possibilitar a incorporação desses valores na prática cotidiana.

Nessa perspectiva acreditamos que o apoio ao aleitamento deva ser construído tendo como fio condutor a integralidade, e que sua configuração incorpore também na prática, o acolhimento e a escuta ampliada, como instrumentos para solidificar esse apoio.

A mulher no ciclo gravídico puerperal apresenta demandas específicas e singulares. Necessidades ímpares, que podem se manter ou alterar em cada fase. Acreditamos na escuta ampliada como importante ferramenta para disparar o apoio na atenção e no cuidado ao aleitamento materno. Apostamos que a conformação do apoio ao aleitamento materno não tem

uma exatidão de conceito, mas uma pluralidade de significados atrelados às dimensões da integralidade a serem apreendidas e incorporadas.

Nessa perspectiva a demanda complexa e singular da nutriz precisa ser escutada, valorizada, traduzida e atendida nos serviços de saúde. O processo de transformação está em movimento. A construção de espaços com potências para transformar o modelo assistencial e importantes ferramentas a serem apreendidas, incorporadas e aplicadas têm demonstrado que a integralidade é um caminho possível.

Os modelos assistenciais para a saúde têm fortes determinações que devem ser analisadas para perceber o quanto uma proposta tem potência real para romper com velhos dogmas e tradições das práticas em saúde inaugurando um novo tempo. (MERHY, 2000).

As estratégias que vem sendo implementadas na perspectiva de materializar as políticas de saúde vislumbrando a consolidação dos princípios da atenção primária à saúde na direcionalidade do SUS precisam ser desvendadas pelos profissionais de saúde, de forma que aqueles que tem potência e compromisso com o referencial do SUS possam entender a importância de seu papel e através de “pequenos” atos.

Nesse sentido cabe uma reflexão para explicitar de modo mais simples o estamos chamando de “pequenos atos”, por exemplo para ampliar a possibilidade da atenção à mulher e à criança. Ou seja, será que se não for possível em todas as altas da maternidade comunicar a rede básica, não seria necessário identificar prioridades e fazer uso do telefone e fazer contato com profissionais de Unidades Básicas de Saúde e ou Equipes da Estratégia da Saúde da Família para a continuidade da atenção? Dando continuidade à essa

reflexão, não seria necessário mais uma vez, usar o telefone para buscar alternativas para demandas que de imediato não temos respostas – como, por exemplo, onde e como receber e encaminhar o leite materno ordenhado?

Essas discussões convidam a refletir sobre transformar nossas orientações, lançar mão da escuta ampliada que se inicie como uma possibilidade da mulher colocar suas experiências, seus medos, suas angústias e a partir desses aspectos processar um diálogo que faça sentido e não que seja uma escuta formatada, no qual o profissional fale aquilo que sabe e quer falar para o outro.

Acreditamos que entre as estratégias utilizadas e outras que venham a ser propostas precisamos, visando estabelecer uma outra produção nos serviços de saúde, lutar para que se incorpore e mesmo sejam previstos recursos, inclusive financeiro para aprendermos lidar com processos conversacionais, onde o diálogo processe o espaço entre os sujeitos e não que um se imponha sobre o outro.

Não estamos retirando a importância de se propor protocolos, estabelecimento de critérios técnicos e outros recursos que incentivem a mudança, mas defendemos com muita segurança que a mudança da lógica de produzir as ações de saúde, passa por investimentos em estratégias que possibilitem os trabalhadores de saúde e os usuários (re) verem conceitos, condutas, e buscarem estabelecer relações que permitam se sentirem que o diálogo se dá entre humanos. E desta forma reafirmamos que pouco potencia terá as reformas que se circunscrevem em mudanças estruturais e não incorporam recursos que operem nas tecnologias das relações, inclusive das relações de natureza da educação em saúde, entre trabalhadores e entre estes e usuários.

Toda ação que esteja nesta direção precisa ser reforçada e desta forma também queremos deixar registrado a energia para continuarmos acreditando na capacidade de mudança dos trabalhadores quando encontramos em vários momentos, nos relatos das mulheres deste estudo a produção de saúde pautado no apoio, no cuidado. Vamos continuar nessa labuta , nesse sonho.construir, (re) construir sempre.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, disponível em> <http://www.abrasco.org.br/GTs/GTComunicacao/main.htm>

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.

ARAÚJO, L. D. S. **Querer/poder amamentar. Uma questão de representação?** Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

ARANTES, C. I. S. **O Fenômeno Amamentação: uma proposta compreensiva**. Ribeirão Preto, 1991, 86 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 5 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985, 370 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Antero, L.; Pinheiro, A. São Paulo, edições 70, 1979.

BOLTANSKI, L. **Prime Éducation er Morale de Classe**. Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales/Mounton, 1984. 152p. (Cahiers du Centre de Sociologie Européenne n° 5).

BORGES, C.C, **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. Dissertação de Mestrado Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), 2002

BOWLBY, J. Apego. In: _____. **O vínculo da criança com a mãe: comportamento de apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco**. Manual técnico, 3ª ed. Brasília, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Municipal da Saúde. DATASUS. SIAB. **Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2005 de janeiro a setembro**. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Municipal da Saúde. DATASUS. SIAB. **Série histórica das informações de saúde analisada no período de janeiro a setembro de 2005.** 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde. **Portarias GM/MS nº 2.816.** Brasília. 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevalência de Aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.** Brasília, 2001 [Relatório de Pesquisa]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programas e Projetos- Saúde da Família.** Brasília, 1998, disponível em >[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília, 1996. mimeo.

BUENO, W. S., MERHY, E. E. **Norma operacional básica e modelo tecnoassistencial em saúde.** Campinas. 1997. mimeo.

BRETAS, A. J. F. **Dissertação inaugural sobre a utilização do aleitamento maternal e os inconvenientes que resultam do despreparo deste dever.** Rio de Janeiro, 1838. 28f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil.

BUKULMEZ O, DEREN O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 2000; n.88, p207-12.

CAMPOS, G. W. S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para o debate. In: CAMPOS, G. W. S; MERHY, E. E; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas.** São Paulo, HUCITEC, 1989, cap.4, p.53-60.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1994, p. 29-87.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**, São Paulo, Cultrix, 1982

CARVALHAES, M. A. B., CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2003.

CASTRO, J.C.de; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 novembro-dezembro; v.13, n.6, p.960-7.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

CUNHA, G T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DONABEDIAN A. The assessment of need. In: DONABEDIAN A, editor. **Aspects of medical care administration**.Cambridge: Harvard University Press;1973. p. 58-77.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627 – 637, 2005.

Diniz C.S.G.**Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**.Dissertação(Mestrado).Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. 1997

DONZELOT, J **A Polícia das Famílias**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. 209p.

ESTERIK, V. P. **Amamentação e Segurança Alimentar**. Activity Sheet .WABA.1998, disponível em> <http://www.aleitamento.org.br>. Capturado em 2003.

FEKETE M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Organização Panamericana da Saúde.OPAS. **Desenvolvimento gerencial de unidades de saúde do distrito sanitário** - projeto Gerus. Brasília; 1995. p. 177-84.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, nova Fronteira, 1993.

FOUCAULT M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1990.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-line /<http://www.datasus.gov.br/cns/> capturado em 27/10/1999.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY E.E.. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil **Cadernos de Saúde Pública**, 1999, v.15, 2ed, p.345-353.

FRANÇA JÚNIOR, I. & AYRES, J. R. C. M., 2000. **Amamentar é um direito humano?** São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo/Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - São Paulo/ World Alliance Breastfeeding Action. (mimeo.)

GIUGLIANI, E.R.J.; LAMOUNIEJOEL A. R Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde 0021-557/04/80-05-Supl/S117. **Jornal de Pediatria**, 2004 by Sociedade Brasileira de Pediatria.

GODDARD M, SMITH P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK.Soc Sci **Med** 2001 n.53, p.1149-62.

GOLDENBERG, P. Consumo e reprodução social - o desmame precoce na perspectiva do marketing do leite em pó num país subdesenvolvido. In: **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas/São Paulo, 2 ed., UNICAMP/Cortez, 1989.

GIFFIN, K. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, abr./jun.1991.

HAIDAR, F. H.; OLIVEIRA, U. F. 1 0 2 6 & NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1025-1029, jul-ago, 2001.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2002**. Rio de Janeiro: IBGE. 2002.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios** - PNAD 2002. Rio de Janeiro: IBGE. 2002.

IBFAN/UNICEF. **A saúde no município: organização e gestão**. Série Saúde e Município. Rio de Janeiro. 1992.

JAVORSKI, M., SCOCHI, C. G. S., LIMA, R. A., Os Programas nacionais de Incentivo ao Aleitamento Materno: uma Análise Crítica. **Pediatria Moderna**, 1999.

JUNQUEIRA, S.M. **Sentimentos, percepções e necessidades da parturiente na sala de parto**. São Paulo-SP. Escola de Enfermagem da USP; 1987.

LACERDA, A,VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no Cuidado á saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS R.A, (Orgs) **Construção da Integralidade :cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ- ABRASCO; 2003.p.186.

LAMINOIER, J. A., LEÃO, E. Estratégias para aumentar a prática da amamentação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2003.

LAMINOIER, J. A. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. **Rev. Ass. Méd. Brasil**, v.44, n.4, p.319-24, 1998.

LEITÃO, L.R.G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. CEBES. **Saúde em Debate**, n. 47, p. 46-49, 1995.

LEITE AM, GONÇALVES R, STEFANELLI MC, BONADIO IC. Jogo educativo na orientação grupal de puérperas em alojamento conjunto: uma estratégia de educação para a saúde. **Texto & Contexto Enfermagem** 1998; v.7, n.3, p.59-72.

LEITE, A.M.; SILVA, I.A.; SCOCHI, C.G.S.. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**., Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, 2004.

LOYOLA, M. A. Et al. **Amamentação e desmame**: um estudo de puericultura na baixada fluminense (Relatório de pesquisa apresentado ao Fundo Nacional do Ministério da Saúde, Instituto de Medicina Social: UERJ) Rio de Janeiro, 1979 (mimeo).

LUZ, MT. **A arte da cura versus a ciência das doenças. A história social da Homeopatia no Brasil** (1840-1990). São Paulo: Dynamis Editorial, 1996

MALDONADO MT. **Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir**. 22ª ed. São Paulo-SP, Saraiva; 1997.

MARIOTTI H. Um método de reflexão conjunta e observação compartilhada da experiência. São Paulo. In: **Thot. Diálogo**. São Paulo: Associação Palas Athena do Brasil; 2001. n.76

MATTHAI, J. The brasilian national breastfeeding programe. **Assignment children**, Boston, v. 61, n. 62, p.225-47, 1983.

MATTOS, R.A de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v.20, n. 5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 Nov 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500037.

MATUMOTO,S; MISHIMA, S.M., FORTUNA, C.M., PEREIRA, M.J.B. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm.** May. 2002.

MARQUES, M. B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R. **Saúde e Medicina no Brasil:** contribuição para um debate. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

MEIRELLES, S. J. S. **Vantagens do aleitamento materno.** Rio de Janeiro, 1847. 30f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade Nacional do Brasil.

MENDES, E. V **Distrito Sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2 ed, São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E. & FRANCO, T. B., 2000. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, **Anais**, pp. 145-154, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1994, p.117-160.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. et al. (orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público.** São Paulo, Xamã, 1998. Parte II, p. 103 – 120.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde. Um desafio para o público.** São Paulo, Buenos Aires, Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E.E.. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo; Hucitec; 2003. 296 p.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.

In: CECÍLIO, Luiz C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994, cap. 3, p. 117-160.

MERHY, E.E. et.al. Por um modelo tecno-assistencial da política da saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em debate**. n.33, p.83-89, 1991.

MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. São Paulo. Papirus. 2 ed. 1987.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro, 2 ed, HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro Nacional de Epidemiologia. **Séries históricas**. Disponível em> [http:// www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br) [dia 16 Fev. 2003]

MISHIMA, S. M. **Modelos Assistenciais, formação de recursos humanos e qualidade da assistência**. Uberaba, 1994. /Conferência realizada na Semana de Enfermagem de Uberaba, em 15/05/1994.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: Repensar a reforma, reformar o pensamento**. 10ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MOTA A.C. **Ideologia implícita no discurso da amamentação materna e estudo retrospectivo comparando o crescimento e a mortalidade de lactentes em uso de leite humano e leite de vaca**. Dissertação.[Mestrado]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais; 1990.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.13, p.109-18, 2003.

NAVAJAS FILHO, E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Org.). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.10-4.

NAKANO, A. M. S. **O Aleitamento no Cotidiano Feminino**.Tese (Doutorado), Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

Neme B. Obstetrícia Básica, 2ª ed., São Paulo: **Sarvier**, 2000. p24.

O.M.S./UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**. Conferência de Alma Ata, Rússia, 1978, Brasília, 1979. (Relatório).

O.M.S. **Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**. Genebra: Editora da OMS. 1999.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Guia do treinador aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento**. Genebra: OMS/UNICEF; 1997.

OMS. Organização Mundial da Saúde/Organização Panamericana da Saúde. Conversando com as mães sobre AIDPI. Brasília (DF): Ministério da Saúde do Brasil; 1999.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília (DF): A Organização; 2002.

ORLANDI O. **Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.

PEREIRA, M. J. B. **O olhar da enfermeira sobre o treinamento do núcleo do aleitamento materno: um despertar profissional**. Ribeirão Preto. 1996. 116p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. Ribeirão Preto. 2001. Tese (Doutorado) 2001. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M. J. B. et al. **Modelos assistenciais de saúde**. Ribeirão Preto. – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2005. Universidade de São Paulo. Mimeo

PEREIRA, M.J.B., MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M., et al A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, , v.13, n.6, p.1001-1010, nov./dez. 2005.

PEREIRA, M B B B D; Novo, N F; Armond, J E; Juliano, Y. - A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 0159/2006.

PINHEIROS R. e MATTOS R. A., **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS – UERJ: ABRASCO, 2001.

PINHEIROS R. e MATTOS R. A., **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS – UERJ: ABRASCO, 2003

PINHEIRO, R., LUZ, M. T. Práticas eficazes x Modelos ideais: Ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, (Orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS ABRASCO; 2005. p. 7-34.

REZENDE, Magda Andrade et al . O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, 2002.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto Nascer**. Ribeirão Preto, SMS, 1999 (mimeo).

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo. **Organização do Serviço de Saúde de Ribeirão Preto**. Outubro, 2005. mimeografado.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo. **Projeto ‘Ethos’ de Atenção à Saúde**. Julho, 2003. mimeografado.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Rede Básica de Saúde**. Outubro, 2005. disponível em > <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez. 2000.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de São Paulo. Instituto de Saúde. **Programa de Aleitamento Materno/aula**. 2004. disponível em > <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>.

SENAC. **Programa SENAC – São Paulo de promoção do aleitamento materno**. São Paulo, 2002 (mimeo).

SILVA, A. A. M. **Amamentação: fardo ou desejo?** Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre o aleitamento materno na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1990. 320 p, Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA IA. **Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.** São Paulo: Robe;1997.

SILVA WV. **Convivendo com obstáculos e fazendo o que se pode: A comunicação interpessoal na assistência pré-natal.** Tese (Doutorado) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

SOARES, A V N, SILVA, I A. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev Esc Enferm USP** v.37, n.2, p.72-80, 2003.

SOUSA, L. M. B. L. **Promoção, Proteção e Apoio: Apoio? Representações Sociais em Aleitamento Materno.** Dissertação (Mestrado), Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

SOUSA, L A., FREITAS, F S., NAKANO, A M S., **A prática da amamentação por adolescentes no contexto de uma Maternidade Hospital Amigo da Criança.** Mimeo. 2004 (monografia da especialização em enfermagem obstétrica – EERP-USP)

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. 2004. III Capítulo - Responsabilidades da Atenção Primária (p. 207 – 415).

STEFANELLI MC. Prefácio. In: SILVA WV. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal - repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional.** São Paulo, Barueri .Editora Manole;2002.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito** (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais na área de planejamento em saúde). Tese (Doutorado). Escola Nacional de saúde Publica, Rio de janeiro. 1991.

TRAVASSOS C.E.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde - **Cadernos de Saúde Sublica** rio de janeiro, 20 sup, S190-S198, 2004.

TANAKA A.C.A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte.** São Paulo (SP): Hucitec; 1995.

TEIXEIRA R.R. O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, (Orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS ABRASCO; 2003. p. 89-101

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo, Atlas, 1992.

TYRREL, M. A. R. **Programas nacionais de saúde materno-infantil:** impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro, 1993. 267f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo. Hucitec. 3 ed. 1997.

VENÂNCIO, S. I. et al, Frequência e Determinantes do Aleitamento em Municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública.** 2002.

VENÂNCIO, S. I. TUDISCO, E. S. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2003.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação.** São Paulo: CLR Balieiro, 2002, 16p, 37-66p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION .WHA54.2 Geneva; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health day: safe motherhood. Genebra: WHO, 1998.

_____. Care in normal birth: a practical guide (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit). Genebra: WHO, 1996.

ANEXO

ANEXO 1

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 001/2006

Ribeirão Preto, 20 de janeiro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 20 de janeiro de 2006.

Protocolo: n° 0613/2005

Projeto: Promoção-Apoio ao Aleitamento Materno: Binômio ou Antítese? Uma Caracterização das Ações de Apoio do Profissional de Saúde à Mulher que Amamenta.

Pesquisadores: Leandra Andréia de Sousa (Mestranda)
Maria José Bistafa Pereira (Orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Cléia Regina de Oliveira Ribeiro
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm.ª, Sr.ª.

Prof.ª. Dr.ª. Maria José Bistafa Pereira

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

APÊNDICES

APÊNDICE I**1 - Caracterização dos Sujeitos****1.1 Dados pessoais**

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Endereço:

1.2 Dados Obstétricos

Paridade:

Tipo de Parto:

Pré-natal:

nº de consultas:

1.3 Dados sobre a internação

1.3.1. Ocorreu contato pele a pele entre você e seu bebê imediatamente após o parto?

Sim ☐Não ☐

1.3.2. O bebê mamou na sala de parto, logo após o nascimento?

Sim ☐Não ☐**1.4 Conhecimento das mães com relação a maternidade ser Hospital Amigo da Criança**

1.4.1 Você sabia que deu a luz em um Hospital Amigo da Criança (HAC)?

Sim ☐Não ☐

Se sim, você sabe o que é um Hospital Amigo da Criança?

1.4.2 Você levou chupeta/mamadeira/ chucha para o hospital quando foi dar a luz?

Sim ☐Não ☐

Se sim, estes objetos permaneceram com você durante toda a internação?

Sim ☐Não ☐

1.4.3 Você observou se havia informações sobre HAC (sob forma de cartazes, quadros, painéis...) nas instalações do hospital?

Sim ☐

Não ☐

1.4.4 Você procurou o hospital onde deu a luz após a alta hospitalar?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, Qual o motivo?

1.4.5 Suas necessidades foram atendidas?

Sim ☐

Não ☐

APÊNDICE II

2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

No Pré Natal

1 – Como foi sua gravidez? Seu pré-natal?

Foco – tentar identificar quem fazia (médico, enfermeiro, ambos), o que foi abordado, se ela teve oportunidade de manifestar suas necessidades.

2 – Durante a gravidez passava pela sua cabeça (você pensava) alguma coisa sobre dar de mamar?

Foco – procurar identificar as necessidades da mulher.

3 - Durante a gravidez você teve oportunidade de conversar com algum profissional sobre amamentação? Me conte como foi essa conversa.

Foco – tentar identificar se ela teve oportunidade de manifestar suas necessidades; se as questões relativas ao AM partiram dela ou do profissional; se a fala do profissional se deu voltada unicamente para questões técnicas relativas ao manejo da amamentação ou se contemplaram a subjetividade inerente ao universo feminino no tocante à amamentação.

4 – Das coisas que passavam em sua cabeça sobre dar de mamar, vc conversou sobre elas com algum profissional? Nessa conversa seus pensamentos foram esclarecidos?

Foco – tentar identificar se ela expôs suas necessidades e se as mesmas foram satisfeitas.

5 – Você sabia em qual hospital ia dar a luz? Você quem escolheu?

Foco – tentar identificar se ela teve oportunidade de escolha. Se foi o médico de sua escolha; se era perto da sua casa; se houve integralidade, interação, coordenação-continuidade.

No Hospital IHAC

1 – Me conta como foi chegar no hospital? Como foi sua internação?

Foco – procurar identificar o que foi abordado, se ela teve oportunidade de manifestar suas necessidades.

2 – Lá no hospital, da hora que vc internou para ganhar o bebê, em que momento alguém veio falar com você sobre AM? O que foi falado?

Foco – tentar identificar se o profissional reproduziu as orientações sobre o AM baseado exclusivamente nas normas da IHAC, priorizando-as; ou se ele levou em consideração o momento pelo qual esta mulher estava passando do ciclo gravídico-puerperal, priorizando essa condição e não a primeira; identificar se a assistência foi mecanizada, ritualizada, baseada em questões normativas, sem olhar o indivíduo (a mulher) na sua integralidade, totalidade; identificar se assistência dada se configura como apoio ou não.

3 – Essa conversa sobre amamentação, foi você quem começou (iniciou) ou foi o profissional? Como ele chegou, como ele começou a falar? Conte-me como foi a conversa.

Foco – procurar identificar se a assistência foi mecanizada, ritualizada, baseada em questões normativas, sem olhar o indivíduo (a mulher) na sua integralidade, totalidade;

identificar se assistência dada se configura como apoio ou não.

4 – Tenta me esclarecer, essa pergunta é fundamental, na hora que alguém falou com você sobre AM, foi na hora que você precisava, que você estava preocupada com isso? Tente lembrar... você estava lá no

hospital, no quarto..., chegou alguém e começou a falar de amamentação,Naquela hora, você queria saber (conversar, ouvir) sobre dar de mamar?

Foco – procurar identificar se foi dada uma assistência mecanizada, ritualizada, baseada em questões normativas, sem olhar o indivíduo (a mulher) na sua integralidade, totalidade; identificar se assistência dada se configura como apoio ou não.

5 – Essas orientações foram iguais ou diferentes das recebidas no pré-natal?

Foco – tentar identificar se acrescentou mais algum conhecimento/informação; identificar como essas informações foram recebidas.

6 – Quando você recebeu alta, o que foi falado?

Foco – tentar identificar se houve orientação quanto a possíveis dúvidas, em caso de ajuda onde recorrer, se houve referência para o nível primário.

No Puerpério

1 – Agora que você está em casa, com seu bebê, com sua família, me diga, como você está? Como tem passado? Você falou com algum profissional sobre como você está, sobre o que tem passado? Você teve oportunidade de expor suas necessidades e pensamentos? Ficou resolvido?

Foco – procurar identificar as necessidades da mulher, não exclusivas ao AM.

2 – Depois da alta você precisou voltar ao hospital onde deu a luz? Por qual motivo? Como você foi recebida lá? O motivo pelo qual você procurou o hospital foi resolvido naquele momento, ou você precisou voltar lá outras vezes ou em outro lugar?

Foco – tentar identificar se ela teve apoio quando retornou ao serviço (acessibilidade); identificar o tipo de assistência; identificar se assistência dada se configura como apoio ou não.

3 – *Agora que você está em casa, com seu bebê, com sua família, como está pra você dar de mamar? Como está se sentindo? O que tem passado na sua cabeça sobre essa ‘história’ de amamentar?*

Foco – procurar identificar as necessidades da mulher relativas à amamentação e se ela teve oportunidade de expô-las para algum profissional.

4 – *Você já foi à unidade de saúde ou alguém já veio aqui na sua casa? Qual o motivo? Você teve oportunidade de expor suas necessidades e pensamentos com algum profissional sobre como você está vivenciando em relação a dar de mamar? Me conte como foi essa conversa?*

Foco – tentar identificar se ela expôs suas necessidades e se as mesmas foram satisfeitas; se as questões relativas ao AM partiram dela ou do profissional; se a fala do profissional se deu voltada unicamente para questões técnicas relativas ao manejo da amamentação ou se contemplaram a subjetividade inerente ao universo feminino no tocante à amamentação; identificar se ela teve apoio quando procurou o serviço (acessibilidade); identificar o tipo de assistência; identificar se assistência dada se configura como apoio ou não.

APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Sra: _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **Promoção-apoio ao aleitamento materno: binômio ou antítese**. O objetivo deste trabalho é identificar o que as mulheres consideram apoio no período da amamentação, ou seja, orientações e atitudes dos profissionais de saúde que assistiram as mulheres na amamentação.

Desta forma, gostaríamos que você nos dissesse, frente às orientações e atitudes que você recebeu dos profissionais de saúde, o que você considera que deve ser mantido, o que não precisa ser dito ou realizado e ainda o que você acrescentaria.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação e autorização para uma entrevista, o que nos possibilitará dar seqüência neste estudo. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou

ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa para que possamos iniciar sua entrevista.

Atenciosamente.

Leandra A. de Sousa

Enfermeira F: 3965-1309.

Eu, _____, aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa **Promoção-apoio ao aleitamento materno: binômio ou antítese**, e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura