UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JULIANA CRISTINA DOS SANTOS MONTEIRO

**CONTATO PRECOCE E AMAMENTAÇÃO EM SALA DE PARTO
NA PERSPECTIVA DA MULHER**

Ribeirão Preto
2006

JULIANA CRISTINA DOS SANTOS MONTEIRO

**Contato precoce e amamentação em sala de parto
na perspectiva da mulher**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Prof^a Dr^a Flávia Azevedo Gomes

Ribeirão Preto

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Monteiro, Juliana Cristina dos Santos

Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher / Juliana Cristina dos Santos Monteiro. - Ribeirão Preto, 2006.

122f.: il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Flávia Azevedo Gomes

1. Aleitamento materno. 2. Contato precoce. 3. Puerpério. 4. Saúde da mulher.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Cristina dos Santos
Monteiro
Contato precoce e amamentação
em sala de parto na perspectiva
da mulher

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre pelo
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública, inserida
na linha de pesquisa Assistência à Saúde
da Mulher no Ciclo Vital.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha mãe querida, **Clarinda**, que sempre me incentivou na conquista dos meus objetivos, com sua alegria de viver transparecida em cada gesto.*

*Ao meu pai, **Luiz Antônio**, que a seu modo, sempre esteve presente, apoiando em todos os momentos.*

*À minha irmã **Janaína** e ao meu irmão **Júnior**. Apesar da distância, vocês sempre estiveram em meu coração.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À querida Profª Drª Flávia Azevedo Gomes, pela dedicação ao longo deste trabalho. Agradeço pela paciência e por aceitar me guiar pelos caminhos da pesquisa. Durante esta caminhada, conseguimos criar um vínculo que foi essencial para minha formação profissional e pessoal. Nossa amizade, marcada pela alegria, ficará pra sempre em meu coração.

À querida Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano, com quem iniciei meus estudos em Saúde da Mulher e Aleitamento Materno. Agradeço por ter acreditado na minha capacidade e por me proporcionar a oportunidade de sua convivência, compartilhando comigo suas experiências. Seus ensinamentos e sua dedicação são exemplos, que fazem de você uma grande mulher.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, pela minha vida e por estar sempre comigo.

À minha família, que é meu “porto seguro”, pelo apoio incondicional, pela dedicação, e por incentivar e celebrar comigo cada etapa vencida.

À Profª Drª Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão, pela disponibilidade demonstrada e pelas importantes sugestões que contribuíram para a realização deste trabalho.

À Profª Drª Maria das Graças Carvalho Ferriani, pelas contribuições no Exame de Qualificação.

Às minhas queridas companheiras nos estudos em Saúde da Mulher: Juliana Bueno, Juliana Stefanello, Liliane de Santi e Daniela Rodrigues. Agradeço pela oportunidade de aprendizagem, pelo auxílio nos momentos em que precisei, pela amizade e pela força.

Às queridas Amanda Zapparoli, Ana Cyntia Baraldi, Maria Cândida Furtado, Nelma Zamberlan, Luciana Luchesi, e ao querido Ricardo Arcêncio. Agradeço pela certeza de poder contar com a amizade e o auxílio de vocês, e pelo carinho que tornaram mais prazerosa a vivência na Pós-Graduação e em Ribeirão Preto.

Aos meus queridos amigos de Pompéia, que me proporcionam momentos de muita alegria quando estamos juntos.

Às minhas tias queridas Nita, Marinês e Luciana, pelo apoio e pela alegre convivência.

Às minhas avós Júlia e Ernestina, à minha bisá Clara, e ao meu avô Ethelino, pelas orações e pelo apoio.

Aos profissionais de Enfermagem da MATER, em especial às enfermeiras residentes, pela receptividade carinhosa durante minha presença na instituição.

Às mulheres participantes deste estudo, que contribuíram para a construção e solidificação dos meus conhecimentos.

RESUMO

MONTEIRO, J.C.S. **Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher**. 2006. 122f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Em razão das inúmeras vantagens do aleitamento materno, as instituições que seguem as normas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. O quarto passo recomenda o contato pele-a-pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato, que deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar. O objetivo deste estudo foi conhecer e analisar as vivências por parte das mulheres em relação ao quarto passo, no contexto de um Hospital Amigo da Criança, no município de Ribeirão Preto. Para tanto, foi utilizada a abordagem qualitativa, e os dados foram coletados por meio de observação durante o momento do parto e pós-parto imediato, e de entrevistas semi-estruturadas gravadas um dia após o parto. Participaram do estudo 23 mulheres que tiveram seus filhos colocados em contato pele-a-pele na primeira meia hora após o parto, e que concordaram em participar, após assinarem o consentimento livre e esclarecido. Os dados foram analisados utilizando a análise de conteúdo, modalidade temática. Através dos depoimentos foi possível depreender que o modelo de assistência que separa a mãe de seu filho na hora do nascimento, ainda está presente na visão das mulheres deste estudo. Para elas, o centro obstétrico é visto como espaço do sofrimento, do medo e da dor, incompatível com a idéia de amamentação prazerosa, trazida no seu imaginário. No entanto, mesmo estando em situação inadequada, elas aceitam e entendem o momento como importante para o recém-nascido, colocando-se em segundo plano pelo bem-estar do seu filho, esquecendo até o sofrimento, demonstrando a ambivalência deste momento. Os depoimentos revelaram, ainda, que o momento de receber o filho que acabou nascer causa impacto e surpresa, pois esta realidade é carregada de sensações de estranhamento; a visualização de uma criança envolvida em sangue, líquido amniótico e secreções corporais não é habitual para ela. Diante destes resultados, torna-se evidente que tanto os profissionais quanto as mulheres atendidas têm o ideário fortemente marcado pelo mito do amor materno e pela herança higienista da medicina. A assistência mostra-se limitada aos aspectos práticos do cumprimento, pela equipe de saúde, das normas e rotinas da IHAC, sem considerar os reais sentimentos das mulheres. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia pelo profissional de saúde, que lhe permitam entender a mulher/mãe/nutriz, respeitando todas as possíveis reações frente ao contato precoce e à amamentação ainda em sala de parto. O foco de atenção deve passar da instituição para a mulher que vivencia o primeiro contato, sujeito principal do momento em questão. A mudança de atitude do profissional, com a integração e valorização do binômio mãe e filho, pode facilitar a operacionalização do quarto passo da IHAC, de modo que este seja realizado não apenas de forma mecanicista e fragmentada, mas com respeito e acolhimento.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Contato precoce. Puerpério. Saúde da mulher.

ABSTRACT

MONTEIRO, J.C.S. **Early contact and breastfeeding in the delivery room – a woman's perspective.** 2006. 122f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2006.

Due to the many known benefits of breastfeeding, the institutions that follows the norms of the Hospital Baby Friendly Initiative, adopted the so called "Ten Steps to Successful Breastfeeding". The forth step recommends an early skin-to-skin contact soon after the birth and should be prolonged during the postpartum period. The contact must last until the first breastfeeding or until the mother wishes to maintain the contact. This study has the objective of knowing and analyzing the women experiences related to the forth step, occurred in the Hospital Baby Friendly Initiative, in Ribeirão Preto county, in Brazil. To achieve this, it was used a qualitative approach; the data was collected by observing the delivery and the immediate post-delivery period; the interviews were done one day after the delivery, they were semi-structured and recorded. In this study, participated 23 women that maintained skin-to-skin contact with their babies, during the first half hour after the delivery. All women agreed to participate and signed a term of free consent acknowledgment. The data was analyzed by content analysis in the thematic mode. The depositions confirmed that the old model that separates the mother and the baby at the moment of delivery, it is still present in the view of the interviewed women. For them, the obstetric center is a place of suffering, fear and pain; this view is not compatible with the pleasure of breastfeeding that has been fantasized with that moment. However, even being in that difficult situation, women understand that the moment of delivering is very important for the just born baby; to assure the baby well being, women place them selves in a secondary level, not considering the pain and showing the ambivalence of that instant. Also, the depositions reveled that at the moment of receiving the just born baby, the women suffered a shock and were surprised with the appearance of the baby covered with blood, with the scents of amniotic liquid, and with the view of body secretions, that did not match with the romantic expectations. Considering this findings, it is evident that the professionals and the assisted women have romantic believes taken from the myth of the maternal love and from the teachings of hygienist medical school. The provided services at the Hospital Baby Friendly Initiative, offered by the health team, are limited to the practical aspects of the routines and norms, and they do not consider the real feelings of the women. We concluded that, the health professionals should develop communication and empathies abilities that will allow them to treat, the women-mother-feeder, considering all the possible reactions during the early contact and in the breastfeeding, in the delivery room. The attention focus should be transferred from the institution to the women that are experiencing the first contact; since they are the main subject at that moment. The change in attitude of the professionals, related to the valorization of the mother and the baby, might facilitate and improve the practice of the forth step in the Hospital Baby Friendly Initiative, avoiding the mechanical and fragmented practice and implementing a respectful and warm approach.

KEY WORDS: Breastfeeding. Early contact. Puerperium. Women's health.

RESUMEN

MONTEIRO, J.C.S. **Contacto precoz y amamentación en sala de parto en la perspectiva de la mujer.** 2006. 122f. Dissertação (Maestria) – Escola de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

En razón de las ventajas de la lactancia materna, las instituciones que siguen las normas de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño adoptan los llamados “Diez pasos para el suceso de la lactancia materna”. Lo cuarto paso aconseja el contacto piel a piel precoz y prolongado en el período posparto inmediato, que debe durar hasta la primera mamada o por el tiempo que la madre desear. El objetivo de este estudio fue conocer y analizar las vivencias por parte de las mujeres en relación con el cuarto paso, en el contexto de un Hospital Amigo del Niño, en el municipio de Ribeirão Preto. Fue utilizado el abordaje cualitativo, y los datos fueron colectados por medio de observaciones durante el momento del parto y posparto inmediato, y de entrevistas semi-estructuradas grabadas un día posparto. Hicieron parte del estudio 23 mujeres que tuvieron sus hijos puestos en contacto piel a piel en la primera media hora posparto, y que concordaron en participar, después de firmaren el consentimiento libre y esclarecido. Los datos fueron analizados utilizando la analice de contenido, modalidad temática. A través de las declaraciones, fue posible conocer que el modelo de asistencia que separa la madre de su hijo en el momento del parto y nacimiento, está presente en el imaginario de las mujeres de este estudio. Para ellas, el centro obstétrico es visto como el espacio del sufrimiento, del miedo y del dolor, incompatible con la idea de amamentación con gusto, contenida en su imaginario. Mismo estando en una situación inadecuada, las mujeres aceptan y comprenden el momento como importante para el recién-nacido, poniéndose en según plan por lo bien estar de su hijo, demostrando la ambivalencia de este momento. Las declaraciones revelaron, aunque, que el momento de recibir el hijo que he nacido causa impacto e sorpresa, pues esta realidad es cargada de sensaciones de extrañamiento; la visualización de un niño involucrado en sangre, líquido amniótico y secreciones corporales no es habitual para ella. Delante estos resultados, esta evidente que tanto los profesionales cuanto las mujeres atendidas tienen el imaginario fuertemente fijado por el mito del amor materno y por la herencia higienista de la medicina. La asistencia muestra-se limitada a los aspectos prácticos del cumplimiento, por los profesionales de la salud, de las normas y rutinas de la Iniciativa sin considerar los reales sentimientos de las mujeres. Es necesario, por tanto, el desenvolvimiento de habilidades de comunicación y amistad por los profesionales de la salud, que les sea permitido comprender la mujer/madre/nutriz, respetando las posibles reacciones al contacto precoz y a amamentación en sala de parto. La atención debe de pasar de la institución para la mujer que vivencia el primer contacto, sujeto principal del momento en destaque. El cambio de actitud del profesional, con la integración y valorización de la madre y hijo, puede facilitar la operacionalización del cuarto paso de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño para que no sea hecho de modo fragmentada, pero con respeto y acogimiento.

PALABRAS-CLAVE: Lactancia materna. Contacto precoz. Puerperio. Salud de la mujer.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 MARCO TEÓRICO	21
3.1 A institucionalização do nascimento e parto – o lugar destinado à amamentação	22
3.2 Bases científicas que fundamentam o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira meia hora pós-parto	29
4 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	35
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	37
5.1 Universo empírico da investigação	39
5.2 Recorte do universo empírico	41
5.3 Procedimentos	42
5.4 Análise dos dados	44
5.5 Aspectos éticos da pesquisa	45
6 RESULTADOS	46
6.1 Perfil dos sujeitos do estudo	47
6.2 O contexto de estudo e a ocorrência do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	63
6.3 A prática institucionalizada do nascimento e parto e o quarto passo da IHAC sob o olhar das mulheres	70
6.4 A participação da mulher na realização do quarto passo da IHAC: manifestando sentimentos de ambivalência	83
6.5 Imagem do filho recém-nascido: o impacto entre o esperado e o real	91
7 CONTATO PRECOCE E AMAMENTAÇÃO EM SALA DE PARTO NA PERSPECTIVA DA MULHER	96
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICES	118
ANEXOS	121

Introdução

1 INTRODUÇÃO

As vantagens do leite humano para a saúde e desenvolvimento da criança são comprovadas cientificamente em termos de proteção contra doenças, como fonte nutricional e pelo fator imunológico que dispõe (GIUGLIANI, 2000). É salientado também que o aleitamento materno consolida o vínculo mãe e filho, o qual se constitui em uma das bases fundamentais da personalidade da criança. Em razão disto, o aleitamento materno foi instituído e reafirmado ao longo dos tempos, como estratégia simplificada na atenção primária para a redução da morbidade e mortalidade infantil, principalmente em países de terceiro mundo.

As políticas na área da saúde da mulher e da criança têm colocado a amamentação como de extrema relevância social, particularmente para as classes mais pobres, onde a amamentação deve ser amplamente estimulada, por ser vital à sobrevivência das crianças no primeiro ano de vida, guardando uma forte conotação de esta ser um direito das crianças e um dever das mulheres. Segundo Nakano e Mamede (1999), é instituído à mulher relação de poder sobre o desenvolvimento, a morbidade e a mortalidade da criança, já que o aleitamento materno garante saúde, bem estar físico e emocional, contribui na formação, desenvolvimento e resistência à doenças.

A politização da maternidade e do aleitamento no Brasil teve como importante marco a puericultura, resultante de um grande projeto do Estado, o de regular todos os atos da vida, inclusive os mais íntimos e os mais privados, os que se realizam no seio da família (SILVA, 1990). A temática central da puericultura, nascida no final do século XIX, era a alimentação em geral, particularmente, o aleitamento materno.

Normatizava as relações e as práticas das mães para com os filhos, utilizando recursos pedagógicos. Tomando por base as noções de fisiologia e as regras higiênicas, visavam simultaneamente a educação do corpo e a educação moral. A lógica que opera nesses discursos é a noção de universalidade dada às mulheres, de que toda mulher é anatomicamente e fisiologicamente capacitada para amamentar seus filhos.

Contemporaneamente, as políticas prol amamentação remontam as bases conceituais da higiene (ALMEIDA, 1999). O Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), criado em 1981, traz em seu escopo a amamentação como um ato natural, instintivo, inato e biológico. Apesar de aceitar a importância das mulheres para se promover a amamentação, o campo das políticas nem sempre reflete a ótica destas, como refere Orlandi (1985), pois é preciso lembrar que os seios pertencem às mulheres e que elas não são chamadas a opinarem e a decidirem na política do aleitamento materno.

O início dos anos 90 do século XX foi marcado por uma crescente e visível crise de paradigma de amamentação que embasava a política estatal, na medida em que o desmame precoce persiste como importante preocupação na agenda de Saúde Pública, implicando em maior risco de agravo à saúde da criança por diarreias, desnutrição crônica, desidratação, aumentando os índices de morbimortalidade infantil.

A implantação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil, a partir de 1992, trouxe um novo fôlego para o incentivo ao aleitamento materno no circuito das políticas públicas (SOUZA, 1996). As ações da IHAC constituem-se de medidas adotadas a partir da “Declaração de Innocenti”, sobre mecanismos de desenvolvimento para proteção e apoio ao aleitamento materno,

para a década de 1990. Tal Declaração foi resultante da reunião promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundação das Nações Unidas Para Infância (UNICEF), na Itália em 1990, com vários países, entre eles o Brasil. Enfatiza a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até dois anos, o que vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde.

Para estimular o aleitamento materno, as instituições que aderem ao movimento da IHAC adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001):

- 1- *Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deve ser transmitida rotineiramente a toda equipe de cuidados de saúde.*
- 2- *Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.*
- 3- *Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.*
- 4- *Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.*
- 5- *Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.*
- 6- *Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.*
- 7- *Praticar o “alojamento conjunto” – permitir que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.*
- 8- *Encorajar o aleitamento sob livre demanda.*
- 9- *Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.*

-
- 10- *Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar ou ambulatório.*

Os aspectos práticos como adequação de normas e rotinas de serviço, e capacitação para o manejo clínico da amamentação são o foco principal da iniciativa, o que não garante a amamentação, se não for mantido o apoio contínuo às mulheres após a alta hospitalar (SAADEH, 1993).

Particularmente considerando o quarto passo - *ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento*, este recomenda o contato pele-a-pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato, que deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 1998). O contato pele-a-pele precoce, evidenciado neste passo, significa colocar o bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe imediatamente após o parto (ALBERTS, 1994). Este contato cria um ambiente ótimo para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina (MIKIEL-KOSTYRA; MAZUR; BOLTRUSZKO, 2002), e é considerado como um potencial mecanismo para a promoção do aleitamento materno precoce (RIGHARD; ALADE, 1990).

O quarto passo da IHAC tem suas bases teóricas sustentadas em evidência científica de benefícios e, segundo Mattar e Abrão (2003), auxilia no estabelecimento da sucção precoce que, estimulando a hipófise na produção de prolactina e ocitocina, estimula a produção láctea, e tem efeitos sobre a involução uterina mais rápida e menor sangramento, respectivamente.

Ainda, favorece o estabelecimento de laços afetivos entre o binômio, mais precisamente nas primeiras duas horas, principalmente se houver contato pele-a-

pele. Passadas duas a três horas, o bebê normalmente adormece por longos períodos, o que dificulta o estabelecimento do contato (FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA, 1993). O desenvolvimento do vínculo afetivo da mãe com o bebê é um processo complexo, que constitui a base da saúde mental da criança, uma vez que o desabrochar da personalidade e da consciência da mesma só pode se dar adequadamente se suas primeiras relações humanas forem constantes e satisfatórias (BOLWLBY, 1995). O aleitamento materno seria, também, uma das formas de desenvolvimento desse vínculo.

Diante dessas evidências, as instituições de saúde vêm atuando de forma mais incisiva junto às mulheres, para que estas amamentem seus filhos tão logo tenham parido. Entretanto, temos nos deparado com situações adversas que permeiam a execução do referido passo. Muitas vezes as mulheres não têm a chance de revelar seus reais desejos e suas condições físicas e emocionais para desenvolver essa função. Considerando que no momento pós-parto imediato, as mulheres manifestam-se cansadas, sonolentas, e ainda, em condições de dor, postura inadequada devido ao posicionamento na mesa de parto, estados de anestesia e recuperação, tais situações podem dificultar o processo de amamentação. Em nossa prática profissional, observamos que, muitas vezes, o momento da realização do quarto passo chama a atenção pelo despreparo da mulher para receber o bebê, já que ela demonstra-se requerendo momento de descanso no pós-parto imediato devido à energia dispensada durante todo o trabalho de parto e na ocasião final do período expulsivo. Porém, esta necessidade de descanso da mulher nem sempre é considerada, visto que ela não é questionada quanto à sua disponibilidade para o primeiro contato com o seu bebê naquele momento.

Woolridge (1986) relata que a amamentação não é habilidade inata da mãe, mas sim aprendida pela observação e experiência. Segundo Rezende et al. (2002), há vários aspectos envolvidos com o ato de amamentar, dentre eles, as condições psíquicas da mãe, o meio onde ela está inserida, suas condições biológicas e o apoio social. Para Nakano (1996) e Leite (2000), a mulher, antes de ser mãe ou nutriz, é um ser racional, que tem emoções, desejos e é influenciada pela sociedade em que vive, portanto, é capaz de avaliar e decidir sobre os fatores que envolvem sua vida durante a amamentação.

No entanto, o profissional, dotado de “saber científico” sobre a prática de amamentação, realiza suas intervenções respaldando-se no modelo biológico. Assim, no momento de cumprir com o quarto passo para o “Sucesso do aleitamento materno”, este apenas avalia as condições físicas da mãe e do bebê: se a mãe está acordada e corada, se o bebê está ativo e alerta. Nota-se que existe uma preocupação dos profissionais de saúde em realizar os procedimentos de rotina sem respeitar, muitas vezes, o ritmo da mãe e do bebê, favorecendo apenas um breve contato como forma de cumprir o passo. Janicas e Praça (2002) relatam que existe uma carência de reflexão, pelos profissionais de saúde, sobre a formação da identidade materna e sua influência no pós-parto imediato, sendo necessário que o profissional não se restrinja apenas aos componentes físicos da assistência, em especial no momento de parto e nascimento. Isto se estende ao momento em que a equipe de enfermagem avalia as condições do binômio para realizar o contato precoce em sala de parto.

Com a institucionalização da prática do aleitamento materno como essencial à sobrevivência da criança, criam-se mecanismos de regulação do comportamento da mulher para o exercício das funções maternas, mais especificamente de como ser

uma “boa nutriz”. Dessa maneira, é socialmente esperado que as mães estejam prontas, acolhedoras e desejosas de amamentação, disposição esta nem sempre observável em todas as mulheres, o que pode resultar em desaprovação pela mãe.

Na perspectiva de mais uma vez não incorreremos no erro de desconsiderar a mulher como sujeito do processo de amamentação, consideramos ser importante compreender como se processam as vivências do contato precoce e de amamentar o filho no momento de seu nascimento na visão das mulheres/mães. Tomamos para tanto algumas questões norteadoras para o estudo:

- Qual a compreensão que as mulheres/mães têm sobre o contato precoce e a amamentação durante a primeira meia hora de vida do bebê, considerando seu estado de recém parida, sua bagagem cultural e experiências anteriores?
- Que influências o contexto institucional produz na vivência do contato precoce e da amamentação das mulheres, no momento considerado (primeira meia hora após o parto)?

Frente a esses questionamentos, buscamos subsidiar nosso estudo inicialmente através de uma revisão da literatura sobre a prática da amamentação no contexto de institucionalização do nascimento e parto, bem como aprofundar conhecimentos sobre as bases científicas que sustentam o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o aleitamento materno na primeira meia hora pós-parto e o contato pele-a-pele.

Acreditamos que os resultados deste trabalho possam criar subsídios para uma assistência que considere a mulher como ser integral e sujeito de suas ações, gerando uma prática mais disponível e acolhedora, diante da possibilidade da ocorrência do quarto passo da IHAC.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer e analisar as vivências por parte das mulheres em relação ao contato pele-a-pele precoce e/ou da amamentação, imediatamente após o parto, no contexto de uma instituição Hospital Amigo da Criança.

2.2 Objetivos específicos

- Depreender os significados atribuídos pelas mulheres às vivências do contato pele-a-pele com o bebê e/ou da amamentação no momento do nascimento e parto.
- Identificar a reação das mulheres ante esta prática, considerando o contexto institucional.

Marco teórico

3 MARCO TEÓRICO

3.1 A institucionalização do nascimento e parto – o lugar destinado à amamentação

Para compreendermos a importância e a necessidade do incentivo ao aleitamento materno, em nossos dias, reportamo-nos ao início do século XX, quando o cuidado ao nascimento e parto passou a ser institucionalizado.

Segundo Vargens e Proganti (2004), a sociedade sofreu um processo de medicalização, que acompanhou o modo capitalista de produção e que implementou um novo tipo de saber médico o qual valorizava o patológico, desnaturalizando a vida cotidiana.

O desenvolvimento do conhecimento cirúrgico e tecnológico avançou sobre a sociedade e, também, sobre o corpo feminino, promovendo a aproximação da medicina ao momento do parto, e por extensão à amamentação. O conhecimento sobre o corpo feminino se desloca, então, das mãos da parteira para as mãos do médico (VIEIRA, 2002).

O cuidado hospitalar minimizou o vínculo entre mãe e filho. Antes, a mulher aprendia sobre o nascimento da criança participando de outros partos e, ao parir, recebia e cuidava do bebê imediatamente após o parto, sem período de separação. Do início do século XX até a década de 1930, a medicina preocupou-se em prevenir infecções, sendo criados os berçários, com características estéreis e anti-sociais (AVERY, 1984). São criadas as salas de recepção do recém-nascido, anexas à sala

de parto, destinadas a realizar os procedimentos de primeiros cuidados com o bebê, longe do olhar materno. Ao final destes cuidados, o bebê era encaminhado ao berçário e só retornaria aos braços da mãe quando ela já estivesse na enfermaria, em “boas condições” físicas para amamentá-lo, normalmente seis horas após o parto, iniciando aí a interferência no vínculo do binômio, e também no aleitamento materno. A primeira alimentação do recém-nascido deveria ser, segundo Avery (1984), água estéril ou solução de água com glicose. Se esta fosse deglutida e retida sem dificuldades, sinal da ausência de má formação ou distúrbios digestivos, na próxima mamada o aleitamento materno poderia ser iniciado. A permanência do recém-nascido no berçário impunha um horário rígido para a amamentação, o que poderia não ser adequado às necessidades da criança. Isto condicionava a complementação ou suplementação das mamadas ao seio com água glicosada, ou mesmo outros leites, desestimulando a lactação eficiente e provocando o desmame precoce (MARCONDES, 1991).

Gradativamente, ao longo do século XX, a mulher afastou-se da função de nutriz. Além da interferência no aleitamento materno iniciado já no hospital, socialmente a mulher adquire novos papéis inserindo-se no mercado de trabalho, importando-se com o seu corpo e com a crença de que a amamentação leva à flacidez mamária. Soma-se a isto a invenção da mamadeira, refrigeração e pasteurização do leite (ICHISATO; SHIMO, 2002).

Além disto, a expansão das inúmeras indústrias de leite artificial viabilizada pelos avanços tecnológicos, fez com que o aleitamento passasse a ser regido pelas leis de mercado, atendendo a interesses econômicos da época (GOLDEMBERG, 1988). Este foi um importante fator para a diminuição da prática do aleitamento materno, reforçando orientações e condutas equivocadas sobre alimentação infantil,

freqüentemente praticadas por serviços de saúde (TOMA; MONTEIRO, 2001). Todos estes fatores contribuíram para o decréscimo do aleitamento materno e o apogeu do aleitamento artificial.

Segundo Ossadon et al. (2000) existe uma desvalorização do aleitamento materno, devido ao desconhecimento da importância dos nutrientes, enzimas, imunoglobulinas, fatores de crescimento transmitidos de mãe para filho, durante os primeiros meses de vida.

Como conseqüência da alimentação inadequada na primeira infância, houve um aumento no índice de mortalidade infantil, acarretada pela desnutrição, baixa resistência e quadros infecciosos irreversíveis, aos quais o não aleitamento materno é apontado como uma das causas (ICHISATO; SHIMO, 2002).

No início da década de 1950, surgiram na literatura as primeiras propostas de modificação do berçário para recém-nascido normal. Tinham como objetivo prevenir epidemias causadas por infecções agudas que acometiam grandes hospitais, na época. A solução para este problema foi manter o bebê junto à mãe logo após o parto, em alojamento conjunto, aumentando também o relacionamento afetivo entre a mãe e o filho (VITALI, 2000). Esta prática ganha força a partir da década de 1970, principalmente, no início dos anos 1980. O alojamento conjunto é fundamental para o incentivo do aleitamento materno, pois a mãe pode oferecer o leite materno à criança sempre que ela demonstrar fome (BRASIL, 2001), em livre demanda e não em horários rígidos.

No entanto, Marcondes (1991) aponta, como uma das desvantagens do alojamento conjunto, a menor possibilidade de repouso às mães, por terem que cuidar de suas crianças e ouvir o choro dos bebês à noite.

No conjunto de rotinas que são questionadas, está incluída a separação de mãe e filho logo após o parto, retardando o início da amamentação. A Organização Mundial da Saúde (2001) traz evidências científicas da importância da amamentação na primeira meia hora após o parto para o bebê, mostrando que o contato precoce resulta em um aumento significativo nas taxas de aleitamento materno, tanto imediatamente após o parto, quanto nos 2 a 3 meses de vida do bebê. Ossadon et al. (2000) relatam que o contato precoce entre mãe e filho favorece o início da amamentação e facilita uma melhor prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê.

A obstetrícia moderna submeteu as mulheres às rotinas institucionais, com alto grau de intervenção, separação familiar, ausência de privacidade e outras condições que tornam esta experiência difícil para elas, pois estas rotinas podem gerar efeitos negativos no progresso do trabalho de parto e parto e no estabelecimento do aleitamento materno (HODNETT et al., 2004). Os procedimentos invasivos e desnecessários acabaram por despersonalizar as parturientes, o parto, bem como a primeira mamada do recém-nascido. Estes acontecimentos, que deveriam ser vivências únicas para cada mulher, tornam-se apenas atitudes corriqueiras, realizadas mecanicamente pela maioria dos profissionais de saúde envolvidos neste processo nas instituições hospitalares.

Visando romper com estas práticas pouco humanizadas e mecânicas que ocorrem durante o nascimento e parto, alguns profissionais e serviços de saúde têm desenvolvido ações para um retorno do suporte contínuo à mulher durante o período intra-parto (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2002). Este novo modelo de atenção ao parto e nascimento é baseado no conceito de gravidez e parto como eventos

naturais e fisiológicos devolvendo à mulher e sua família o protagonismo deste evento tão importante em nossa sociedade (SANTOS, 2002).

Quanto à amamentação, Ossadon et al. (2000) demonstram que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês é reflexo de um bom trabalho de apoio, fomento e proteção da amamentação desenvolvido no nível de atenção primária, que se completa com a atenção intra-hospitalar.

A IHAC, como uma campanha mundial de fomento ao aleitamento materno, vai ao encontro das medidas de humanização ao pré-natal, parto e puerpério. Segundo Almeida (1999), a IHAC supera as antigas formulações políticas pró amamentação, ao incorporar ações de proteção e apoio à amamentação e não apenas de promoção. Consiste em mobilizar profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças de rotinas e condutas, face aos problemas encontrados nos serviços de saúde que geram obstáculos à prática da amamentação. Os hospitais passam a atuar como pólos multiplicadores, devendo garantir condições às mulheres, tanto no hospital como fora dele, para continuarem o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê. Deve-se considerar ainda que para se estender os benefícios do aleitamento materno para toda a sociedade são necessários esforços de vários setores (social, econômico, educacional, cultural, político), além do trabalho das equipes de saúde (SANTOS; RODRIGUES, 2003).

Os diferentes contornos da prática da amamentação até aqui considerados, trazem evidências de que sua institucionalização se ratifica no aleitamento materno como essencial à sobrevivência da criança, o que segundo Meyer (2000) se estabelece e se mantém através de poderosas redes de disciplinamento e de controle social do comportamento das mulheres. A institucionalização das ações em

amamentação legítima a prática centrada na criança, e não contempla, muitas vezes, as diversidades das mães/nutrizes para o exercício pleno da amamentação (MOREIRA, 2003).

Neste contexto, as ações em prol da amamentação se conformam na busca, de “implantar, aperfeiçoar e/ou multiplicar estratégias educativas que introjetem o aleitamento materno como comportamento social universal das mulheres” (MEYER, 2000).

Ser mulher, em nossa sociedade, significa responder a uma série de apelos que o ideário da cultura estabeleceu: ter um corpo dócil, desejável, harmonioso e estar inserida em um sistema pautado pela subordinação do corpo feminino, submetido à práticas sexuais normativas (procriação). A mulher deve realizar tarefas naturais derivadas da sua biologia e atributos reprodutivos (BANDEIRA, 1999).

A amamentação está enquadrada como tarefa natural da mulher já que as suas mamas produzem o leite, necessário para a nutrição do filho. Assim, cabe à mulher que acabou de parir a função de alimentar o recém-nascido e mostrar-se uma boa mãe, amamentando pelo tempo recomendado.

Dentro das instituições hospitalares, as mulheres, no pós-parto imediato, estão extremamente dependentes da ação de outras pessoas para permitir o contato físico com seus bebês (ROWE-MURRAY; FISHER, 2002). Assim, a amamentação só poderá ser iniciada mediante a concordância dos profissionais envolvidos naquele momento.

Os benefícios gerados com a adoção das medidas da IHAC, especificamente no que se refere ao quarto passo, são de extrema importância para o binômio mãe/filho. Portanto, a análise de como esta prática está sendo operacionalizada nas

instituições hospitalares se faz necessária, a fim de revelar as facilidades e as dificuldades, e de criar subsídios para melhorar a sua implementação.

No contexto operacional das práticas de proteção, incentivo e apoio à amamentação estabelecidas pela IHAC, é possível depararmos com certas dificuldades na implantação de normas e rotinas favorecedoras do aleitamento materno nos serviços de saúde que, segundo Moreira (2003) são devido à resistência dos profissionais e de suas dificuldades na compreensão da complexidade da prática da amamentação, e ainda de lidar com a singularidade da mulher, na perspectiva de desenvolver algumas habilidades, como ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio à mulher para amamentar.

Para Sonogo et al. (2004a), o apoio dos profissionais de saúde neste período é importante para que a mulher se sinta segura, sabendo que não está sozinha, e que pode pedir ajuda quando achar necessário. Para tanto é preciso considerar a mulher como sujeito ativo no processo de amamentação. Leite (2000) refere que é necessário entender o seu universo na sua individualidade, articulando aspectos biológicos e sociais e assim, apoiá-la no processo de amamentação.

A este respeito, é limitado o número de trabalhos científicos que procuram atingir a subjetividade das mulheres referentes a este assunto. Segundo Scott, Shaker e Reid (2004), muitos estudos investigam a amamentação enfocando as características sócio-demográficas maternas, fatores biomédicos e as práticas hospitalares; pouca atenção se volta para os fatores psicossociais, como o comportamento frente à amamentação.

Neste sentido, acreditamos que o contato pele-a-pele precoce e a amamentação na primeira meia hora de vida da criança devem ser entendidos à partir da mulher que vivencia esta prática.

3.2 Bases científicas que fundamentam o contato pele-a-pele e o aleitamento materno na primeira meia hora pós-parto

Iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o parto, quarto passo para o “Sucesso do aleitamento materno”, objeto deste estudo, tem importância significativa não apenas para os recém-nascidos, mas também para suas mães.

Lee e Cheng (2003) referem que Klaus e Kennel foram os primeiros que propuseram a hipótese, depois seguida por vários autores, de que existe um período sensível imediatamente após o parto, muito importante para as ligações afetivas entre mãe e filho e o contato pele-a-pele é necessário para assegurar este vínculo; a separação do binômio neste momento poderia predispor modificações de suas respostas afetivas.

Segundo Mikiel-Kostyra, Mazur e Boltruszko (2002), vários estudos demonstram que o contato precoce entre mãe e filho previne perda de calor, preserva as reservas de carboidratos e facilita os ajustes metabólicos do recém-nascido; conforta-o, reduz o choro e a sensibilidade da dor, além de promover o vínculo mãe/filho.

Na interação entre mãe e filho, o estímulo sensorial também está presente. Odent (2002) refere que, no parto, o recém-nascido já está familiarizado com o odor da sua mãe, o que tem um papel importante na adaptação à vida extra-uterina. Além disso, segundo este autor, o feto pode reconhecer a voz de sua mãe antes do

nascimento, porque percebe as vibrações do som através do ouvido e pode sentir as vibrações do corpo da mãe pela pele. Imediatamente antes do parto, o bebê libera alto nível de noradrenalina, que pode provavelmente facilitar o aprendizado olfativo, e tende a dilatar as suas pupilas; se o parto não sofre muitas interferências, o bebê nasce com olhos e pupilas grandes e abertos como se estivesse dando um sinal para a mãe. Apesar da necessidade de maiores estudos sobre a influência das percepções sensoriais na vinculação mãe e filho, o autor sugere que estes sentidos são importantes para o recém-nascido no reconhecimento de sua mãe.

O resultado da meta-análise realizada por Anderson et al. (2004) demonstra que o contato precoce tem efeito positivo na duração do aleitamento materno, pois os bebês estão mais atentos nas primeiras duas horas após o parto e, se não houver nenhum problema, eles procurarão e sugarão o mamilo da mãe em 55 minutos pós-parto.

O estabelecimento da sucção pode auxiliar na duração do aleitamento materno (MIKIEL-KOSTYRA; MAZUR; BOLTRUSZKO, 2002), que protege contra infecções gastrointestinais e respiratórias e outras enfermidades (KRAMER; KAKUMA, 2004).

Do ponto de vista bacteriológico, no parto, o bebê está livre de microorganismos, já que é proveniente de um ambiente totalmente estéril. Porém, algumas horas depois, milhões de germes cobrirão suas membranas mucosas. O ambiente de germes da mãe já é familiar para o recém-nascido porque compartilham os mesmos anticorpos IgG. Assim, o contato precoce é importante fator na colonização da pele do recém-nascido pela flora bacteriana da mãe; além disso, o consumo precoce de colostro auxiliará no estabelecimento de uma flora intestinal ideal (ODENT, 2002).

Apesar das poucas publicações científicas que abrangem este assunto, sabe-se que o contato precoce favorece a liberação de ocitocina no período pós-parto. Destacamos que, durante as interações sociais, a ocitocina pode ser liberada pelo estímulo sensorial, como toque, calor e odor (UVNÄS-MOBERG, 1998). Para este autor, a redução da atividade simpático-adrenal e o aumento da atividade parasimpático-vagal, conseqüentes das interações sociais, também podem ser mediadas pela ocitocina.

Para Anderson et al. (2004), o estímulo sensorial do contato precoce, como o toque, calor e odor é um poderoso estimulante vagal que, entre outros efeitos, libera ocitocina materna, elevando a temperatura no peito da mãe, mantendo o bebê aquecido; além disso, a ocitocina é antagonista da adrenalina, o que leva à diminuição da ansiedade materna, acalmando a mulher.

O papel da ocitocina durante este período é fundamental e deve ser ressaltado. Ela exerce função importante durante todos os períodos clínicos do parto. Durante o terceiro período do parto, denominado de dequitação e que se inicia logo após a expulsão do conceito, terminando com a expulsão total da placenta, ela também está presente. Nissen et al. (1995) sugerem que este hormônio pode estar associado ao estabelecimento do vínculo entre mãe e filho.

A ocitocina é um hormônio com forte ação estimuladora da atividade uterina humana; é produzida no sistema retículo-endoplasmático do quarto ventrículo e armazenada no lóbulo posterior da hipófise (NEME, 2000). Ao final da gestação, ocorre aumento do número de receptores de ocitocina no miométrio, o que pode ser responsável pela maior resposta miometrial sem o aumento notável dos níveis sanguíneos de ocitocina circulante; isto só acontecerá no final do período de dilatação cervical e na expulsão fetal. No período de dequitação é quando a

ocitocina exerce sua principal função. Neste período a placenta se descola de seu leito uterino, desce até o canal de parto e é expulsa pela fenda vulvar; conjuntamente ocorre a saída das membranas ovulares, que se destacam pela redução da dimensão uterina e pela tração da placenta em sua descida. A contratilidade uterina, estimulada pela ocitocina, torna-se mais intensa e de maior duração. Ocorre, assim, o pinçamento vascular pelas fibras miométriais (miotamponamento), e a rápida coagulação, que leva à trombose e à oclusão da superfície livre dos vasos rompidos na área de inserção placentária (trombotamponamento), assegurando a hemostasia após a dequitação (NEME, 2000).

A hemorragia pós-parto (durante ou após a dequitação ou pela retenção de restos placentários) é uma das principais causas de mortalidade materna e a maioria destes casos acontece em países em desenvolvimento (BRASIL, 2001). Assim, o quarto período do parto ou de Greemberg, caracterizado pelo pós-parto imediato, após a dequitação, é um período de risco materno, com possibilidade de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina. Sabendo que a liberação de ocitocina, estimulada pela sucção do mamilo pelo bebê, também determina contrações das fibras musculares uterinas, e favorece a contração do útero durante o aleitamento (BRASIL, 2001), a amamentação precoce poderia diminuir as chances de uma hemorragia pós-parto, já que contribui para o aumento dos níveis maternos deste hormônio.

Frente à importância da ocitocina no terceiro período, atualmente, existem autores que defendem o manejo ativo da dequitação. Com o objetivo de garantir que os profissionais que atendem a parturiente estejam habilitados para minimizar os riscos de mortalidade materna, devido à hemorragia pós-parto, a International

Confederation of Midwives (ICM) e a Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) firmaram, em outubro de 2003, a Declaração Conjunta para o Manejo do Terceiro Período do Parto Para Evitar Uma Hemorragia Pós-Parto (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; FEDERATION OF GYNAECOLOGISTS AND OBSTETRICIANS, 2003). Segundo a Declaração, o manejo ativo do terceiro período do parto consiste em intervenções realizadas para facilitar a dequitação da placenta ao aumentar as contrações uterinas, através da administração de medicações uterotônicas, da tração controlada do cordão umbilical e da aplicação de massagens uterinas depois da dequitação.

Estas condutas, entretanto, divergem da política de não intervenção ou de intervenções mínimas adotadas pelo movimento de humanização ao pré-natal e nascimento, onde a conduta expectante durante a dequitação é a mais indicada, permitindo-se a expulsão espontânea da placenta e sem a utilização do manejo ativo. Prendiville, Elbourne e McDonald (2004), em uma revisão da literatura que comparou o uso do manejo ativo e do manejo expectante durante a dequitação, referem que a conduta ativa é superior à expectante pela redução da perda de sangue, do risco de hemorragia puerperal e de outras complicações graves. Porém, esta revisão contou com apenas cinco estudos e nenhum deles associou a conduta expectante ao contato precoce da mãe com o bebê.

Em um estudo que avaliava o aumento de ocitocina materna pós-parto estimulado pelo recém-nascido, Matthiesen et al. (2001) relatam que ao ser colocado no colo da mãe, o bebê massageava o peito delas com as mãos; os movimentos, gradualmente, alcançavam a aréola e os mamilos, e este estímulo deixava-os enrijecidos. O estudo mostrou também, que o movimento das mãos do recém-nascido era seguido pelo aumento da ocitocina. Desta forma, o aumento da

ocitocina, causada pela massagem das mãos do recém-nascido no peito da mãe, contribui para as adaptações do pós-parto imediato.

Ressaltamos então que, apesar da necessidade de estudos mais abrangentes, o quarto passo para o sucesso do aleitamento materno pode contribuir positivamente com os períodos de dequitação e de Greemberg, diminuindo as chances de uma hemorragia pós-parto, sem a necessidade da utilização do manejo ativo.

A longo prazo, o aleitamento materno gera também, benefícios para a saúde da mulher. A este respeito Kramer e Kakuma (2004) consideram o aleitamento materno como proteção contra o câncer de mama e de ovário e a osteoporose.

Diante das evidências científicas dos benefícios do quarto passo da IHAC é necessário se ater a prática do mesmo, não reduzida a procedimentos técnicos, mas contemplá-la em sua efetividade na contexto assistencial.

Pressupostos do estudo

4 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Frente ao exposto, ao tomarmos como objeto de nosso estudo o quarto passo da IHAC, pressupomos que a prática deste passo vai além do cumprimento da norma pelos profissionais, envolvendo condições físicas, emocionais e culturais das mulheres.

No momento específico do parto a mulher, por vezes, pode se mostrar dissonante à valorização maternal relacionada à aproximação e ao vínculo com o filho recém parido.

Pressupomos que, apesar do contato pele-a-pele e da amamentação precoce serem cientificamente reconhecidos pelos seus benefícios para mãe e filho, a normatização de tal prática se sustenta em função das necessidades e condições da criança. O cumprimento do quarto passo pela equipe de saúde pode gerar conflitos para a mulher, por desconhecimento e/ou por despreparo da mesma.

Trajetória metodológica

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Utilizamos neste estudo a abordagem qualitativa, que propõe uma compreensão particular e profunda dos fenômenos sociais em questão (MINAYO, 1998).

Para Ailinger (2003), a pesquisa qualitativa apresenta seis contribuições para a prática de Enfermagem baseada em evidências: geração de hipóteses; desenvolvimento e validação de instrumentos; possibilidade de um contexto para avaliação; desenvolvimento das intervenções de enfermagem; desenvolvimento de novas perguntas de pesquisa; e aplicação da análise do resultado qualitativo.

Considerando a mulher como sujeito principal das suas ações frente ao contato precoce e à amamentação, esta abordagem permite a compreensão da subjetividade expressa nos discursos das mulheres que vivenciaram este processo, sem nos desvencilharmos do contexto onde elas estão inseridas. Isto porque, segundo Triviños (1995), é necessário observar os sujeitos não em situações isoladas, mas na perspectiva de um contexto social, enfatizando a idéia dos significados latentes do comportamento humano. O pesquisador deve compreender estas dimensões do comportamento do sujeito, derivadas principalmente do contexto cultural para observar um fenômeno e explicá-lo adequadamente.

A pesquisa qualitativa se justifica no desenvolvimento de estudos sobre a busca do significado atribuído pela mulher à experiência de amamentar, pois “este método considera a subjetividade, na construção científica, como parte integrante do fenômeno social, na medida em que se acredita que a realidade vai mais além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos” (SILVA, 2000, p.243).

Assim, o referencial qualitativo nos permitiu uma melhor compreensão das experiências envolvendo subjetividades das mulheres estudadas relacionadas ao quarto passo para o “Sucesso do Aleitamento Materno”, da IHAC.

5.1 Universo empírico da investigação

O universo empírico, na pesquisa qualitativa, refere-se ao grupo que será estudado, e ao local onde será realizada a investigação, sendo que o local e o grupo escolhidos devem apresentar as melhores condições do problema a ser investigado (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Assim, desenvolvemos nosso estudo com mulheres internadas na Maternidade do Complexo Aeroporto - MATER, localizada num bairro da periferia do município de Ribeirão Preto. A MATER foi fundada em 8 de março de 1998, pela Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, construída em terreno cedido pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e é uma instituição filantrópica que atende a clientela do Sistema Único de Saúde e mantém convênios firmados com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e Serviço de Anestesiologia do Grupo São Francisco.

Em maio de 2002, a MATER recebeu o Prêmio de Qualidade Hospitalar do Ministério da Saúde; em agosto de 2002, recebeu Menção Honrosa no III Prêmio Professor Galba de Araújo da Região Sudeste. A partir de 2001 a MATER passou a incorporar as recomendações da IHAC, o que resultou em 2002 no recebimento do Título de “Hospital Amigo da Criança” por ter cumprido os “Dez passos para o

sucesso do aleitamento materno”. Como parte da implementação e manutenção das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, na MATER são realizados treinamentos periódicos a equipe de profissionais de saúde de dezoito horas. Os cursos são coordenados pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP através do NALMA, Núcleo de Aleitamento Materno e conta com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Além das rotinas normatizadas pela IHAC, existem outras medidas adotadas pela MATER que favorecem a humanização ao parto e nascimento: a mulher tem o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, possibilidade de utilização de recursos não farmacológicos para alívio da dor, uso cauteloso de ocitocina para condução do trabalho de parto e de episiotomia e extinção da prática de enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos).

A instituição integra projetos desenvolvidos pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto: o Projeto Nascer, através do qual, acompanha as gestantes a partir da trigésima sexta semana de gestação até o parto; e o Projeto Floresce uma Vida onde todas as puérperas e os recém-nascidos são cadastrados para seguimento ambulatorial na Rede Básica Municipal de Saúde.

A MATER oferece curso para gestantes, curso para puérperas, consultas de enfermagem para puérperas e bebês, serviço de voluntariado e programa do lixo reciclável e preservação ambiental.

5.2 Recorte do universo empírico

Fizeram parte deste trabalho, mulheres assistidas na referida instituição, que tiveram seus filhos colocados em contato pele-a-pele tão logo nasceram, independente de terem ou não amamentado na primeira meia hora após darem à luz, ainda em sala de parto, e que se dispuseram a falar de suas vivências.

Não fizeram parte da amostra mulheres que tiveram filhos prematuros, mal formados ou que apresentaram qualquer intercorrência que dificultou o estabelecimento do contato precoce ou necessitou de cuidados específicos com a amamentação.

O recorte do universo empírico foi determinado pela saturação dos dados, que ocorre quando estes são considerados em número suficiente para permitir a reincidência das informações (MINAYO, 1998). A saturação ou recorrência dos dados caracteriza-se pelo momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). A amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais, que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer (MINAYO, 1998).

Dessa maneira, realizamos nosso estudo com 23 mulheres que concordaram em participar, após receberem as informações referentes à pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), atendendo a Resolução 196/96, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

5.3 Procedimentos

Os dados foram coletados por meio de observação durante o momento do parto e pós-parto imediato, e de entrevista, ambos realizados durante os meses de junho e julho de 2005.

A observação, que se justifica devido à existência de muitos elementos que não podem ser apreendidos somente por meio da fala ou da escrita (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), foi realizada em sala de parto, sendo iniciada no momento em que a mulher era encaminhada até lá, para resolução da gestação, e finalizada quando esta saía da sala de parto, encaminhada ao alojamento conjunto. Para tanto, além do consentimento da mulher assistida em sala de parto como já mencionado, solicitamos o consentimento dos profissionais presentes para podermos acompanhá-los no desenvolvimento de suas ações junto a estas mulheres (APÊNDICE B). As observações foram realizadas considerando-se todos os acontecimentos em sala de parto que se relacionavam com a mulher participante do estudo.

Ao início de cada observação, no momento em que a parturiente era encaminhada ao centro obstétrico, eu me posicionava na sala de parto de forma que pudesse visualizar a face da mulher, para melhor observar suas expressões; permanecia o tempo todo em silêncio, verbalizando apenas quando era solicitada por alguém, o que poucas vezes aconteceu.

Na primeira observação, iniciei as anotações ainda em sala de parto, e percebi que isto causou um certo desconforto entre os profissionais presentes, mesmo estando cientes da pesquisa. Assim, para as observações seguintes eu

anotei apenas o horário de cada acontecimento e ao final de cada observação, quando a mulher, seu filho recém-nascido e o acompanhante, quando presente, saíam de sala encaminhados ao alojamento conjunto, eu anotava os eventos observados e minhas impressões referentes àquele parto e à realização do quarto passo, o contato precoce e a amamentação na primeira meia hora após o parto.

O registro das minhas impressões como pesquisadora foi anotado subsequente à observação, considerando o comportamento das pessoas relacionado à parturiente (postura corporal, contato visual, toque), as expressões verbais e não verbais utilizadas pelas pessoas quando se referiam à ela (tom de voz, gestos), e a sequência dos eventos observados (início, hora do nascimento, hora em que o bebê foi colocado em contato com a mãe, término da observação).

As entrevistas foram realizadas utilizando-se a modalidade semi-estruturada, valorizando as opiniões, sentimentos e crenças dos sujeitos, que têm a possibilidade de discorrer sobre o tema que lhe foi proposto, sem respostas ou condições estabelecidas previamente pelo pesquisador (MINAYO, 1998). Foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

- Qual era sua expectativa quanto ao primeiro contato com o seu filho e a amamentação?
- Você recebeu alguma informação anterior sobre como seriam os procedimentos imediatamente após o parto, relacionados ao primeiro contato e a amamentação, aqui na maternidade?
- Como foi, para você, receber o bebê no colo e amamentar tão logo ele nasceu?
- Naquele momento, como você descreve sua disposição e a do bebê para segurá-lo no seu peito e para realizar a amamentação?

- Se você pudesse retornar no tempo, como você programaria a primeira experiência de receber o bebê e amamentar do seu filho (lugar, pessoas, suas condições e as do bebê)?

Todos os depoimentos foram gravados em fitas cassete após a permissão das mulheres entrevistadas, e foram transcritos pela pesquisadora. Todas as entrevistas foram realizadas um dia depois do parto, quando as mulheres estavam em alojamento conjunto na maternidade e já tinham se alimentado e realizado higiene corporal. As entrevistas foram realizadas na sala de aula da maternidade, localizada no corredor do alojamento conjunto, para que fosse garantida a privacidade das mulheres. Quando esta sala estava ocupada, foi utilizado uma enfermaria desocupada para a realização das entrevistas.

5.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados considerando-se os registros da observação e por meio da análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977, p.42), é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Operacionalmente, para Minayo (1998), a análise de conteúdo inicia-se de uma leitura de primeiro plano, para um plano mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados).

Utilizamos a modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que formam uma comunicação, e cuja frequência signifique algo para o objetivo analítico visado (MINAYO, 1998). Divide-se em três etapas (BARDIN, 1977):

- 1- pré-análise, que é a fase de organização e corresponde à escolha dos documentos a serem analisados, à formulação das hipóteses e à elaboração dos indicadores que norteiam a interpretação final.
- 2- exploração do material, que consiste na operação de codificação. Nesta fase, primeiro ocorre o recorte do texto em unidades de registro (uma palavra, uma frase, um tema), como estabelecido na pré-análise. Após, escolhe-se as regras de contagem, e em seguida realiza-se a classificação e a agregação dos dados (MINAYO, 1998).
- 3- tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

5.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, atendendo a determinação da Resolução 196/96, sob protocolo nº 0497/2004 (ANEXO A).

Resultados

6 RESULTADOS

6.1 Perfil dos sujeitos do estudo

Fizeram parte deste estudo 23 mulheres com gestação de baixo risco obstétrico, que foram admitidas na maternidade para resolução da gestação e ficaram internadas em alojamento conjunto no puerpério. Apresentamos o perfil de cada uma delas no quadro 1.

A idade das mulheres participantes do estudo variou entre 18 e 37 anos e a média de idade destas mulheres foi de 24.6 anos. Segundo Sinclair (2002), entre 20 e 40 anos, a mulher pode acumular as responsabilidades da família, da casa e da carreira, resultando no aumento de condições relacionadas ao estresse. Porém, no nosso estudo, estes aspectos não foram avaliados.

Quanto à escolaridade, 56.5% (n=13) das entrevistadas não concluíram o ensino fundamental (EF), 34.8% (n=8) delas realizaram o ensino médio (EM) completo, 4.3% (n=1) terminaram o ensino fundamental e 4.3% (n=1) eram analfabetas. No plano educacional, é sabido que poucos sistemas de ensino têm condições para acolherem grávidas ou mulheres com filhos nas atividades da escola (NEME, 2000), o que pode contribuir com a decisão das mulheres em abandonarem os estudos mediante a maternidade.

Quadro 1 – Perfil das mulheres segundo idade, escolaridade, estado civil e profissão.

	Nome	Idade	Escolaridade	Estado civil	Profissão
1	Valquíria	19	ensino médio incompleto	solteira	do lar
2	Marília	24	Analfabeta	união consensual	do lar
3	Taís	21	ensino fundamental incompleto	união consensual	do lar
4	Dirce	36	ensino médio completo	união consensual	do lar
5	Adriana	29	ensino fundamental incompleto	solteira	do lar
6	Rosana	23	ensino médio completo	casada	caixa
7	Leandra	30	ensino médio completo	casada	do lar
8	Aline	23	ensino médio completo	solteira	do lar
9	Marina	24	ensino médio completo	casada	do lar
10	Lúcia	31	ensino fundamental incompleto	casada	do lar
11	Sônia	24	ensino fundamental incompleto	casada	do lar
12	Alessandra	29	ensino fundamental incompleto	união consensual	do lar
13	Cleusa	23	ensino fundamental incompleto	união consensual	doméstica
14	Regina	18	ensino fundamental completo	união consensual	do lar
15	Giovana	18	ensino fundamental incompleto	solteira	do lar
16	Rafaela	21	ensino fundamental incompleto	casada	do lar
17	Maristela	25	ensino médio completo	solteira	do lar
18	Madalena	37	ensino médio completo	casada	do lar
19	Carla	28	ensino fundamental incompleto	desquitada	frentista
20	Janete	23	ensino fundamental incompleto	união consensual	do lar
21	Amanda	23	ensino fundamental completo	união consensual	do lar
22	Angélica	18	ensino fundamental incompleto	união consensual	do lar
23	Danila	19	ensino fundamental incompleto	casada	do lar

Quanto ao estado civil, 39.1% (n=9) das mulheres do estudo viviam com companheiro em união consensual, 34.8% (n=8) eram casadas, 21.7% (n=5) eram solteiras e 4.3% (n=1) eram desquitadas. O ciclo gravídico-puerperal é uma das fases da vida da mulher em que ela necessita de suporte emocional e social, e o apoio de um companheiro, familiar próximo ou amiga é importante durante esta fase (BRASIL, 2001). Em nosso estudo não foram investigados os aspectos de suporte social nesta fase da vida das mulheres. Estudo realizado por Sonogo (2004b) com puérperas atendidas na mesma maternidade em que nosso estudo foi realizado, demonstrou que a presença de fontes de apoio social no cotidiano das mulheres é de grande valor, pois em caso de necessidade elas recorrem a estas fontes, seja para ajuda prática, informacional, emocional ou financeira.

Com relação à atividade laboral exercida pelas mulheres no mercado de trabalho, apenas três delas (13%) realizavam atividades remuneradas fora do lar, trabalhando como caixa, doméstica ou frentista. A maioria, 86.9% (n=20) das mulheres realizava seus afazeres no domínio doméstico. Segundo Anyon (1990), as mulheres da classe trabalhadora e média baixa priorizam o casamento e a família, em detrimento dos estudos ou de um emprego. Estudo realizado por Pacheco (2001) no município do Rio de Janeiro, mostrou que apesar de ser inegável o aumento feminino na força de trabalho, o espaço doméstico obedece em grande parte, aos padrões da família patriarcal, sendo ainda difícil e conflituoso para a mulher trabalhar fora de casa.

As observações realizadas em sala de parto estão descritas a seguir. Com a finalidade de preservar a identidade das mulheres participantes do recorte empírico, foram utilizados nomes fictícios para descrevê-las.

Valquíria

Valquíria foi encaminhada à sala de parto de maca, vinda diretamente da sala de consulta, onde chegou em período expulsivo. Estava acompanhada pela sogra, que foi substituída pela mãe. Apresentava-se bastante nervosa, gritando muito enquanto a equipe tentava orientá-la quanto às contrações. Quando a criança nasceu, foi encaminhada diretamente para o berço aquecido, aos cuidados do pediatra, indo para o colo de Valquíria. Após treze minutos do nascimento, o bebê foi colocado em contato pele-a-pele sobre o peito da mãe, coberto com um lençol. Valquíria esboçou um sorriso e fechou os olhos demonstrando bastante cansaço. A criança sugou o seio materno durante dez minutos, quando foi retirado do peito. A mãe permaneceu em silêncio, com os olhos fechados, demonstrando sentir dor relacionada à sutura que naquele momento, se realizava.

Marília

Marília teve parto cesárea indicado por iteratividade (quando existe história obstétrica de duas ou mais cesáreas anteriores). Após a anestesia, ela perguntou ao anestesista se a cirurgia iria demorar, e então adormeceu. A criança nasceu e foi encaminhada diretamente ao berço para ser avaliada pelo pediatra; Marília observou atentamente os procedimentos realizados com seu filho. Dez minutos depois, o recém-nascido foi colocado em contato com a mãe, sem roupa, apenas coberto com um lençol, permanecendo por alguns minutos. A mãe beijou a criança e ficou olhando para ela. O bebê voltou ao berço aquecido e, após os procedimentos realizados com ele, Valquíria segurou-o novamente, sobre seu peito e o amamentou.

Taís

Taís foi encaminhada ao centro obstétrico deambulando, junto com seu companheiro, que preferiu não entrar na sala de parto. Teve parto cesárea indicado por apresentar níveis pressóricos de difícil controle. Após a anestesia, Taís permaneceu calma e em silêncio. Quando a criança nasceu foi encaminhada diretamente para o berço aquecido. Taís chorou emocionada e o acompanhante, do lado de fora da sala, também. Em seguida o acompanhante entrou em sala, tocou o rosto dela, conversou em tom muito baixo e logo saiu. O recém-nascido foi colocado sobre o colo da mãe, já com roupa, sendo realizado contato com a pele apenas no rosto da criança, que ficou junto ao rosto da mulher. A anestesista soltou os braços da puerpera, que estavam imobilizados, e esta segurou firmemente seu filho. Apesar da posição inadequada para ambos, o bebê começou a sugar o seio materno e permaneceu mamando por vários minutos sob o olhar atento da mãe.

Dirce

Dirce foi encaminhada ao centro obstétrico deambulando para realização de parto cesárea indicada por iteratividade. O marido entrou em sala de parto e ficou segurando a mão da esposa, que permaneceu em silêncio. A criança nasceu e a pediatra permitiu que esta fosse colocada sobre o colo da mãe. A anestesista soltou os braços de Dirce para que ela segurasse o filho. A auxiliar de enfermagem tentou colocar o bebê para sugar, mas não obteve sucesso. Dirce acariciou o filho por algum tempo, mantendo-se em silêncio durante todo o momento em que o bebê permaneceu sobre ela. Após sete minutos de contato, o recém-nascido foi

encaminhado ao berço aquecido. O acompanhante acariciou e beijou o rosto da mulher. Dirce permaneceu em silêncio com expressão de contentamento, olhando o tempo todo para o filho no berço e com o marido ao seu lado.

Adriana

Esta parturiente foi encaminhada à sala de parto de maca, junto com o companheiro. A residente da obstetrícia, que estava em campo cirúrgico começou a pedir para Adriana fazer força, em alto tom de voz, mesmo com a parturiente dizendo que não conseguia, pois estava muito cansada. O acompanhante ficou durante todo o tempo atrás da mulher. Ao nascer, o bebê foi colocado sobre o peito da mãe, que repetiu várias vezes que o filho era lindo. Após quatro minutos, o recém-nascido foi encaminhado ao pediatra que estava fora do campo visual de Adriana, sendo que ela precisa virar muito o rosto para poder enxergá-lo. Adriana conversou com o acompanhante, dizendo que o filho era lindo. Em poucos minutos o recém-nascido foi colocado novamente sobre o colo da mãe, quando sugou o seio materno durante algum tempo.

Rosana

Rosana seguiu ao centro obstétrico acompanhada pela mãe, e permaneceu em silêncio durante todo o momento que antecedeu o nascimento de seu bebê. A equipe orientou Rosana durante as contrações, de forma calma e com um tom de voz baixo, e ela seguiu prontamente as orientações. A criança nasceu e foi encaminhada diretamente ao berço aquecido para avaliação do pediatra. Rosana

aparentou dor durante a dequitação, e verbalizou esta sensação durante a revisão do canal de parto e a episiorrafia. Ela não olhou para o berço onde estava o bebê em nenhum momento, mantendo o olhar fixo no teto. Após vinte e um minutos do nascimento o recém-nascido foi colocado sobre o colo da mãe, já com roupinhas, e o contato com a pele se deu apenas entre o rosto da mãe e do filho. Rosana segurou e acariciou o bebê, que começou a sugar o seio materno, permanecendo assim por vários minutos. Mas ela manteve o olhar sobre a criança por poucas vezes, fixando sua visão no teto.

Leandra

Leandra foi encaminhada à sala de parto, acompanhada por seu marido, aparentemente muito nervosa e com medo. O marido de Leandro permaneceu o tempo todo segurando a mão dela. Quando nasceu, a criança foi colocada diretamente sobre o colo da mãe, que a segurou e chorou muito, emocionada. Após dois minutos o recém-nascido foi encaminhado ao berço aquecido e não voltou mais ao colo da mãe, não sendo estimulada a iniciar o aleitamento materno. O marido de Leandro segurou a mão dela e os dois conversaram, em tom baixo. Ela segurou o braço dele e continuaram conversando, enquanto ocorria a revisão do canal de parto e a episiorrafia. Quando o recém-nascido já estava com roupa, o marido segurou a criança por alguns instantes.

Aline

Aline foi levada à sala de parto em cadeira de rodas, junto com sua mãe. Ela permaneceu o tempo todo com os olhos fechados e em silêncio, parecendo não se incomodar com o que acontecia a sua volta, estando muito concentrada nas contrações. O bebê nasceu e o obstetra responsável pelo plantão, que estava fora de campo cirúrgico, avisou para o pediatra que iria colocá-lo sobre a puérpera, o que foi feito pelo residente da obstetrícia que estava em campo. Ao sentir a criança em seu colo, Aline chorou em silêncio, emocionada. Dez minutos após, o recém-nascido foi levado ao pediatra, a pedido da própria obstetra. Não ocorreu a primeira amamentação neste momento. Durante a dequitação, revisão de canal de parto e episiorrafia, Aline ficou em silêncio e a acompanhante manteve-se ao lado dela, com a mão sobre seu ombro. Ela adormeceu, demonstrou cansaço e dor, mas permaneceu em silêncio.

Marina

Marina foi encaminhada ao centro obstétrico para realização de analgesia porém, após este procedimento, ela permaneceu em sala de parto, para resolução da gravidez. Sua cunhada, que estava acompanhando o trabalho de parto, entrou na sala e ficou atrás de Marina, sem que ela notasse sua presença. A parturiente estava aparentemente muito calma, e a enfermeira começou a orientá-la durante as contrações. Ela seguiu corretamente as instruções, em silêncio. Quando o bebê nasceu, foi encaminhado ao pediatra. Marina sorriu, mas não olhou para o berço. Ao ser parabenizada pela enfermeira, ela começou a chorar emocionada e em silêncio. A acompanhante saiu de sala, e neste momento Marina olhou para o berço. Após quinze minutos do nascimento o recém-nascido foi colocado em contato pele-a-pele

sobre o colo da mãe, que o segurou, acariciando-o bastante e olhando-o fixamente, em silêncio. Após sete minutos de contato, o recém-nascido foi retirado do colo e Marina permaneceu olhando para o foco de luz, enquanto a sutura da laceração perineal era realizada.

Lúcia

Lúcia foi admitida na instituição em período expulsivo e foi encaminhada ao centro obstétrico, vinda diretamente da sala de consulta. Estava acompanhada pelo seu marido que ficou o tempo todo ao lado dela. Em sala de parto, Lúcia referiu dor e gritou muito, mesmo com a equipe tentando acalmá-la e orientá-la. Ao nascer, o bebê foi colocado direto sobre o colo da mãe, que chorou muito. Lúcia acariciou o filho, enquanto aparentemente sentia muita dor. A auxiliar de enfermagem estimulou o recém-nascido a iniciar o aleitamento materno, sem sucesso. Lúcia chorou ao saber que o bebê era do sexo masculino. Após cinco minutos de contato, a criança foi levada para ser avaliada pelo pediatra. Enquanto ocorreu a revisão de canal de parto e a sutura da laceração perineal, Lúcia gemeu e gritou muito de dor, dizendo que estava nervosa.

Sônia

Sônia foi encaminhada à sala de parto deambulando e lá permaneceu em silêncio, expressando muita dor durante as contrações. As enfermeiras residentes em campo cirúrgico permaneceram também em silêncio, verbalizando apenas durante as contrações, quando pediam, calmamente, para a parturiente fazer força.

O bebê nasceu e foi encaminhado diretamente ao pediatra, chorando muito. Sônia ficou em silêncio e, após oito minutos do nascimento, o recém-nascido seria colocado sobre o colo da mãe, quando a mesma pediu para a auxiliar de enfermagem esperar a dequitação acontecer, antes de realizar este procedimento. Em seguida, o bebê foi colocado em contato pele-a-pele, mas a mãe não segurou a criança e não olhou para ela. A auxiliar tentou colocar o bebê no peito para sugar, este roçou o peito, à procura do mamilo, mas Sônia referiu que seu filho não queria mamar e tentou afastar o bebê do seu peito. O recém-nascido foi mantido sobre o colo da mãe por cinco minutos, sem que ela segurasse ou olhasse para o filho. O bebê foi então colocado no berço e durante a revisão do canal de parto, Sônia permaneceu olhando para o teto e para a equipe.

Alessandra

Alessandra foi encaminhada ao centro obstétrico sem o seu companheiro, por preferência dele. Em sala de parto, ela começou a gritar muito durante as contrações. A enfermeira começou a orientá-la, falando em tom baixo. Com um grito estridente da mãe, o bebê nasceu e foi encaminhado aos cuidados do pediatra. O residente da obstetrícia em campo cirúrgico perguntou se Alessandra queria cortar o cordão umbilical; ela aceitou, cortou e começou a chorar. Neste momento o acompanhante entrou em sala e segurou a mão dela. Quatro minutos após o parto, o recém-nascido foi colocado em contato pele-a-pele sobre o colo da mãe, que o acariciou bastante, mas continuou verbalizando dor. Após cinco minutos de contato, a criança voltou para o berço, sem ser auxiliado a iniciar o aleitamento materno.

Cleusa

Cleusa foi encaminhada à sala de parto em cadeira de rodas, e pediu para alguém chamar seu acompanhante que estava na recepção da maternidade. Ela estava chorando e gritando muito, quando seu acompanhante entrou em sala e encostou-se na parede. Cleusa chamou o acompanhante e pediu para ele segurar sua mão, ao que ele atendeu, ríspidamente. Momentaneamente, ela se acalmou, porém novamente começou a gritar e a chorar. O bebê nasceu e foi encaminhado aos cuidados do pediatra. Cleusa percebeu que sua boca estava sangrando, pediu água e perguntou porque o filho não estava chorando. Quando a criança começou a chorar, a mãe também chorou, emocionada. O recém-nascido foi colocado em contato pele-a-pele após quatorze minutos do nascimento e Cleusa olhou todos os dedinhos da criança, emocionada. A enfermeira tentou auxiliar o bebê a sugar, sem sucesso. Após, a puérpera fechou os olhos, demonstrando-se aparentemente com muita dor, durante a revisão do canal do parto e sutura da laceração perineal. Uma enfermeira do curso de especialização em Obstetrícia disse que iria colocar o recém-nascido para mamar, para que eu ficasse feliz. Neste momento, ela pediu para a auxiliar de enfermagem colocar o bebê novamente sobre a mãe, que gemia de dor durante a sutura. A criança começou a sugar com a mãe referindo muita dor.

Regina

Regina foi encaminhada ao centro obstétrico junto com seu acompanhante, para realização de amniotomia. Após este procedimento, a parturiente foi

posicionada na mesa cirúrgica e orientada, pelo residente da obstetrícia, a fazer força durante as contrações. Vinte minutos depois, Regina foi retirada de posição ginecológica. À partir deste momento, ela começou a gritar muito. Foi indicado parto fórceps e, quando ocorreu o nascimento, o bebê foi encaminhado diretamente para a avaliação do pediatra. Regina olhou para o berço, a fim de visualizar o bebê, porém a equipe de saúde impedia a sua visão. Ela, então, começou a agradecer a equipe, dizendo que todos ajudaram na realização de seu parto. Após vinte e quatro minutos do nascimento, o recém nascido foi colocado envolvido com um lençol sobre o colo da mãe, que parecia estar satisfeita, sendo que o contato com a pele aconteceu apenas no rosto. Foi iniciado o aleitamento materno, que se estabeleceu durante dez minutos.

Giovana

Quando Giovana foi encaminhada ao centro obstétrico, ela pediu para chamarem sua acompanhante, a sogra, que estava na recepção da maternidade. Em sala de parto, Giovana ora ficava gemente, ora ficava em silêncio, demonstrando sentir dor durante as contrações. A criança nasceu e foi encaminhada para a avaliação do pediatra. Após oito minutos o recém-nascido foi colocado em contato pele-a-pele com a mãe, que começou a conversar com ele, emocionada, tocando-o e olhando-o fixamente. Quatro minutos após o início do contato, a auxiliar de enfermagem perguntou se poderia pegar o bebê, ao que Giovana respondeu afirmativamente. Ao ser colocada novamente sobre o colo da mãe, a criança começou a mamar e permaneceu sugando até o final da episiorrafia, mesmo com a mãe aparentemente sentindo muita dor.

Rafaela

Rafaela foi levada à sala de parto de maca, acompanhada por seu marido. Ela permaneceu em silêncio, gemendo algumas vezes quando sentia as contrações. A criança nasceu e foi colocada em contato pele-a-pele com a mãe. Rafaela e o marido, aparentemente assustados, perguntaram por que a criança estava “roxa” e a enfermeira respondeu que era “normal”. Em seguida a pediatra pediu para o recém-nascido ser colocado no berço. Rafaela conversou um pouco com o marido e ficou em silêncio. O acompanhante segurou o bebê por alguns minutos, sendo observado pela mãe. A sutura da laceração perineal foi realizada rapidamente. Rafaela foi transportada para a maca e permaneceu ali durante o tempo em que a criança foi mantida no berço para aquecer.

Maristela

Maristela foi encaminhada à sala de parto, onde permaneceu o tempo todo em silêncio, porém aparentemente sentindo muita dor. O bebê nasceu e foi encaminhado ao berço para avaliação do pediatra. Mesmo após o nascimento, Maristela continuou sentindo muita dor. Sua mãe entrou em sala, e conversou com ela. Após dez minutos do nascimento foi realizado o contato pele-a-pele. Maristela sorriu e segurou o recém-nascido apenas com uma mão, ainda sentindo dor. O contato aconteceu durante dez minutos, sem ocorrer amamentação. A obstetra responsável pelo plantão pediu para tirarem o bebê do colo da mãe, perguntou para

a parturiente se podia retirá-lo e ela respondeu que sim, enquanto acontecia a finalização dos procedimentos obstétricos.

Madalena

Madalena foi deambulando para a sala de parto, acompanhada pela irmã. Apesar de estar aparentemente tranqüila, verbalizou dor. A enfermeira obstetra em campo cirúrgico orientou a respiração adequada durante as contrações, que foi realizada corretamente por Madalena. A criança nasceu e foi colocada em contato pele-a-pele com a mãe, que ajudou a secar a cabeça do filho. Madalena ergueu a cabeça do filho para melhor observar o rosto dele, sorriu e suspirou, aparentemente muito cansada. Apesar deste cansaço, a mãe continuou segurando e acariciando a criança em seu colo por oito minutos, quando então esta foi levada para o berço. Quando retornou para o colo da mãe, o bebê sugou o peito por cerca de vinte e cinco minutos.

Carla

Carla teve parto cesárea indicado por iteratividade e foi encaminhada ao centro obstétrico deambulando. Ela estava bastante chorosa e queixosa, referiu estar nervosa e ter “medo de agulha”. Após a anestesia, Carla ficou em silêncio, com os olhos fechados. A criança, ao nascer, foi colocada em contato pele-a-pele durante dois minutos com a mãe, que olhou fixamente para a criança durante este momento. Após o bebê foi levado para o berço, e Carla manteve-se em silêncio, olhando atentamente para o filho. A acompanhante que estava atrás da mulher,

segurou a criança depois de terminados os procedimentos com ela. O recém-nascido foi colocado novamente sobre o peito da mãe, e auxiliado a mamar.

Janete

Janete foi levada ao centro obstétrico, de maca, mantendo-se em silêncio, porém com a respiração ofegante. Sua mãe, que estava acompanhando o parto ficou ao lado da mesa operatória. Janete começou a gritar muito e foi repreendida pela aluna do curso da Medicina, que estava em campo cirúrgico. A criança nasceu e foi levada ao berço, Janete ficou olhando para o teto, sem virar-se para o filho. Ela permaneceu em silêncio até o recém-nascido ser colocado em contato pele-a-pele sobre seu peito. Janete olhou pouco para seu filho, aparentando certa indiferença. Depois de alguns minutos ela segurou a mão do bebê, quando a enfermeira tentou colocá-lo para sugar, mas ele não quis.

Amanda

Esta parturiente foi levada à sala de parto acompanhada pela mãe, que ficou ao seu lado, acariciando seu rosto. Amanda ficou em silêncio, calma, seguindo corretamente as orientações que eram realizadas pela enfermeira, apesar de estar aparentemente bastante cansada. Ao nascer, a criança foi encaminhada diretamente para o pediatra. Amanda olhou fixamente para o berço, conversou algo com a acompanhante e manteve-se atenta durante os cuidados que eram realizados com o seu filho. O recém-nascido, já com roupinha, foi colocado sobre o colo da mãe, vinte e cinco minutos após o parto, mantendo contato com a pele apenas através do

rosto. Amanda abraçou o filho, segurando-o e olhando-o fixamente, e conversou com ele. Não foi iniciado o aleitamento materno.

Angélica

Angélica estava calma quando seguiu à sala de parto deambulando, mas lá começou a gritar, demonstrando estar com medo. Ela colocou a mão em sua vulva, após a anti-sepsia, e neste momento a aluna do Curso de Medicina que estava em campo cirúrgico, a repreendeu. O bebê nasceu e foi levado para a avaliação do pediatra. Angélica continuou gemente e expressando dor. Ela olhou para o berço e começou a chorar quando ouviu o choro do filho, mantendo a queixa de dor durante a dequitação e a revisão de canal de parto. O recém-nascido foi colocado sobre a mãe após treze minutos do parto, e esta perguntou se a criança não iria tomar um banho primeiro. Angélica segurou o filho firmemente e ficou olhando demoradamente para o rosto dele. Após treze minutos de contato, o bebê foi retirado do colo da mãe, para que ela fosse transportada para a maca, mas em seguida ele retornou para o peito, quando então ocorreu o início da amamentação.

Danila

Danila foi levada ao centro obstétrico para realização de analgesia e, após este procedimento, ela permaneceu em sala para realização do parto. Estava calma e em silêncio. As enfermeiras em sala de parto começaram a orientá-la durante as contrações. O bebê nasceu e Danila levantou a cabeça para enxergá-lo ainda nas mãos do residente da obstetrícia. Este perguntou se Danila queria cortar o cordão

umbilical, ela se negou, porém ele insistiu e ela acabou cortando. O recém-nascido foi colocado em contato pele-a-pele com a mãe, que o acariciou, segurando-o firmemente. Danila ficou surpresa ao saber que o sexo da criança era feminino, pois ela achava que seria menino, conforme informações da ultra-sonografia. Três minutos após este primeiro contato, o bebê foi levado ao berço. Danila estava aparentemente bastante cansada, mas ficou olhando fixamente para a criança. Durante a dequitação e revisão do canal de parto, ela permaneceu olhando para o teto, em silêncio. O recém-nascido foi colocado novamente sobre o peito da mãe, e foi auxiliado a iniciar o aleitamento materno, que não aconteceu.

6.2 O contexto de estudo e a ocorrência do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

A assistência ao nascimento e parto tem sido alvo de férteis discussões, dada a ampla e nova significação social que progressivamente tal questão vem assumindo na sociedade contemporânea. Medidas intervencionistas, o avanço e o emprego de tecnologias, embora tragam importante contribuição à saúde materno-infantil, têm produzido iatrogenias biológica e social importantes.

Contribuindo na redução do risco iatrogênico em que estão expostos mãe e filho na prática assistencial e, por extensão, na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal é que movimentos de humanização da assistência vêm se constituindo. No cenário de ações ritualizadas, assentadas em rigorosa assepsia e atitudes técnicas, muitas vezes desnecessárias, intervindo na evolução fisiológica

dos processos como o parto, o nascimento e o aleitamento materno, buscam-se resgatar o valor de certas práticas modificadas pela institucionalização da reprodução humana.

Particularmente para o aleitamento materno, algumas rotinas hospitalares se constituem em obstáculo para a amamentação, como a administração de medicamentos à mulher, principalmente sedativos e analgésicos, (BRASIL, 2001); o aumento indiscriminado das cesarianas (ROWE-MURRAY; FISHER, 2002); a separação freqüente entre mãe e filho, sendo este último vestido antes de ser levado para a mulher ou encaminhado diretamente ao berçário (CARFOOT; WILLIAMSON; DICKSON, 2003).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança traz como recomendação uma revisão nas rotinas e normas hospitalares buscando o incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno. O ambiente favorável à amamentação inclui procedimentos menos intervencionistas e o favorecimento do contato mãe e filho mais precoce e contínuo (BRASIL, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 1998).

Os serviços de saúde que creditam na assistência humanizada ao nascimento e parto têm direcionado esforços na implementação e manutenção de um novo modelo de assistência. Contudo, a desconstrução de certas práticas, tidas como verdadeiras e cristalizadas nas condutas de profissionais, é a principal barreira neste processo, caracterizando avanços e retrocessos.

Na MATER, tal realidade não é diferente. Vale salientar que apesar de lidarmos com uma clientela de baixo risco, o eixo estruturador da assistência ainda se baseia na especialidade, no patológico. A este respeito, Alvarenga (1984) observa que o pensamento clínico-obstétrico se estruturou, notadamente na primeira

metade do século, nas definições do que era normal e patológico e nos riscos de morbi-mortalidade materno, fetal e perinatal, o que são indicativos de uma ideologia que permeia a prática positivista da medicina e áreas afins como a enfermagem.

Neste estudo, buscamos identificar os procedimentos intervencionistas considerados como obstáculos ao aleitamento materno, conforme apresentado pela IHAC. Dentre eles estão os relacionados às parturientes (tipo de parto e uso de analgesia) e aos neonatos (procedimentos de recepção ao recém-nascido).

O tipo de parto, bem como a utilização de analgesia durante o trabalho de parto são fatores intervenientes ao estabelecimento satisfatório do aleitamento materno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Recomenda-se o contato pele-a-pele na primeira meia hora de vida em condições que mães e bebês estejam bem clinicamente e posteriormente a este, que se proceda as demais ações de recepção ao recém-nascido.

A incidência de cesáreas na clientela pesquisada mostrou-se dentro do recomendado pelo Ministério da Saúde, já que 78.3% (n=18) dos partos foram normais, 17.4% (n=4) foram cesáreas e 4.3% (n=1) foram fórceps. O Ministério da Saúde por meio da Portaria 2816/98, institui limites máximos de 30% de cesárea para o pagamento pelo SUS, a fim de reverter a prática abusiva de cesariana no Brasil e contribuir para a redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal (OLIVEIRA et al., 2002). Isto porque as cesáreas ocasionam aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mulher, quatro vezes mais risco de infecção puerperal, três vezes mais risco de morbi-mortalidade materna, maior período de separação entre o binômio mãe e filho com início tardio da amamentação e aumento de gastos para o sistema de saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA apud HOTIMSKY et al, 2002). Estudo

realizado por Rowe-Murray e Fisher (2002) demonstra que a cesárea é uma barreira importante para o início do aleitamento materno, pois as mulheres que experimentaram este tipo de parto tiveram um tempo de separação mais longo entre o nascimento e o contato precoce.

Considerando os partos vaginais (n=19), e sua relação com a integridade do períneo após o parto, 36.8% (n=7) das mulheres apresentaram períneo íntegro, em 31.6% (n=6) dos casos ocorreram lacerações de primeiro grau, para 26.4% (n=5) delas foi realizada episiotomia, e 5.3% (n=1) sofreram laceração de segundo grau. Numa maternidade que segue o modelo de humanização ao parto, como a MATER, a episiotomia é considerada eletiva. Na prática do uso restrito de episiotomia há menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações de cicatrização (BRASIL, 2001). Apesar desta conduta adotada, a maioria das mulheres apresentou lesão no períneo após o parto. A ocorrência destas lesões, seja por episiotomia ou laceração, tem implicações na disposição que a mulher terá para proceder ao contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento e ao aleitamento materno na primeira meia hora de vida após o parto, em razão de posição na mesa de parto, de desconforto e dor.

O trabalho de parto, apesar de ser um processo fisiológico e natural, resulta em dor intensa para muitas mulheres (LOWE, 2002). Métodos não farmacológicos e farmacológicos podem ajudar a controlar a dor durante o trabalho de parto. A MATER conta com a existência de recursos não farmacológicos para alívio da dor como massagens, hidroterapia e técnicas de respiração. Apesar disto, a utilização do uso de drogas analgésicas para o alívio da dor do trabalho de parto ocorreu em 52.6% (n=10) do total de partos vaginais (n=19), sendo que 47.4% (n=9) das mulheres não utilizaram este recurso. Estudo realizado por Almeida et al., (2004),

demonstrou que a abordagem psicoprofilática promoveu sensações de aumento de tolerância à dor, encorajamento e vigor em parturientes para vivenciar a parturição, refletindo aspectos positivos da utilização desta técnica. Mesmo com evidências de que os métodos não farmacológicos são aplicáveis na parturição, trazendo mais conforto para a mulher, na maternidade do nosso estudo o uso de substâncias analgésicas prevaleceu. O uso da analgesia intra-parto pode sedar não só a mulher, como também o recém-nascido, deixando-o sonolento e dificultando a sua sucção (BRASIL, 1993; NISSEN; WIDSTROM; LILJA, 1997). No entanto, pesquisas recentes (CHANG; HEAMAN, 2005; HALPERN et al., 1999) têm demonstrado que a analgesia epidural utilizada durante o trabalho de parto não impede o sucesso no início do aleitamento materno, em hospitais que promovem adequadamente a amamentação.

Considerando os procedimentos realizados com os recém-nascidos, o contato pele-a-pele na primeira meia hora pós-parto ocorreu, conforme definido por Alberts (1994), para 82.6% (n=19) dos binômios. Os 17.4% (n=4) restantes tiveram contato na primeira meia hora, porém a criança foi colocada sobre a camisola da mãe, ou já vestida ou envolvida em lençol. O tempo que o recém-nascido permaneceu sobre o colo da mãe variou entre 2 e 34 minutos, sendo que o tempo médio de permanência foi de 12 minutos. Conforme citado anteriormente, o contato precoce deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 1998). Quanto à primeira amamentação, apenas 52.2% (n=12) dos bebês sugaram o seio materno conforme o quarto passo da IHAC. Vale lembrar que na maternidade, a recepção do recém-nascido é realizada dentro da sala de parto, onde o bebê permanece em um berço

aquecido que permite que a mãe, ao virar-se para o lado do berço, visualize todos os procedimentos que são realizados com o seu filho.

O contato precoce e o aleitamento materno na primeira meia hora após o parto, implica em fazê-lo ainda na sala de parto, já que a dequitação e a atenção ao período de Greemberg podem delongar-se por algum tempo na sala de parto. Soma-se a isso o fato da recepção dos recém-nascidos acontecer na sala de parto e assim, os procedimentos de peso, medida, credeização e cuidados de higiene ocorrem neste espaço; tendo a puérpera que aguardar a finalização de todos os procedimentos realizados com o recém-nascido para, juntos irem ao alojamento conjunto. Portanto, é neste cenário que o quarto passo da IHAC ocorrerá, em meio aos procedimentos obstétricos de revisão de placenta, do canal de parto após o nascimento, da sutura de eventuais lacerações perineais ou episiotomia e as rotinas com o recém-nascido.

Durante as observações, alguns profissionais de saúde modificaram seu comportamento habitual com a minha presença em sala de parto, fato este que, em pesquisa, é denominado “efeito Hawthorne” (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1989). Considerando minha vivência anterior como enfermeira residente na maternidade, percebi que duas auxiliares de enfermagem passaram a permitir que o recém-nascido ficasse por mais tempo em contato pele-a-pele com suas mães, quando antes, eram apenas mostrados para elas, ou eram encaminhados diretamente para a avaliação do pediatra antes da realização de tal norma. Uma pediatra, chefe dos residentes da pediatria, sempre orientava a colocação do bebê em contato pele-a-pele com a mãe, antes de ser encaminhado para o residente da pediatria realizar o exame físico, quando percebia a minha presença. Durante duas cesáreas, uma anestesista soltou os braços da mulher após o nascimento de seus

filhos, para que as mesmas pudessem segurá-los, o que normalmente não acontece durante a cesárea, onde a mulher permanece com os braços imobilizados do início ao fim do procedimento cirúrgico. Após um nascimento, uma enfermeira do curso de especialização em Obstetrícia, que estava em sala, me disse que iria colocar o bebê para sugar o peito da mãe, para que eu ficasse feliz.

Tais observações nos levam a refletir sobre os saberes e práticas cristalizadas que não se abrem para outras abordagens consideradas menos científicas, por valorizar o natural, o subjetivo. O desenvolvimento tecnológico trouxe grandes vantagens para melhoria da qualidade de assistência mas, paralelamente, levou a distorções de processos naturais, como o nascimento e parto, tendo como escudo, o temor do sofrimento materno-infantil. Assim, notamos certa resistência por parte dos profissionais de saúde em executar o quarto passo tal como recomendado, pois tende a imperar outras “necessidades”, como a de intervenção e controle.

Um fato a considerar ante a esta realidade, é que a intervenção tecnológica no campo da saúde reprodutiva exerce um poder indiscriminado e antiético sobre os corpos e mentes das mulheres conforme consideram Tanaka e Alvarenga (1999), poder este também exercido sobre a criança.

Tendo em vista os objetivos deste estudo, acreditamos que as mudanças de comportamento dos profissionais, ocasionadas com a minha presença em sala de parto, não foram capazes de alterar os resultados do trabalho, uma vez que o foco de interesse maior foi o significado daquele momento para a mulher/mãe que vivenciou a experiência do quarto passo, que é normatizado pela instituição.

De acordo com a análise das entrevistas realizadas com as mulheres, foi possível identificar unidades temáticas, que convergiram para três categorias: a

prática institucionalizada do nascimento e parto e o quarto passo da IHAC sob o olhar das mulheres; a participação da mulher na realização do quarto passo da IHAC: manifestando sentimentos de ambivalência; imagem do filho recém-nascido: o impacto entre o esperado e o real.

Na seqüência, passamos a discutir as referidas categorias.

6.3 A prática institucionalizada do nascimento e parto e o quarto passo da IHAC sob o olhar das mulheres

Na Idade Média, o parto e o nascimento eram práticas femininas por excelência, compostos pelo ir e vir de mulheres compartilhando o “sofrimento” da parturiente e os movimentos da parteira. O parto era normal, não havendo fórceps ou cesárea. O nascimento era um evento celebrado dentro do lar junto da família. As parteiras ofereciam uma assistência integral, durante o parto e após o nascimento, acompanhando a mulher e a família, dispensando os primeiros cuidados ao bebê, permitindo à puérpera repor as suas energias, valorizando o resguardo e o vínculo mãe e filho. Esta prática era comum entre as mulheres da comunidade, reforçando que o nascimento era um espaço feminino, tanto para as mulheres mais ricas como as mais pobres, escravas ou livres.

Na Europa a participação masculina no parto foi pouco freqüente até o século XVII. A concepção do dar a luz como um evento fisiológico contribuiu para manter a medicina longe do cenário da parturição. O parto era considerado como desvalorizado para médicos, um trabalho sujo, que não estava a altura de um

cirurgião que era um homem de arte. O homem participava em situações especiais, ou seja, em complicações. No Brasil, no início da colonização, os partos eram feitos por caboclas, portuguesas e negras, algumas muito pobres (CASTRO, 2003).

No século XVIII é marcado como o início do fim do parto e nascimento como eventos femininos com a entrada dos médicos e seus instrumentos. As parteiras são colocadas em segundo plano e aos poucos foram excluídas dos acontecimentos que marcavam o nascimento. A parturiente passa de sujeito a objeto deste processo e assim estamos até hoje. Até 1750 as parteiras representavam o melhor em termos de conhecimento e práticas até então existentes. Odent (2002) refere que a obstetrícia moderna originou-se na França do século XVII quando os médicos entraram nas salas de parto e assumiram o papel da parteira, ganhando terreno, sobretudo entre as elites. Com essa nova obstetrícia, técnica e científica, as mulheres passaram a chamar os médicos para realizarem os partos, pois acreditavam poder receber cuidados mais seguros – fórceps, ópio, sangrias.

No final do século XIX, o hospital começou a ser considerado um local mais seguro para a assistência à gestante, ao parto e ao nascimento. As mulheres foram submetidas às rotinas hospitalares, muitas vezes desnecessárias, e a prática do parto medicalizado permanece até hoje, mantendo o peso da herança higienista nas práticas dos profissionais de saúde. No início do século XX, ocorreu a transferência do parto do domicílio para o hospital, local de um nascimento impessoal e instrumentalizado. Desta forma, pode ser observada a quebra da solidariedade feminina. A mulher entra em contato com normas e rotinas do hospital, tornando-se paciente, e espera-se que seja calma e colaborativa. (PROGIANTI, BARREIRA, 2001; WRIGHT; SCHANLER, 2001; TORNQUIST, 2003).

O aumento dos partos hospitalares também contribuiu para a diminuição do aleitamento materno pois, com o parto institucionalizado, a mãe de um recém-nascido normal era imediatamente separada de seu filho por até um dia (AVERY, 1984). O desenvolvimento desse modelo está diretamente relacionado ao rumo tomado pelo processo de medicalização da sociedade brasileira, principalmente após os anos 1960, quando se favoreceu a criação de um modelo intervencionista e curativo de assistência médica. A introdução da medicina preventiva e a criação dos centros de saúde, nesta época, deram início aos programas de pré-natal, que na realidade objetivavam a diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2001).

A partir da década de 1980 ocorre o reconhecimento de que, na grande maioria dos casos, o nascimento necessita apenas de observação, e de que o uso de técnicas invasivas e o excesso de intervenções deveriam ser práticas criteriosas e não indiscriminadas, por serem responsáveis por um conjunto de desvantagens não só para o recém-nascido, mas também para a mulher (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Embora as iniciativas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984, do Projeto Maternidade Segura de 1996 – lançada através de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), UNICEF e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) – e outras desenvolvidas nos últimos anos, em âmbito municipal e estadual, a sistematização da assistência à gestação, ao parto e ao nascimento ainda apresenta problemas, desrespeitando direitos básicos da cidadania (BRASIL, 2001).

De acordo com o novo paradigma de atenção à saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal, “os rituais de nascimento devem reforçar e reafirmar a unidade da

família e dos indivíduos que a compõem, ao invés de reforçar mensagens sobre a primazia da ciência, tecnologia e instituições” (SANTOS, 2002, p.162). Este mesmo autor afirma que a tecnologia tem seu lugar, mas esta deve necessariamente servir aos indivíduos e mais especificamente às parturientes, e não explorá-las.

Contemporaneamente, o movimento mundial em prol da humanização do nascimento e parto tem nos colocado frente ao desafio de respeitar a singularidade do nascimento e parto para a mulher e sua família e uma atuação menos intervencionista e iatrogênica por parte dos profissionais de saúde. A proposta da humanização do parto e do nascimento terá que romper com atitudes consolidadas, com práticas diferentes do que é preconizado, de acordo com Caron e Silva, (2002). Essas autoras relatam que a experiência própria das mulheres ou de outras que são de seu convívio estão repletas de assistência impessoal e distante, por parte dos profissionais de saúde.

Tais manifestações mostram-se presentes entre as mulheres participantes deste estudo, depreendidas nas subcategorias temáticas que passamos a apresentar.

“Não sabia que ficava ali comigo direto”

O modelo de assistência que separa a mãe de seu filho na hora do nascimento, idealizada na década de 1930 (AVERY, 1984), com a recepção do recém-nascido sendo realizada fora da sala de parto, e a idéia do berçário

postergando por horas o primeiro contato entre o binômio, ainda está presente na visão das mulheres deste estudo.

(...) agora não vai mais para o berçário, ele fica todo o tempo conosco, né, tipo num alojamento, e não é mais daquela outra forma que antigamente. Antigamente os bebês nasciam, iam para o berçário, a mãe descansava, depois de algumas horas que ele vinha para mamar. “(...) para mim ia pro berçário, depois que eu ia ver a criança, né, não sabia que ficava ali comigo direto”.(Valquíria)

“Eu pensei que seria uma coisa mais distante, entendeu? (...) Que o contato maior que você ia ter, que eu teria com o nenê seria no quarto, que eu iria pro quarto e que depois que iria me levar o nenê pro quarto, entendeu? Pra eu ver ele no quarto, né? Por no bercinho lá do lado. Era mais assim...” (Amanda)

“Eu não tinha nem idéia (rs). Por mim eles iam pra uma sala separada, e só depois eu recebia ele.” (Rosana)

Segundo Tornquist (2003), a maternidade é uma instituição hospitalar onde as mulheres entram grávidas e saem mães, onde elas são alvo de um processo intenso de construção do modelo higiênico de mãe, que é pedagógico e medicalizado. A retomada da humanização e a IHAC ainda não foram capazes de modificar o ideário materno sobre o primeiro contato entre o binômio mãe/filho. A construção cultural do parto institucionalizado, idealizada durante o século XX, mantém-se forte quando o assunto é o primeiro contato, uma vez que muitas das mães deste estudo vivenciaram a separação dos seus filhos durante partos anteriores, ou obtiveram esta informação de outras mulheres que só receberam seus filhos após algumas horas do nascimento.

“Olha, eu não imaginava que fosse dessa maneira, não, porque eu tive meu primeiro, e primeiro ele foi pro berçário e depois que ele veio pra gente amamentar, depois de 4 horas”.(Leandra)

“Que o nenê vinha assim pro colo da gente não, né, porque dos meus, igual eu te falei, dos meus só vi a carinha deles só, e levavam pra lá”.(Lúcia)

A mulher moderna teria se distanciado dos processos biofisiológicos da parturição, em função de um processo civilizador (PACIORNICK, 1984). A mulher teve o respeito ao seu processo fisiológico e suas decisões substituídos pela decisão médica convencional, sem explicações ou negociações, com desqualificação e infantilização (TORNQUIST, 2003).

Em outro trabalho, Tornquist (2002) faz sua crítica ao modelo de assistência ao parto e nascimento à partir de dois eixos. Um deles é de que o parto, ao contrário do que preconiza a prática medicalizada, não é um evento patológico, mas sim existencial e social, vinculado à vida da mulher e de sua família. O outro considera que o parto institucionalizado introduz uma série de recursos e procedimentos “não-naturais que afastariam tanto a mulher quanto o bebê de sua suposta ‘natureza’, destituindo-os de seus direitos à vida e à boa saúde”. Os profissionais de saúde, ainda que teoricamente comprometidos com os valores de um novo modelo de assistência que privilegia a humanização, muitas vezes reproduzem as práticas que já estão consolidadas há décadas (TORNQUIST, 2003). Pudemos depreender neste estudo que as informações sobre as novas rotinas e procedimentos, relacionados ao contato pele-a-pele e o aleitamento materno na primeira meia hora de vida, não são oferecidas adequadamente para as mães e tampouco operacionalizadas pela instituição. A idéia da amamentação é trabalhada pela mulher no seu imaginário durante toda a gravidez, mas é na situação real de amamentar que esta experiência se torna concreta, ocorrendo o confronto entre a expectativa e a vivência real (SILVA, 2000). Assim, apesar de não esperar amamentar o seu filho pela primeira

vez no centro obstétrico, é neste local que o primeiro estímulo para este procedimento é realizado, gerando a surpresa das mulheres frente ao contato precoce.

“Ah, foi uma sensação assim, diferente, porque, eu não sei, eu, antes nas outras duas, eu peguei no quarto pra amamentar. E aqui não. Foi chegando e ela foi logo sugando”.(Madalena)

“Só não imaginava que seria ali, né? Eu imaginava que ia para o quarto, primeiro, para depois estar amamentando”.(Taís)

*“Então eu não achava que, que ia colocar em cima de mim”.
(Adriana)*

No que diz respeito às práticas hospitalares, depreendemos que tanto as mulheres quanto os profissionais de saúde valorizam a assistência voltada para o cuidado. Entretanto, Rozário e Zagonel (2000) afirmam que ambos apresentam expectativas diferentes sobre este cuidado. Nesta perspectiva, a relação entre educação e saúde na prática profissional é vista como algo compartimentalizado, as ações são realizadas sob a ótica da instituição e/ou dos profissionais de saúde. Já a clientela participa destas atividades educativas com a expectativa de um determinado tipo de troca, buscando receber atendimento diferenciado oferecido pelos profissionais ou pela instituição.

Assim, podemos inferir que, mesmo tendo realizado o pré-natal na maternidade onde se deu o presente estudo, e mesmo tendo recebido as orientações explicativas e educativas sobre as rotinas da maternidade, com base na IHAC, as mulheres não conseguiram apreender as informações recebidas. As razões podem envolver outros interesses que não o conhecimento, uma vez que foi

verbalizado por elas uma expectativa de separação do recém-nascido e de ações intervencionistas.

“Falou, falou que o nenê sai, sairia da sala junto comigo. E, que eles colocariam em cima de mim, isso daí pra mim tudo foi novidade”.(Dirce)

“Aí eu imaginava que era um pouco diferente, que primeiro ia, iam limpar, ia limpar, tipo assim, iam examinar em outra sala, alguma coisa, depois que eu iria ver. Eu, é, eu pensei assim, que primeiro eles iam, (...), limpam, né, mas eu pensei assim, que eles iam examinar, primeiro tudo assim, numa outra, num outro local, já me encaminhar pra outro lugar, antes de ter aquele contato, né?” (Amanda)

Não só as falas revelam as surpresas e estranhamentos das mulheres ante as ações de colocar o bebê em contato pele-a-pele e amamentarem, mas também nossas observações. As mulheres apresentaram comportamentos indicativos de expectativa acerca de uma prática intervencionista no momento do nascimento, sendo normal para elas, receberem o filho somente após a avaliação do pediatra.

Considerando o contexto institucional onde o binômio mãe e filho estava inserido, para realização do quarto passo preconizado pela IHAC, depreendemos que a operacionalização deste passo está acontecendo sem a adequada orientação prévia destas mulheres, que trazem em seu imaginário o encontro com seus filhos apenas no quarto, quando já estão descansadas.

O espaço do medo e da dor: palco para o início do estabelecimento do vínculo mãe e filho

A ansiedade e a insegurança sentidas pela mulher estão presentes em toda a gestação, devido à situação nova e às transformações corporais e sociais que ela acarreta (RUGOLO et al., 2004). No momento do parto, estes sentimentos são intensificados devido à presença de dor física, insegurança e fragilidade emocional (QUEIROZ; SILVA; JORGE, 2003). Segundo Simões e Souza (1997), o temor e a insegurança da mulher diante do parto vêm desde os tempos mais remotos e, por tradição popular, o parto sempre esteve atrelado à idéia de dor, sofrimento e angústia.

“Se bem que quando eu vim para cá eu vim com muito medo”.(Leandra)

“Ah, das dores, né, tem gente que fica com medo. Fica apavorado. Igual dos outros meninos meus, mesmo, eu sofri muito, né, então. A gente já sabe como é que é, a gente fica nervosa”.(Lúcia)

“Ah, eu tava muito nervosa. É, diante de tudo que aconteceria. (...) Medo de um monte de coisa. (rs)” (Dirce)

O medo do parto construído socialmente torna-se mais intenso quando a mulher adentra a instituição, pois soma-se a ele o medo do desconhecido. Quando ocorre a admissão hospitalar os receios diante da iminência do parto são trazidos à tona, já que o ambiente hospitalar não é o lugar comum para estas mulheres, e no imaginário popular está associado à isolamento, doenças, tristeza. Segundo Sarmiento e Setúbal (2003), a mulher encontra-se muito vulnerável no momento do parto, angustiada pela sensação de não ser capaz de fazer a criança nascer, que está relacionada à sua auto-estima e às suas experiências pessoais ao longo da vida e da gravidez. Para essas autoras a mulher tem medo da dor, de não suportá-

la, de sucumbir a ela, perder o controle da situação; existe o medo da morte e o medo de ser dilacerada durante a passagem do bebê pelo canal de parto, que pode rasgá-la e destruí-la na sua feminilidade e genitalidade. A mulher teme, ainda, procedimentos médicos que possam lhe causar vivências negativas, como a lavagem intestinal e a raspagem dos pelos pubianos, teme o ambiente hospitalar desconhecido e assustador, demonstrando expectativas quanto ao seu desempenho e à saúde da criança.

“(...) meu parto teve muito esforço físico, entendeu? Então, praticamente ninguém me ajudou”.(Sônia)

“Ainda mais ele, né, que não tava vindo, né? (...), então a gente começa a pensar um monte de coisa, né? Será que tá bem? Será que eu vou dar conta? (...) Então na hora que eles te tiram e já põe em você, você fala: ai, graças a Deus, tá tudo bem, né?Então é ótimo.” (Rosana)

“Eu tinha, meu, o único medo que eu tenho é de eu não agüentar e acontecer alguma coisa com o nenê depois, né? Assim, não agüentar pôr força. É, acontecer igual o da minha menina, primeira menina minha eu comecei desmaiar na mesa, porque eu não tinha força, né, ela era muito grande”. (Lúcia)

A dor é vista pelas mulheres como indispensável, inerente ao processo de parturição; quando elas descrevem a evolução da dor e o comportamento assumido, mostram sentir-se em perigo, ameaçadas, porque revelam o medo frente ao desconforto gerado pela dor, segundo Simões e Souza (1997). Para estas autoras, a vivência parturitiva é compreendida pelas mulheres como angustiante e temerosa, pois, a partir do momento em que são admitidas na instituição, elas perdem o controle da situação, tudo torna-se imprevisível e não familiar.

“Foi porque eu fiquei das 11 horas da noite até aquela hora, menina, fazendo força e dor e dor, e não tinha força mais para fazer, e tinha que fazer para ele nascer, né. Que eu até achei que ia morrer, Deus me livre.” (Adriana)

“(...) porque a gente fica sozinha. Porque é um momento, assim, tão difícil”.(Alessandra)

Dentro do centro obstétrico, a expressão de certas emoções relacionadas com o parto apresenta contornos bem definidos, pois o enfrentamento adequado da dor supõe o desvio do escândalo, do desespero e do descontrole. Tanto a equipe de saúde quanto as mulheres concordam que o enfrentamento da dor este seja o comportamento ideal, no entanto, nem sempre elas mantêm-se nestes limites esperados (TORNQUIST, 2003).

“Então eu tava mais cansada do que os outros, que tomou anestesia, levou pique, entendeu? Porque geralmente quando eu tomo anestesia, quando o nenê acaba de sair, já não sente mais dor e eu não. Eu continuei sentindo dor”.(Sônia)

“Ah, que eu não tivesse me cansado tanto, que eu não tivesse reclamando tanto de dor, porque as dores são muito, ah, são suportáveis e não suportáveis. Queria que nada disso tivesse acontecido (...)”. (Regina)

“(...) eu não, não sofri tanto, igual muitas que eu vi ali, entendeu? Aí, tinham umas sofrendo, gritando, tal. Aí eu acho que, no meu desespero e naquela agonia de querer logo ter o nenê, aí acho que eu acabei sendo um pouco grossa, (...)” (Amanda)

É neste palco, onde surgem sentimentos variados, como medo, desespero e sofrimento, que a mulher vai encontrar-se pela primeira vez com seu filho. No contexto de uma experiência emocionalmente intensa, permeada por um misto de ansiedade e alegria (SARMENTO; SETÚBAL, 2003), acontecerá o contato pele-a-

pele, o vínculo mãe e filho será iniciado, e por conseguinte a amamentação. Esta prática, portanto, pode vir carregada de inseguranças relativas à capacidade da mulher para amamentar em meio às condições conturbadas do momento do parto.

Considerando o processo de parturição no espaço hospitalar que pode ser facilitado ou dificultado dependendo das condições do ambiente – confiável e acolhedor, ou frio e brutalizante (SIMÕES; SOUZA, 1997), este permite reflexões sobre o atendimento prestado à mulher neste espaço, que parece modificar o significado do parto, passando da felicidade ao predomínio do sofrimento (NASCIMENTO; SANTOS; SOUZA, 1997). A presença de sentimentos contraditórios estende-se ao primeiro contato mãe e filho e a primeira amamentação, que são realizados no espaço do centro obstétrico, momento em que as mulheres estão cansadas pelo parto, contudo, são submetidas à normatização de receberem o bebê no colo e serem estimuladas a amamentar.

“Apesar de ter sido frio, de ter doído, mas não me arrependo”.(Aline)

*“Olha, é fica meio difícil na hora que você tá sentindo dor você pensar alguma coisa assim, né?” (sobre o primeiro contato)
(Amanda)*

“Porque ali tem muita gente em cima, muito tumulto, né, agitação, o clima meio estranho. Ah, muita gente pra lá e pra cá, esquisito”. (Janete)

Segundo Tornquist (2003), as situações de conflitos e dificuldades relacionadas ao aleitamento materno remetem a uma reflexão importante: o incentivo à amamentação, quando tomado como uma norma rígida, deixa de ser um direito da mulher, e torna-se um dever normativo e disciplinador. Para esta autora, a

obsessão em fazer toda mulher amamentar seu filho, gerada pela apropriação burocrática de normas e rotinas, pode transformar facilmente gestos aparentemente humanizadores em atos de violência simbólica e até física, quando esta obsessão está atrelada à persistência de um imaginário que ainda não livrou as mães do peso da herança higienista.

Neste sentido, percebemos que para as mulheres entrevistadas, o espaço da sala de parto mostra-se dissonante com o ambiente calmo aconchegante e acolhedor que se espera para o início da prática da amamentação, já que o centro obstétrico é visto como espaço do sofrimento, do medo e da dor, incompatível com a idéia de amamentação prazerosa, trazida pelas mulheres em seu imaginário.

*“Ah, eu estava bastante cansada, bastante dolorida. (...) Porque não dava pra, pensava nela mas também não dava pra ficar, tipo, pegar ela, pra olhar pra ela direito, não tinha como. Estava tudo dolorida. (...) Porque você já tá ali cansada, toda suada, ali, ali também já não tá bem porque do mesmo jeito que eu estava fazendo força pra ele sair, ela também estava sofrendo. Então eu acho que a duas queriam descansar um pouco. Apesar que essa daqui foi indiferente, né, queria mamar primeiro (rs)”.
(Angélica)*

“Nossa, porque lá, pra lá no pré-parto é muito, muito... nossa, ver aquelas coisas, lá, dá mais medo ainda. (rs) Ah, porque ver elas sofrerem, né? Gritarem de dor, a gente fica mais, nervoso, né, nervosa. Acho que é isso”.(Giovana)

“Já passei as dores, já, aquele sufoco todo, agora tá tranquilo, tô passando bem com a criança. (...) Ah, porque depois que ganha, que a gente se alivia das dores, tudo, vai tudo pro quarto e ali a gente fica só entre eu e a criança, mais contato, bem dizer, o dia inteiro fica com ela e melhor, porque eu não to sentindo dor, ela tá ali comigo. Eu já tô livre daquelas dores, daquelas coisas, tudo. Sei que não vou passar tudo aquilo de novo, já passou”.(Maristela)

“Ah, eu creio, pelo menos no quarto você está mais aconchegada, né, descansada um pouco. Ah, igual eu te falei

que cansa, né? Você está com dor nas costas ainda, da maneira que deu anestesia, tudo. Aí cansa mais, né? Aí você chega no quarto já está bem aliviada”.(Danila)

A mudança na rotina hospitalar com a implementação do quarto passo mais uma vez exclui a mulher da tomada de decisão acerca do que deseja, respeitando suas condições físicas e emocionais para participar efetivamente e prazerosamente do contato pele-a-pele no momento do nascimento.

6.4 A participação da mulher na realização do quarto passo da IHAC: manifestando sentimentos de ambivalência

No ideário das mulheres a amamentação ainda é vista de forma romanceada. Esta visão é reforçada nos discursos prol amamentação que tendem a focalizar a visão romântica do ato de amamentar, omitindo possíveis problemas que possam ocorrer durante a amamentação (NAKANO, 1996; JAVORSKI, 1997). Busca-se criar uma identidade homogênea e universal do que é ser uma boa nutriz, uma boa mãe, ou seja: amamentar é um direito da criança, um dever da mãe a qual deve ser paciente e dedicada pelo bem da saúde do filho (NAKANO, 1996). O significado da maternidade é construído dentro de cada cultura e amparado pelas políticas públicas que em nosso meio, estimulam o aleitamento materno, permite à mulher definir seu papel de mãe, estabelecendo como ser, fazer e sentir. Este constructo é transmitido entre gerações de uma família, por meio das relações sociais e pela mídia (MEYER; OLIVEIRA, 2003).

Para Paim (1998), nas classes populares, o ser-mulher inclui a maternidade como condição necessária e inerente para a completa realização da mulher como sujeito deste universo simbólico. Segundo Scavone (2004), a maternidade se dá devido, entre outros fatores, à busca de um sentido para a vida, à necessidade de valorização e de reconhecimento social, ao amor pelas crianças, que caracterizam o modelo maternal de amor romântico e instintivo.

Sob este prisma, a amamentação é vista pelas mulheres, como função social que dá ao corpo feminino a condição de corpo materno, e o prazer em amamentar está em reconhecer que elas são responsáveis pela boa saúde de seus filhos (NAKANO, 2003).

A necessidade de descanso, após as horas do trabalho de parto, leva as mulheres a entender a rotina de separação entre seus filhos recém-nascidos como algo esperado, já que no pós-parto imediato elas não estariam aptas e com disponibilidade para recebê-los. A observação do parto de Sônia deixa claro este sentimento, pois ela verbalizou que não queria segurar o bebê, pedindo para a auxiliar de enfermagem esperar um pouco para este contato acontecer.

Após o nascimento, no pós-parto imediato, ocorre uma mudança de foco de atenção no centro obstétrico: as atenções passam a ser direcionadas ao recém-nascido em detrimento da mulher, embora esta ainda necessite ser cuidada, amparada e estimulada (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

A equipe de saúde, entretanto, com o intuito de cumprir a norma estabelecida pela IHAC, apressa-se para a realização do quarto passo, considerando apenas os aspectos biológicos como boa condição da mulher e da criança, na avaliação para o cumprimento desta tarefa. Concordamos com Tornquist (2003), quando esta refere que as manifestações das emoções são construções culturais e, assim, na

instituição hospitalar também estão presentes diferentes concepções de dor, sofrimento e desejos, sendo que a mulher está em estado liminar, pois é ela e seu corpo que vivenciam este momento. Dessa maneira, estas concepções enquanto expressões socioculturais e variáveis, não são compartilhadas com a mesma intensidade e mesmos valores pela mulher e pelos profissionais de saúde, que tendem a sublinhar as manifestações orgânicas, universais e quantificáveis.

“Sentindo-se cansada”

Após o parto, a puérpera apresenta-se extenuada pelo esforço muscular dispensado na expulsão; seu corpo apresenta-se com sudorese, a respiração é costal e profunda, e a frequência respiratória reduzida; a mulher sente-se aliviada, o cansaço exige repouso e o sono é impositivo (NEME, 2000).

Apesar de normalmente existir a curiosidade em visualizar o rosto do bebê e em saber como ele está fisicamente, o interesse pelo recém-nascido restringe-se à esta fase: após os primeiros questionamentos sobre seu filho, a mulher tende a permanecer em silêncio, de forma introspectiva. A este respeito, Odent (2004) afirma que depois de um parto normal, sem intercorrências ou muitas intervenções médicas, os profissionais de saúde devem interferir o menos possível na amamentação e no contato precoce, proporcionando à mãe e ao recém-nascido um momento de privacidade.

“Ah, estava cansada (rs), bastante cansada. Mas a gente segura, né? Porque assim, é, você está cansada, mas você quer saber da nenê, quer ver. A gente, se esforça.” (Danila)

Contudo, em meio ao ambiente hospitalar onde o contato precoce e o estímulo ao início da amamentação são impostos, devendo ser realizados ainda durante os procedimentos obstétricos que geram o desconforto, a mulher/parturiente, que agora têm que ser nutriz, relata o cansaço diante desta situação, mas o papel de boa mãe, já discutido anteriormente, faz a mulher aceitar esta imposição. Alguns sentimentos de ambigüidade são verbalizados neste momento, quando estão cansadas, mas referem comentários positivos ao receber o filho no colo pela primeira vez, na instituição.

“Assim, numa parte eu não queria nada com nada. E noutra parte, né, foi bom que eu vi ele, nasceu. Tava bem. Na hora eu tava com dor, tava, mas eu esperava mesmo receber ele, você entendeu? (...) Então, assim, porque o cansaço era demais, a dor, né, porque o primeiro filho, né, não sei, porque eu fui mole, não sei como que, que foi. (...). No momento ali também eu não vou falar assim, ah, eu queria que colocasse no meu colo, eu ia falar, ah, depois me leva no quarto.” (Adriana)

“Tava sentindo muita dor, mas eu fiquei muito feliz na hora que eu vi ele ali perto de mim, ali. (...) A gente sofre muito, então a gente, eu vi a carinha assim, baixei um pouquinho e já pedi pra tirar, porque eu não agüentava (rs), não. (...) Porque a gente não quer, né? Perto da gente ali, a gente quer que fica ali, mas, é porque a dor é demais, então a gente, prefere pegar depois.” (Lúcia)

“Eu estava anestesiada, não agüentava mais de tanta dor que já tinha passado, mas aliviada também, de já ter tirado a criança e ela estar ali em cima de mim, sabendo que estava ali comigo, já, que estava tudo bem”. (Maristela)

Resultado semelhante foi encontrado por Rozário e Zagonel (2000), em um estudo sobre a implementação de uma proposta de cuidado com enfoque educativo para mulheres nutrizes em uma unidade de alojamento conjunto. No estudo destas autoras, os depoimentos apontaram visões de ambigüidade relativas à permanência do recém-nascido junto às mães, que consideravam este momento difícil, mas ao mesmo tempo importante e melhor para o filho.

“Sentindo-se desajeitada”

O desconforto físico causado pelos procedimentos obstétricos pode interferir no repouso e no relaxamento das mães (LOWDERMILK; PERRY; BOBACK, 2002). A equipe de saúde que assiste ao parto deve criar um ambiente tranquilo, assim como proporcionar conforto físico e emocional, a fim de facilitar o contato íntimo entre a mãe e o filho, o mais precocemente possível (BRASIL, 2001).

Apesar deste padrão ideal de conforto preconizado e necessário para a realização do quarto passo, nem sempre os profissionais de saúde mostram-se disponíveis para o acolhimento, e as mulheres sentem-se desajeitadas para o primeiro encontro com o filho. Estar desajeitada significa ainda não ter certas capacidades como conhecimento, prática, postura adequada para a realização do ato de amamentar, o que reforça a idéia de que esta prática é aprendida e não-instintiva (NAKANO, 2003). Devemos lembrar que há situações especiais como no caso da cesariana, onde a mulher encontra-se mais desconfortável para o primeiro contato com o filho e para iniciar o aleitamento materno. Odent (2004) discute que

atualmente, a maioria das mulheres amamenta depois de uma cesariana. Entretanto, o início da lactação pode ser distinto daquele após um parto normal, e mãe e bebê precisam de ajuda.

“Pôs a criança, assim, a mãe suada, né, põe a criança em cima. Aí eu já achei errado, nessa parte. Ah, achei muito estranho. Ah, porque eu estava suada ali na hora, né. Ah, é muito, aí, eu não gostei, não.” (Janete)

“Tem que ficar daquele jeito, né, por causa dos aparelhos”. (Marília)

Mesmo na presença de dificuldades, as mulheres deste estudo não apresentaram resistência diante do ato de segurar o filho e de amamentar precocemente, aceitando com resignação as atitudes da equipe. Aqui também está presente a ambivalência, pois mesmo “desajeitadas” para segurar e oferecer o peito, elas o aceitam. No trabalho de Nakano e Mamede (1999) investigando os significados que um grupo de mulheres atribui às vivências e demandas na prática do aleitamento materno, encontraram expressões que evidenciavam sinais de conformismo e até movimentos de acomodação frente às situações advindas do processo de amamentar.

Depreendemos aí, o conformismo que permeia as falas das participantes deste estudo, pois mesmo não estando de acordo com as atitudes tomadas pela equipe de saúde, com relação aos seus corpos, mesmo vivenciando uma situação descrita por elas como de sofrimento, existe uma certa passividade que faz com que elas encarem este sofrimento como sendo componente da maternidade. Giovana e Maristela foram questionadas sobre retirar o filho do colo, ao que responderam de

forma positiva, demonstrando que naquele momento não estavam preparadas para segurarem o recém-nascido.

“Estava, não tava judiada muito, não. Ah, porque assim, né, tem mulher que sofre muito, bem mais do que eu, do que eu sofri. Ah, por causa das dores, né, que judia muito! Nossa, isso aí nem dúvida. É, assim, todo mundo sofre, sabe? É coisa da vida, mesmo. Então, sem problema”. (Marina)

“(...) eu me achei até egoísta porque eu, muitas sofrendo, e quando eu comecei sofrer eu já dei um pouco de trabalho, não colaborei muito, né, mas eu acho que tudo foi muito bom, porque eles tiveram muita paciência, apesar de, às vezes eu estar nervosa, até falar alguma coisa assim que não ficou muito legal, sei lá, eu acho que eles são muito compreensivos”. (Amanda)

“Sentir a criança... compensa o sofrimento”

A ambivalência e o conformismo, que se fazem presentes no padrão idealizado de maternidade demonstrado por estas mulheres, são enfatizados quando elas descrevem suas reações diante de ver e segurar o bebê pela primeira vez. Pela criança, a mãe suporta tudo, até as temíveis dores do parto; por ela a mãe enfrenta o desconforto de segurá-la ainda no centro obstétrico, suportando o cansaço, a espera da dequitação, o incômodo dos pontos da sutura perineal.

Percebemos aqui “marcas da construção social e histórica da maternidade romântica, como ideal feminino, em que as mulheres devem sacrificar-se, doar-se e se restringir em função dos filhos” (NAKANO, 2003, p.59). Em seu trabalho sobre os paradoxos da humanização em uma maternidade de Florianópolis, Tornquist (2003) relata que naquela instituição a idéia de que as dores e o sofrimento são partes

intrínsecas da identidade do gênero feminino é bem conhecida e forte, e seu enfrentamento resignado faz parte das atribuições femininas, o que é condizente com a opinião das participantes do nosso estudo. Conforme Badinter (1985), na construção histórica da maternidade idealizada que começou a ser incorporada à partir do século XVIII, todo sofrimento da mulher é inerente à sua função de mãe, e por isso deve ser bem tolerado.

“É, eu tava assim, meio que acabada, né? (rs) Mas aí ele anima. Só assim, pelo fato de você ver ele, você já esquece o cansaço”. (Rosana)

“Você esquece dor, você esquece tudo naquela hora. Ah, naquele momento você nem vê mais nada, (rs). Depois que você vê que o nenê nasceu, que está tudo bem, você esquece tudo. Você não sente os pontos, você não sente eles te mexer mais, mais nada. É engraçado(...) eu acho que é aquilo mesmo, é você estar com o bebê. É você sentir ele ali. Porque a gente, depois quando você é mãe é, a coisa mais importante é você e o bebê, você não lembra mais de nada.” (Leandra)

“Apesar de cansada de tudo que eu passei, as dores, mas pra mim valeu a pena. Que só de eu olhar pra carinha dela, assim, não tem nada assim, que seja mais importante do que o momento. Compensa tudo, as dores, tudo que eu passei”.(Alessandra)

De acordo com os depoimentos, as mulheres, mesmo considerando estarem em uma situação sofrível e inadequada, aceitam e entendem o momento como importante para o recém-nascido, colocando o seu próprio bem estar em segundo plano em detrimento do bem-estar do seu filho, superando o sofrimento por eles.

Fica evidente nas observações que a mulher segura seu filho com o interesse de saber se ele apresenta boas condições, e como ele é fisicamente, qual a sua

imagem. Após este momento inicial de “conhecimento”, ela já começa a demonstrar-se cansada ou com dor.

6.5 Imagem do filho recém-nascido: o impacto entre o esperado e o real

A normatização do modelo de parir e amamentar, fortemente vinculada na mídia e presente no imaginário das mulheres, sugere forte ligação, muitas vezes de forma determinista, entre a forma de nascer e iniciar o vínculo mãe/filho, e o comportamento futuro das pessoas, o que reforça um modelo ideal de parir, amamentar e seus desdobramentos sociais mais abrangentes. O conjunto de metáforas e imagens impresso neste ideário traz associações entre maternidade e amamentação, parto e natureza, instinto materno e cuidado com o bebê (TORNQUIST, 2002).

Na instituição hospitalar, o enfoque principal da assistência ao parto e ao recém-nascido está direcionado para a garantia da segurança ao nascimento, sendo uma intervenção para prevenir e/ou tratar doenças, com pouca ênfase em oferecer suporte emocional a um evento único de celebração da vida, que tem conotação social e psicológica: o processo normal e fisiológico do nascimento (CHALMERS, 2002).

Percebemos que, com a institucionalização/hospitalização do nascimento e parto, as mulheres afastaram-se da compreensão dos fenômenos fisiológicos que permeiam seu corpo. Assim, ao mesmo tempo em que ela carrega a construção cultural do que é ser mulher e mãe, ainda está impregnada com o conceito

biologicista de saúde e doença, que medicalizou o nascimento e tornou as situações naturais como não-naturais. Neste contexto, o momento de receber o filho que acabou de sair de dentro dela causa impacto e surpresa, pois a realidade deste novo ser é carregada de sensações de estranhamento. A visualização de uma criança envolvida em sangue, líquido amniótico e secreções corporais não é habitual para ela.

“Ah, na hora de impacto assim, pensava que eu levei um susto, né?” (Adriana)

“Eu pensei que tinha acontecido alguma coisa com ela, eu assustei. (...) E, tadinha, ela tava muito judiada, na hora que ela nasceu ela não chorou, e eu jurava que ela já ia sair chorando e não foi assim”.(Cleusa)

“Prontinho – bonitinho / sujinho – esquisitinho”

Receber o recém-nascido em seu peito ainda envolvido com fluidos corporais como sangue, líquido amniótico e vernix, demonstra-se como não sendo agradável para as participantes.

Os fluidos corporais são substâncias transmissoras de vida e emoções, mas também têm a denotação de substâncias que transmitem aquilo que pode ser poluído (LEAL, 1998). Dependendo da situação, as secreções corporais podem ser codificadas como nojentas e poluidoras; se internalizadas, são consideradas naturais, pois estão devidamente colocadas em seu lugar e estão controladas pela organização biológica do corpo. Ao ocupar o espaço exterior, as secreções corporais tornam-se extremamente perigosas, a natureza está deslocada, poluindo,

contaminando o corpo (RODRIGUES, 1986). “O ser humano é o único animal que se horroriza do seu sangue, do seu vômito, de suas secreções sexuais e que se sente cruelmente atingido por eles, porque é o único a possuir cultura” (RODRIGUES, 1986, p.164).

Diante disso, podemos compreender as sensações das puérperas ao segurar o filho nestas condições. O nojo e o horror diante do sangue vêm à tona, e o recém-nascido é considerado “sujo” e “esquisito”.

“Tem mãe também que não gosta, né, que tem nojo. Não quer”.(Aline)

“De repente eu vejo ele em cima de mim todo sujinho (...) Ah, sei lá, todo sujinho, esquisitinho. Aí depois eu já vi que era bebê mesmo, assim, sabe? Sei lá, meia. Aí foi onde que eu comecei chorar e já falar com ele, né? (...) Na hora achei ele assim, esquisitinho, sujinho. Sei lá, dá um, não sei se é medo, não sei te explicar...” (Adriana)

Na situação evidenciada, o “sujinho” é entendido como feio, mal acabado. Não é desta maneira que a mulher quer segurar seu filho pela primeira vez. Ela espera vê-lo “prontinho”, “bonitinho”, que é caracterizado pela criança limpa das secreções corporais.

“Só depois de pronto, bonitinho. É, eu imaginava que fosse assim. Com lençolzinho, aventalzinho, mas que ele fosse já preparado, assim”.(Rosana)

“(...) naquela época a, eles não deixavam o bebezinho assim, já acompanhado com a mãe, levava pra dar banho, né, agora não leva...” (Alessandra)

Analisando as observações, percebemos que Danila e Rafaela seguraram seus filhos junto ao corpo assustadas, enquanto ainda em sala de parto, Angélica

questionou sobre a higiene do filho, se ele não seria encaminhado ao banho antes do contato físico, evidenciando as afirmações que traduzem como nojentas a experiência de segurar a criança naquela situação.

“Será que é meu?”

Para Piotrowski (2002), a reação da mulher varia ao ver seu filho pela primeira vez, podendo apresentar explosões de risos, de conversas e choro, até apatia aparente. Eventualmente, a reação é de raiva ou indiferença, com a mulher ignorando o bebê e concentrando-se em sua própria dor. “As reações variadas originam-se do prazer, da exaustão ou do desapontamento profundo” (PIOTROWSKI, 2002, p. 408).

Após o parto, a puérpera apresenta um estado de alteração emocional provisório, onde existe uma maior fragilidade psíquica, e o mesmo ocorre com o recém-nascido; a relação inicial entre este binômio é ainda pouco estruturada, intensamente emocional e mobilizadora (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

Neste momento de fragilidade emocional, a mulher se depara com um bebê diferente daquele imaginado, idealizado como filho perfeito, lindo, saudável, limpo. Esta diferença entre a imagem ideal e a imagem real leva ao estranhamento e ao desapontamento diante do visualizado por ela. Surge a dúvida quanto ao ser que foi gerado: “será que é meu mesmo?”

“(...) você só fica olhando pra ele, assim. (rs) (...) Porque não foi nada do que eu esperava, né? Receber ele assim de surpresa, né?” (Rosana)

“Eu olho assim, sabe, penso assim, será que é meu mesmo? Fico apalpando a barriga, assim, será que já saiu daqui mesmo? (...) Porque você fica pensando, fica meio encucada, será que é meu mesmo?” (Angélica)

Ao compararmos a fala de Adriana com a observação em sala de parto, percebemos que ela demonstrou claramente o desapontamento frente à imagem do filho. Em sala de parto, esta parturiente repetiu várias vezes que o seu filho era lindo, numa atitude que parecia buscar a aprovação do que ela estava visualizando. Ao ser entrevistada, Adriana verbaliza a real sensação ao ter o primeiro contato com o recém-nascido.

“Hora que eu vi, sabe, meu bebê. Até agora eu olho. Será que é gente mesmo? Às vezes ponho ele do meu lado, assim, fico olhando, será que é meu? (...) Aí depois... achei que era meu mesmo. (...) Parecia que não era gente, sei lá. (rs) Sei lá, foi esquisito.” (Adriana)

Depreendemos que a imagem do filho recém-nascido gera sentimentos inesperados para a mulher que se torna mãe. O recém-nascido deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente (SARMENTO; SETÚBAL, 2003); as características com as quais o seu filho se apresenta são incomuns para ela.

*Contato precoce e amamentação em sala
de parto na perspectiva da mulher*

7 CONTATO PRECOCE E AMAMENTAÇÃO EM SALA DE PARTO NA PERSPECTIVA DA MULHER

Analizamos, neste trabalho, como o contato precoce e o início da amamentação em sala de parto, em uma maternidade Amiga da Criança, estão sendo vivenciados pelas mulheres atendidas e qual é o significado deste momento para elas, considerando os fatores sociais, culturais e institucionais envolvidos.

O estudo mostrou que tanto os profissionais quanto as mulheres atendidas têm o ideário fortemente marcado pela herança higienista da medicina, em que o controle e a intervenção se apresentam como necessidades incorporadas e cristalizadas. Apesar das mudanças de rotinas que favoreçam a amamentação, as vivências do novo modelo causam estranheza e surpresas.

As mulheres estudadas ainda esperam ser separadas de seus filhos no pós-parto imediato, pois esta realidade já foi vivenciada previamente ou passada através de conversas informais com outras mulheres. A presença constante do bebê próximo da mãe, na mesma sala onde ocorreu o parto, é relatada como novidade, da mesma maneira que o estímulo à amamentação neste momento, surgindo a surpresa frente ao contato precoce.

Por outro lado, a equipe ainda se mostra presa a certas convenções de que a intervenção é necessária em razão da segurança frente aos riscos, particularmente relacionados ao recém-nascido. Limitando-se aos aspectos práticos do cumprimento do passo, a equipe de saúde demonstra não considerar os reais sentimentos das mulheres frente a esta vivência.

Segundo Silva (2000), a prática da amamentação tem estado subordinada à ideologia marcada pelos valores sociais e à visão simbólica do que esta prática representa na união dos papéis da mulher/mãe e da criança. Sob esta perspectiva, o incentivo à amamentação está embasado na visão biologicista, reduzindo a mulher apenas à capacidade da lactação, e desprezando o complexo social e cultural desta experiência.

Depreendemos que por trás da surpresa e estranhamento das mulheres, o que se revela é um descaso mais uma vez às mulheres como sujeitos deste processo visto que lhes faltam informações sobre as razões da prática do contato pele-a-pele e amamentação precoce. Mesmo tendo realizado o pré-natal e eventualmente participado das atividades educativas oferecidas pela maternidade, situações onde as informações sobre os procedimentos com a mulher e com a criança no momento intra-parto são oferecidas, as mulheres não apreenderam tais informações e revelaram a expectativa de ações intervencionistas junto ao binômio. Com a medicalização da maternidade, as mulheres tornaram-se objetos de manipulação, desnaturalizando os processos fisiológicos. Atualmente, num movimento inverso, tenta-se resgatar a participação efetiva das mulheres e sua família no nascimento e parto, sem contudo considerar que é preciso reconstruir valores e saberes que se perderam.

A IHAC recomenda um ambiente favorável ao aleitamento materno na primeira meia hora de vida, onde a mulher sinta-se segura, apoiada e disposta para exercer a função de nutriz, devendo também o recém-nascido estar em condições propícias para uma satisfatória experiência. Neste sentido, o ambiente da sala de parto, identificado como espaço do medo e da dor, mostra-se dissonante com a visão romântica da maternidade e de amamentação, que para ser adequada requer

tranquilidade e privacidade, bem longe do que foi vivenciado por elas. Durante a parturição, as mulheres apresentam-se temerosas e ansiosas quanto ao parto em si e ao seu desempenho, e no pós-parto imediato demonstram-se cansadas, ainda com dores relativas ao período expulsivo, desconfortáveis devido aos procedimentos obstétricos. Além disto, o ambiente hospitalar é desconhecido e impessoal, e os procedimentos médicos invasivos geram tensão.

Apesar disso, mesmo descrevendo todo o sofrimento durante o parto e o cansaço aparente, a posição inadequada na mesa operatória para segurar o bebê no colo, as mulheres expressam certa resignação ante o filho. Colocam-se em segundo plano quando sentem a criança no colo pela primeira vez, demonstrando a ambivalência que permeia esta situação. A ambivalência e o conformismo apresentados são decorrentes da construção histórica da maternidade, que faz com que as participantes deste estudo sintam-se compensadas quando recebem a criança junto ao corpo.

Pudemos depreender que a imagem da criança ao nascer é impactante, pois é diferente da imagem de um filho bonitinho, construída pela mulher durante a gestação. Visualizar e receber o filho no colo envolto aos fluidos corporais apresenta-se, para algumas mulheres, como sendo desagradável, já que estas secreções fora do lugar habitual tornam-se sujas e nojentas, e o recém-nascido nestas condições torna-se esquisito para elas. Esta reação frente ao bebê sujo e feio, diferente do idealizado – limpo e bonito, gera a dúvida quanto ao estado de ser realmente a mãe daquela criança, sentimento inesperado para aquele momento.

A surpresa e o impacto gerados durante o primeiro contato, devido à falta de orientação, poderiam ser evitados. Segundo Ramos e Almeida (2003), as normas e rotinas vigentes sobre amamentação, não são capazes de responder de forma

universalizada às necessidades das mulheres como se supõe. Para elas, da mesma maneira que ocorreu no trabalho de Silva (1997), a posição dos profissionais é percebida de forma impositiva e autoritária, e elas se vêem obrigadas a cumprir a norma.

Atualmente, as informações sobre aleitamento materno e alimentação da criança têm ampla divulgação e são provenientes de diversas fontes, podendo ser encontradas na mídia reforçando um discurso cultural e de senso comum e outras vezes referendadas pelo discurso acadêmico-científico. Para a mulher, a experiência da gestação, do parto e da amamentação é tida como marcante e esta vivência é socializada, sendo passada de uma mulher para outra, por meio de relatos ou cuidados e vivências. As vivências, por sua vez, podem ser negativas, gerando estigmas, incertezas, medos e outros componentes que podem resultar em danos para o desenvolvimento satisfatório da maternidade e do aleitamento materno (NASCIMENTO; SANTOS; SOUZA, 1997; ROTEMBERG; DE VARGAS, 2004).

As mulheres foram expropriadas dos seus conhecimentos quanto à maternidade e o atual discurso da humanização, mesmo que com a finalidade de tornar a mulher sujeito de suas escolhas, novamente dita os saberes científicos. Estes saberes muitas vezes estão distantes do campo de escolha e de possibilidade das mulheres que vivenciam a fase grávido-puerperal (TORNQUIST, 2002). O discurso biomédico continua sendo contraditório aos conhecimentos das mulheres, desvalorizando e despersonalizando suas experiências quanto ao nascimento e ao aleitamento materno (RYAN; GRACE, 2001).

Analisar o significado do contato precoce para a mulher nos permitiu visualizar com maior abrangência sua disponibilidade para este momento, e entender a sua lógica. As mulheres sentem-se sozinhas, sem apoio para tomarem

suas decisões individuais sobre seu corpo e os profissionais de saúde, numa atitude paternalista e intervencionista mais uma vez se interpõe entre mães e filhos.

A noção de que o aleitamento materno é algo intrínseco à maternidade tem influenciado as políticas públicas brasileiras no que tange à amamentação (MEYER; OLIVEIRA, 2003). Percebemos que a assistência ao parto e nascimento medicalizada passou do modelo feminino centrado no conhecimento popular, para o modelo masculino com conhecimentos biológicos e tecnológicos.

A prática do contato pele-a-pele e da amamentação precoce sustenta-se em bases teórico-práticas dos profissionais, voltadas para as necessidades e condições biológicas da mãe. A mulher é parte integrante deste contexto pela sua condição de parir e lactar, considerada intrínseca, que se concretiza como prática normatizada dissociada de valores e desejos. Este contexto refletiu na forma como as mulheres deste estudo significaram as suas vivências do quarto passo da IHAC.

Embora o objetivo do quarto passo seja favorecer a amamentação na primeira meia hora após o parto, o momento de sua operacionalização com vistas à amamentação mostra-se fragilizado. O contato precoce por si só ganha destaque e torna-se mais significativo do que o ato de amamentar.

Este fato pode ser uma evidência do quanto o quarto passo está sendo realizado mecanicamente, sem a valorização dos seus benefícios, pelos atores envolvidos. Observamos que a mulher, ao verbalizar suas experiências acerca do quarto passo, valorizou o contato precoce e o interesse pelo bem estar do recém-nascido, em detrimento da prática do aleitamento materno. Considerando que o tempo para a realização deste passo é essencial para o seu estabelecimento, e em nosso estudo a duração média do contato precoce foi de 12 minutos, acreditamos que o tempo destinado ao binômio não foi suficiente para que o contato se

estabelecesse de forma a permitir uma efetiva amamentação em sala de parto e o entendimento pela mulher da importância do passo. Assim, salientamos também a necessidade de se respeitar o ritmo do binômio, sem pressa, na realização do referido passo, a fim de permitir a adequada realização do mesmo.

Considerações finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa nos possibilitaram identificar o significado do contato precoce e da amamentação na primeira meia hora de vida para as puérperas. A partir dos discursos das mulheres percebemos que é necessário colocar no centro das discussões suas vivências referentes aos momentos iniciais de relação com o filho recém-nascido e de adaptação à função de nutriz.

Compreender o significado do contato precoce e da amamentação ainda em sala de parto implica em respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher que é recebida para a resolução da gestação e assistência ao puerpério imediato. Cada parto é único e a individualidade de cada mulher vai guiá-la na escolha do que considera o melhor para o seu filho e seu corpo.

A equipe de enfermagem exerce papel importante nesta transição entre mulher/mãe/nutriz que se dá no centro obstétrico. Como promotora das ações e passos da IHAC, esta equipe orienta e auxilia a mulher durante as práticas institucionalizadas e, no que tange ao quarto passo, é a enfermagem que está junto ao binômio, para garantir que seja realizado. No entanto, dentro do centro obstétrico existe uma relação de poder e hierarquia entre os profissionais que compõem a equipe de saúde, que agem de modo a fragmentar as ações a serem realizadas com o binômio, estabelecendo limites entre as tarefas que são estipuladas para cada um, e que podem prejudicar o quarto passo. Portanto, para que o quarto passo tenha seu objetivo alcançado e possa promover o vínculo entre mãe e filho, incentivando o aleitamento materno, faz-se necessário que todos os profissionais estejam atentos à mulher durante este momento, informando-a e auxiliando-a no contato precoce. O

contato pele-a-pele e a amamentação precoce não dependem apenas da política da maternidade, das condições biológicas e físicas do binômio, mas também do desejo da mulher e da mudança de filosofia dos profissionais. Para tanto, informações adequadas e acessíveis devem ser oferecidas às mulheres permitindo uma decisão bem esclarecida. Apesar de todos os profissionais de saúde da maternidade estarem supostamente engajados com a IHAC, percebemos nos depoimentos das mulheres que lhes faltam informações precisas sobre os procedimentos referentes ao quarto passo, fazendo-se necessário a revisão das ações da equipe, a fim de esclarecer dúvidas e evitar surpresas que favoreçam a imposição da rotina. Quanto aos profissionais, a concepção mecanicista e fragmentada do trabalho em saúde deve dar lugar à ações compreensivas que levem em conta a disponibilidade da mulher para a realização do quarto passo.

Quando adentra uma maternidade, a mulher permanece com seus sentimentos, suas idéias e com sua história de vida, devendo ser mantido um elo com seu meio familiar e social. Considerando que as mulheres trazem um conjunto de conhecimentos prévios sobre o nascimento e o parto, e que a tensão e o medo podem ser uma constante em seu imaginário, os profissionais de saúde devem atuar de forma a facilitar o início do vínculo entre mãe e filho, no local onde ela achar melhor, seja no centro obstétrico com suas adversidades, seja no alojamento conjunto. O que se torna evidente é que a mulher deve fazer parte deste momento, tendo poder de decisão sobre o contato precoce e a primeira amamentação e sendo sujeito das suas ações, não apenas recebendo e aceitando o quarto passo da IHAC, sem refletir sobre ele anteriormente.

Assim, percebemos que é preciso a revisão da operacionalização desta norma, dando ênfase às necessidades diferenciadas das mulheres que procuram a

maternidade, respeitando a subjetividade de cada uma delas. Concordamos com Tornquist (2003), quando refere que as rotinas propostas pelo movimento de humanização ao nascimento devem ser flexibilizadas diante de variantes socioculturais e pessoais, a fim de garantir o respeito aos direitos das mulheres sobre seu próprio corpo e o direito à diferença. O mesmo deveria se dar com o quarto passo, abrindo espaço para um momento de escuta aos interesses da mulher/mãe/nutriz, diante do início do vínculo com seu filho.

Portanto, cabe ao profissional de saúde guiar suas ações para além da prática técnica e do cumprimento de normas institucionalizadas. É necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia, que lhe permitam entender a mulher/mãe/nutriz, respeitando todas as possíveis reações frente ao contato precoce e à amamentação ainda em sala de parto.

Dessa maneira, o foco de atenção precisa passar da instituição para a mulher que vivencia o contato precoce, sujeito principal da situação em questão. O momento do primeiro contato deve ser visto pela sua importância para a mulher, pois será marcante para ela, influenciando a sua trajetória e história da amamentação e, portanto, deve ser realizado de forma a gerar experiências positivas. Entendemos que a mudança de atitude do profissional, com a integração e valorização do binômio mãe e filho, pode facilitar a operacionalização do quarto passo da IHAC, de modo que este seja realizado não apenas de forma mecanicista e fragmentada, mas com respeito e acolhimento.

Referências

REFERÊNCIAS*

AILINGER, R.L. Contributions of qualitative research to evidence-based practice in nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.275-279, mai/jun. 2003.

ALBERTS, J.R. Learning as adaptation of the infant. **Acta Paediatrica Supplement**, Stockholm, n.397, p. 77-85, 1994.

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza – cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, N.A.M.; BACHION, M.M.; SILVEIRA, N.A.; SOUZA, J.T. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.292-298, dez. 2004.

ALVARENGA, A.T. **O conceito de risco na área materno-infantil**: considerações teóricas, metodológicas e de aplicação. 1984. 281f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

ANDERSON, G.C.; MOORE, E.; HEPWORTH, J.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The Cochrane Library**, [online] Issue 4, 2004. Disponível em <<http://cochrane.bireme.br/cochrane/main.php?lang=>> Acesso em: 25 jan. 2005.

ANYON, J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas à ideologia de papéis sexuais. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.73, p.13-75, mai., 1990.

AVERY, G.B. **Neonatologia** – fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução Waltensir Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

* Este trabalho foi realizado segundo as normas:

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações à USP**: documento eletrônico ou impresso. São Paulo: SIBi/USP, 2004.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, L. & DÍAZ, J. (Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 180-197

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. A. Reto; A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Manejo e promoção do aleitamento materno. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

CARFOOT, S.; WILLIAMSON, P.R.; DICKSON, R. A systematic review of randomised controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breast feeding. **Midwifery**, Manchester, v. 19, p. 148-155, 2003.

CARON, O.A.F.; SILVA, I.S. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 4, p. 485-492, jul/ago. 2002.

CASTRO, J.C. **Parto humanizado na visão dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à saúde da mulher**. 2003. 130f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CHALMERS, B. How often must we ask for sensitive care before we get it? **Birth**, New York, v.29, n.1, p. 79-82, 2002.

CHANG, Z.M.; HEAMAN, M.I. Epidural Analgesia During Labor and Delivery: Effects on the Initiation and Continuation of Effective Breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, California, v.21, n.3, p. 305-314, 2005

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Epidemiologia clínica: bases científicas da conduta médica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. **Manejo e promoção do aleitamento materno**. New York: OMS/OPAS/UNICEF, 1993.

GIUGLIANI, E.R.J. Evolução Histórica da Amamentação. In: SANTOS JUNIOR, L. A. **A mama no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

GOLDEMBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas: Unicamp, 1988.

HALPERN, S.H.; LEVINE, T.; WILSON, D.B.; MACDONELL, J.; KATSIRIS, S.E.; LEIGHTON, B.L. Effect of labor analgesia on breastfeeding success. **Birth**, New York, v.26, n. 2, p.83-88, Jun. 1999.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. **The Cochrane Library**. [online] Issue 4, 2004. Disponível em <<http://cochrane.bireme.br/cochrane/main.php?lang=>> Acesso em: 25 jan. 2005.

HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BÓGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 4, p. 578-85, jul/ago. 2002.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; FEDERATION OF GYNAECOLOGISTS AND OBSTETRICIANS. **Declaración conjunta. Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto, 2003**. [online] 2003. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org/Statements/Declaracionconjunta.htm>> Acesso em 01 fev. 2005.

JANICAS, R.C.S.V.; PRAÇA, N.S. Contato corporal precoce entre mãe e recém-nascido: opinião do profissional que atende o puerpério imediato. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p. 206-221, 2002.

JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em cuidado canguru**. 1997. 169f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H. **The doula book**: how a trained labor companion can help you have a shorter, easier and healthier birth. 2. ed. Cambridge: Perseus Books, 2002.

KRAMER, M.S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **The Cochrane Library**. [online] Issue 4, 2004. Disponível em <<http://cochrane.bireme.br/cochrane/main.php?lang=>> Acesso em: 25 jan. 2005.

LEAL, O.F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Org.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.127-140.

LEE, C.; CHENG, T.L. Bonding. **Pediatrics in Review**, Elk Grove Village, v. 24, n. 8, p. 289-290, aug. 2003.

LEITE, A.M. **Aconselhamento em amamentação na perspectiva da comunicação humana**. 2000. 149f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002.

LOWE, N.K. The nature of labor pain. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v.186, Suppl, p.16-24, 2002.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

MATTAR, R; ABRÃO, A.C.V. Aleitamento materno: manejo clínico. In: CAMANO, L.; SOUZA, E.; SASS, N.; MATTAR, R. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina – Obstetrícia. 1. ed. São Paulo: Ed. Manole, 2003.

MATTHIESEN, A-S.; RANSJÖ-ARVIDSON, A-B.; NISSEN, E.; UVNÄS-MOBERG, K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. **Birth**, New York, v.28, n. 1, p.13-19, mar. 2001.

MEYER, D.E. As mamas como instituintes da maternidade: uma história do passado? **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.25, n. 2, p.1-18, ago/dez. 2000.

_____; OLIVEIRA, D.L. Breastfeeding policies and the production of motherhood: a historical-cultural approach. **Nursing Inquiry**, Melbourne, v.10, n.1, p. 11-18. 2003.

MIKIEL-KOSTYRA, K.; MAZUR, J.; BOLTRUSZKO, I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v.91, p.1301-1306, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MOREIRA, K.F.A. **Aleitamento materno à luz dos direitos reprodutivos da mulher**: afinal do que se trata? 2003. 187f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NAKANO, A.M.S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres**: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. 2003. 145f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

_____; MAMEDE, M.V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, jul. 1999.

_____. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996. 170f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NASCIMENTO, M.G.P.; SANTOS, O.M.B; SOUZA, M.L. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, p. 157-167, jan./abr. 1997.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NISSEN, E.; LILJA, G.; WIDSTRÖM, A-M.; UVNÄS-MOBERG, K.. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, Gothenburg, v. 7, p. 530-533, 1995.

_____; WIDSTROM, A.M.; LILJA, G. Effects of routinely given pethidine during labour on infants' developing breastfeeding behaviour. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v.86, p.201-208, 1997.

ODENT, M. **A cesariana**. Tradução Maria de Fátima de Madureira. Florianópolis: Editora Saint Germain, 2004.

_____. **A cientificação do amor**. Tradução Marcos de Noronha e Tália Gevaerd de Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, S.M.J.V., RIESCO, M.L.G., MIYA, C.F.R. VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.667-674. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Tradução Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

ORLANDI, O.V. **Teoria e prática do amor à criança**: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zaher, 1985.

OSSANDON M.; ILABACA M.; GAJARDO O.; CASTILLO, N.; NAMUR, L. Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v.71, n.2, p.98-106, mar. 2000.

PACHECO, A.L.P.B. Trabalho e família sob o olhar feminino. **Psico USF**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.11-19, jul./dez. 2001.

PACIORNICK, M. **Aprenda a nascer com os índios**: parto de cócoras. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PAIM, H.H.S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.; LEAL, O.F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-47.

PIOTROWSKI, K.A. Cuidado de enfermagem durante o parto e o nascimento. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002. p.356-414.

PRENDIVILLE, W.J.; ELBOURNE, D.; McDONALD, S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. **The Cochrane Library**. [online] Sigue 4, 2004. Disponível em <<http://cochrane.bireme.br/cochrane/main.php?lang=>> Acesso em: 25 jan. 2005.

PROGIANTI, J.M. BARREIRA, I.A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.91-97, jan./abr. 2001.

QUEIROZ, M.V.O.; SILVA, A.O.; JORGE, M.S.B. Cuidado de enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectivas de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.18, n.1/2, p.29-37, jan./ago. 2003.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.5, p.385-90, 2003.

REZENDE, M.A.; SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M.; DELA, O.R.; CHIESA, A.M.; BERTOLOZZI, M.R. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 234-238, mar/abr. 2002.

RIGHARD, L.; ALADE, M. Effect of delivery room routines on success of first breastfeeding. **Lancet**, New York, n. 336, p. 1105-1107, 1990.

RODRIGUES, J.C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Dois pontos, 1986.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n.1, p.85-94, jan/mar. 2004.

ROWE-MURRAY, H. J.; FISHER, J.R.W. Baby Friendly Hospital Practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. **Birth**, New York, v.29, n.2, p. 124-131, Jun. 2002.

ROZÁRIO, P.S. ZAGONEL, I.P.S. Proposta de cuidar com enfoque educativo às mães em aleitamento materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.3, p.401-409, jul./set. 2000.

RUGOLO, L.M.S.S.; BOTINNO, J.; SCUDELER, S.R.M.; BENTLIN, M.R.; TRINDADE, C.E.P.; PEROSA, G.B.; RUGOLO JUNIOR, A. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n.4, p.423-433, out./dez. 2004.

RYAN, K.M.; GRACE, V.M. Medicalization and women's knowledge: the construction of understandings of infant feeding experiences in post-WW II New Zeland. **Health Care for Women International**, Wilmington, v. 22, p. 483-500, 2001.

SAADEH, R.J. (edition). **Breastfeeding**: the technical bases and recommendations for action. Genebra: OMS, 1993.

SANTOS, M.M.; RODRIGUES, M.R.V. A importância do aleitamento materno na visão das mães. **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 212-218, jul/ago. 2003.

SANTOS, M.L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**. Um modelo teórico. 2002. 240f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SARMENTO, R. SETÚBAL, M.S.V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.12, n.3, p.261-268, jul./set. 2003.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCOTT, J.A.; SHAKER, I.; REID, M. Parental Attitudes Toward Breastfeeding: Their Association with Feeding Outcome at Hospital Discharge. **Birth**, New York, v.31, n.2, p. 125-131, June 2004.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n.3, p.269-279, jul./set.. 2004.

SILVA, I.A. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p.241-9, 2000.

_____. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997.

SILVA, A.A.M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. 1990. 320f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E.O. Vivência de parturientes: observação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.50, n.4, p.507-516, out./dez. 1997.

SINCLAIR, B.P. Promoção e prevenção de saúde. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002.

SONEGO, J.; SAND, I.C.P.V.; ALMEIDA, A.M.; GOMES, F.A. Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 332-40, set. 2004a.

_____. **Estudo sobre a busca de apoio social por mulheres primíparas na fase puerperal**. 2004. 134f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004b.

SOUZA, L.M.B.M. **Promoção, proteção e apoio**: Apoio? Representações sociais em aleitamento materno. 1996. 138f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

TANAKA, A.C.D.; ALVARENGA, A.T. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: GALVÃO, L. & DÍAZ, J. (Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 198-208.

TOMA, T. S.; MONTEIRO, C. A.. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p.409-414, out. 2001.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup. 2, p.419-127, 2003.

_____. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n. 2, p.483-492, jul./dez. 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

UVNÄS-MOBERG, K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. **Psychoneuroendocrinology**, Philadelphia, v. 23, n. 8, p. 819-835, 1998.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38, n. 1, p. 46-50, mar. 2004.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VITALI, M.A.B. Alojamento conjunto. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 251-255.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Implementing the ten steps to successful breastfeeding**. London: UNICEF, 1998.

WOOLRIDGE, M. The "anatomy" of infant sucking. **Midwifery**, Manchester, v. 2, p. 164-171, 1986.

WRIGHT, A.L.; SCHANLER, R.J. The resurgence of breastfeeding at the end of the second millennium. **Journal of Nutrition**, Stanford, v.131, n.2, p.421S-425S, Feb. 2001.

Apêndice.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Sou enfermeira e estou realizando um estudo que tem por objetivo analisar o momento do primeiro contato da mãe com o filho após o nascimento, e como ocorre a amamentação neste período. Gostaria de convidá-la a participar da pesquisa, da seguinte maneira:

- permitindo a minha observação no momento do seu parto e pós-parto imediato, onde observarei e registrarei como é o ambiente em que estas situações vão acontecer, como as pessoas se comportam, o que ela fazem e o que elas falam durante estes momentos e o horário dos acontecimentos e procedimentos realizados.

- respondendo algumas questões sobre este assunto, que serão gravadas. Estas questões serão realizadas depois do parto, quando você já estiver na enfermaria, após ter realizado o seu banho e ter se alimentado.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória, mas se você quiser participar será de grande utilidade. As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo, não sendo publicado o seu nome ou qualquer dado que possa lhe identificar. A qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como retirar este consentimento, o que não acarretará nenhum prejuízo para você na maternidade, ou para o seu bebê.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Pesquisadora

Juliana Cristina dos Santos Monteiro
(16) 3966 6825. E-mail: jumonte@eerp.usp.br

Eu,

_____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Assinatura

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido para acompanhamento das ações profissionais junto à parturiente

Sou enfermeira e estou realizando um estudo que tem por objetivo analisar o momento do primeiro contato da mãe com o filho após o nascimento. Solicito a permissão para observar as atividades desenvolvidas por você junto às parturientes. Sua participação consistirá em desenvolver suas atribuições de rotina, as quais serão registradas pela pesquisadora. Sua participação na pesquisa não é obrigatória, mas se você quiser participar será de grande utilidade.

Não será publicado o seu nome, nem qualquer dado que possa lhe identificar. A qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como retirar este consentimento, o que não acarretará nenhum prejuízo para você na maternidade.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Pesquisadora

Juliana Cristina dos Santos Monteiro
(16) 3966 6825. E-mail: jumonte@eerp.usp.br

Eu,

_____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Anexo

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

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 – 0160/2004

Ribeirão Preto, 22 de dezembro de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de dezembro de 2004

Protocolo: nº 0497/2004

Projeto: AMAMENTAÇÃO EM SALA DE PARTO NO CONTEXTO DE UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: O SIGNIFICADO PARA A MULHER

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano (Orientadora)
Juliana Cristina Dos Santos Monteiro (Pós-Graduanda)

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,

Profª Drª Claudia Bendita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma, Sra.

Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo