

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER



*Princípios do Aconselhamento
Aplicados ao
Assistir em Amamentação
na
Perspectiva dos Profissionais de
Saúde*

Eloísa Troian Zen

Dissertação de Mestrado

Orientador: João Aprígio Guerra da Almeida

Co-Orientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

*Princípios do Aconselhamento
Aplicados ao
Assistir em Amamentação
na
Perspectiva dos Profissionais de
Saúde*

Eloísa Troian Zen

Dissertação de Mestrado

Orientador: João Aprígio Guerra da Almeida

Co-Orientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza

**Princípios do Aconselhamento Aplicados ao
Assistir em Amamentação na
Perspectiva dos Profissionais de Saúde**

Dissertação Apresentada à Banca Examinadora, como Requisito Parcial para Obtenção do Título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher, do Instituto Fernandes Figueira Fundação Oswaldo Cruz
Ministério da Saúde

Eloísa Troian Zen

*Orientador: **João Aprígio Guerra da Almeida**
Co-Orientadora: **Luciana Maria Borges da Matta Souza***

RIO DE JANEIRO, MARÇO DE 2001

ZEN, Eloísa Troian, 2001

Princípios do Aconselhamento Aplicados ao Assistir
em Amamentação na Perspectiva dos Profissionais
de Saúde.

Eloísa Troian Zen. Rio de Janeiro: [IFF], 2001.

XIII. 135

Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Criança pelo
Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.

Orientador: Dr João Aprígio Guerra de Almeida

Co-Orientadora: Dra Luciana Borges da Matta Souza

1. Amamentação 2. Política de Saúde 3. Aconselhamento

4. Assistência.

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a você Estelio que mais do que marido é o amor que tem me impulsionado a enfrentar todos os desafios, me enriquecido como mulher, e me transformado em uma pessoa melhor. Obrigado por todo amor, carinho, cumplicidade e dedicação, especialmente nesses dois últimos anos de inúmeras ausências mesmo estando presente.

Aos meus filhos que tornaram possível a vivência da maternidade e muito me acrescentaram como pessoa.

Para você Thaissa querida, por sua garra, afetividade, perseverança e sinceridade. Dedico este trabalho por ter me ensinado a ser mãe de uma menina...

A você Bernardo, querido filho, que me ensinou a amamentar iniciando esse caminho intenso e pleno de emoções e descobertas. Por sua verve, articulação e afetividade.

A você querida Alexia pela delicadeza de sentimentos, pela solicitude com que me ajudou nas dificuldades no manejo do micro. Obrigada por ter suportado minhas ausências, a falta de tempo...

Sem a ajuda de todos vocês esse estudo não teria sido possível.

A meus pais João e Lyvia que me ensinaram a acreditar na força e na intensidade dos afetos como dínamo para as transformações e enfrentamento das dificuldades da própria vida.

Um especialíssimo agradecimento a você João Aprígio, por ter acreditado em mim. Por aceitar minhas limitações, observando e respeitando as trilhas escolhidas, e fazendo as correções necessárias... Não sem antes me “preparar” para os eventuais cortes.

Por sua inteligência, sagacidade e crença nas potencialidades do ser humano como agente de transformação da realidade social.

Você não merece só o Prêmio Sasakawa. Vai ser difícil criarem um próximo Prêmio à altura de sua Personalidade Empreendedora, de seu Idealismo, de sua Solidariedade... De sua Sensibilidade... De sua...

Meus mais sinceros agradecimentos para:

- Não poderia deixar de ressaltar a profunda gratidão à Área da Criança da Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, em particular na pessoa da Dra. Maria de Fátima Moura de Araújo e da Dra. Ana Goretti Kalume Maranhão pelo indispensável apoio, sem o qual a realização deste estudo talvez não tivesse sido possível.
- Luciana, presença amiga e leal nos momentos difíceis, co-orientadora competente, rigorosa e, a um só tempo, democrática na correção de minhas produções.
- Ana Tereza Camargo da Silva Pereira, Diretora do Núcleo Estadual do Rio de Janeiro do Ministério da Saúde (NERJ-MS) por todo o apoio para a conclusão deste estudo.
- Meus colegas de mestrado hoje, verdadeiros amigos, pelo companheirismo, e bons momentos compartilhados.
- Todos os Profissionais de Saúde que se dispuseram a participar das entrevistas deste estudo.
- Beth Crivaro, Edilene, Rejane, Eliane, Keiko e Laís pela calorosa acolhida que tive como pesquisadora em todos os Cursos de Aconselhamento.
- Tânia Trindade do Ministério da Saúde em Brasília, pela presteza no fornecimento dos dados necessários para minha participação nos Cursos.
- O professor Naun Zeliq Faul, pela cuidadosa revisão gramatical.
- Maicon, pelo inestimável ensino e auxílio no uso do micro.
- Lúcia, Rosa, Mônica, Karla, Déa, Mercedes, Terezinha, Ana Eugenia, Joana, Vera, Luciana, Ana Maria, Sonia e Renato que também trabalham em prol de uma melhor assistência em amamentação.
- Vitória, Marta, Maria da Glória, Devani, Maria do Socorro, Magda foi um prazer conhece-las e saber de seu empenho nesta nobre causa: a assistência em amamentação!

- As coordenadoras do Curso de Tocantins pela competência e eficiência na organização e condução do Aconselhamento em Amamentação em Palmas: Nadir, Tetê, Osmailde e Iacy.
- Andrea, Nalva, Naja, Sandra, Almizete, Ivani, Adriana, Zelma, Walquíria, Erica, Ivaneide, Márcia, Wilma, Zélia, Helen e Gecilda.
- Neide, Diones, Claudia e Carlos da Biblioteca do Instituto Fernandes Figueira, pela disponibilidade, dedicação e simpatia no desempenho de suas funções.
- Todos os funcionários do Banco de Leite do Instituto Fernandes Figueira, que tive oportunidade de conhecer, pelo incentivo e apoio ao meu trabalho.
- Maria Alice, da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, por sua, competência, paciência e dedicação no trabalho com os “pequenos alunos”.
- Todos os professores da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira, por tudo o que aprendi.
- Luzia que com dedicação e carinho resolveu as pendências domésticas, durante minhas constantes ausências.
- Todos os clientes pelas constantes ausências e mudanças de horário.
- Todas as mulheres e seus filhos com quem apreendi a importância e o significado desta relação tão íntima e insubstituível proporcionada pela amamentação, mesmo antes de tê-la vivenciado.
- Aos amigos que fiz na Maternidade Praça XV em especial Jaciara, Virgínia, Ângela, Odila, Fernanda e a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	
ABSTRACT	
1 – INTRODUÇÃO	01
2 - DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO	06
3 - MULHER, MATERNIDADE E AMAMENTAÇÃO QUESTÕES CONCEITUAIS	15
4 - POSSIBILIDADES DO ASSISTIR EM AMAMENTAÇÃO	40
5 - BASES TEÓRICAS DO ACONSELHAMENTO	55
6 - PRINCÍPIOS DO ACONSELHAMENTO APLICADOS AO ASSISTIR EM AMAMENTAÇÃO	68
7 - O CAMINHO DO ESTUDO	75
8 - A AMAMENTAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - ANTES DO CURSO	80
9 - A VISÃO DO ASSISTIR EM AMAMENTAÇÃO – ANTES CURSO	92
10 - O ECO DO ACONSELHAMENTO NOS PROFISSIONAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	

Princípios do Aconselhamento Aplicados ao Assistir em Amamentação na Perspectiva dos Profissionais de Saúde.

O objeto central deste estudo são as oportunidades que o Curso de Aconselhamento em Amamentação, desenvolvido no Brasil pelo Ministério da Saúde, proporciona a seus egressos no assistir a mulher em processo de amamentação. Nesta perspectiva, usamos a metodologia qualitativa e trabalhamos com as Representações Sociais que os profissionais têm sobre a mulher, a maternidade e amamentação e sua inter-relação com o assistir em amamentação antes e imediatamente após o Curso. Os dados foram coletados em Palmas (TO), Natal (RN) e Vitória (ES) através de entrevistas gravadas, transcritas e trabalhados pelo método de Análise de Conteúdo, modalidade Temática que, aliado à Observação Participante, possibilitou ampliar a compreensão e a construção deste conhecimento. A análise e a interpretação de todos os dados permitiu identificar, nas entrevistas iniciais, que a maioria dos profissionais operava com um modelo assistencial fundamentado em princípios higienistas. Apenas um pequeno grupo se mostrou previamente atento às questões singulares e subjetivas da mulher em decorrência de vivências pessoais e profissionais e/ou de uma maior sensibilização quanto a estes aspectos no processo de amamentação. Após o Curso, a análise do conteúdo das falas permitiu identificar que, a maioria dos que apresentaram acentuada contundência em relação aos referenciais do modelo higienista, revelou um sensível despertar para as questões da mulher e todo o seu entorno social. A mudança de postura, de verticalizada e impositiva, para uma atitude mais atenta em relação à oportunidade de expressão da mulher, em suas questões singulares e subjetivas, foi identificada nesta visível sensibilização. Segundo esta perspectiva, torna-se razoável inferir que o Curso, apesar de não apresentar transformações concretas, cria no profissional a oportunidade reflexiva de uma nova forma de pensar sobre sua postura no assistir à mulher que amamenta que, ao ser ouvida, pode ser compreendida. Uma importante falha operacional do Curso ficou caracterizada no processo de seleção dos profissionais, futuros instrutores, que apresenta baixa especificidade no perfil dos indicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados. Palavras chave: Amamentação ; Política de Saúde ; Aconselhamento; Assistência.

Counselling Principles Applied to Assisting in Breast-feeding under the Perspective of Health Professionals.

The central object of the study are the opportunities that the Counselling Course in Breast-Feeding, developed in Brazil by the Ministry of Health, provides for the professionals exposed to it on assisting women in the breast-feeding process. Under this perspective, the methodology used was qualitative, and we worked with the Social Representations the professional have on women, maternity and breast-feeding and its relationship with assistance, before and immediately following their participation in the Course. Data was collected in Palmas(TO), Natal(RN) and Vitória(ES) from taped interviews, transcribed and worked on through the Content Analysis Method which, coupled to Participant Observation enabled us to enhance understanding and building up this knowledge. The analysis and interpretation of all data allowed us to identify, in the previous interview, that the majority of the professionals was operating with an assistance model based on Higienistic principles. Only a small group, among those included in the study, was found to be previously aware of the singular and subjective issues of the assisted women, on account of greater awareness towards these issues in the breast-feeding process. After the Course, the content analysis of the statements allowed for identifying most of those who displayed a strong impact on Higienistic model referentials, revealed an awakening toward women's issues and all their social surroundings. A change in stance, from vertical and impositive toward a more aware attitude concerning the women's opportunity for expression in their singular and subjective issues, has been identified by the professionals in this visible arousing of awareness. Under this perspective, it is fair enough to infer, that the Course, although it did not give rise to a concrete transformation, has fostered a reflexive opportunity for a new way of thinking about their attitudes in assisting breast-feeding in which women, when being heard, may be understood. An important operational failure in the Course, was detected in the selection process for the professionals, future instructions, which presents low specificity in the profile's of those who are indicated by the State Secretariats of Health.

Key-Words: Breast- feeding ; Health Politics ; Counselling ; Assistance

Introdução

A idéia de pesquisar o tema assistência à mulher, com um recorte no período da amamentação, veio se delineando ao longo de vários anos de atividade como psicóloga em uma instituição materno-infantil pública: Maternidade Praça XV, situada na cidade do Rio de Janeiro, detentora do título de Hospital Amigo da Criança e, atualmente, em fase final de implantação do projeto Maternidade Segura. A instituição é referência para a gravidez na adolescência, assim como para transtornos psicológicos e psiquiátricos no ciclo gravídico-puerperal. Nesta instituição iniciei minha vida profissional, e tive o privilégio de conviver e aprender não só com as mulheres e suas famílias, neste momento ímpar de suas vidas, como partilhar, aprender e estabelecer parcerias pessoais e profissionais que muito me enriqueceram, com meus colegas, hoje amigos, das mais diversas categorias profissionais.

No decorrer desta “*práxis*” pude ver, perceber e acompanhar a fase final do chamado PEP (Plano Especial de Pediatria, 1975-1981), programa criado pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) em que as mulheres eram atendidas desde a gestação com participação em grupos, acompanhamento nutricional e complementação para aquelas que apresentassem carências nesta área. Após o nascimento as mães que levavam os filhos para o acompanhamento na puericultura e grupos de discussão sobre crescimento e desenvolvimento, ganhavam uma lata de leite em pó para cada recém-nascido, mesmo os que estivessem sendo amamentados, a participação no Programa cessava quando o bebê completava o 2º ano de vida.

A maternidade sempre esteve à disposição dos formuladores da política estatal para a implantação de novos programas governamentais, mesmo em fase

embrionária. Um exemplo desta posição de vanguarda foi a implantação do sistema de Alojamento Conjunto em 1981.

De uma maneira ou de outra, via essas inovações com um olhar entre cético e crítico, já que sua presença não era precedida de uma reunião, discussão ou algo que colocasse em contato ou que tornasse compreensível sua introdução para os profissionais de saúde, que em primeira e última instância iriam implementá-la e aplicá-la na assistência à mulher e a seu filho. Minhas restrições neste primeiro momento não estavam voltadas para a negação de seu valor, mas sim para a perspectiva da correlação dos reais benefícios proporcionados à população a que se destinava: à mulher, a seu filho, à família e à sociedade. A outra face da mesma questão diz respeito ao fato de que, se ao profissional de saúde é impingida uma norma, uma ordem, um “*cumpra-se*,” com que postura ele irá repassá-la em sua ação assistencial? Os programas oficiais eram implantados, porém nunca acompanhados e/ou avaliados para aferição dos reais benefícios ao público a que se destinava.

Além do vínculo profissional na rede pública, venho exercendo atividade como psicóloga/psicanalista no atendimento a crianças, adolescentes e a suas famílias na clínica privada, ou, dito de outra forma, meu interesse está voltado para o ser humano e suas relações.

Quando o assunto gira em torno de maternidade, nascimento, alimentação, educação infantil, e seus desdobramentos, a mulher foi e ainda é, a principal protagonista da cena social em que ele se desenvolve. Principalmente, quando o foco é a saúde e o bem estar físico e psíquico da criança.

Mas, as diferentes formas de perceber, interpretar e vivenciar a maternidade e a alimentação de seu filho, quando expressas pela própria mulher, tomam

formas e matizes diferenciados, de acordo com o contexto social, cultural e político onde estão inseridas.

Há de se admitir que tanto no passado quanto no início deste novo século, a maternidade nem sempre se mostrou nem se mostra, como possibilitadora de prazer, ou mesmo de trocas afetivas com seus filhos, para todas as mulheres sem distinção (Badinter, 1985). Ela pode ser, e ainda é percebida e representada hoje, como difícil de ser exercida, desgastante, aprisionante, sendo inúmeras vezes considerada um verdadeiro fardo! (Silva, 1990; Nakano, 1996; Adesse, 1994; Araújo, 1997; Almeida, 1999; Ramos, 2000).

A imagem da mulher viveu e vive modificações que oscilam ao sabor de mudanças culturais, sociais e dos interesses políticos e econômicos, de cada época específica (Almeida, 1999), o mesmo ocorrendo também com a prática de alimentar bebês. Isso ficou patenteado no estudo historiográfico de Badinter (1985) ao mostrar que nos séculos XVII e XVIII na França, por exemplo, em relação à amamentação, poucas mães se utilizavam desta prática para alimentar seus filhos, já que o uso das amas de leite era o hábito vigente, não só entre as mulheres abastadas, aristocratas e burguesas, mas também por aquelas que não dispunham de recursos para fazê-lo.

Porém, a partir de 1760 (Badinter, 1985), diante do enorme contingente de crianças perdidas e da necessidade de sua sobrevivência, para o bem do Estado e dos interesses da sociedade de então, houve a premência de uma redefinição do papel da mulher. A valorização de seu papel social foi o instrumento através do qual ela foi instada a assumir os cuidados com seus filhos, estando aí incluídos a maternagem¹ e principalmente a amamentação, de modo a diminuir os altos índices de mortalidade das crianças.

¹ Maternagem: é a capacidade que a mãe ou seu substituto, tem de cuidar, perceber e atender as necessidades da criança recém nascida.

No entanto, estas mudanças não são operacionalizadas com a rapidez que a sociedade exige. Então, os médicos e os representantes do poder àquela época, tentavam convencê-las de todas as maneiras das vantagens e oportunidades que os cuidados com os filhos e principalmente a amamentação poderiam proporcionar. As “*técnicas de convencimento*” variavam desde a exaltação da mulher selvagem, apontando-a como exemplo de dedicação e desprendimento, quando amamentava seu filho e lhe dispensava cuidados, até a beleza e o frescor que emanavam das mulheres que a praticavam, bem como o incremento da fidelidade marital, ou mesmo a estima e o respeito da própria sociedade para com aquelas que seguissem esses desígnios. Nesta mesma linha de conduta, surgiu uma perseguição implacável às amas de leite mercenárias e dos perigos da sua utilização. Esta cruzada teve em Rousseau, o grande incentivador e defensor, ainda segundo Badinter (1985).

Toda essa mobilização tinha como alvo principal fazer uma “*chamada geral*” à mulher em relação a sua nova feição, suas responsabilidades e deveres como mãe e educadora, seu papel de esposa, que nesse sentido deixava o marido com tempo para se encarregar de outros afazeres. Ou seja, se as mulheres amamentassem, os pais cumpririam sua parte, a família ficaria unida e o Estado ficaria rico (Costa, 1989).

A imagem da “*boa mãe*” era associada àquela que cuidava de seu próprio filho e a da “*mãe má*” a que não o fazia. (Badinter, 1985). Isso se mostrou mais evidente a partir do século XVIII quando a figura da criança passou a existir do ponto de vista social, dada a necessidade do Estado de contar com seres humanos fortes e hígidos, para inclusive utilizá-los na possibilidade de guerras. Amamentar passou também a ser o sinônimo de dar amor. (Ariès, 1981; Costa, 1989).

Houve então, já nesta época, uma oportuna aliança entre a classe médica e o Estado através do modelo higienista (Costa, 1989; Donzelot 1986), que tentava

modelar hábitos e atitudes da família, utilizando-se da mulher e de sua nova feição na sociedade, com a valorização do seu papel de mãe e educadora, a um só tempo, concedendo-lhe supostos direitos de igualdade com o homem, porém apontando-lhe com deveres que deveria cumprir e ações que só ela poderia desempenhar, como, por exemplo, o ato de amamentar.

Os resíduos culturais de atributos considerados meramente biológicos e ditados pelas leis da natureza, daquela época, parecem que permaneceram até nossos dias, quando percebemos que não só no senso comum, porém, em muitos dos profissionais que “*assistem*” a mulher no tocante à amamentação, ele ainda está presente e é visível em suas ações (Almeida, 1999, Silva, 1999).

A amamentação é um dos tópicos sempre presentes, quando se fala em maternidade e maternagem (Winnicott, 1994) e dos que mais tem se mostrado sensível aos ditames sociais, culturais, econômicos e psicológicos ao longo da história da humanidade.

O ato de amamentar, retratado muitas vezes como um “*encontro*” aparentemente simples entre mãe e filho, mostra-se na vivência de muitas mulheres, como algo extremamente complexo e, por vezes difícil, capaz de imprimir marcas significativas no curso da existência de ambos. Mesmo assim, muitos continuam insistindo em considerar a amamentação como um ato natural, instintivo e determinado primordialmente por atributos biológicos. Como consequência, a assistência à mulher/mãe é operada com base nesse reducionismo, não contemplando em seu cotidiano as questões subjetivas demandadas pela mulher, transformando a necessidade de apoio, presente no discurso oficial, em mera figura de retórica.

2- Delimitando o Objeto de Estudo

As conseqüências nocivas do desmame precoce e sua estreita relação com a morbi - mortalidade infantil vem há muito preocupando os responsáveis em buscar alternativas viáveis para combatê-la, fato que se torna particularmente importante para os países do Terceiro Mundo.

A partir do início dos anos 80, o tema Aleitamento Materno vem ocupando um lugar central nas agendas de Saúde Pública, ao mesmo tempo em que tem se transformando em objeto de interesse crescente para o mais diferentes segmentos da comunidade científica. Os benefícios que a amamentação traz para a criança, a mãe, a família e o Estado, sobretudo o seu significado para o bem-estar físico e psíquico do bebê transpuseram as barreiras do setor saúde neste início de século, e estão sendo difundidos através de inúmeros veículos de comunicação no intuito de alcançar diferentes segmentos sociais. Contudo, há que se destacar que todo esse empenho não tem proporcionado o eco esperado. Apesar dos estudos epidemiológicos evidenciarem um progressivo aumento nas taxas de amamentação na última década, outros que se dedicaram a analisar compreensivamente a relação amamentação-desmame revelam uma latente e ainda presente tendência ao desmame, que tem sido observada em todas as épocas, em diferentes localidades. Os fatos comprovam que as mulheres, de uma maneira ou de outra, trouxeram à baila justificativas e explicações para a introdução de outras alternativas ao uso do leite humano. A hipogalactia, o popular “*pouco leite*” e/ou “*leite fraco*” vem sendo freqüentemente utilizado (Almeida, 1999).

Frente ao quadro de desmame precoce² e o que ele representa em termos de agravos à saúde da criança: diarreia, desidratação, desnutrição crônica, morbimortalidade, muito se tem estudado, mas as soluções apresentadas têm se mostrado tímidas diante da magnitude do problema. Sua persistência tem se transformado em motivo de preocupação pelos formuladores de políticas públicas da área de saúde da mulher e da criança, dada sua relevância social.

O Ministério da Saúde vem empreendendo esforços para reverter esse quadro no Brasil. Com a colaboração da OMS/OPAS (Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-americana de Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), foi implementado em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM, que representou um importante marco na política estatal para a área. A falta de informações sobre o aleitamento materno, a insegurança e ansiedade das mães, o despreparo dos serviços de saúde, particularmente no pré-natal, foram apontadas como uma das principais causas do desmame que figuraram nos primeiros estudos realizados. Esses dados nortearam as diretrizes do PNIAM, que por sua vez passaram a balizar as ações desenvolvidas em nível nacional (Brasil, 1991).

Dentre as intervenções planejadas, estavam incluídas: treinamento intensivo do pessoal de saúde; elaboração de material educativo para profissionais de saúde e mães; incentivo às ações educativas desde a assistência pré-natal, dando continuidade no parto e puerpério; a recomendação e/ou adoção do alojamento conjunto; a criação de Bancos de Leite Humano nas maternidades; a adoção do Código Internacional de Comercialização de Alimentos Sucedâneos do Leite Humano. Além disso, vale destacar que uma das recomendações contidas nas diretrizes do programa foi o ensino formal, sugerindo que o tema aleitamento materno fosse contemplado nos

² Considerado a partir do momento em que se introduz água, sucos, leite não humano e/ou qualquer outro alimento antes do 6º mês de vida.

programas pedagógicos de primeiro e segundo graus e no ensino universitário (Brasil, 1984a).

E, apesar da intenção, o eixo que delineou as ações na década de 80 para implementar a prática da amamentação tinha como base a crença de que este era um ato instintivo, natural, biológico e próprio da espécie, responsabilizando assim a mãe por tudo o que acontecesse com seu filho. Esta concepção mostra-se ancorada no movimento higienista datado do século passado (Almeida, 1999).

Em 1984, o Ministério da Saúde implementou dois programas: Plano de Assistência Integral a Saúde da Mulher e (PAISM- Brasil, 1984 b) o Plano de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC-Brasil, 1984 a). Ambos tinham como meta principal a expansão de rede básica de atendimento, através de um trabalho conjunto do Ministério da Saúde, da Previdência Social das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, culminando com as Ações Integradas de Saúde (AIS). Ao redor dessa vigilância à saúde da criança, se entrecruzariam outras ações básicas: Aleitamento Materno e Orientação para o Desmame; Assistência e Controle das Infecções Diarréicas, Assistência e Controle das Infecções Respiratórias e Imunização. Este programa mostra sutis diferenças em relação ao anterior porque propõe a assistência integral à criança, preconizando que a abordagem não deva ser focal, baseado apenas em cima de sinais e sintomas, mas longitudinal, através do acompanhamento sistematizado da criança até cinco anos de idade (Brasil, 1984c).

Outro aspecto que merece destaque foi a preocupação de orientar para que as ações fossem adequadas às peculiaridades geopolíticas de diferentes realidades locais. Na prática, porém, as diretrizes foram interpretadas como normas pelos serviços, que, em sua maioria, deixaram de contemplar as peculiaridades regionais, dissociando as mulheres de seu contexto sócio-cultural (Almeida, 1999).

O PAISC (Brasil, 1984-a) cuja diretriz era o acompanhamento sistematizado do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos, enfatizava o aleitamento exclusivo até o 6º mês de vida e refletia as diretrizes do PNIAM (Brasil,1991). Os profissionais tinham o desafio de modificar o comportamento das mães. As estratégias propunham ações que tinham início no pré-natal, continuavam no alojamento conjunto, e durante as vindas das crianças nas unidades de saúde. Nessa perspectiva, a adesão à amamentação dar-se-ia a partir de discussões com as mães sobre as vantagens da prática, da orientação técnica e do exame das mamas. A abordagem preconizada estava pautada em um discurso técnico e psicobiológico, em que as vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas para o bebê eram salientadas, como também era demonstrada a profunda intensidade no vínculo mãe e filho propiciada pela amamentação.

As dificuldades pelas quais passavam as mulheres durante esse processo não eram percebidas. O mais comum era o enfoque com uma visão romântica, no qual as intercorrências observadas restringiam-se a fissuras mamilares e ao ingurgitamento mamário, mais uma vez reduzindo os problemas às questões biológicas e parcialmente centradas na “*mama*” da mulher, sem considerá-la em suas múltiplas e complexas dimensões. O foco da atenção não era a mulher, mas se reduzia a partes de seu corpo. Os benefícios advindos da amamentação eram percebidos e somente propalados para a saúde da criança. A mulher só era considerada enquanto agente propiciador do bem-estar da criança.

Com a implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil IHAC (Brasil, 1998a) no início da década de 90, as ações assistenciais em amamentação balizadas pela política estatal assumiram uma nova perspectiva. O programa se delineou a partir da constatação de que dois dos principais determinantes

do desmame precoce se concentram no ambiente hospitalar, caracterizada na adoção de rotinas favorecedoras do desmame e na postura anti-amamentação do profissional. Com essa perspectiva, a IHAC traz em seu bojo a concepção de que o sucesso da amamentação não depende apenas de ações que a promovam, mas sim de práticas que a protejam e que apóiem a mulher nessa trajetória. Contudo, apesar dos avanços, estudos baseados na análise compreensiva dos resultados alcançados pela IHAC, revelam a necessidade de ajustes, particularmente no que tange ao lidar com as questões da mulher que demanda apoio (Souza, 1996). Ou seja, não foram até então devidamente contemplados os aspectos subjetivos do cotidiano da mulher que vivencia a polarização querer e o poder amamentar.

Não obstante a Iniciativa tenha obtido aceitação dos profissionais de saúde e gestores dos programas (Brasil, 2000), as mudanças desejadas não se fizeram notar na magnitude esperada. Tudo leva a crer que as ações de promoção, proteção e apoio propostas atualmente, embora tenham representado uma importante melhoria na qualidade da assistência à mulher e à criança, ainda estão pautadas em um discurso autoritário, não deixando o devido espaço para trabalhar de forma adequada questões como temores, ansiedades, dúvidas e demais sentimentos que caracterizam a vulnerabilidade emocional a que se submete a mulher no curso do ciclo gravídico-puerperal.

Diante da instigante e difícil questão de lidar com a singularidade no cenário da amamentação, a OMS/UNICEF propôs uma nova forma de intervenção que se fundamenta no treinamento de profissionais da saúde, direcionando-os para as muitas facetas do manejo da amamentação e para o desenvolvimento de habilidades técnicas de relacionamento interpessoal, a serem empregadas em seu contato com as mães.

Essa nova proposta, denominada “*Aconselhamento em Amamentação*”, vem ao encontro a um persistente problema, que consiste na tendência do profissional de saúde em lidar com as situações humanas de forma idealizada na assistência (Adesse, 1994), não percebendo ou não valorizando adequadamente os determinantes sócio-culturais e psico-afetivos sempre presentes. Há de se destacar a necessidade de o profissional contextualizar a mulher, a criança e a família, na busca de compreender as inúmeras mediações de ordem econômica, ideológica, cultural e psicológica que interferem nas práticas trabalhadas na assistência (Rotemberg, 1999). Em termos de concepção, o Aconselhamento representa um avanço substancial em relação ao modelo assistencial ora vigente. Dentre outras questões, ele busca despertar no profissional a necessidade de dar voz à mulher, por entender que este é o melhor caminho para compreender suas necessidades individuais e, a partir de então, desencadear ações que se traduzam em ajuda efetiva no processo de amamentação.

A necessidade de se contemplar a mulher em sua individualidade e singularidade, ouvindo suas questões, no intuito de entendê-la, ajudá-la e ampará-la, tem representado uma unanimidade nos estudos conduzidos com enfoque compreensivo ao longo da última década. Ademais, os mesmos trabalhos têm apontado para os profissionais de saúde como elementos estratégicos para o crescimento e desenvolvimento desta prática socialmente construída (Silva, 1990; Souza, 1993; Arantes, 1991; Nakano, 1996; Souza, 1996; Silva, 1997; Araújo, 1997; Almeida, 1999; Silva, 1999; Monteiro, 2000; Ramos, 2000; Souza, 2000).

Em verdade, os profissionais se lançam a assistir a mulher no cotidiano da maternidade, aparelhados com o referencial técnico-científico que possibilita a gerência biológica do ciclo gravídico-puerperal, mas sem dispor do instrumental mínimo necessário para possibilitar uma escuta adequada das questões trazidas pela

mulher e assim compreendê-la no âmbito dos dinamismos humanos. Borges (1991) ao estudar a ação assistencial à mulher, mostrou-se incisiva e oportuna ao assegurar que:

“De um modo geral, nossa dificuldade de “escutar” sem expectativa do que o outro vai dizer gera uma situação confusa, onde ora o “social” é usado como bode expiatório, ora é negado, trazendo uma paralisia e uma impotência diante da multiplicidade de situações, trazidas de modo avassalador, no dia a dia de nosso trabalho em um serviço de saúde”.
(p:285)

No Brasil, o Ministério da Saúde catalisou a iniciativa de implementar o Aconselhamento, elegendo-o como uma das principais estratégias da atual política pública em amamentação. Tal opção, segundo os documentos oficiais, se fundamenta no fato de ser esta uma excelente alternativa na construção de caminhos em busca do apoio individual à mulher lactante, uma vez que o apoio tem sido apontado em diversos estudos como não só necessário, mas imprescindível, para que a mulher inicie e dê continuidade à amamentação de seu filho (Souza, 1996; Silva, 1997; King, 1998; Silva,1999). A aplicação dos princípios do aconselhamento ao assistir em amamentação é algo recente no Brasil. Em verdade, seu início data de 1997 (OMS/UNICEF,1997abc) e pode-se atribuir a esse fato um dos principais motivos da escassez de informações disponíveis na literatura. Rea & Venâncio (1999) publicaram o primeiro trabalho no país do qual vale apresentar um resumo:

“Trata-se de estudo experimental, cujo objetivo foi avaliar o processo de implementação do Curso[...].Para verificar mudanças nos conhecimentos foram aplicadas provas antes e após o Curso contendo testes de múltipla escolha; para verificar mudanças nas habilidades clínicas e de aconselhamento, eles foram observados em consultas com mães no alojamento conjunto, antes e após o Curso[...]. Quanto às habilidades clínicas e de aconselhamento as médias do grupo exposto foram superiores às do grupo controle em todos os itens avaliados[...]. As maiores dificuldades encontradas foram à incorporação de habilidades

de como fazer a história da amamentação e avaliação do posicionamento e pega durante a amamentação, sendo os itens mais facilmente incorporados os relacionados às habilidades de aconselhamento”. As conclusões foram que: “o Curso pode ser implementado como proposto: os participantes adquirem habilidades de aconselhamento, mas há que reforçar as de manejo clínico da lactação; a necessidade de supervisão continuada foi identificada, para que os participantes passem a utilizar o aprendizado em sua prática”. (p:112- 113)

Diante dos resultados obtidos pelas pesquisadoras cabe questionar se, de fato, as habilidades técnicas para observação e avaliação do posicionamento e pega, mostram-se mais difíceis de serem apreendidas do que as habilidades de aconselhamento, uma vez que no cotidiano da assistência tem sido observado o contrário, ou seja, a dificuldade histórica do profissional de saúde compatibilizar os aspectos biológicos e sócio-culturais no atendimento ao cliente. Parte dos determinantes destas dificuldades foi apontada por Caprara & Franco (1999), como decorrente de lacunas na formação do profissional de saúde, que encontra-se intensamente direcionada para matérias ligadas à anatomia, à fisiologia, à patologia e à clínica, e, por esta razão, não considera o cliente em sua integridade física, psíquica e social nem tampouco a importância do apoio emocional, moral e psicológico como parte essencial de uma assistência que se pretende de boa qualidade. Outrossim, cabe assinalar que está se partindo de um referencial teórico-metodológico diverso do utilizado por Rea & Venâncio(1999) ao considerar que não só a assistência em amamentação, mas, a assistência à saúde é permeada de elementos culturais, sociais e econômicos, e, sob esse prisma é compreendida e vivenciada de diferentes maneiras pelos vários atores que dela participam. Na abordagem utilizada neste estudo, busca-se o entendimento das representações dos profissionais como testemunhos preciosos de suas concepções e dos

valores presentes em suas ações (Deslandes,1997).

Por se tratar de uma proposta que opera também com as questões subjetivas dos profissionais, para que estes por sua vez passem a valorizá-las em sua prática assistencial, há de se construir um caminho que possibilite uma abordagem compreensiva da proposta, tendo como objetivos buscar o velado, o não dito, a profundidade e não a extensão, os significados que estão situados para além da realidade estruturada que não podem ser traduzidos pelas variáveis matemáticas (Minayo & Sánches,1993).

Diante desta perspectiva o estudo foi conduzido com base no pressuposto de que o Curso de Aconselhamento é capaz de sensibilizar os profissionais, fazendo com que atentem para sua postura na assistência à mulher no período de amamentação. Ou seja, tendo efetuado o Curso, estes se encontram aptos para, através da escuta, ter uma melhor compreensão das questões individuais e subjetivas da mulher no cotidiano da assistência, podendo de fato ajudá-la. As transformações possíveis de serem geradas na prática assistencial dos profissionais egressos do Curso de Aconselhamento se configuram no objeto de estudo do presente trabalho que, redigido de forma exploratória, pode ser entendido como: Quais são as oportunidades que o Curso de Aconselhamento proporciona para seus egressos no assistir a mulher em processo de amamentação?

3- Mulher, Maternidade e Amamentação – Questões Conceituais.

As diferentes concepções sobre a mulher, a maternidade e a amamentação, que permeiam o cenário assistencial em diferentes momentos, buscando evidenciar os determinantes sócio-culturais e psico-afetivos configuram-se como o elemento central do presente capítulo.

A literatura científica reúne um imenso acervo que, para fins didáticos, pode ser classificado em dois grandes grupos, a depender de como os autores percebem a tríade “mulher- maternidade- amamentação”. No primeiro, o componente biológico aflora com muita intensidade, dando ênfase especial para as questões relacionadas a anátomo-fisiologia da lactação como elemento chave para a realização de sua prática exclusiva até o 6º mês de vida do bebê. No segundo, a mulher é trazida para o centro da cena numa perspectiva compreensiva, buscando-se valorizar suas questões singulares e subjetivas, além de lançar luz sobre as intencionalidades dos atores e grupos sociais capazes de interferir no curso da amamentação.

Em termos de volume de publicações, os trabalhos dedicados ao leite humano e a suas implicações para as peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente têm merecido lugar de destaque, ao longo das três últimas décadas. Apesar das diferentes especificidades, todos trazem em comum o princípio teórico estabelecido por Jelliffe & Jelliffe (1978) que considera: “*que o aleitamento materno é muito mais do que um suprimento de nutrientes matematicamente adequado é o resultado de uma interação biológica entre mãe e filho, com uma grande rede de ramificações*”. (p:27)

Vimos que Nóbrega (1996) trata da composição do leite humano de mulheres adultas, e de adolescentes, enfatizando o valor de suas propriedades bioquímicas, fisiológicas e imunológicas incomparáveis. Em seu estudo concluiu que não havia diferenças significativas entre o aporte proteico-energético dentre os dois

grupos de mães estudadas, durante os vários estágios da lactação.

Estes e outros conhecimentos a serem enumerados adiante, são importantes para justificar os esforços empreendidos em favor da amamentação. Entretanto, há que se destacar que eles não encerram todos os meios necessários para o assistir à mulher que amamenta em sua complexidade e amplitude.

Vinha (1983) evidencia que:

“O futuro da amamentação depende de nós mulheres[...] de nossa tarefa de realizar com amor, todas as tarefas que nos competem. Da conscientização de que isso não podemos delegar a ninguém. Os seios usinas de alimento físico dispõem também de alimento psíquico, produto ainda invisível para nós, porém muito sentido em termos de benefício[...], reciprocamente porque a doação materna é muito gratificante. E o que gratifica alimenta. O seu papel de mãe será pleno de realização com a amamentação. Do mesmo modo que ela se preparou para assumir o trabalho fora do lar, deverá assumir a amamentação, como membro consciente da mesma comunidade em que vive[...] é uma decisão somente da mulher”. (p: 67-69)

Nas afirmações da autora pode-se perceber que a visão da mulher, da maternidade e da amamentação está dimensionada pela existência obrigatória do amor, aqui usado como sinônimo de missão inerente à condição feminina, da responsabilidade para com seu filho, e da gratificação e realização que o papel de mãe devotada inevitavelmente trará, o que muito faz lembrar os ditames higienistas do passado.

Valdés et al (1996) apresenta o seu *Manual Clínico da Lactação*, como um compêndio sobre a psicofisiologia e a clínica da amamentação. Nele, o ato de amamentar é considerado como um processo natural, mas nem por isso instintivo ou inato. A amamentação é definida como uma habilidade que precisa ser resgatada, reaprendida e apoiada. Com 209 referências bibliográficas, e muitas ilustrações, proporciona de forma objetiva, uma revisão das últimas descobertas sobre o leite

humano, manejo clínico de amamentação, drogas ou doenças que poderão interferir com a lactação. A autora revela ainda que o objetivo do livro é oferecer ao profissional de saúde base científica e prática no manejo da lactação. No verbete destinado ao apoio, diz que os profissionais são parcialmente responsáveis pelo declínio do aleitamento, porque carecem de conhecimentos necessários para ajudar a mulher na prevenção de problemas ocorridos na lactação. E discorre então sobre os assuntos que concernem ao apoio: parto gemelar, a cesárea, a nutrição materna, o trabalho da mulher, que esse apoio pode ser implementado por profissionais motivados, através de clínicas de lactação. A abordagem ocupa apenas 1/3 de uma única página, contrastando com o espaço dedicado às demais temáticas que remetem a questões de ordem técnica e biológica .

Em verdade, a amamentação é tratada como técnica na qual são avaliados o reflexo de ejeção e a boca do recém nascido como se pode constatar quando ensina que: “*a amamentação requer a completa introdução do mamilo e da aréola na boca do lactente[...]*”. (p:24)

O livro *Amamentação: Guia Prático* de Riordan & Auerbach, (2000) tem como finalidade “*dar respaldo a todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente com a mãe e o bebê*”. Os autores discorrem sobre todas as situações em que o aleitamento pode ser afetado sob o ponto de vista físico: candidíase, contracepção, doenças, medicamentos etc...Na realidade, o compêndio trata das questões exclusivamente biológicas, que apesar de seu grau de importância não encerram em si a finalidade proposta pelos próprios autores.

No *Manual de um Serviço de Saúde Municipal*, Silva et al (1999), o prefácio define:

“*Amamentação: um ato de amor*” e continua “*A simplicidade do ato mecânico que é a mãe dar o*

peito para a nutrição de seu filho, transcende de maneira menos visível, em função da troca afetiva no fortalecimento da energia vital deste ser que está se desenvolvendo[...].Essa obra servirá como instrumento para que as pessoas envolvidas com a promoção do aleitamento ajudem a atingir os objetivos de redução da mortalidade infantil com a melhoria do estado nutricional e emocional de nossas crianças, pois as mães que amamentam necessitam de orientação e apoio”. (p:7)

Embora os autores mencionem que as histórias de repetição de “*leite fraco*”, “*leite secou*”, “*bico rachou*” sejam comuns entre as puérperas, e citem o apoio como importante, não há uma só linha dedicada ao apoio ou de como ele pode ser viabilizado na assistência à mulher, apesar de a instituição adotar o desenho da IHAC (p:11). Os autores se referem prioritariamente às intercorrências da “*mama lactante*” como determinantes quase que exclusivos do processo de desmame. Sob esse prisma, desconsideram ou não percebem que esses problemas são desencadeados, dentre outros fatores, pela falta de apoio.

No *Informações Gerais do Centro de Lactação de Santos-Promoção, Treinamento- Pesquisa* (Teruya & Murahovschi,1991) os autores discorrem ao longo de 400 páginas sobre tópicos que versam acerca da biologia/fisiologia da lactação e problemas decorrentes do desmame precoce. Contudo, não se observa sequer uma linha sobre eventuais dificuldades enfrentadas pelas mulheres no decorrer da amamentação. Há de se registrar também que nesta época a idéia vigente era incentivar e promover, e que o Centro de Lactação de Santos foi um dos pioneiros na difusão de conhecimentos sobre a anátomo-fisiologia e do manejo da lactação e da importância do aleitamento.

Worthington & Vermeersch (1988) no livro: *Nutrição na Gravidez e Lactação*, com 351 páginas tratam didaticamente dos aspectos nutricionais da mulher durante a gestação e da lactação, de sua importância para a saúde do feto e do bebê

recém nascido. Mais uma vez são enfatizados os aspectos biológicos da questão, com vistas à nutrição da criança. A mulher/mãe é valorizada apenas no que se relaciona ao conceito e depois ao seu filho e só a ele. Vale destacar que a publicação ocupa um lugar privilegiado dentre o referencial bibliográfico adotado pelos cursos de graduação em nutrição no Brasil (Monteiro, 2000).

Riordan & Auerbach (1999) no seu “*Atlas Clínico da Amamentação*”, tratam exaustivamente de questões biológicas a exemplo da anatomia da mama, dos problemas que podem ocorrer, das condições de saúde do lactente. Entretanto, advertem que as dificuldades demonstradas no livro são incomuns, e não representativas da experiência das mães e seus bebês.

Martins Filho, (1987) no livro *Como e Por Que Amamentar*, um clássico da década de 80, conhecido por todos que trabalham com amamentação no Brasil, afirma:

“Todas as espécies mamíferas produzem leites especiais para seus descendentes, com características próprias que se destinam a fazer com que os filhotes atinjam, no prazo mais curto possível, e de maneira mais segura seu pleno desenvolvimento”. (p: 15)

Em outros momentos do livro há conteúdos que versam sobre: por que amamentar, a comparação entre o leite humano e o de outros animais, a fisiologia da lactação nos seres humanos e a produção de leite na mulher, a técnica de manejo, as causas do desmame e a forma de combatê-lo, dentre outros assuntos. Em uma das informações dadas ele esclarece que o leite seca porque as mães não tiveram orientação, e mostra como evitar que isso ocorra. Ao tratar o tema o autor acredita que as dificuldades apresentadas pelas mulheres não ocorreriam se estas tivessem sido orientadas sobre o processo de lactação e seus aspectos naturais. Ou seja, segundo suas idéias, está estabelecida a correlação inevitável entre o não seguimento dos desígnios da

natureza, e a ocorrência de problemas. Essa abordagem tipicamente higienista, reforça a importância do conhecimento da fisiologia da lactação e das técnicas da amamentação por parte do profissional, bem como da própria mulher, como elemento de êxito para a amamentação. Contudo, há de se destacar que Martins Filho foi um dos primeiros a perceber e assinalar a necessidade de apoio à mulher.

King (1998) no livro: “*Como Ajudar as Mães a Amamentar*” utiliza exatas 136 páginas para mostrar a importância da amamentação, as suas vantagens, a fisiologia da lactação, a composição do leite humano e os seus significados para o lactente. Entretanto, discorre sobre o aconselhamento em amamentação em parcimoniosas doze páginas, ao final do livro.

Em linhas gerais, e de acordo com a ideologia que embasa as proposições desses autores, o profissional, ao dominar o conteúdo teórico/técnico da amamentação, pode dar conta da assistência à mulher e seu filho e ao fazê-lo, garantir a instalação e a continuidade da amamentação.

Na realidade, trata-se de obras de elevado teor científico no que tange à dimensão biológica, porém, em seu conjunto, não se observa o mesmo rigor para identificar as questões subjetivas implícitas, nem tampouco à importância do papel do profissional no processo de estabelecimento e continuidade da amamentação.

Os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais que prestam assistência à mulher não estão dissociados das visões de mundo com que operam na assistência à saúde (Almeida, 1999).

Muitos ainda vêem a amamentação como decorrência inevitável da maternidade, assim como percebem, concebem e trabalham acreditando que ela seja natural, instintiva e determinada por seus componentes biológicos, como se pôde constatar no grupo de autores citados anteriormente. Sob esse prisma, não trabalham a

necessidade de apoio e da compreensão dos aspectos subjetivos da mulher, que permeiam essa trajetória; inúmeras vezes direcionando seu curso para a franca instalação e continuidade ou, sem se aperceberem, ao contrário, para sua súbita interrupção.

A amamentação apresenta os mais diferentes significados a depender do momento histórico e cultural em que estão inseridas a mulher, a criança e a família que a vivenciam. Assim como a idéia que se tem da mulher e da maternidade são também influenciadas pelos mesmos determinantes.

Badinter (1985) mostra, com clareza, através de seu estudo que o papel da mulher, do ser mãe e do ato de amamentar estão dispostos em função das necessidades e dos valores predominantes em um dado momento social, cultural e histórico. E que, hoje, muitos ainda vêem o amor da mãe por seu filho como instintivo, natural e inevitável, ou seja, inerente à espécie humana, perpetuando essa concepção em suas ações sociais, não só propalando esta falácia, como trabalhando com esse olhar. Esta idéia faz-se presente ao assinalar que:

“mesmo reconhecendo que as atitudes maternas não pertencem ao domínio do instinto continua-se a pensar que o amor de mãe pelo filho é tão forte e quase geral que provavelmente deve alguma coisa à natureza. Mudou-se o vocabulário, mas conservaram-se as ilusões”. (Badinter, 1985:21)

Em verdade, o lidar com as emoções e sentimentos humanos indica que o amor que a mãe pode sentir pelo filho é um entre os muitos sentimentos por ela apresentados e, como tal, inconstante, ambivalente, frágil, incerto, imperfeito, contraditório e sujeito a todo tipo de influências. Os elos afetivos entre mãe e filho são constituídos no dia-a-dia dos cuidados, no relacionamento regular e contínuo da mãe e o bebê, como também em consonância com a história de vida da mulher. O mito do amor materno foi cuidadosamente alimentado, serviu, e ainda serve, a incontáveis interesses

sociais, econômicos e políticos (Badinter, 1985).

Até o último terço do século XVIII, o comportamento das mulheres em relação à maternidade se movimentou entre a indiferença e a rejeição. Neste período a maioria dos pais não parecia ter êxito no “*teste de sacrificio*”³ ter o filho e lhe dispensar os cuidados a atenção e a fadiga que um bebê representa no lar, o que hoje entendemos como o mais claro símbolo do amor dos pais ou do amor materno, ainda segundo Badinter (1985). As necessidades e os valores dominantes de um determinado tempo em uma dada sociedade, é que vão dirigir e iluminar os papéis que terão a mãe o pai e o filho.

Antes de 1760 (Ariès,1981), a criança não existia do ponto de vista social, não só não era valorizada, como também considerada um estorvo, um transtorno, a figura central era o pai, seus interesses e sua autoridade. As relações familiares não eram fundadas no afeto, no amor, e os casamentos realizados em função de arranjos e interesses econômicos. A criança era vista também como um brinquedo, um brinquedo sem alma, um ser insignificante, que poderia ser reconstruído ou remodelado ao bel prazer do adulto, ou seja, negava-se a sua especificidade, ao se pensar que seria aquilo que se quisesse fazer dela (Ariès, 1981; Badinter, 1985).

Ela era representada de forma negativa e de certo modo dramática, pois segundo a teologia cristã, representada por Santo Agostinho, logo ao nascer era simbolizada como força do mal, um ser imperfeito esmagado pelo peso do pecado original. Idéia influente na época, já que reinou por muito tempo e dirigiu seu comportamento na família e na escola (Ariès, 1981).

A condição feminina era de um ser inferior, submisso, dócil e frágil, desprovido de qualquer tipo de autonomia, sendo considerada incapaz de ditar os rumos da alimentação de seu próprio filho, face à impossibilidade de compreender o

³Shorter E, Naissance de la famille moderne, Paris Le Seuil. 1977:210 apud Badinter (1985:64)

conhecimento filosófico da natureza. O ser mãe e o amamentar igualmente não eram valorizados. Esta se mostrava para as mulheres da nobreza como uma tarefa cansativa, enfadonha, para a qual não estavam destinadas. (Badinter, 1985)

As crianças, assim que nasciam, eram enviadas às amas de leite para que estas as cuidassem, voltando para os pais, quando ainda vivas, três a quatro anos depois, como verdadeiras estranhas, visto não terem tido a oportunidade de estabelecer e desenvolver um conhecimento afetivo mútuo. A outra alternativa era a contratação da ama para morar na própria casa da família. A recusa da mulher em amamentar foi considerada um dos primeiros sinais de rejeição. Essa prática, inicialmente restrita às famílias aristocráticas, foi se generalizando e influenciando burguesas dentre outras, chegando mesmo a ocorrer escassez de amas. (Badinter, 1985)

As mães eram indiferentes ao destino dos filhos: *“não é porque as crianças morriam como moscas que as mães se interessavam pouco por elas, mas é em grande parte porque elas não se interessavam que as crianças morriam em tão grande número”*. (p: 87)

A maternidade não estava na moda. A mortalidade infantil apontava para índices alarmantes na França, entre os séculos XVII e XVIII. Entre as crianças menores de um ano o índice era superior a 25%, ou seja, uma em cada quatro não ultrapassava esta marca, sendo essa mortalidade diferenciada de acordo com o modo de alimentação da criança. As que as mães cuidavam e amamentavam morriam duas vezes menos do que àquelas entregues às amas. Esses percentuais nos apontam para maiores possibilidades de sobrevivência das crianças cuidadas pela mãe, ou por amas cuidadosamente escolhidas e remuneradas pelos pais, (Badinter, 1985). Isso demonstra, inclusive, que, embora não se dispusesse dos conhecimentos epidemiológicos atuais, essa alarmante proporção já podia ser percebida.

No Brasil anterior a colonização portuguesa, a amamentação era prática corrente entre as índias e seu abandono, tal como ocorria com as mulheres européias, foi importado com a chegada do branco colonizador, assim como o uso das amas de leite. Essa prática inicialmente ocorria com a utilização das índias, que não a aceitaram, para logo depois ser transferida para a escrava negra, muitas vezes despojada de seu próprio filho, e alugada como ama, auferindo lucros ao seu dono (Costa, 1989).

A partir do momento em que se passou a observar a criança do ponto de vista mercantil, como possibilidade de força de trabalho, este panorama foi se modificando. Surge então, uma oportuna aliança entre os médicos naquela época com um saber empírico, relativamente desprestigiado, semelhante ao do curandeiro, e o poder dominante que deu origem ao movimento higienista. Este impôs a figura do médico à família (Costa, 1989).

Os objetivos explícitos dessa aliança eram a salubridade das cidades e da população que, naquele momento preciso, interessava ao governo.

O higienismo ao invés de ter a família como inimiga, habilmente a fez sua aliada. A sobrevivência da criança tornou-se ponto de honra para o Estado e, deste modo, a mulher obteve um lugar até então desconhecido, pois se tornou urgente convencê-la a se dedicar à maternidade sendo que esta passou a ser considerada uma nobre função.

Do ponto de vista científico da higiene, as vantagens para os indivíduos eram incontestáveis. Os preceitos por ela difundidos mostravam-se profundamente convincentes. A saúde passa a ser um problema social, com a integração da Medicina ao Estado (Costa, 1989). Ela acentuava a dicotomia entre a ignorância dos pais e a sabedoria dos médicos, mantendo nas mãos o poder, ao manipular a culpabilidade daqueles, em relação a essa tão difundida ignorância. Os médicos se apresentavam

como tradutores do obscuro não sendo deste modo, vistos como intrusos ou inimigos. Seu objetivo principal era deslocar o poder da família e das comadres e transferi-lo para a medicina, que passou então a ditar as normas e regras. Os higienistas preocupavam-se única e tão somente com as crianças filhas da elite, não com a dos aventureiros, maltrapilhos... (Costa, 1989).

Proliferam, pois assim, publicações nas quais os moralistas, os administradores e os médicos puseram-se de prontidão, recomendando às mães que cuidassem pessoalmente de seus filhos e os amamentassem. Jean Jacques Rousseau foi o precursor desta corrente de pensamento e, data desta época, fins do século XVIII, a idéia do amor materno como um conceito novo, assim como igualmente nova é a associação das palavras amor e materno, o que passou a significar não só a denominação do sentimento, como também a promoção da mulher enquanto mãe (Badinter,1985:146). A mulher passa a ter o aval para comandar o interior, passa a ser a “*rainha do lar*”; ela estaria encarregada das tarefas que diziam respeito à família, aos cuidados domésticos, à educação dos filhos. O Estado transferiu para a mulher/mãe parte de sua responsabilidade. O mundo exterior, o espaço público, continuava destinado ao homem. Surge também uma perseguição implacável às amas de leite e a advertência quanto aos perigos de sua utilização pois se acreditava que, através do leite, podiam se passar impurezas, as paixões e o caráter (Badinter, 1985).

A maternidade era concebida no século XIX como um sacerdócio, uma experiência feliz, que, contudo, implicava dores, sofrimento e sacrifícios, sempre indicando a perfeita sintonia entre a natureza da mulher e a função de mãe (Badinter, 1985). A retórica de convencimento dirigida às mulheres oscilava entre o aceno da felicidade e igualdade, a ascensão social de seu papel agora indispensável à família, até o respeito e admiração da própria sociedade com aquelas que seguissem esses desígnios.

A maternagem e a amamentação passam a ser consideradas e valorizadas como uma nobre tarefa. Todavia, nem todas foram receptivas a esse apelo a ponto de assumi-lo de imediato ou até mesmo depois (Costa, 1989).

Nessa perspectiva, Silva (1990) ressalta com propriedade que:

“Os valores sociais sobre a maternidade são contraditórios: por um lado ela é dignificada e valorizada, por outro, a sociedade oferece pouco suporte às mulheres no desempenho do papel de mães”. (p:266)

Por sua vez, Nakano (1996) aponta que o conjunto de significados sobre a amamentação reproduz com fidelidade a concepção de maternidade construída socialmente, ou seja, do *corpo feminino reprodutor, normatizado e culpado*. No movimento de reação mostrado pelas mulheres, em seu estudo, foi explicitada a necessidade de apoio, para que se possa criar um novo modelo de maternidade, de amamentação, dentro de uma visão que não se restrinja à biologia do processo, mas que contemple o contexto maior do ser mulher nos diferentes momentos e posições que ela assume.

As enormes mudanças ocorridas no século XX afetaram toda a sociedade e proporcionaram transformações consideráveis na vida das mulheres: a industrialização; sua entrada maciça no mercado de trabalho; a divulgação de diversos métodos anticoncepcionais; o advento da pílula, que facilitou sua vida em relação ao exercício pleno da sexualidade e livre da ameaça da maternidade indesejada; a fabricação do leite em pó; os movimentos feministas surgidos na década de 60 em busca da libertação da mulher; a crescente socialização/partilha dos encargos reprodutivos com o aparecimento de novos produtos para satisfazer essas necessidades; as fraldas descartáveis; os próprios alimentos infantis industrializados; o surgimento e a divulgação dos conhecimentos da Psicanálise, assim como de outras correntes

psicológicas e sua influência sobre os indivíduos e a família em geral, especialmente sobre o desenvolvimento emocional e a educação infantil (Silva, 1990).

Todas essas transformações permitiram às mulheres uma liberdade e uma enorme gama de possibilidades e oportunidades de escolha dantes sequer imaginadas, tal como acentuou Katz (1999):

“[...] Ao longo do século XX, ela já não se configura exclusivamente no papel de reprodutora da espécie, indo além de um papel de submissão passiva para o de senhora de suas escolhas e desejos, ocupando um lugar dentro da família e da sociedade”. (p:125)

Embora todas essas metamorfoses tenham ocorrido, Monteiro (2000) assinalou que:

“Toda essa luta de liberação feminina pela liberdade sexual, pela mudança de imagem, pela conquista de direitos e espaços não foi suficiente para aplacar o ensinamento de décadas, de mãe para filha e de certa forma imposto pela sociedade, sobre a “missão” inerente à mulher: a maternidade”. (p:36)

Por outro lado, dados do último Censo realizado no ano 2000, revelam a queda da fertilidade no Brasil, já que: *“De acordo com o IBGE, a taxa de fecundidade no país caiu 63% nas últimas quatro décadas (de 1960 a 2000). Hoje o índice é de 2,3 filhos por mulher”* (Veja, 2001:33).

Esse declínio pode ser explicado, dentre outros, pela maior inserção feminina no mercado de trabalho, no chamado mundo produtivo, no qual ela inicialmente prefere obter uma maior valorização profissional e estabilidade econômica. Assim, como consequência, a mulher opta por um adiamento ou até mesmo pela renúncia da maternidade (Monteiro, 2000).

No que se refere à maternidade, trabalho feminino e amamentação, Silva (1990) e Almeida (1999) assinalam que as mulheres sempre trabalharam nas sociedades

tradicionais, principalmente as rurais e que esta realidade tem sido uma constante histórica. Para ambos, não é o trabalho, mas as condições sociais concretas em que ele se dá, e a falta de amparo social que interferem de modo importante na conciliação da maternidade, da amamentação e da produção feminina. As longas distâncias para que a mulher chegue até ele, a ausência de creches no próprio local de trabalho, os horários rígidos sem intervalos para amamentar, entre outros. Para Silva (1990):

“o incremento do trabalho feminino fora do lar, se não for acompanhado da expansão dos benefícios sociais e de melhoramentos da rede de apoios à reprodução e criação dos filhos, deverá se refletir nos níveis de amamentação, devido ao precário equilíbrio existente entre atividades produtivas e funções reprodutivas para a mulher brasileira”.
(p:249)

Muitas mulheres ao perceberem que a maternidade pode impedi-las de outras realizações no “*mundo exterior*”, ou mesmo que esta vai significar mais um trabalho, de fato, um “*fardo*”, rejeitam-na.

Chodorow (1990), a propósito do tema maternidade e maternagem realizou extenso estudo na perspectiva da Teoria do Gênero, e de como essa prática vem se reproduzindo através de gerações, e das influências culturais que norteiam seus rumos. Ela indaga de como a maternagem só é desenvolvida pelas mulheres, se não se poderia promover uma mudança para transformar a divisão de trabalho por sexos, quando não só as mulheres maternariam. Ressalta que embora:

“Historicamente as exigências físicas e biológicas concretas de gravidez e cuidado infantil tenham diminuído, a maternidade ainda se dá no âmbito da família e o papel da atividade materna adquire significação psicológica e ideológica, definindo cada vez mais o curso da vida das mulheres”. (p:18)

Para Badinter (1985) principalmente no século XX a mulher passa a ser inteiramente responsável pela sobrevivência e saúde futura de seu filho. A idéia dos

cuidados e carinho maternos como fatores insubstituíveis em relação à sobrevivência e conforto das crianças, foi aos poucos ganhando força e transformando-se em valor social.

Mannoni (1985), considera que:

“A criação de bebês é dependente de modas inventadas pelos homens. O que se veicula com bastante frequência são critérios normativos, que exprimem a idéia que o homem faz da mulher, da maternidade e da necessidade de filhos, tal como esta se expressa em cada momento da história”.(p:17)

Entretanto, Almeida (1999) acentua que:

“a amamentação mais do que um fato social ou fenômeno biológico é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura;[...] além de ser biologicamente determinada, é sócio-culturalmente condicionada, tratando-se de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida”. (p: 23)

Ele aponta para o fato de que a dissociação entre as dimensões biológica e social relativas à amamentação tem se configurado em um motivo para a redução da eficácia das ações governamentais.

Na concepção de Silva (1990):

“o ato de amamentar nos seres humanos antes de ser biologicamente determinado é social e culturalmente condicionado[...] mutável conforme as épocas e costumes[...] a prática da amamentação depende de concepções e valores assimilados no processo de socialização e do perfeito funcionamento das funções hormonais”. (p:3-5)

Com essa definição, ele realça não só os determinantes sociais e culturais como os biológicos, mostrando-os como intimamente relacionados nesta trama denominada amamentação, vivida pela mulher na maternidade. O pesquisador reforça

que as dificuldades vivenciadas pelas mulheres nos dias atuais guardam relação com a visão que se tem da maternidade assim como reafirma a necessidade de maior amparo da sociedade para que elas possam vivê-la em sua plenitude.

Arantes (1991), ao estudar a amamentação buscando compreender seus significados, identificou *aspectos relativos a momentos negativos e desagradáveis vividos pelas mulheres* evidenciando uma visão diferente do que vem se apregoando de modo idealizado nos discursos oficiais em prol do aleitamento.

Porém, Souza (1993), ao pesquisar o desvelar do ser gestante na amamentação sob a perspectiva do existencialismo Heideggeriano, aponta para o fato de que a *amamentação para a mulher é um fenômeno existencial*. Ou seja, ao estudar os significados da amamentação com mulheres grávidas, percebeu que apesar de uma abordagem sistematizada no período pré-natal e puerperal, em favor da amamentação ter sua importância, esta não chega a se constituir em uma garantia de sua concretização. Entretanto, ao abrir espaço para dar voz à mulher/gestante, fazer com que discorra sobre si mesma, saber quem é ela, o que faz, o que pensa, o que espera, e com o que se preocupa, evidenciou que elas expressam a necessidade e a esperança de contarem com ajuda para conseguir amamentar. Desta forma, fica mais uma vez demonstrada, a necessidade de o profissional abrir um espaço na assistência para ouvir a mulher e, ao fazê-lo, ter a oportunidade de apoiá-la *não fazendo por ela, mas levando-a assumir seu próprio fazer, segundo seu próprio modo de ser*, tal como a autora enfatiza.

Javorski (1997) observou no estudo desenvolvido com mães de prematuros em cuidado canguru que algumas mulheres por um lado representam a amamentação como agradável e gratificante, porém que em maior ou menor grau em diferentes momentos desse processo, ela foi vista pelos mesmos atores como difícil e

desgastante. Ela confirma a necessidade de compreensão mais ampla do fenômeno, e do envolvimento e maior sensibilidade dos atores que assistem a mulher ao afirmar que:

“Os profissionais de saúde ao abordar a amamentação como natural e instintiva não consideram os aspectos mais amplos dessa prática, e omitem de certa forma os determinantes sociais, econômicos e culturais, bem como demonstram pouca sensibilidade às dores do vivido pela mulher enquanto sujeito desse processo”. (p:41)

Nakano (1996), ao estudar as Representações Sociais de mulheres na perspectiva da Teoria de Gênero, observa que:

“amamentação é uma função por excelência da mulher, de acordo com as perspectivas culturais, estas denotavam a amamentação com um ato de doação e sacrifícios em movimentos contraditórios e instáveis onde conteúdos como expressão de amor, beleza, santidade, natureza, responsabilidade e culpa foram evidenciados”. (p:66)

Aponta desta maneira para um movimento pendular entre a acomodação/resistência a essa situação por parte das mulheres. A autora demonstra também que elas a simbolizavam calcada na sua natureza biológica e no atendimento satisfatório das necessidades da criança. Segundo o estudo, nas relações entre a mulher e os profissionais de saúde:

“têm-se evidência de ser de cunho predominantemente moralista e intervencionista valorizando o aleitamento materno centrado nos benefícios para a criança, reduzindo a mulher à condição biológica e funcional de produzir leite”. (p:138)

E ainda, *ideologicamente a amamentação ao qualificar socialmente a mulher como mãe, representa o protótipo da maternidade, gerando sentimentos ambíguos de fardo e desejo.* Mostrando neste sentido, semelhança com os estudos de Silva (1990). Entretanto, Araújo (1997) vê a amamentação:

“como um processo fisiológico e natural e a possibilidade de contato íntimo entre mãe e filho, que oportuniza trocas afetivas fundamentais para ambas. É um fator importante de proteção e nutrição da criança e deve ser compartilhado com o pai e outros irmãos, nesse momento assume sua característica de sociabilidade; pode ser trabalhosa até seu pleno estabelecimento, mas é um trabalho que vale a pena. Existe na relação do aleitamento materno uma dimensão de prazer físico que deve ser buscada como uma experiência que intensifica a feminilidade. Nesse sentido tem uma conotação ideológica que não pode ser negada”. (p:213)

Por outro lado, Adesse (1994) adverte que:

“no que tange a assistência à mulher que amamenta, que não só a estrutura dos serviços, mas também a atuação precária dos profissionais, evidenciam dificuldades em lidar com a multiplicidade de fatores que envolvem esse “ato tão “simples” praticado por uma dada mulher de uma determinada classe social, numa particular situação de nosso país”. (p:34)

Ao fazer esta afirmação e acrescentar aspas irônicas ao “simples” está demonstrando a complexidade da amamentação, e o quão difícil é para o profissional visualizar a mulher em suas várias facetas, diferenças, atribuições e contextos sócio-culturais.

Rotemberg (1999) ao buscar compreender as práticas alimentares e os cuidados da criança de baixo peso, ouvindo as mães, mostra-se sensível à percepção da mulher, da maternidade e amamentação como construção histórico-social ao afirmar que:

“a relação íntima e tão necessária entre mãe e bebê não é inata ou instintiva. É construída no tempo com o contato, com o aprendizado, com a experiência e o momento vivido pelos dois sujeitos. A mulher/mãe tem sido convocada pelos políticos sociais, em particular pelo setor saúde, para atuar como promotora de saúde de sua família e da comunidade”. (p:40)

Ao que vale acrescentar que, por inúmeras vezes, para ser responsabilizada/culpabilizada pelo fracasso da amamentação, mas nunca como construtora de seu êxito, que não só beneficia a criança como estabelece uma rica e variada gama de possibilidades de trocas para ambas, para a família e a sociedade.

Entretanto, Silva (1999), ao discorrer sobre o tema, assinala que embora:

“os signos da amamentação têm povoado o universo das mulheres, enquanto símbolo representativo da maternidade construído social e culturalmente ao longo dos tempos,[...] paradoxalmente hoje tido como determinação biológica da espécie[...]. Estudos de abordagens diversas da pesquisa qualitativa, apresentam um denominador comum quanto ao fato de evidenciarem a necessidade de se considerar a amamentação como uma experiência contida na vivência da maternidade e não a maternidade em si” (p:37).

Em seu estudo fica patente que o profissional nos dias atuais ainda opera com um modelo datado de pelo menos dois séculos atrás, pois atua na assistência à mulher *acreditando que amamentar é natural*, não percebendo, destarte, a evolução de seu papel na sociedade, idealizando sua função enquanto mãe e cuidadora do filho recém-nascido, demonstrando assim uma visão parcial e reducionista. Ao vê-la como reprodutora e submissa às leis da natureza, não considera suas experiências e suas vivências. Sob este prisma, ela acentua que o profissional valoriza a amamentação pura e tão somente para a criança, responsabilizando a mulher por seu insucesso, repetindo deste modo a concepção higiênica do século passado. Convida assim o leitor a lançar um novo olhar sobre sua prática para que se possa pensá-la, planejá-la e redimensioná-la no âmbito assistencial compatibilizando os determinantes sociais, culturais e econômicos levando em conta a singularidade desse processo para cada mãe com seu filho. Ela ainda acentua que o dar voz à mulher: *implica o cuidado de entender, através de suas diferentes perspectivas o que significa a amamentação para ela*, reafirmando,

assim, a crença de que não existe modelo para dar apoio a sua vivência, descolada de seu contexto. Os estudos de Silva (1999) confirmam os de Souza (1996) quanto ao fato de a assistência ser desenvolvida de forma autoritária e verticalizada, não percebendo que a mulher precisa ser informada e apoiada para que escolha o caminho mais adequado para a realização de seu desejo.

Souza (1996), ao estudar as representações de profissionais de saúde sobre amamentação, em dois hospitais no Rio de Janeiro, um candidato e outro credenciado pela IHAC, constatou que estes fortalecem o paradigma da amamentação como um ato natural e de amor e que, portanto, não precisa ser ensinado, aprendido e apoiado. Relata, outrossim, que poucos profissionais valorizaram a opção da mulher em amamentar ou não, refletindo uma obrigatoriedade no seguimento das normas e condutas do que eles consideram ser uma boa mãe. A mulher foi vista pelos profissionais como um ser inerte nas duas unidades, sem domínio da situação, sem saber o que estava acontecendo e o que iria acontecer, confirmando que eles percebem a importância de seu papel de promotor, mas não vêem a necessidade de apoio às dificuldades por elas apresentadas em todos os segmentos da assistência. Souza (1996) ao ouvir também as mulheres usuárias de um Hospital Amigo da Criança, evidenciou a inexistência do apoio como uma constante, revelando um flagrante descompasso entre o discurso oficial e a prática, uma importante contradição entre o fato e a teoria que lhe dá sustentação. Elas representaram a maternidade como uma vivência solitária, em que o apoio da sociedade também foi percebido como inexistente, gerando-se uma sobrecarga insuportável. O ato de cuidar e maternar o filho foi por elas considerado socialmente de domínio exclusivo da mulher, sem a participação do marido ou de outros. Neste sentido, Ramos(2000) confirma o trabalho da pesquisadora ao evidenciar que: “*O distanciamento entre as percepções da mulher e as proposições do modelo assistencial*

se fez evidente nas falas, revelando um verdadeiro descompasso entre o discurso dos profissionais e a vivência das mulheres”.(p :57)

Ramos (2000), ao empreender um estudo em que deu voz às mulheres que desmamaram precocemente seus filhos encontrou em suas narrativas sentimentos de angústia e culpa, além da representação da maternidade como uma “*experiência solitária*” e da amamentação como “*um fardo, onde sentimentos ambíguos e contraditórios mostraram-se presentes*” (p:37). A pesquisadora evidenciou também um hiato entre o discurso oficial da IHAC, e a percepção da assistência por parte das usuárias. O “*reclamo*” constante foi apontado na direção da necessidade de a assistência se situar para além das orientações sobre as vantagens e do conhecimento da técnica da amamentação, mais do que isso esperavam encontrar não só o profissional de saúde, mas alguém disposto e disponível para ouvi-las. Ou seja, nem o profissional, os próprios familiares, ou o sistema social como um todo, ofereceram o apoio e a ajuda de que tanto necessitavam, para levar adiante esta prática, e talvez não interrompê-la como a fizeram.

Katz (1999), estudando os significados da maternidade e as percepções de amamentação de adolescentes grávidas pela primeira vez, revelou que os documentos oficiais embasados no enfoque de risco operam com um padrão estereotipado e homogêneo da adolescente, vendo-a como despreparada, já que consideram a gravidez como não planejada, indesejada, o que nem sempre acontece. Tendo-se, deste modo, uma visão desfocada de sua realidade histórica e social. Ou, como afirmou enfaticamente:

“na experiência de amamentação as adolescentes repetem os mitos, crenças e valores presentes nas falas de mulheres/mães em geral, independente de suas idades, evidenciando ser esta uma prática que necessita ser aprendida pela mãe e merecedora de melhor capacitação do profissional de saúde, para que possa ensiná-la de forma efetiva, ajudando-a estabelecer e manter a amamentação.” (p:134)

Monteiro (2000), ao estudar as Representações Sociais que os docentes e discentes de nutrição têm sobre a mulher, a maternidade e amamentação, percebeu que a mulher no exercício da maternidade foi identificada apenas como “*mãe*”, sendo desconsiderada por quaisquer outros atributos que não correspondessem a um ideal de maternidade por eles projetados. Muitas alunas acreditavam que a mulher que não vive a maternidade, não é completa, não atingiu sua plenitude, evidenciando uma concepção que se mostra ancorada no ideário higienista do século XVIII.

Não se poderia deixar de assinalar que Winnicott (1994), Brazelton (1988) e Klaus & Kennel (1993) em diferentes momentos de suas obras, embora reconheçam a importância do vínculo amoroso estabelecido entre a mãe e seu filho recém-nascido proporcionado pela amamentação, advertem sobre o cuidado necessário na associação entre apego e amamentação, pois, apesar de considerarem-na importante para o desenvolvimento psicológico do bebê, enfatizam que esta não deve ser vista como a única e exclusiva forma de demonstração de amor da mãe e sim, uma dentre muitas outras. Acrescido a isso, vale ressaltar também a cautela, para não introjetar *responsabilização e culpa* na mulher que não está podendo ou querendo amamentar, e, neste sentido, ser vista e julgada como má. Winnicott (1994) assinala que:

“atualmente um número enorme de pessoas se desenvolveu satisfatoriamente sem que tenha passado pela experiência de amamentação Isso significa que existem outras formas através das quais um bebê pode experimentar um contato íntimo com a mãe”. (p: 19)

Brazelton (1988), observa que: “[...] *o valor da amamentação pelo seio materno é tão amplamente reconhecido atualmente, que me preocupo, agora com as críticas implícitas às mães que não queiram ou não possam amamentar seus filhos[...].*”(p:26)

Klauss & Kennel (1993) apresentam a terceira variação sobre o mesmo

tema, também alertando para o cuidado na associação entre apego e amamentação como se a ausência desta, tornasse o sentimento de apego inexistente:

“Muitas variáveis influenciam a decisão de uma mulher para continuar amamentando, para tomar isto como uma comprovação válida de apego. Uma mulher que descontinua a amamentação para voltar ao trabalho, quatro semanas após o parto, a fim de sustentar a família pode ter um apego tão forte quanto uma mãe sueca que amamenta no peito e tem uma licença maternidade de nove meses[...] a decisão inicial de amamentar no peito deve ser utilizada com cautela na avaliação do apego”. (p: 70)

Por fim, vale fazer um recorte no depoimento de uma executiva que acabara de ter gêmeos, e teria que assumir um novo cargo em outra empresa. O depoimento faz parte do livro *“Maternidade: Que Delícia, Que Sufoco!”*. Ela foi a única representante do sexo feminino na lista de 11 executivos mais influentes no mundo (Moreira,1998).

- “[...]Você resolveu ter filhos aos 38 anos. Foi uma decisão fácil? Não foi fácil. Nunca desejei ter filhos, não era um projeto na minha vida.”

- “Você sentiu culpa de ir trabalhar e deixar os gêmeos em casa?”

- “Nunca senti culpa em relação às crianças. É um sentimento que desconheço.[...] Adoro o que faço, minha vida é essa. Na minha opinião é a sociedade que inventa a culpa feminina. Fiquei apenas um mês em casa[...].”

- “Você chegou a amamentar?”

- “Amamentei por um mês, quando voltei a trabalhar, ainda amamentava pela manhã ou à noite. Mas fui me preparando para deixar em um mês. Gostava da sensação, mas achava uma prisão ! É difícil para quem nunca teve esse tipo de vida, ficar de prontidão a cada três, quatro horas. E com dois filhos tudo é mais complicado[...].”

- “Mas como você sentiu a maternidade? [...]”

- “Só agora é que começo a realizar que sou mãe.[...] estão começando a andar, fazer brincadeiras.. Quando são muito pequenos você nem sente, porque os bebês só comem e dormem. Agora estou me sentindo mais mãe e me pego

pensando na minha gravidez que não tive tranqüilidade para curtir[...] o que faço bem é ser executiva, fazer as coisas acontecerem, motivar as pessoas e valorizar sempre as soluções simples.”(p115)

Cabe citar a colocação de Muraro (1993), por certo concisa e contundente, em relação aos sentimentos conflitantes presentes em muitas mulheres, no momento em que se vêem diante de caminhos aparentemente opostos e vividos inúmeras vezes nesses tempos como excludentes: ser mãe, profissional, mulher, esposa, filha:

“Acho que nós mulheres urbanas, acostumadas a trabalhar fora de casa, com uma profissão definida no mundo produtivo, sentimos o mesmo “choque cultural” na entrada da maternidade.[...] Quando a mulher entra no novo ambiente o choque pode ser brutal. E ninguém tem coragem de admitir isso, tal a culpa que a jovem mãe sente por não ser uma “boa mãe” ou uma “boa esposa”[...]. Neste mundo, em que a condição de mulher está mudando rapidissimamente, é necessário desmistificar e desconstruir a maternidade e o casamento. Caso contrário, corremos o risco de rejeitá-los por causa de suas dificuldades e da enorme diferença entre o mundo doméstico e o mundo produtivo. Um trabalho “inteligente” e sofisticado na rua, opondo-se a outro totalmente emocional e intuitivo em casa, em que quase nenhuma norma abstrata funciona.” (Moreira,1993:prefácio)

Winnicott (1975) fez também uma observação valiosa para todos que se propõem a assistir à mulher:

“A única base autêntica para as relações de uma criança com a mãe e o pai, com as outras crianças e finalmente com a sociedade consiste na primeira relação bem sucedida entre a mãe e o bebê, entre duas pessoas sem que mesmo uma regra de alimentação infantil se interponha entre elas, nem mesmo uma sentença que dite que o bebê deva ser amamentado ao peito materno. Nos assuntos humanos, os mais complexos só podem evoluir a partir dos mais simples”. (p:36)

Com essa afirmação o autor acentua a importância da apresentação do mundo pela própria mãe, e não por uma “*coisa*” um objeto, valorizando o contato proporcionado pela amamentação, especialmente quando ela se desenvolve de forma satisfatória para ambas; neste contexto não fazem falta quaisquer técnicas alimentares nem toda espécie de investigação, pois os dois juntos, sabem melhor o que está certo do que qualquer estranho. Nesta perspectiva o desenvolvimento físico funciona precisamente porque a relação emocional está se processando naturalmente e a mãe pode aprender sobre bebês com o seu bebê, tal como o bebê pode aprender a respeito das mães com a sua própria. Neste cenário, o relógio, as regras, as técnicas e as quantidades são não só desnecessárias como inoportunas. Observa-se que apesar da aparente imprudência dessas afirmações, já que poucas mães estão isentas de dificuldades pessoais e da tendência para preocuparem-se com seu recém-nascido, o que as faz precisarem de apoio, mesmo estas, serão ajudadas se tiverem diante de si esses pontos básicos. Segundo as idéias de Winnicott (1975) a amamentação deve ser dada exatamente quando o bebê a quer, e, cessa quando ele deixa de a querer. Esta é a base e só nela o bebê pode começar a transigir com a mãe cujo primeiro sinal é a aceitação de uma alimentação regular e segura a intervalos regulares e da conveniência dos dois.

4- Possibilidades do Assistir em Amamentação.

A análise do conteúdo de trabalhos como os de: Nóbrega, 1996; Riordan & Auerbach, 1999/2000; King, 1998; Valdés, 1996; Silva et al,1999; Teruya & Murahovschi, 1991; Martins Filho, 1987, dentre outros, possibilita evidenciar uma visão da assistência em amamentação que privilegia os determinantes biológicos, em detrimento dos sócio-culturais, em muito se assemelhando à abordagem clássica do modelo higienista. Entretanto, a visão de mundo por eles ressaltados não tem se mostrado capaz de dar conta da complexidade que permeia a amamentação, assim como da compreensão dos fatores que levam ao desmame precoce. Para esses autores, que poderiam ser classificados como “*tradicionais*” no teorizar sobre a temática amamentação, ainda hoje, predominam como determinantes do curso da amamentação os componentes anátomo-fisiológicos. Em suas abordagens, a questão subjetiva da mulher não é considerada ou, no muito, sub valorizada no contexto assistencial. A título de exemplo, vale destacar o conteúdo de obras de dois importantes autores para o cenário da amamentação na década de 80 no Brasil: Vinha (1983) e Martins Filho (1987). Vinha (1983) considera que:

“A natureza é uma fonte inesgotável de como nos devemos comportar frente à amamentação”. Uma fêmea assume o filho até que ele possa sobreviver por si próprio, não atribui a ninguém o seu dever. Está disponível no cumprimento dessa tarefa sem complicar o simples[...] somente nós mulheres, fomos dotadas de mamas desenvolvidas. Com isso a natureza definiu para nós uma grande tarefa. Agradecemos a Deus termos fonte de energia denominada seios. Patrimônios intransferíveis, a não ser de mãe para filho.” (p:36)

Na concepção de Martins Filho, “*porque nós somos mamíferos*” tal como os outros animais da espécie, temos que produzir leite para nossos filhotes. Essa

idéia mostra-se com bastante clareza ao ressaltar que: “*não é de estranhar que a natureza, nesses milhões de anos, fosse aperfeiçoando os processos de nutrição do recém nascido, dotando cada um deles com o que a mãe tem de melhor para dar: seu leite*” (p:16). Em um dos capítulos ele comenta sobre a falta de tempo dos médicos para conversar com a cliente “*para orientar sobre a importância do preparo dos seios e do exercício de Hoffman*”. Como é possível perceber, não se trata de uma recusa da compreensão da importância que um exame da mama possa ter na assistência à mulher no pré-natal. Contudo, há de se observar que os condicionantes para além do biológico são literalmente desconsiderados.

Vale destacar a importância desses trabalhos num momento em que se buscava promover a amamentação. Entretanto, os inúmeros estudiosos que se propuseram a ouvir a mulher (Souza,1993; Nakano,1996; Souza,1996; Silva,1997; Araújo,1997; Javorski,1997; Machado,1999; Ramos,2000; Souza,2000) vêm apontando na direção da importância e necessidade da escuta cuidadosa das questões por ela trazidas, desde o pré-natal, que além dos chamados “*exames de rotina*”, poderia incluir o exame da mama, informações sobre a gravidez, o parto e a amamentação. Entretanto, o mais importante de tudo isto é procurar entender o que a mulher sente e pensa no que se relaciona a esses temas.

Dada a multiplicidade e complexidade dos fenômenos referentes à gestação, à parturição e à própria amamentação, faz-se necessário ter um retrato o mais fidedigno possível da pessoa a quem se pretende assistir: a mulher! Sem essa disposição para ouvi-la, não se pode sequer ousar entendê-la, pois como bem assinalou Borges (1991):

“A fragmentação do trabalho socialmente produzida favorece o estilhaçamento do corpo de um indivíduo em mil pedaços, onde os esforços para integrá-lo são muitas vezes dificultados pelo próprio

profissional que, ao se fixar no seu lugar institucionalizado (médico, psicólogo, enfermeiro etc), impede a circulação de saberes distintos e, também, influencia o modo como as pessoas são recebidas e atendidas em diferentes situações dentro da instituição”. (p:286)

Nessa perspectiva, há de se destacar que os autores destes trabalhos se alinham com a corrente de pensamento que considera que qualquer um de nós, de todas as categorias profissionais, é capaz de *ouvir*, no sentido mais amplo, a mulher e suas vicissitudes entre o querer e o poder e, até, o não querer amamentar. Com isto, não se quer dizer que há necessidade de todos se transformarem em psicólogos ou psicanalistas como bem assinalaram Caprara & Franco (1999), mas que, além do suporte teórico/técnico, se faz necessário um certo grau de sensibilidade para conhecer a realidade da cliente, ouvir suas queixas, envolver-se no atendimento de tal modo, que se possa ter um entendimento de suas razões, de seus pontos de vista, de suas dificuldades, para que se consiga realmente ajudá-la.

Borges (1991) contribuiu para uma maior visibilidade da questão, ao considerar que:

“Parece-me que um ponto de partida imprescindível para que nossos atos tenham eficácia terapêutica é aprender a escutar o que as mulheres falam e como falam, o que as faz sofrer e as incomoda, como condição para que o profissional de saúde possa, junto a elas, localizar de que forma seu saber específico pode lhes ser útil[...]. A ausência de escuta do discurso do outro, de sua singularidade[...] e de sua demanda torna a maioria dos atendimentos um grande monólogo”. (p.286)

Araújo (1997) demonstra, através de seu estudo, que as mulheres entrevistadas apresentavam como característica comum o fato de não possuírem nenhum conhecimento sobre o processo de amamentação, pois: *“Esse conhecimento, que fazia parte do senso comum e foi expropriado pela ciência, hoje não tem sido*

repassado às mães pelos profissionais de saúde” (p:191). A autora advoga que a falta de uma orientação segura, de apoio e consideração aos sentimentos das mulheres que se deparam com obstáculos inerentes ao processo de amamentação, por parte dos profissionais, contribuem para o seu insucesso. Araújo (1997) refere-se ainda ao abandono sofrido pela mulher no puerpério, no que se relaciona com suas dúvidas, inseguranças e obstáculos frente à amamentação, como um dos determinantes das dificuldades, insegurança e problemas físicos da mãe e do bebê. Ela adverte para que o enfermeiro, ao que se poderia acrescentar, não só ele, mas todos os profissionais que lidam com a mulher, tenham:

“consciência que o ato de amamentar não acontece com pessoas abstratas, mas com pessoas concretas inseridas num contexto real de vida e que em algumas situações,[...] pode significar a diferença entre a vida e a morte, a saúde e a doença.”(p: 211)

Nakano (1996) faz um apelo aos profissionais para que dimensionem a assistência em amamentação no âmbito da mulher, reconhecendo que, para que isso ocorra, se faz necessária qualificação e comprometimento dos mesmos, de modo que esta não seja vista apenas em seus contornos biológicos, mas dentro de um contexto mais amplo que inclua seus múltiplos papéis: a mãe, a esposa e a trabalhadora. Segundo seu estudo, as mulheres ao se sentirem livres e emancipadas para expressarem seus reais desejos frente à alimentação de seu filho promoveriam uma situação adequada *para “a compreensão do aleitamento para além de sua determinação biológica”* (p: 138). Aponta ainda para a necessidade de se ampliar a assistência em amamentação além das fronteiras da díade mãe/filho: *“de modo a contemplar o marido/parceiro, não como um mero instrumento de ação sobre a mulher, mas como um ser que também passa por transformações, a de se tornar pai”* (p:139). Refere-se à importância da atuação dos profissionais de saúde ao desenvolver ações educativas, não só referendadas pelas

habilidades técnicas e de conhecimentos sobre a amamentação, como um fim em si mesmo, mas penetrando no espaço de vida das mulheres, num trabalho de desconstrução de valores e conceitos inadequados que possam ter sobre elas, ao mesmo tempo em que possibilite a construção de uma compreensão crítica dessa realidade, para que elas mesmas decidam que tipo de experiência desejam ter sobre a amamentação.

Cordeiro (1998), ao estudar as representações de obstetras e enfermeiras no intuito de compreender como estes percebem as necessidades da mulher em parturição, e sua construção ao longo da história da assistência, constatou que a mesma mulher foi percebida de maneira distinta no âmbito público e no privado. No primeiro ela foi vista como *acostumada à dor, ao sofrimento e às perdas decorrentes do embrutecimento e resignação que acompanha suas expectativas de vida; freqüentemente negativas*. No segundo grupo, em contrapartida, como: *muito sensível despreparada para o sofrimento, especialmente para a dor, seriam também esclarecidas, orientadas, tranqüilas e colaborativas*. A assistência seria desenvolvida em função de suas necessidades: a insegurança, a ansiedade, o medo e o desequilíbrio emocional das pacientes atendidas no *público* exigiriam atitudes na assistência descritas como de *apoio emocional* que na prática se configuraram como de *controle emocional*, através da tradição de isolamento dos seus familiares na enfermaria de pré-parto, “*onde a organização do espaço, as normas e os rituais assistenciais buscavam a disciplinarização e docilização de seus corpos*” (p:139). A gestante que tivesse sido “*orientada e informada sobre as etapas do processo não estranharia, ou não se sentiria ameaçada em sua segurança, pela dor e desconfortos do trabalho de parto e parto, e alcançaria assim um desejável e produtivo estado de tranqüilidade*”(p:140). O estudo aponta nitidamente na direção do atendimento centrado na mecânica do parto, e na impossibilidade da criação de vínculo entre o profissional e a cliente, tal a rotatividade

dos que assistem a mulher em sua curta permanência. Ele denota ainda a ambigüidade *sadia/doente* da condição de parturição, que é a base da lógica institucional que planeja a assistência ora igual ora diferente. Como “*doente*”: “*mantém-se as normas que as isolam da família; restringem-se comunicações; estabelecem-se horários; prescrições médicas desnecessárias, tanto posturais quanto dietéticas e medicamentosas*” (p.141). Na condição “*sadia*” espera-se por bons resultados, sem que se ofereça vigilância, visto que o acompanhamento é desenvolvido sem nenhum rigor, como foi observado e admitido pelos próprios profissionais. A dor da parturição é qualificada como não doente, e na clínica privada a solução é a cesárea; na pública, essa exigência não é sequer levada em conta. A autora pergunta ao final do trabalho a que ou a quem imputar a permanência desse modelo insensível e descuidado de atendimento.

A banalização da dor e do sofrimento por parte dos profissionais foi também mostrada de forma pungente nas falas das mulheres ouvidas no estudo de Ramos (2000), o que possibilita inferir que seja esta uma representação comum a muitos profissionais, face à sua indiferença e, muitas vezes, insensibilidade ao atuar na assistência. A necessidade de mais atenção e apoio por parte dos profissionais de saúde revelou-se uma constante no estudo de Ramos (2000). As representações desse “*atender com atenção*” referiam-se às circunstâncias na assistência que levassem a paciente a se sentir bem tratada no serviço e mostrou-se configurada no respeito ao pudor; à privacidade, na necessidade de delicadeza e na disposição e disponibilidade do profissional ao atendê-la. Entretanto, a análise das falas das entrevistadas, mostrou ser essa uma situação idealizada. Isto porque as rotinas e as práticas assistenciais adotadas na instituição incorporam, não só diferenças estruturais, como também atitudes individuais cristalizadas em um atendimento impessoal e desatento que se configuraram em objeto de crítica. As rotinas, na percepção das mulheres assistidas, ao contrário do

que se supõe, não se mostraram a serviço do apoio e ajuda à mulher, e sim ineficazes para atender as reais necessidades e dificuldades por elas vivenciadas no decorrer deste processo. Nesta ótica, a autora conclui: não basta informar sobre a amamentação, o trabalho deve ser direcionado de modo a possibilitar a introjeção de um novo valor cultural, no conjunto de valores que compõem a bagagem de vida da mulher.

Machado (1999) reafirmou a complexidade da amamentação, ao estudar as percepções e as vivências de mulheres que amamentaram seus filhos por no mínimo seis meses de forma exclusiva. Na pesquisa ficou estabelecido que ela ainda é por muitos considerada como simples e possível de ser vivenciada por todas já que a amamentação é visualizada sob a perspectiva biológica e naturalizante. Vê, à semelhança de outros autores, o desmame precoce como um problema de saúde pública mas assinala que os trabalhos sobre o tema apontam para as causas e conseqüências, sem contudo esclarecer os reais motivos que as levaram a trilhar esse caminho, apresentando, assim, uma visão fragmentada da realidade. Alerta para a necessidade da proposição de alternativas viáveis, que se situem além do esclarecimento sobre as vantagens proporcionadas pelo leite humano, que foram por ela caracterizadas na existência do apoio familiar, social, político e institucional. Evidencia o êxito limitado das estratégias oficiais, que só buscam motivar as mães para a amamentação, mas não constroem um processo de cidadania em relação à mulher/mãe que amamenta. O sucesso na amamentação caracterizou-se pelo significado construído por elas durante toda a vida, ao absorver e reinterpretar concepções estabelecidas antes e durante a experiência. Comenta que embora tenham se evidenciado profundas modificações ao longo de toda a gestação, pode-se observar que há concepções anteriores advindas da própria socialização, conscientes, inconscientes que se sedimentaram num processo iniciado precocemente. Sob esse enfoque, a decisão de amamentar pode ser entendida como resultante da

complexidade de determinantes objetivos e subjetivos não devendo ser reduzida a fatores isolados. Assim, a motivação e o desenvolvimento de estratégias educativas e participativas junto à criança e ao adolescente mostram-se decisivas para o sucesso de iniciativas de intervenção às futuras mães. Nesta mesma linha de pensamento, a amamentação envolve a necessidade de se articularem elementos que contribuam para superar as dificuldades vivenciadas pelas mães tais como: o apoio dos familiares e dos profissionais de saúde.

Javorski (1997) confirma em sua pesquisa que o insucesso frente à amamentação envolve mecanismos mais complexos que os fisiológicos determinados pela produção dos hormônios. A autora ratifica o que a literatura aponta e também pode ser evidenciado no cotidiano: as ações desenvolvidas pelos profissionais na assistência, quase que invariavelmente ainda estão centradas nos aspectos biológicos do ato de amamentar. Acentua que os instrumentos utilizados na abordagem dessas mães não têm sido suficientes para atender as particularidades/especificidades desta prática, nem para contemplar sua subjetividade. A mulher é vista, invariavelmente, como um ser cuja principal função é a de produzir leite para nutrir o filho, o que se mostra mais urgente na situação de prematuridade. Enfatiza que as posturas rígidas dos profissionais não colaboram para a manutenção da lactação, exercendo, na verdade, um efeito contrário, mostrando-se geradoras de culpa e estresse desnecessários que, associados a outras vivências maternas, dificultam mais ainda o processo de amamentação. Vale ressaltar a observação da pesquisadora sobre a possibilidade da escuta ser desenvolvida na assistência quando denuncia que:

“no cotidiano do exercício da enfermagem, conversar, apoiar, ouvir e discutir não são visualizados como instrumentos de trabalho e, em algumas situações, essas estratégias e conhecimentos são entendidos por alguns, como não legítimos e não científicos”. (p:149)

Ichisato (1999), em sua dissertação de mestrado, confirma a necessidade de apoio e a importância do suporte de pessoas amigas, familiares e profissionais de saúde, formando assim, uma rede de solidariedade com relação ao processo maternidade/amamentação. Sustenta que as mulheres verbalizaram incertezas, dificuldades e sofrimento diante das intercorrências. No que tange à assistência prestada pelos profissionais, ela foi vista como de indiferença e insensibilidade diante das dificuldades por elas vivenciadas (p: 96).

Souza (2000) no estudo sobre *“o dito e o não dito da amamentação: o sentido das mães na vivência do alojamento conjunto”* relata que as mães assistidas, embora reconheçam e agradeçam o fato de terem seu filho numa maternidade de referência, referem sentimentos de solidão e a necessidade de ajuda e apoio. Evidencia um descompasso entre o tempo *“cronológico”* e o *“fenomenológico”* na situação de alta e aponta para o hiato entre a assistência oferecida às mulheres e suas reais necessidades. Segundo a autora, a mulher no momento da alta ainda não se sente *“nutrindo”* seu filho; e que no alojamento conjunto há uma nítida transferência do controle assistencial da equipe para a mulher. Mostra, além disso, que o foco da ação na assistência não é a mulher em toda sua amplitude e sim a sua *“mama”*. Reporta-se a uma das finalidades do alojamento conjunto, o incentivo a amamentação através do contato precoce mãe-filho, o que parece ter se desvirtuado. Aponta para uma necessidade urgente de humanização do parto, onde um dos aspectos desta humanização reside no fato aparentemente óbvio de a assistência estar voltada às necessidades da mulher. Entretanto, no modelo assistencial vigente, ela existe para favorecer o profissional. A pesquisadora apresenta como proposta ao concluir o trabalho; *o dar voz à mulher para que ela mesma aponte o*

que necessita, e de que forma precisa, e assim optar por querer ou não o filho a seu lado.

Rotemberg (1999) evidencia que um dos aspectos mais presentes nas falas das entrevistadas em seu estudo foi a necessidade do estabelecimento do vínculo afetivo entre as mães e os profissionais envolvidos na assistência. Ela esclarece que:

“o estabelecimento de uma relação de confiança é prioritário, sendo um processo construído no dia a dia, através de rotinas, das relações pessoais, da integração dos profissionais envolvidos na assistência[...] que esta contribui na compreensão da clientela sobre seu corpo sua família, e o meio em que vive.” (p: 169)

Silva (1999), apontou com precisão que o assistir em amamentação se dá para além do acreditar nos seus atributos biológicos e culturais, mas também no incorporar à prática assistencial a importância de estar junto às mulheres, apoiando-as, mostrando-se receptivo às suas razões, numa relação de envolvimento e possibilidade de ajuda. Assistir em amamentação passa por contemplar as especificidades das mulheres em suas condições concretas de vida, de trabalho, e da própria família estabelecendo alianças produtivas, tendo consciência das influências positivas e negativas interferentes no processo. Assistir para a autora é interagir de tal modo com a mãe e seu filho, a ponto de ser capaz de se imaginar no lugar dela. É estar atento às mensagens objetivas e subjetivas e na mesma sintonia, em uma relação de simetria e não ao contrário. É atender a usuária do serviço de saúde acolhendo-a, não só emitindo um diagnóstico, mas atendendo sua demanda e com ela interagindo. Silva (1997), ao desenvolver um modelo de assistência baseado em um programa educativo individualizado, ou seja, segundo a necessidade e solicitação de cada mulher e seu filho e a domicílio, afiança que:

“a mulher seria capaz de vivenciar a amamentação com sucesso, se estivesse preparada para exercê-la, apta para identificar suas necessidades, e pronta para solucionar ou superar as intercorrências da

lactação procurando ajuda quando necessário[...] deste modo, os fatores causais do desmame precoce, poderiam ser precocemente identificados, discutidos e sanados junto à mulher, assim a maioria das crianças desmamadas poderiam não tê-lo sido” .
(p.27)

Diante das considerações, conceitos e concepções operadas pelos diferentes autores, aqui citados, quer individualmente ou no conjunto de suas obras, torna-se razoável afirmar que uma assistência em amamentação que atenda às necessidades da mulher em sua integralidade passa necessariamente pela importância de ouvi-la nos seus anseios, nas suas dúvidas, nos seus medos e dificuldades nesse momento único, singular e enriquecedor que se inicia na gestação e se prolonga até o final do segundo ano de vida de seu filho. A experiência de amamentar nem sempre é vivida de forma prazerosa por todas as mulheres, e ao ouvi-las, os profissionais de saúde têm um papel a desempenhar, que será tão mais eficiente, quanto mais íntimos estiverem do instrumental teórico, técnico e humano de trabalho, podendo ouvir, compreender e interagir com as pessoas a quem assistem.

Muraro (2000) embora não se refira especificamente à assistência em amamentação, tece considerações pertinentes sobre o papel da mulher no início deste terceiro milênio. Ela observa que historicamente a mulher tem entre suas características básicas os valores da solidariedade e da partilha e de como sua entrada recente no domínio público, vem acarretando uma transformação das estruturas psíquicas tanto dos homens quanto das mulheres e provocando mudanças nas estruturas sócio-econômicas surpreendentes, pois o homem se viu obrigado a entrar no âmbito privado ajudando-a nos trabalhos domésticos e no cuidado com os filhos. Essa integração, na concepção da autora, dá origem, nas novas gerações, à integração, em cada ser humano, do corpo e da mente, da emoção e da razão, superando deste modo o domínio hegemônico da racionalidade na ciência e no conhecimento. Dentro desta mesma linha de pensamento,

poder-se-ia afirmar que o assistir em amamentação que se mostre adequado ao atendimento das necessidades da mulher e seu filho, passa necessariamente pela reincorporação da emoção e da subjetividade ao conhecimento, em que este não se afaste do concreto e do vivido, sendo, portanto um assistir essencialmente ético.

Na perspectiva da assistência em amamentação, um aspecto que merece ser trazido a relevo é a iniciativa dos órgãos governamentais na definição e implementação das políticas para a área. Dentre os objetivos a serem alcançados a partir dos anos 80, figuraram o incremento das atividades de treinamento e educação dos profissionais de saúde, a reorganização dos serviços de atendimento à mulher e ao lactente, o controle da publicidade e distribuição de alimentos infantis industrializados e a legislação específica sobre o trabalho da mulher (Brasil,1991). Um de seus desdobramentos mais importantes foi a criação da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, uma maneira de controlar e restringir as práticas abusivas e a divulgação de leites industrializados na alimentação do lactente (Brasil,1999).

Uma das ações que ganharam maior visibilidade junto à população foram as campanhas de promoção empreendidas pelo governo. Porém, em suas bases o reducionismo biológico foi mantido e a mulher voltou a ser apresentada como principal, responsável pela saúde da criança. Deste modo como assinalou Almeida (1999):

“O Estado planificador mais uma vez cumpriu seu papel na busca da diminuição da morbi-mortalidade infantil, reduzindo questões estruturais complexas a problemas individuais a serem resolvidos pelas mães[...], que se resumiam à obrigatoriedade de amamentar.” (p:48)

Os “slogans” das campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde retratavam de modo claro e inequívoco a idéia da amamentação como um ato natural, instintivo cuja

motivação estava centrada obrigatoriamente no amor materno: “*Seis meses que valem uma vida*”; *A saúde de seu filho depende de você - Amamente*”; “*Amamentação, um ato de amor*”; “*Amamentação- Amor, Carinho e Proteção*” (Almeida, 1999:48).

A criação do sistema de Alojamento Conjunto, com a finalidade principal de incentivar a amamentação através da interação precoce mãe-filho foi referida em muitos estudos como uma iniciativa eficaz no incremento dos índices de amamentação (Silva,1999). Entretanto, Souza (2000), em pesquisa recente, questiona se essa obrigatoriedade para a mulher, a de estar cuidando no pós-parto imediato de seu filho, principalmente nas maternidades públicas, não estaria sendo vivenciada como mais uma imposição, mais uma regra a ser cumprida. Isto porque ao ser facultada a escolha no âmbito privado, a maioria não se decide pelo alojamento, mormente à submetida a uma cesariana.

Outro grande marco da política estatal foi à implantação da Rede Nacional de Bancos de Leite, que, a partir de 1985 se constituiu em uma das mais importantes estratégias em favor da amamentação em nosso País. O Banco de Leite Humano, a partir de então, transformou-se em unidade a serviço da amamentação, criando-se uma nova perspectiva para seu funcionamento. Estes então passaram a ser:

“Um centro especializado, responsável pela promoção e incentivo à amamentação, e execução de atividade de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, leite de transição e leite maduro, para posterior distribuição, sob prescrição de médicos ou de nutricionistas, sendo este obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização de produtos por ela distribuídos” (Almeida, 1999:104).

Diante da magnitude desta ação pode-se afirmar, sem temor ao exagero, que o Banco de Leite Humano com este perfil rompeu com o antigo paradigma “*ama de*

leite do século passado” e em seu lugar, erigiu um novo, para o cumprimento do papel de unidade de saúde voltada para a promoção, proteção e apoio à amamentação. (Almeida, 1999).

“O Brasil tem a maior rede de Bancos de Leite do mundo, reconhecida internacionalmente, por sua qualidade. São 136 unidades espalhadas em 22 Estados, que beneficiam mais de 80 000 crianças prematuras e de baixo peso, no ano passado, neste período, foram coletados quase 100 000 litros de leite com 60 000 doadoras cadastradas”. (Brasil, 2000)

A licença maternidade de 120 dias, a capacitação de Recursos Humanos, os Centros de Referência, o fomento à pesquisa, foram sendo somados aos notáveis esforços empreendidos anteriormente pelo Estado, em prol da amamentação.

A década de 90 foi marcada pela adesão do Brasil às propostas internacionais emanadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância).

A IHAC representou um importante marco para as políticas públicas da área por introduzir a proteção e o apoio à amamentação como elemento estratégico nas ações desenvolvidas, que, até então, contemplavam as questões relacionadas à promoção. Apesar disso, quando seus resultados passaram a ser analisados sob a égide da abordagem compreensiva (Souza, 1996; Ramos, 2000), tornou-se urgente promover correções em sua dinâmica operacional, particularmente no que tange à abordagem verticalizada, impregnada pelo reducionismo biológico (Almeida, 1999).

Ramos (2000) destaca com contundência a necessidade de corrigir esse equívoco histórico: *“privilegiando ações que contemplem a introjeção de valores culturais em favor da amamentação, considerando-a como um ato que necessita ser aprendido pela mulher e protegido pela sociedade”* (p: 28).

Com vistas a suprir essa lacuna, decorrente da incapacidade do profissional em lidar com as questões subjetivas da mulher, o Ministério da Saúde passou a adotar uma nova e mais recente estratégia em favor da amamentação: a aplicação dos princípios do aconselhamento ao assistir em amamentação, implementada através de treinamento de recursos humanos para cumprir essa finalidade específica.

5 – Bases Teóricas do Aconselhamento.

A idéia “aconselhamento” surgiu em 1940 quando Parsons fundou o Serviço de Orientação Profissional em Boston. Destinava-se a fornecer a clientes informações relativas ao mundo profissional, sem que houvesse uma preocupação com as técnicas de relacionamento entre o orientador e o orientando. Essa dinâmica não era percebida como importante (Scheefffer,1987).

Naquela época, entre 1940-1950, dava-se ênfase à aplicação de testes psicológicos. Mas, após esse período, foi dada maior importância à relação entre orientador e orientando na situação de aconselhamento, no processo de orientação profissional. Isso se deveu ao surgimento das teorias de Carl Rogers, com a orientação não diretiva no aconselhamento psicológico (Scheefffer, 1987).

Houve então o crescimento da técnica, provocado pela necessidade de criação de serviços de “*higiene mental*” para adultos, neles incluídos os centros de aconselhamento pré-matrimonial e matrimonial nos EUA, assim como seu uso pelas instituições de assistência social, que davam aos clientes, além da assistência médica e financeira, a oportunidade de expressão e alívio de suas “*cargas emocionais*”, e se constituiu em um dos setores em que o aconselhamento mais floresceu. Também os serviços de assistência psicológica das empresas após pesquisas, que constataram ser o ajustamento sócio emocional um importante fator na produtividade industrial, mais importante até do que o aumento de salário ou a alteração da horas de trabalho, passaram a utilizá-lo com frequência. (Scheefffer,1987).

O termo aconselhamento foi usado em conexão a várias situações, tais como: fornecer informações, dar conselhos, criticar, elogiar, encorajar, apresentar sugestões e interpretar ao cliente o significado do seu comportamento. A palavra foi empregada na sua evolução para designar atividades que variavam de punição e

coerção, até a relação permissiva que proporciona a liberação emocional do indivíduo e facilita o seu desenvolvimento.(Scheffer,1987). Em resumo pode-se entender o:

“aconselhamento como uma relação face a face de duas pessoas, na qual de forma dinâmica, uma delas é ajudada a resolver dificuldades de ordem educacional, profissional, vital e a utilizar melhor os seus recursos pessoais.” (Scheffer,1987: 12)

Ferreira (1986), por sua vez, refere-se ao verbete aconselhar como:

“dar conselho, indicar a vantagem ou conveniência de, recomendar, prescrever, receitar, procurar convencer da necessidade ou conveniência de, procurar induzir, persuadir, pedir ou tomar conselho”.

Aconselhamento é um termo que pode ser usado para descrever diversas atividades o *“Randon House Dictionary of the English Language”* (apud, Patterson & Eisenberg, 1995) o define como: *“conselho, opinião ou instrução dada para dirigir o julgamento ou conduta do outro”.*

Após a publicação de *“Couselling and Psychoterapy”* (1942) de Carl Rogers, o aconselhamento como um serviço de ajuda humana começou a transformar-se e aliou-se à Psicologia e ao Serviço Social, embora tenha conservado alguns dos vínculos históricos com a educação (Patterson & Eisenberg,1995).

O trabalho inicial de Rogers (1992) propunha que as soluções de uma pessoa, talvez não se ajustassem às capacidades, valores e objetivos de outra e que, para ser um conselheiro efetivo, era necessário conhecer o cliente inteiramente. A partir do momento em que se percebeu que pessoas diferentes poderiam desenvolver respostas distintas à mesma situação, e estar igualmente satisfeitas com os resultados, o papel do aconselhamento propriamente dito e de seu ensino foi reduzido drasticamente. O foco do aconselhamento passou então, a ser ajudar as pessoas a clarificar seus próprios objetivos e a construir planos de ação de acordo com eles. Tal abordagem enfatiza o

potencial único de cada indivíduo e define o papel do conselheiro como facilitador do crescimento pessoal.

É importante ressaltar que o aconselhamento é muito utilizado nos meios educacionais e a psicoterapia nos meios psicológicos e clínicos por psicólogos clínicos, assistentes sociais e psiquiatras. Neste sentido, ambos representam uma possibilidade de contato para oferecimento de ajuda e apoio para que a pessoa possa lidar satisfatoriamente com problemas/dificuldades reais e visam promover mudanças de atitudes. O aconselhamento é usado para entrevistas de ajuda, pode-se dizer, de caráter mais superficial, e a psicoterapia como um contato mais duradouro e intensivo, objetivando uma transformação mais profunda da personalidade (Patterson & Eisenberg, 1995; Rogers, 1977; Rogers, 1992; Sheffer, 1987).

Segundo esse ponto de vista, a mudança de comportamento é mais fácil de ser reconhecida porque é evidente e observável. Muitos conselheiros acreditam que mudanças de pensamento e atitudes devam preceder mudanças de comportamento. Os adeptos de escola “*behaviorista*” sustentam que nunca se pode conhecer realmente os pensamentos e atitudes íntimas de um cliente e que apenas mudanças de comportamento observáveis servem para indicar o seu sucesso.

Embora não observável diretamente, é possível que a mudança em “*construtos pessoais*” ocorra no aconselhamento, podendo ser avaliada pela produção verbal do cliente. Um dos objetivos do aconselhamento é que o cliente melhore seu próprio autoconceito e passe a se considerar uma pessoa mais competente, Kelley (apud Patterson & Eisenberg, 1995) descreve os construtos pessoais como *uma visão particular da realidade pelo indivíduo*. Ele afirma que as pessoas se comportam com base no que acreditam ser verdade, portanto, se pensam que são incapazes e se sentem constrangidos para atuar diante de outras pessoas, seguirão esses construtos pessoais

evitando qualquer desafio. Mudanças em construtos pessoais muitas vezes levam à mudança de comportamento, mas podem também levar a mudanças de percepção que tornem o comportamento atual mais satisfatório. Para Patterson & Eisenberg (1995):

“o indivíduo que tenha melhores percepções (insights) de suas próprias necessidades, desejos e capacidades em relação às oportunidades proporcionadas por seu meio particular está capacitado para viver de modo mais efetivo”. (p: 2)

Contudo, os mesmos autores afirmam que nenhuma teoria de personalidade ou de aprendizagem explica a totalidade de experiência humana, e nenhuma abordagem de aconselhamento contém toda a verdade sobre o processo de ajuda.

Para que se possa esclarecer qual o significado do processo de ajuda é necessário recorrer novamente a Carl Rogers, 1977; Rogers,1992; seu criador. A orientação não diretiva ou centrada no cliente se baseia no princípio de que, no aconselhamento, o orientando ou o cliente deve ser encarado como uma pessoa e não como um problema. O foco de atenção é o indivíduo e não o problema. O princípio básico da teoria é de que as pessoas possuem, em potencial, a capacidade de resolver, elas mesmas suas dificuldades, desde que lhes seja proporcionada uma oportunidade e atmosfera adequada, ou seja, uma ajuda. O aconselhamento, segundo esse ponto de vista, consiste numa relação estruturada e permissiva que proporciona ao indivíduo um certo grau de autocompreensão, resultando em atitudes novas e mais positivas, que promovam mudanças. Ao final do processo, o indivíduo poderá ser capaz de promover mudanças.

O papel do conselheiro é de “*catalisador*”, através de uma atitude de respeito, aceitação e confiança na capacidade de autocompreensão e autodeterminação do orientando. Tal postura só pode ser adotada por conselheiros que abracem uma

filosofia democrática nas relações humanas. É a consequência de uma atitude básica de não-autoritarismo, de convicção e crença otimista na natureza humana, dos aspectos positivos presentes em todos os indivíduos (Sheeffer,1987; Patterson &Eisenberg, 1995).

Rogers,1977; Rogers1992, chama a atenção para o fato de que aqueles que vêem os seres humanos como objetos que podem ser manipulados, dirigidos e diagnosticados, não estarão confortáveis no exercício do aconselhamento não-diretivo. A atitude do conselheiro se caracteriza pela aceitação e compreensão do outro. Ele deve perceber genuinamente os sentimentos e ser capaz de transmiti-los ao orientando, ao cliente. Os três aspectos básicos no processo de aconselhamento que devem estar presentes na postura do conselheiro são: compreensão, aceitação e capacidade de comunicação (Scheeffer,1987; Rogers,1977; Rogers,1992; Patterson & Eisenberg,1995)

Não obstante, vale assinalar que a capacidade de aceitar os outros não é um traço que se adquira em cursos ou mesmo na prática do aconselhamento. Trata-se principalmente de uma atitude que se desenvolve através de experiências de vida (Scheeffer, 1987). A aceitação é difícil de ser definida, mas envolve dois preceitos básicos. O primeiro é o reconhecimento das diferenças individuais, e o segundo é a rejeição de termos de comparação entre seres humanos, reconhecendo cada um como um todo e único (Scheeffer,1987; Rogers,1977; Rogers,1992; Patterson & Eisenberg,1995). Como então essa aceitação poderá ser transmitida ao cliente? O primeiro passo, segundo esses preceitos, é que realmente o conselheiro se sinta interessado no cliente. Uma falsa atitude de aceitação adotada para ocultar o desinteresse, desprezo ou desdém acabarão por confundi-lo, pois emergirão de um jeito ou de outro no decorrer da entrevista. O cliente perceberá e acabará reagindo. Esse processo de comunicar aceitação exige muita sensibilidade e intuição, como se fosse

“*ouvir com um terceiro ouvido*” (Scheffer, 1987). A compreensão não é um poder mágico, sabedoria intuitiva ou espécie de raio-x psíquico. Trata-se, por assim dizer, de compreender com clareza o que o cliente está tentando expressar, embora saibamos que nenhum ser humano compreenda inteiramente o outro; para o conselheiro, a personalidade do cliente não é um “*livro aberto*”. Também não é necessário do ponto de vista do aconselhamento Rogeriano sugerir que o conselheiro compreenda melhor o cliente do que ele mesmo. Compreender visto sob este prisma é um processo de compartilhar as vivências expressas pelo cliente, e para tal não é suficiente que se conheça apenas os fatos de sua vida, o mais importante é saber como reagiu a esses fatos e experiências, e as atitudes que dele resultaram, do modo como ele as sente e as percebe.

Para compreender, é necessário que ele não se limite ao papel de observador, mas que se coloque no lugar do cliente e perceba o mundo e as experiências como ele as vê: há que se penetrar no seu mundo emocional. O conselheiro precisa adotar o “*centro de referência*” do cliente.

Rogers, 1977; Rogers,1992; introduziu a empatia, condição interior na experiência de aconselhamento, como a capacidade do conselheiro para “*penetrar no mundo fenomênico do cliente – sentir o mundo do cliente como se fosse o seu próprio, sem nunca perder a condição de “como se”*”(Rogers,1992:45). Existem diferentes níveis de empatia e para estimular efetivamente o trabalho de aconselhamento, o nível de empatia transmitido deve estar relacionado à prontidão do cliente para a descoberta e exploração. Considera-se então, a empatia primária como sendo um elemento facilitador para a fase da descoberta inicial do aconselhamento. A empatia transmitida está relacionada ao fato de que o cliente deve estar pronto para a descoberta e exploração. Já

o nível avançado de empatia é considerado como facilitador da fase de exploração em profundidade.

A empatia envolve duas habilidades principais: perceber e comunicar ao nível de percepção e um intenso processo de prestar atenção ativamente a temas, problemas, construtos pessoais e emoções. Os temas são considerados como padrões recorrentes: percepções do eu, atitudes em relação aos outros, relações interpessoais consistentes, medo do fracasso e busca de poder pessoal.

Os problemas são questões, conflitos com os quais o cliente está se deparando. Compreender os investimentos emocionais é uma parte crítica do elemento perceptual de empatia. Kelleey, (apud Patterson & Eisenberg,1995) descreveu o elemento perceptual de empatia como a compreensão dos construtos pessoais do cliente. Este pode ser entendido como o conjunto regular de elementos cognitivos que uma pessoa usa para processar informações, dar significado a fatos da vida, ordenar e explicar seu mundo, explicar relações de causa e efeito e tomar decisões. Os construtos pessoais estabelecem ordem e regularidade no mundo da pessoa e dão sentido à vida. Aí estão incluídas opiniões sobre si mesmo e os outros, suposição sobre como e por que os fatos ocorrem, e premissas lógicas e morais que guiam suas ações.

O conselheiro então, considerando a empatia como a compreensão de construtos pessoais proeminentes do indivíduo, pode determinar com quais deles vai trabalhar a partir de decisões, ações e declarações do próprio cliente. A empatia primária é o processo de tomar contato com os temas que são evidentes aos dois participantes. Porém a empatia avançada é o processo de ajudar o cliente a explorar temas, problemas e emoções novas à sua consciência (Rogers,1977; Sheeffer,1987).

No aconselhamento o conselheiro ajuda o cliente a aprender algo novo que seja relevante para seus objetivos pessoais. Isso ocorrerá à medida que o

conselheiro possa transmitir suas percepções sobre o que o cliente tem contado. Isto pode ser feito através da comunicação verbal e não-verbal. Verbalmente, a empatia primária pode ser transmitida como uma resposta permutável que centralize a atenção do cliente num tema significativo e provoque mais considerações sobre o mesmo. São as respostas permutáveis, afirmações que mostram a apreensão dos temas essenciais de uma declaração do cliente, mas que não vão além do material evidente. Por seu teor, eles ajudam a focalizar a atenção do cliente no significado e no sentimento, de modo que os temas essenciais possam ser vistos mais claramente, compreendidos mais integralmente e explorados em maior profundidade. A empatia transmitida de modo eficaz produz uma série de efeitos desejados na fase de descoberta inicial do aconselhamento. Como primeiro efeito, tem-se a energia requerida para escutar ativamente, expressa no interesse e afirmação para o cliente. O segundo efeito, o “*feedback*”, que surge do contato do conselheiro com temas significativos, ajuda o cliente a ver seus próprios temas com mais clareza, a ter uma compreensão mais profunda de si mesmo e a reexaminar percepções, atitudes e convicções relevantes. O terceiro efeito está baseado na forma de responder, criar expectativas sobre a natureza da experiência do aconselhamento, que se apresenta ao cliente como um processo que envolve prestar atenção ao seu “*eu*”, explorar, examinar e perceber mais claramente o “*eu*”. A ação do conselheiro visa estimular o trabalho de autodescoberta pelo cliente.

No quarto efeito, o conselheiro procura oferecer um nível de empatia compatível com a prontidão do cliente, este se sente seguro para dar continuidade à experiência do aconselhamento, percebe que nada de ruim irá lhe acontecer, como resultado da comunicação e que algo útil irá resultar disso. O quinto efeito que a empatia transmite ao cliente é que o conselheiro tem algo especial a oferecer; isso o ajuda a experimentar uma sensação positiva, quanto ao tema trazido e a outros contatos.

Vale destacar como importante para um maior entendimento do aconselhamento não-diretivo ou centrado no cliente, enumerar alguns preceitos fundamentais do que Rogers considera a base para que se leve adiante uma ajuda efetiva no processo do aconselhamento (Patterson & Eisenberg, 1995).

Como primeiro preceito, surge a compreensão. Para que o aconselhamento seja verdadeiramente efetivo, o conselheiro deve ter a compreensão total do comportamento humano e ser capaz de aplicá-la à série particular de problemas ou circunstâncias de cada cliente. O diagnóstico e o levantamento de hipóteses são partes críticas e inevitáveis do trabalho do conselheiro. O processo de diagnóstico tem duas funções inter-relacionadas: a primeira é descrever padrões significativos de comportamento em experiência afetiva; a segunda, fornecer explicações causais para esses padrões. Esse processo consiste em desenvolver tentativas de hipóteses, confirmar sua validade e usá-las como base para tomar suas decisões críticas quanto ao foco, ao processo e às direções da experiência de aconselhamento. Compreender o comportamento humano significa usar um conjunto de conceitos e teorias que ajudam a justificar e explicar relações humanas significativas e relacioná-las a experiências. Os profissionais então, utilizam as teorias para entender seu comportamento e as preocupações, ações, percepções, emoções e motivações de seus clientes. Essa compreensão pode ser comunicada fazendo a reflexão do conteúdo emocional em vez do factual. A clarificação do conteúdo emocional vem com a reflexão. O cliente percebe suas emoções, seus sentimentos e conflitos e isso o ajuda a se compreender melhor.

O segundo preceito se constitui na mudança no cliente. O objetivo final da experiência de aconselhamento é ajudar o cliente a operar algum tipo de mudança que ele julga necessária. O papel do conselheiro é auxiliar o cliente a usar um processo

racional em momentos de confusão e conflito. Sua função é apoiar o cliente na tomada de decisão e, desta forma, contribuir para seu crescimento global.

O terceiro preceito está configurado na qualidade da relação de ajuda e é importante para proporcionar um clima para o crescimento. Segundo essa teoria, quando uma pessoa se encontra com outra decide o quanto de si mesma vai compartilhar. O interesse autêntico é transmitido pelo conselheiro quando este procura compreender o mundo do cliente como se fosse o seu próprio, mas só “*como se*”, e dá indícios verbais dessa compreensão.

O quarto preceito é o de que ele é um processo seqüencial, ocorre numa seqüência bastante previsível e se caracteriza pelo movimento em direção a resultados identificáveis. Ou seja, ele tem começo, meio e fim. A princípio, o cliente e o conselheiro discutem as preocupações do primeiro e o segundo procura saber como este se sente. Essa fase do processo envolve mais do que identificar um problema ou preocupação inclui também desenvolver um conhecimento de como o cliente sente aquela preocupação, a partir do modo como ele vê o mundo. O escutar atento, a reflexão cuidadosa e a confrontação eventual caracterizam a contribuição do conselheiro nesta fase do processo. Os objetivos do cliente que estavam implícitos, no modo como interpretou suas experiências de vida, podem, então, tornar-se explícitos.

O quinto preceito é o de auto-revelação e auto-confrontação. O processo de aconselhamento consiste primariamente na auto-revelação e autoconfrontação pelo cliente, facilitadas pela interação com o conselheiro. Para que o aconselhamento se efetive, o cliente fornece informações pessoais ao conselheiro, e este tenta compreender o mundo daquele, no contexto de seu conhecimento de como ele respondeu à determinada situação de vida. Embora o cliente possa revelar informação pessoal significativa em seu comportamento não-verbal, a comunicação no aconselhamento é

principalmente verbal. O cliente revela seus pensamentos e sentimentos a um conselheiro receptivo, através do que diz, da emoção com que diz, e pelo que escolhe ocultar em seu material verbal. A autoconfrontação pelo cliente consiste no processo de se examinar sob uma perspectiva ampla que possibilite o desenvolvimento de novas percepções sobre si mesmo. O conselheiro ajuda a ampliar essa perspectiva sobre si mesmo, proporcionando um “*feedback*” sincero. Em palavras mais simples, isso pode ser feito com uma exposição diferente das próprias palavras do cliente, que o leve a reconsiderar o que acabou de expressar, ecoando suas palavras, de maneira que possa levá-lo a refletir sobre seu significado. Deste modo, o conselheiro apresenta um panorama que o cliente não havia considerado anteriormente. Ele pode então, deparar-se com novos modos de ver e compreender a si mesmo naquela situação de vida. A partir daí, e através desse processo, emerge uma nova compreensão de necessidades, desejos, percepções, pressuposições pessoais e novas habilidades são descobertas e aperfeiçoadas.

O sexto preceito é o de que o aconselhamento é uma intensa experiência de trabalho para os participantes. Para o conselheiro, as atividades relacionadas ao escutar atento, à absorção de informação, à clarificação da mensagem e ao levantamento de hipóteses requerem energia intensa. Além dessas atividades, está a experiência afetiva de se preocupar com o outro, a ponto de ser tocado por suas emoções, sem se perder nelas e, portanto, debilitar-se como conselheiro.

O sétimo preceito é o da conduta ética: assumir o serviço profissional de ajuda à pessoa obriga o conselheiro a agir de modo ético. A prática ética pode ser definida como aquela que proporciona com interesse, envolvimento e esforço consciente um serviço de ajuda para o qual se foi preparado de modo adequado. Em síntese, o aconselhamento não é um mero fornecimento de conselho.

O progresso e o amadurecimento só são conseguidos através do trabalho realizado pelo cliente e não pelas sugestões do conselheiro. O sucesso é o resultado de uma boa relação e não só do aconselhamento em si. Ele não visa apenas à solução de um problema imediato, mas operar modificações no indivíduo que o habilitem a tomar decisões quanto ao presente e ao futuro.

O aconselhamento se relaciona mais com atitudes do que com ações e estas são resultados de mudanças de atitude. O aconselhamento lida mais com o conteúdo emocional do que com o intelectual. Apenas leitura e conhecimento não são suficientes. Ele envolve uma relação e uma reflexão produtiva sobre ela. É colocada mais ênfase na relação do que na técnica. O conselheiro age como estimulante para desencadear as reações do orientando e a relação existente deve ser de calor afetivo e não neutra (Rogers, 1977; Rogers, 1992).

O conselheiro aceita o cliente como ele é. Na realidade, isso implica a aceitação total de sua personalidade e, ao mesmo tempo, estabelece um clima que permita ao cliente a expressão livre de suas vivências emocionais.

O conselheiro não só compreende as vivências reveladas pelo cliente, mas expressa esta compreensão, refletindo-as e objetivando-as; não as avalia nem as diagnostica: compreende.

O conselheiro mantém respeito e confiança nas possibilidades de o cliente resolver seus problemas, desde que este tenha a oportunidade para isso. A responsabilidade pelas decisões tomadas pertence ao cliente, bem como a modificação de suas atitudes.

O conselheiro não dirige as ações ou a conversa do cliente, este sim dirige a entrevista e o conselheiro o segue.

Os conselheiros eficientes têm conhecimentos específicos em alguma área, que será de especial valor para a pessoa que está sendo atendida. Ou seja, têm as qualidades necessárias para ajudar na tomada de decisão, no caso do estudo em epígrafe: o conhecimento da anátomo-fisiologia e do manejo da lactação. No caso da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento das questões da patologia da doença, transmissibilidade e tratamento de DST/AIDS. Também se faz necessário que o profissional reúna um considerável cabedal de conhecimentos para que possa efetivamente aconselhar o cliente, como demonstraram Filgueiras & Deslandes, (1999:122) ao “*avaliar as ações de aconselhamento, na perspectiva centrada na pessoa*” e definir o aconselhamento como um processo de: “*escuta ativa individualizada e centrada no cliente*”. As autoras acentuaram que o aconselhamento pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate de recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha a possibilidade de se reconhecer como sujeito de sua própria saúde e transformação.

Os conselheiros eficientes procuram compreender o comportamento das pessoas a quem tentam ajudar, sem impor julgamentos de valor. Eles são contemporâneos e têm uma visão global dos acontecimentos humanos. Inspiram sentimentos de segurança, credibilidade e confiança nas pessoas a quem ajudam. Essas são as características básicas dos profissionais que deveriam ser indicados para o Curso, além de deverem possuir uma grande sensibilidade para lidar com as pessoas.

6 - Princípios do Aconselhamento Aplicados ao Assistir em Amamentação.

A origem do Curso de Aconselhamento em Amamentação remonta à década de 80, quando surgiu pela primeira vez um curso internacional no Wellstart, com um mês de duração em San Diego, EUA, chamado: “*Lactation Management and Education*”. Seu objetivo principal era capacitar adequadamente os profissionais quanto aos aspectos teórico/técnicos da lactação (Rea & Venâncio, 1999).

Ele reunia sessões teóricas e “*turnos*” clínicos de prática à beira do leito com mães lactantes na clínica e no domicílio. O curso era ministrado por equipes de dois a três profissionais por instituição, com o propósito de que estes, em seu retorno, modificassem as práticas inadequadas em suas unidades de saúde.

Nos anos 90 surgiu um novo curso internacional, também com a duração de um mês e muito semelhante ao anterior, na Universidade de Londres. Este, com o apoio da OMS, é direcionado a participantes que se inscrevem individualmente e não como integrantes da equipe de uma instituição (Rea & Venâncio, 1999).

O Curso de Aconselhamento ministrado pelo Ministério da Saúde do Brasil, por sua vez, foi concebido em resposta aos resultados de inúmeros estudos sobre desmame precoce, no qual os profissionais de saúde mal preparados são apontados como o principal elemento desencadeador.

Esse despreparo se apresenta não só em termos de conhecimento teórico e técnico, mas também no próprio manejo dos problemas subjetivos surgidos no cotidiano da mãe e seu bebê, na situação de amamentação (Cavalcante, 1982; Nakano, 1996; Araújo, 1997; Javorski, 1997; Silva, 1997; Almeida, 1999; Rotemberg, 1999; Monteiro, 2000; Ramos, 2000).

O propósito do Curso (OMS/UNICEF- a, 1997: 1) descrito no Manual é:

“responder a uma necessidade urgente de treinar todos os profissionais de saúde que cuidam das mães e crianças pequenas, em todos os países, nas habilidades necessárias para proteger e apoiar a amamentação. Embora muitas mães iniciem a amamentação de forma satisfatória, freqüentemente passam a dar alimentação complementar, ou interrompem algumas semanas após o parto. Apesar do papel chave na manutenção da amamentação pelos profissionais de saúde no período perinatal, muitos não podem desempenhá-lo bem por não estarem capacitados para fazê-lo. O Curso veio preencher este vazio. Os materiais foram elaborados para tornar possível aos treinadores dar cursos atualizados e efetivos.”

A definição de aconselhamento dada é:

“O conceito “counselling” é novo e a palavra pode ser difícil de ser traduzida. Algumas línguas usam a palavra “aconselhar”. Entretanto, “counselling” significa mais do que simplesmente aconselhar. Muitas vezes quando você dá conselho a uma pessoa você diz a ela o que você pensa que deveria fazer. Quando você aconselha (counsel) uma mãe, você a ajuda a como decidir o que é melhor para ela e a adquirir auto-confiança. Você a ouve, e tenta entender como ela se sente. Esse curso visa dar aos trabalhadores de saúde as habilidades de ouvir e desenvolver a confiança, de modo que eles possam de fato ajudar as mães.” (OMS/UNICEF-a,1997:1).

Diante dessa perspectiva, o Ministério da Saúde tem priorizado a capacitação de profissionais para a assistência em amamentação, com o foco direcionado para a escuta das questões subjetivas e objetivas, trazidas pela mulher. É nesse sentido que estão sendo administrados os “*Cursos de Aconselhamento em Amamentação*”, com a finalidade de atender a duas demandas específicas: formar multiplicadores (instrutores) e capacitar profissionais nesta nova modalidade assistencial participantes (conselheiros). O Ministério da Saúde vem promovendo uma vez em cada Estado um único Curso completo (80 horas), ministrado em dois momentos distintos.

O primeiro módulo é destinado à formação de dez instrutores e o segundo à formação de conselheiros. Ambos têm a duração de 40 horas e os profissionais participantes de cada etapa são selecionados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, que oficializam a indicação de seus representantes para o Ministério da Saúde – Área da Criança. Os dez profissionais incluídos escolhidos para atuar como instrutores firmam o compromisso de replicar o treinamento em seus locais de origem.

As atividades são conduzidas por dois coordenadores anteriormente formados para atuar como instrutores balizados pelo planejamento que integra o Guia do Coordenador(OMS/UNICEF-c,1997). Os dois coordenadores conduzem o grupo de 10 futuros instrutores na primeira semana que, por sua vez, deverão conduzir o treinamento dos 20 conselheiros na semana seguinte sob a supervisão dos mesmos dois coordenadores.

Cada futuro instrutor recebe ao término da primeira semana – 40 horas- o “Guia de Coordenador” (OMS/UNICEF-c,1997) com todos os detalhes de como realizar o Curso e avaliar os multiplicadores. Será entregue também ao final da primeira semana de 40 horas todo o material de suporte, com a descrição das 33 sessões do Curso (29 aulas – teóricas e grupos com a duração que variam de 30 a 90 minutos, e 4 práticas, com 2 horas de duração); transparências (50), slides (50); listas de referências bibliográficas, textos básicos sobre amamentação e anexos. Aos alunos participantes do segundo módulo (conselheiros ao findar o curso) distribui-se o Manual do Participante, (OMS/UNICEF-b,1997), no qual estão resumidos os pontos básicos das 33 sessões, folhas com respostas dos exercícios e formulários para a prática clínica e de aconselhamento”.

O segundo módulo é dividido em 33 sessões, de 30 a 90 minutos cada uma utilizando uma variedade de métodos de ensino que incluem: aulas, demonstrações,

práticas clínicas, trabalhos em pequenos grupos de discussão, leituras, dramatizações e exercícios. Os participantes vão aos poucos desenvolvendo as habilidades de ouvir, aprender, desenvolver a confiança e dar apoio e aconselhar na sala de aula, para logo após praticar com mães e bebês nas enfermarias e ambulatórios do hospital ou maternidade pública que está sediando o treinamento.

Ao ser comparado com outros programas de treinamento, a exemplo do Curso de 18 horas para treinamento da IHAC (OMS/UNICEF,1993), seu grande diferencial é a inclusão, além de aspectos teóricos e práticos diretamente ligados ao manejo clínico da amamentação, do desenvolvimento de habilidades específicas de aconselhamento. A principal meta a ser atingida é o treinamento em técnicas de relacionamento interpessoal a serem praticadas com as mães levando em consideração as bases fisiológicas da lactação. Vale ressaltar que as habilidades apresentadas em cada sessão são preconizadas para que sejam utilizadas em todos os momentos em que o profissional estiver atuando na assistência. Ou seja: no decorrer do pré-natal, pré-parto/parto, alojamento conjunto, alta etc...e este se configura num dos pontos mais ressaltados em qualquer tipo de abordagem à mulher/mãe e seu filho, ao longo do treinamento.

A proposta da OMS/UNICEF preconiza que a preparação prévia do primeiro grupo de multiplicadores ou treinadores (10), será supervisionada por dois coordenadores (instrutores) que já tenham feito o curso anteriormente e o conheçam bem. No Brasil, esses coordenadores são convidados e indicados pela Coordenação da Área de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. Cabe ao Estado se responsabilizar e providenciar toda a infra-estrutura local para a realização do Curso.

Um dos focos de atenção do treinamento é a preocupação com os aspectos sócio-culturais que permeiam a prática da amamentação, traduzida sob a forma

do interesse demonstrado pelo profissional na compreensão da realidade da mulher. Na essência, o Curso privilegia dois pontos principais das habilidades de aconselhamento, além de ampla revisão da anátomo-fisiologia da lactação e do manejo do aleitamento.

O primeiro realça o ensino da técnica de ouvir e aprender com as próprias mães através do uso de comunicação não-verbal útil, “*a fala*” através dos gestos, olhares, ou seja, usar e mostrar atitudes sem se utilizar a fala e de comunicação verbal, o remover barreiras, o tocar apropriadamente, o prestar atenção, fazer perguntas abertas, devolver com suas palavras o que a mãe diz, refletir sobre o que ela fala, mostrar empatia (capacidade de demonstrar à mãe que entende como ela se sente) evitar palavras que soam como julgamento. Esse ponto enfatiza a habilidade de o profissional demonstrar o interesse e a aceitação que ele tem pelo que a mãe sente e pensa, seus sentimentos, seus valores e suas idéias, e do entendimento das questões que ela considera importantes.

O segundo é o que ressalta o treinamento na habilidade de apoiar e demonstrar confiança nas atitudes positivas tanto da mãe quanto de seu filho e no qual é dada uma ajuda prática, com poucas e relevantes informações (só aquelas de que ela necessita), e não com ordens, de modo a ajudá-la no que está sendo especialmente difícil. Neste momento, é demonstrado como as práticas adotadas nos serviços podem ter efeito positivo ou negativo sobre a amamentação. Mostra-se a importância da proximidade e do apoio do profissional junto à mulher, e de como isto poderá ajudá-la.

O treinamento na observação e na avaliação da mamada é considerado fundamental, pois, a partir daí, é que poderão ser identificadas as dificuldades do bebê em relação à sucção. É preconizado que se observe a postura corporal da mãe e de seu filho, para que se considere o vínculo demonstrado pela díade, através de suas respostas de interação (olhar, satisfação, choro...). A anatomia da mama, a sucção do bebê e o

tempo despendido nesta ação passam a ser objeto de observação, mas é preconizado que não se interfira em um primeiro momento, mesmo que se detecte algo inadequado na mamada, demonstrando, assim, que não se está julgando nem criticando.

Também é dada ênfase à coleta de dados relativos à história de amamentação de cada mãe, através de uma comunicação particularizada, sempre revelando seu nome, chamando-a pelo seu também, assim como a seu bebê.

É preconizado que se façam perguntas abertas, pertinentes, sem críticas ou julgamentos, e que se utilize o tempo disponível para ouvir e aprender sobre o que foi, ou ainda é, considerado difícil e delicado para aquela mãe. Nesta oportunidade, o profissional deve observar a qualidade do vínculo emocional da díade, como estão interagindo, a saúde e o comportamento do bebê, a própria história da gestação e alimentação de outros filhos e suas percepções e valores sobre esse assunto. Também é observada a inserção da mulher na família e na sociedade. Deste modo, ele poderá compreendê-la e, assim, ajudá-la no fortalecimento da sua auto- confiança.

Em resumo, o Curso dá ênfase à necessidade de que o profissional ao ouvir, envolva-se e se comprometa na assistência à mulher e seu filho, para, então, apoiá-la e ajudá-la em relação às dúvidas, preocupações e anseios que interferem na amamentação.

Vale citar as habilidades desenvolvidas no Curso tal como são apresentadas. Primeira Habilidade: *“Como Ouvir e Aprender”*. *“Ao final desta sessão os participantes deverão ser capazes de: usar técnicas verbais e não verbais, para estimular uma mãe a falar, sem fazer muitas perguntas. Responder aos sentimentos da mãe com empatia. Evitar o uso de palavras que pareçam julgamento da atitude da mãe e do bebê”*. (OMS/UNICEF-a, 1997:79).

Habilidades de Ouvir e Aprender.

- 1- Use comunicação não verbal útil.
- 2- Faça perguntas abertas.
- 3- Use respostas e gestos que demonstrem interesse.
- 4- Devolva com suas palavras o que mãe diz.
- 5- Empatia: mostre à mãe que você entende como ela se sente.
- 6- Evite palavras que soam como julgamento.

Segunda Habilidade: *“Como Desenvolver a Confiança e dar Apoio”*.

“Ao final desta sessão, os participantes deverão ser capazes de desenvolver a confiança da mãe e lhe dar apoio das seguintes formas:” “Aceitar o que mãe pensa e sente. Reconhecer e elogiar o que a mãe e o bebê estão fazendo certo. Dar ajuda prática. Dar informação que é de relevância imediata. Usar linguagem simples. Dar sugestões ao invés de ordens.” (OMS/UNICEF-a, 1997:150).

Habilidades de Confiança e Apoio.

- 1- Aceite o que a mãe pensa e sente.
- 2- Reconheça e elogie o que a mãe e o bebê estão fazendo certo.
- 3- Dê ajuda prática.
- 4- Dê poucas e relevantes informações.
- 5- Use linguagem simples.
- 6- Dê uma ou duas sugestões, não ordens.

7 – O Caminho do Estudo

O assistir em amamentação tem se configurado uma temática de interesse para muitos investigadores nos últimos anos. No presente estudo, em particular, optou-se por delimitá-lo com vistas a definir o objeto com base na seguinte questão: Quais são as oportunidades que o Curso de Aconselhamento promovido pelo Ministério da Saúde, proporciona para os seus egressos no assistir a mulher em processo de amamentação?

Por entender que a resposta para esta questão depende de um caminho *“capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas”*. (Minayo, 1992:10) foram adotados os preceitos da pesquisa qualitativa em saúde. Por se tratar de uma proposta que opera com as questões psico-afetivas e sócio-culturais da mulher que amamenta, ou seja, por lidar com a subjetividade desta, foi construído um caminho que possibilitou uma abordagem compreensiva da proposta onde foi buscado o velado, o não dito, a profundidade e não a extensão, os significados situados para além da realidade estruturada que não podem ser traduzidos por variáveis matemáticas (Minayo & Sanches, 1993).

Sob esse prisma a perspectiva compreensiva considera que: *“as realidades sociais são construídas nos significados e através deles, e só podem ser identificadas na linguagem significativa da interação social. Por isso, a linguagem, as práticas, as coisas e os acontecimentos, são inseparáveis”* (Minayo, 1992:51) face ao exposto, as Representações Sociais foram escolhidas como referencial teórico-metodológico.

Em se tratando de Representações Sociais operou-se com a proposição de Minayo (1992) que as considera:

“enquanto senso comum idéias imagens, concepções e visões do mundo que os atores sociais possuem acerca da realidade[...] e a sua melhor forma de aferição é a linguagem do senso comum[...] mesmo que eventualmente ela expresse um pensamento fragmentário e fique limitada a certos aspectos da experiência existencial e contraditória, possui mesmo assim vários graus de clareza e nitidez da realidade.(p:51)

O trabalho de campo seguiu o cronograma da realização dos Cursos de Aconselhamento do Ministério da Saúde para o ano 2000: Vitória -Espírito Santo, Natal-Rio Grande do Norte e Palmas - Tocantins. O último Curso do ano, realizado no mês de outubro, em Porto Velho - Rondônia, foi excluído no estudo uma vez que o critério adotado para definir o número de entrevistados já havia sido satisfeito. Todos os profissionais selecionados para participar do Curso foram considerados aptos para integrá-lo mediante o Consentimento Livre e Esclarecido - anexo II (Brasil, 1998 -b).

O critério de saturação considerado aquele que indica que o conjunto já contém o todo e as partes em suas diferenças e semelhanças (Minayo,1992), foi a opção metodológica utilizada para definir o número de entrevistados. Contudo, há de se destacar o fato de que seu desenho apresentou uma importante limitação operacional, a obrigatoriedade de seguir o cronograma de realização dos Cursos estabelecido pelo Ministério da Saúde. Em função disto, não foi possível desenvolver a seqüência: entrevista-transcrição-análise-nova entrevista, uma vez que durante cada Curso não havia tempo hábil para cumprir todas essas etapas.

Diante do exposto, a alternativa operacional foi conjugar o critério de saturação com um plano de amostragem correspondente a 30% dos participantes de cada Curso. Imediatamente após cada um deles, as fitas eram transcritas e analisadas e a partir desse ponto, aplicado o critério de saturação. Com a adoção deste caminho, essa alternativa operacional, a saturação foi atingida ao término do terceiro Curso,

perfazendo um total de 33 entrevistados. Embora a categoria profissional não tenha sido utilizada como critério, cabe a ressalva de que no total foram ouvidos: 16 (dezesesseis) enfermeiras, 10 (dez) pediatras, 3 (três) nutricionistas, 3(três) assistentes sociais e uma psicóloga. Todos estavam situados em uma faixa etária entre 22 (vinte e dois) e 52 (cinquenta e dois) anos todos exerciam suas funções no âmbito do Serviço Público, sendo que alguns tinham inserções no domínio privado. Alguns eram recém formados sem experiência na assistência à mulher e à criança em geral, e em amamentação, em sua maioria os profissionais mostravam-se interessados em uma assistência de qualidade. Os indicados para a primeira etapa (instrutores-80 horas) ocupavam cargos de gerência em Saúde da Criança e da Mulher nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou em programas especiais, tais como equipes de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde ou, até mesmo, de Planejamento Familiar. Alguns deles possuíam ampla experiência na assistência em amamentação, enquanto que outros não. Cabe assinalar que todos os instrutores eram profissionais de nível superior, sendo que dentre os participantes do Curso de conselheiros havia também profissionais de nível médio.

As entrevistas em verdade, conversas com finalidade, (Minayo, 1992), foram conduzidas em dois momentos distintos, antes e imediatamente após o Curso e foram norteadas por um único Roteiro Temático descrito a seguir:

- 1 – Como você vê o atendimento às mulheres no serviço de pré-natal em sua Unidade.
 - Nessa perspectiva, quais os aspectos positivos e negativos que você gostaria de ressaltar.
 - O que é fundamental para você no pré-parto e parto em termos assistenciais.
 - Hoje você teria alguma proposição de mudança? Como e quais seriam?
- 2 – Em relação ao puerpério, quais os pontos que você mais valoriza na assistência.
 - O que você considera determinante nesta etapa?

- Como você vê o alojamento conjunto, suas finalidades e seus problemas.
- Quais são as necessidades e as dificuldades das puérperas mais comuns nessa etapa.
- Fale-me como você lida com estas questões.

3- Em relação à Alta Hospitalar, quais são suas principais preocupações nessa etapa.

- Em que tipo de cuidados elas se desdobram.
- Você teria alguma proposta de modificação. Fale-me sobre elas.

4- Como você vê a Amamentação?

- Amamentação e maternidade. Você vê relação entre as duas?
- Como e por quê?

5- Por quê buscou o Aconselhamento?

- Já conhecia o curso? Qual sua idéia sobre ele?
- O que espera obter com o Aconselhamento?

6- Em que o Curso acrescentou...(repetição do Roteiro)

7- Sugestões e/ou Críticas

8- Metodologia – Seleção – Conteúdo Teórico e Prático. Algo mais?

Além das entrevistas, a observação participante foi utilizada como um importante complemento no processo de coleta de dados, e se constituiu em uma experiência ímpar e insubstituível, por permitir uma visão ampliada da dinâmica do Curso, do envolvimento e relacionamento dos profissionais assim como suas ações e reações no decorrer do treinamento. Para Haguette (1992), a observação participante é importante pois permite:

“um compartilhar consciente e sistemático, conforme as circunstâncias permitem, nas atividades de vida e eventualmente nos interesses e afetos de um grupo de pessoas [...] dela ser livre o suficiente para ver muitas coisas que o observador de fora jamais pode ver” (Haguette, 1992:70).

O material transcrito foi submetido à análise do conteúdo modalidade temática, definida como:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de mensagens”.(Bardin, 1977:42).

A outra função da análise do conteúdo, *“diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”.* (Minayo et al, 1999).

8 – A Amamentação na Perspectiva dos Profissionais de Saúde- Antes.

A oportunidade de lançar luz sobre as concepções de amamentação dos profissionais de saúde, antes do início do Curso de Aconselhamento realizado pelo Ministério da Saúde, configura-se em um importante passo para conhecer as futuras oportunidades geradas por essa iniciativa. Mais do que traçar um perfil do grupo, foi possível compreender como os atores sociais, envolvidos nesse estudo, elaboraram as suas questões em relação à amamentação e as inter-relacionaram com a maternidade e com o ser mulher.

Em verdade, sabe-se que os conhecimentos, as atitudes e as práticas relacionadas à amamentação dependem sobremaneira das visões de mundo que os profissionais de saúde têm sobre a mulher e a maternidade. Nessa perspectiva, diversos autores têm apontado para os diferentes matizes, bem como para a complexidade das vivências femininas e a necessidade de compreendê-las, particularmente no decorrer do ciclo gravídico puerperal (Langer,1986; Soifer,1992; Maldonado,1997).A ambivalência afetiva, isto é, a oscilação entre o desejar e o não desejar, entre o querer e o não querer, sentimentos ambíguos e contraditórios sempre mostram-se presentes, associados a um considerável aumento da sensibilidade da mulher, o que provoca uma maior necessidade de atenção, carinho, ajuda e apoio, principalmente no que se refere à primeira fase da instalação da amamentação (Machado, 1999; Ramos, 2000; Souza, 2000).

Alguns entrevistados apresentaram com nitidez em suas falas a necessidade de ajuda e apoio à mulher no decorrer do processo de amamentação. A visão de processo advém da possibilidade de perceber “*que a mulher, desde a gestação, elabora passo a passo a condução do aleitamento*” (Silva, 1997:204). Vale ressaltar que esta percepção em relação ao apoio à mulher/mãe que amamenta, aflora nos

profissionais que já haviam vivenciado dificuldades no decorrer do processo e as expuseram espontaneamente ao longo da conversa.

E1Az “se você não estiver confiante, não tiver sido bem apoiada, acaba fazendo o desmame por insegurança porque eu passei por isso, porque todo mundo fala, “Ah, tem que dar mamadeira, esse choro é fome, essa criança está com fome”, então é um momento importante, é um momento que marca, que se você acaba ultrapassando e cedendo, fazendo o não aleitamento e entrando com a mamadeira, depois você cobra isso mais tarde, por falta de apoio naquele momento, então a amamentação ela marca, na sua vida um processo, que pode ser positivo ou negativo [...]”

E7At “[...] com o apoio de todos porque a mulher que trabalha fora é muito pressionada para amamentar, mas é muito difícil [...] consegui amamentar por dois anos com o apoio de todos, dos colegas que facilitavam o meu plantão, com o apoio da sogra, do marido,[...] perdendo dinheiro[...] mas é muito difícil existe uma certa imposição, né, dos profissionais de saúde, prá que a mãe amamente, sem parar prá escutar um pouquinho o lado delas”.

Em ambas as falas anteriores há de se destacar o fato de que as questões individuais e subjetivas da mulher que amamenta, assumem relevo para os profissionais entrevistados a partir da oportunidade de vivenciar a amamentação. Essas questões, segundo os próprios relatos, não foram objeto de preocupação e reflexão em nenhum momento anterior de suas vidas profissionais. O despertar para a necessidade de prestar apoio à mulher que amamenta, em verdade, aflorou da própria matriz vivencial.

Em um raro momento, no decorrer do trabalho um pequeno grupo de entrevistados revelou uma preocupação em relação à amamentação para além da dimensão biológica, como pode ser resumido no depoimento a seguir:

E13Ae “penso que amamentar, embora seja natural e é natural,[...] mas não é fácil não, é bem complexa mesmo, porque entra toda uma questão cultural, de bagagem psicológica que cada ser humano trás consigo, das influências que sofreu do meio externo

né, e que vão atuar nessa hora, que vai determinar, que ela vai ter ou não vontade de amamentar, e mesmo tendo vontade muitas vezes não vai conseguir, por deficiências de informação, estímulos negativos que vai receber ou já tinha recebido no passado, então eu penso que não é fácil, até por experiência pessoal, porque o lidar com o bebê, com essa nova vida não é fácil, e muitas vezes a gente associa que as dificuldades estão ocorrendo por conta do aleitamento quando não é”.

Esses profissionais, em verdade, mostram-se alinhados com as concepções teóricas de Almeida (1999), ao evidenciarem a necessidade de ultrapassar a fronteira biológica da amamentação, rumo à social-biologia que reúne em um tecido único e inteiriço, tanto as questões relativas à natureza, como as da cultura.

Não obstante, na quase totalidade dos discursos analisada, emergiu significados, características e atributos que terminaram por caracterizar a amamentação como natural e uma decorrência inevitável da maternidade. Em função disso, revelaram acreditar que ao conhecer as vantagens e os benefícios que a amamentação proporciona à criança, a mulher invariavelmente opta por amamentar seu filho. Isso denota a incapacidade de o profissional perceber a real dimensão dos condicionantes sócio-culturais do desmame precoce, bem como sua dificuldade em compreender o caráter singular e específico do significado da amamentação para cada mulher e seu filho.

O ser mãe e a amamentação figuraram como eventos interdependentes e indissociáveis em quase todas as falas.

E5At“Ser mãe e amamentar são situações que não podem ser separadas, se ser mãe é parir, é ter neném, ser mãe é amamentar também,[...]”

E5Ae“Ser mãe e amamentar são situações que não podem ser separadas, ela é imprescindível, então toda mãe deveria amamentar seu filho [...]”

Nessa perspectiva, a amamentação não representa apenas um atributo capaz de caracterizar a maternidade, ela é muito mais que isso. Na concepção dos

entrevistados, trata-se de uma condição indispensável, sem a qual a maternidade se esgota no parto. Essa visão equivocada do significado de amamentação, que termina por estabelecer uma relação distorcida da própria concepção de maternidade, embasa um modelo assistencial inapropriado (Silva, 1999) e que opera, fundamentalmente, com a culpabilização da mulher.

Winnicott (1975) estabelece que, apesar de intrinsecamente relacionadas, amamentação e maternidade são eventos independentes. Ele acrescenta que a maternidade não passa obrigatoriamente pelas regras de alimentação infantil ou pela sentença da amamentação. A visão de maternidade e amamentação se mostra ainda mais desfocada, quando ambas foram consideradas como atributos para categorizar a mulher. Sob essa ótica, só a verdadeira mulher é capaz de se dedicar à maternidade e à amamentação.

E1Az “eu acho que a verdadeira mãe aquela verdadeira mulher que se dedica à maternidade, ela já está amamentando, ela nem precisa saber das vantagens”.

Essa visão reducionista, que transforma a mulher em um ser dócil e frágil, própria do paradigma higiênico de amamentação (Almeida, 1999) é que continuando sustentação para o assistir segundo o modelo proposto pela política estatal até bem pouco tempo e é o que aproxima realidades tão distintas como a de Natal, Vitória e Palmas que, apesar de possuírem diferentes realidades sócio-culturais, apresentam o mesmo discurso tecnicista, e biologizante fruto de uma formação acadêmica padronizada e que prioriza esses aspectos.

E2Ae “amamentação é muito bonita é da natureza mesmo, às vezes a gente se decepciona um pouco quando a gente assim acompanha a gestante, fez toda uma orientação a ela, a gente pensa ou que ela aceitou, ou que ela entendeu as informações que foram dadas, e quando a gente pensa que não, a

puérpera está dando mamadeira prá criança, então isso acaba decepcionando a gente [...]”.

A naturalização do ato de amamentar, reduzindo-o a uma condição própria da espécie de mamíferos, como algo instintivo e biológico foi uma constante nos discursos. Contudo, há de se destacar, como na fala anterior, que muitos percebem o hiato que se estabelece entre o discurso oficial por eles praticado e o concreto vivido no cotidiano da mulher/mãe através das dificuldades em assimilar esse discurso e manter a amamentação. Entretanto, esses mesmos profissionais, mostram-se incapazes de formular alternativas para transformar as suas constatações.

E3Az “amamentação é um ato de amor, uma boa... responsabilidade [...] e com a formação que eu tenho com a conscientização que eu tenho a amamentação é realmente primordial na vida do bebê, é o início de tudo, é a base também de nutrição, e da mãe também, porque no momento que ela amamenta ela está passando vida, saúde né, nutrindo o seu filho, ela está também se cuidando porque a própria amamentação trás benefícios prá mulher [...]”

E4Az “[...] Então, vejo a amamentação como primordial em relação a redução da morbimortalidade, caminha mais por aí, dentro desse conceito, da criança”.

E1At “é um ato essencial para a vida, na minha concepção como pediatra acho até que toda mulher deve... deveria amamentar, mas existem dificuldades que precisam ser trabalhadas prá que sejam vencidas, considero a amamentação como a saída do Nordeste [...] a única forma de vencer a fome!”

Os profissionais mostraram operar com um modelo assistencial verticalizado, baseado fundamentalmente no incentivo à amamentação e na ótica biologicista de promoção à saúde da criança. Dessa forma, revelaram que buscam esclarecer as mães sobre as vantagens de amamentação e os malefícios do desmame

precoce, procurando, assim, evidenciar a parcela de responsabilidade que têm sobre a saúde de seus filhos.

E8Ae “Eu acho que quem tem um filho tem que amamentar, a amamentação é a parte mais... onde a mãe pode demonstrar carinho prá criança, é a melhor parte acho linda, é um momento de total intimidade da mãe com o filho, [...] quando a mãe tem realmente essa noção dos benefícios da amamentação e dos problemas do desmame, vai contar muito, quando tem toda orientação a respeito da amamentação, isso vai melhorar prá que em casa continue, porque a gente orienta prá no mínimo 6 meses”

A mulher também foi considerada como provedora de alimento para seu filho e, como tal, obrigada a amamentá-lo. As questões individuais decorrentes da vivência da maternidade são secundarizadas ou, como na maioria dos relatos, simplesmente desconsideradas.

E14Ae “Quem se sente mãe materna mesmo, dá o peito pro filho, não pensa que o peito vai cair, ficar flácido, um maior do que o outro, vai rachar ou vai doer[...] ela não pensa em nada pensa assim: meu filho tá dependendo de mim prá comer”

Alguns entrevistados trouxeram à tona a falta de sensibilidade do profissional ao lidar com as ansiedades, dúvidas e dificuldades da mulher.

E1Ae “as pacientes são ansiosas, elas têm dúvidas, e sequer são feitas perguntas, baixa-se à cabeça e solicita-se um exame, solicita-se uma USG, verifica, eles dizem, faça isso faça aquilo, mas não dá resposta ao que elas querem perguntar, [...] elas sequer perguntam, porque já sabem de antemão que não vai ser assistidas, que eles (os médicos) vão dizer que estão perdendo tempo, que procurem se informar com outra pessoa, que assistam as palestras, então isso é um fato negativo”

O componente ideológico, ancorado na sacralização do espaço do ser mãe e na visão romântica da amamentação (Almeida, 1999), ocupa lugar central no discurso da grande maioria dos entrevistados:

E5Ae “amamentação é um ato de sobrevivência do recém nascido, para o filho, ato de amor dedicação, afetividade, na relação mãe filho[...] amamentação como forma de estar dando a vida”

E14Ae “amamentação não é só dar de comer pra criança, amamentar é um ato de amor, um toque de amor da mãe pra criança, porque a gente percebe a criança fica olhando pra mãe com aquele olhar de admiração, principalmente quando a mãe fica conversando com ele, esse vínculo nenhuma mamadeira trás”.

Nas falas abaixo, a amamentação mostra-se representada como forma de resolução de todos os problemas, tal como assinalou Silva (1990); com a amamentação pode-se quando muito, adiar o aparecimento da desnutrição e reduzir-se um pouco sua ocorrência, gravidade e seqüelas, já que ela funciona como um paliativo, entretanto, não se vai resolver os graves problemas de exploração econômica, desnutrição e mortalidade infantil.

E9Ae “Levando-se em consideração que o leite é sangue então amamentação é essencial, penso que posso comparar ao oxigênio, amamentar pro ser humano é tal qual oxigênio, até o 6º mês, eu não vejo outra saída, por mais que a tecnologia esteja avançada, os virtuais estejam aí no sistema penso que nunca o homem vai conseguir a fórmula da amamentação”

E5At “amamentação é a continuação da gravidez, é tudo,[...] é fundamental, não existe substituto, chego ao exagero de dizer que a amamentação vai fazer com que não exista mais trombadinha nem criança abandonada no mundo, [...]”

O vínculo amoroso e os laços afetivos emergiram nas falas de muitos profissionais como de fundamental importância para o equilíbrio emocional da criança e para a realização da mulher como mãe, além de denotar um processo de culpabilização da mulher que não amamenta frente à saúde física e mental de seu filho.

E10Ae “amamentação é importantíssima na relação mãe filho, da importância da mãe pra essa criança, seu desenvolvimento físico, mental, social, é importante pra que se aumente o vínculo de amor”.

E13Ae “vejo como a grande solução não só em nível de saúde pública, mas também a questão emocional do vínculo mãe e filho[...] , penso que a amamentação serve pra aumentar esse vínculo e resgatar esse lado emocional que está sendo perdido, a gente vê tanto desequilíbrio emocional na adolescência fruto desse afastamento da mãe”

Há de se destacar que todas as vantagens e benefícios da amamentação que figuram nas falas, relacionam-se exclusivamente à criança. Nessa perspectiva, a mulher só é focada para assumir a responsabilidade pela saúde do filho. Esses resultados corroboram com os relatos de Araújo(1997); Machado (1999); Ramos (2000) dentre outros.

A amamentação foi também percebida como uma possibilidade e prerrogativa única e exclusiva do gênero feminino, em que a mulher pode sentir prazer, como se observa nas falas abaixo.

E8At “amamentação, é um privilégio que nos foi dado [...] só a gente consegue fazer outra pessoa, e consegue né, ter esse vínculo tão forte[...] amamentação é uma coisa muito boa, muito prazerosa...[...].”

E11Ae “a amamentação é um privilégio que a mulher tem de poder dar o alimento pro seu filho, ela produz, ela dá, mas não é só o alimento, aquele momento ali dando o peito é só dela e de mais ninguém.[...] dá uma satisfação que não tem igual[...].”

Essas visões de mundo contempladas nas falas compõem um universo de argumentos que são fruto e ao mesmo tempo sustentam as estratégias de promoção da amamentação. Em diferentes momentos históricos, desde o surgimento da Medicina no Brasil, foram construídos argumentos no intuito de convencer a mulher/mãe a

amamentar seus filhos. Seguir o curso da natureza, demonstrar afeto, cumprir o dever de mãe são alguns dos argumentos próprios de uma abordagem verticalizada (Almeida, 1999). Contudo, Costa (1986) atenta para estratégias mais recentes, dentro da mesma concepção promotora, que consiste em mostrar à mulher o prazer da amamentação como estratégia de convencimento.

O vínculo, a ligação afetiva que o bebê desenvolve com a mãe também no decorrer das centenas de vezes em que é amamentada, consolida seu desenvolvimento emocional e preenche necessidades psicológicas que, por mais que em um primeiro momento, pareçam se relacionar com necessidades físicas, são essenciais para esses primeiros tempos da evolução emocional do bebê e uma boa base para a vida (Winnicott, 1975). Esta intensa ligação foi representada como um dos mais importantes benefícios proporcionados pela amamentação por muitos dos profissionais entrevistados.

E1Ae “amamentação [...], promove um vínculo muito forte entre mãe e filho, e, esse vínculo, por mais que estudemos, jamais conseguiremos entender, só mãe e filho ali, os dois, aquele binômio[...]”.

E7Ae “Amamentar é fundamental principalmente na relação mãe e filho é através dali que a mãe vai estar passando amor dela, que vai estar fazendo a própria maternagem do bebê, não só porque o leite tem todos os nutrientes que a criança precisa na questão da alimentação, e do próprio corpo, mas na relação mãe e filho no tocar da boca dele estar sentindo a criança está sabendo que a mãe está ali, está presente que pode cuidar, está ali junto com ele”.

Vale ressaltar como os profissionais operaram uma transformação em sua visão sobre a mulher-mãe frente ao processo de amamentação, a partir da própria vivência profissional ou pessoal.

E3At “amamentação é fundamental, primordial pra criança, mas quando eu comecei lá na prática, na assistência, quando comecei a ver as mães, a vida delas e a realidade delas, eu comecei a olhar mais pra mãe também, eu já me senti assim meio carrasco, sabe, em relação a mãe, olha você tem que dar de mamar, você tem [...] então já fui de uma posição muito radical sabe, em relação a amamentação, hoje eu acho que ela é de fundamental importância, é primordial pra criança, e tudo, mas, eu acho que a gente tem que olhar mais pra mãe, isso eu aprendi na minha vivência, no meu dia a dia então ela é de fundamental importância, pra criança, mas ela também é a mãe”.

E12Ae “amamentar é um momento especial, percebe por uma experiência minha, que a amamentação em si trás tanto pra mãe quanto pro filho, um equilíbrio emocional muito grande, um vínculo muito forte[...] é importante tanto pro desenvolvimento biológico quanto psicológico”

Os núcleos de significado: amamentação e maternidade como misto de prazer, sacrifício, resignação e renúncia, referidos por Araújo (1997) e Nakano (1996), também emergiram nas falas dos profissionais ouvidos.

E8At “as pessoas falam muito da “Maternidade” como uma coisa, Ah! O amor de mãe é a coisa melhor do mundo, é uma coisa maravilhosa, a mãe é sempre perfeita sempre maravilhosa, a mãe, não tem direito de errar, de se chatear porque o amor de mãe é sublime é a imagem de Maria, de Nossa Senhora, então pronto você vai ser mãe, você vai ser Nossa Senhora, e pronto né.”

Vale ressaltar que em algumas falas foram apontadas concepções que denotam a idéia de incompatibilização entre a maternidade e o trabalho da mulher, assim como a incompatibilidade entre o trabalho da mulher e a amamentação.

E8At “A retirada da mulher de dentro de casa né, a necessidade de trabalhar ser um profissional socialmente aceito e financeiramente bem sucedido, tirou a mulher da maternidade [...]”.

E9Ae “A mulher precisou sair de casa por uma necessidade econômica[...] então eu penso que quando a mulher precisou sair ela foi muito cobrada, e nós precisamos sair! A mulher precisou sair e não foi dado a ela o direito e nem ensinado que ela podia ordenhar, que ela podia amamentar”.

Os profissionais entrevistados, principalmente as que eram mães, evidenciaram com muita ênfase a falta de amparo das estruturas sociais para, de fato, compatibilizar o ideário do discurso oficial com o cotidiano feminino. De maneira geral, as percepções dos profissionais ligadas à idéia que delinearão a mulher no exercício da maternidade, do ser mãe, mostraram-se quase que invariavelmente focados sob o prisma da responsabilidade pela vida, saúde e bem-estar físico e psíquico da criança. Em poucos relatos figurou a possibilidade de trocas propiciadas pela amamentação, decorrentes do estabelecimento de uma relação tão íntima entre a mulher e seu filho; ou mesmo sobre a mulher como mulher, com outras necessidades, desejos e aspirações que não aqueles diretamente relacionados à vida reprodutiva, proporcionada pela maternidade.

A mulher foi apontada por poucos profissionais como reduzida a partes de seu corpo e, nesta visão de mundo de modo fragmentado e dissociado, como pode ser resumido de maneira evidente através do que emergiu em uma das falas:

E8At “a vivência da maternidade ela é completamente esquecida da mulher como alguém que tem cabeça e pescoço né, só se vê a gestante como uma barriga, muitas vezes nem o “peito”... é uma vulva, uma vagina, uma bacia que vai ter que passar um feto e... uma barriga né... só se mede a barriga”.

Muitos dos entrevistados denotaram em seus relatos conhecer a importância da amamentação para a criança, mas ao mesmo tempo, com igual intensidade, revelaram não saber lidar com as dificuldades vivenciadas pela mulher que permeiam a prática. Na maioria das vezes, a amamentação surge como algo obrigatório,

invariavelmente imposto à mulher com uma das conseqüências naturais do ciclo gravídico – puerperal. A sua não-realização segundo esta concepção, significa negar o próprio ser mãe, interrompendo o ciclo da maternidade.

Em resumo, pode se considerar que a maioria dos integrantes do estudo, em verdade a sua quase totalidade, ancora as suas concepções de amamentação no modelo verticalizado que opera a naturalização do processo, adotando estratégias de convencimento que buscam evocar na mulher a responsabilidade pela saúde do próprio filho, sendo o foco direcionado para a criança através de um discurso romântico que convoca a mulher para uma grandiosa função em relação à sobrevivência de seu bebê. .

À semelhança dos relatos de Silva (1999), os profissionais deste estudo também revelaram entender a amamentação como um processo que envolve, além dos determinantes biológicos, os condicionantes sociais e psico-afetivos. Contudo, insistem em lidar com a amamentação, em seu cotidiano assistencial, como um ato natural, instintivo e biológico. Isto talvez de deva por uma maior facilidade e conhecimento em lidar com as situações relacionadas a esses determinantes, bem como ao despreparo para trabalhar com aspectos psico-afetivos mais complexos, os quais por não serem de origem biológica acabam por trazer desconforto e insegurança ao serem contemplados em seu trabalho na assistência.

9 – A Visão do Assistir em Amamentação - O Antes.

-Titia, diga-me alguma coisa, estou com medo porque está muito escuro.

-O que isso adiantaria, já que você não me pode ver?

-Não faz mal: quando alguém fala, fica claro.

S. Freud, Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade.

A semelhança do capítulo anterior, no qual se delinearam as concepções de amamentação dos profissionais de saúde antes do Curso de Aconselhamento, fez-se oportuno trilhar um caminho que permitisse compreender a concepção dos mesmos sobre o assistir a mulher/gestante e a mulher/mãe no tocante à amamentação.

O ciclo gravídico-puerperal se constitui em um dos momentos de maior vulnerabilidade emocional da mulher e, portanto, assisti-la nesse período requer muito mais do que o simples domínio do conhecimento técnico das intercorrências gestacionais e o manejo clínico da lactação. Faz-se imprescindível e indispensável compreender as nuances emocionais que envolvem a mulher, a família e todo seu contexto sócio-cultural neste período. Em resumo, face aos sentimentos ambivalentes e contraditórios vivenciados, tanto a mulher/gestante como a mulher/nutriz demanda uma estrutura assistencial que esteja, para além das questões técnicas pertinentes, apta a ouvi-la, compreendê-la, para então estabelecer o apoio que ela de fato necessita e que, na maioria das vezes, aparece apenas emblematicamente como figura de retórica nos discursos.

No decorrer do presente estudo, vale destacar de antemão, foram raros os profissionais ouvidos que demonstraram dominar esse conhecimento, que em sua totalidade, adveio de vivências traumáticas e dolorosas que culminaram em despertar uma maior sensibilidade e interesse pelo assunto.

O trabalho de educação em saúde no âmbito do pré-natal, com base em ações dirigidas às gestantes no intuito de informar sobre as vantagens da amamentação e os riscos do desmame precoce se configuram em um dos mais importantes elementos estratégicos elencados pelos entrevistados. Em linhas gerais, a grande maioria acredita que a mulher informada é capaz, por si só, de atingir um grau de consciência que assegure o êxito da amamentação nas etapas futuras.

E1Az “a gente trabalha muito no ambulatório, em cima das vantagens; do desmame precoce... a interferência dos mitos[...] o quê fez essa mãe desmamar[...], a sala de espera é uma só e acaba dando palestra prá todo mundo”

E4Az “temos atendimento com relação a orientação sobre amamentação, primeiro ela passa por esse processo educativo porque você sabe que prá educar é um processo lento, e requer, demanda tempo e paciência”

Alguns profissionais identificam com clareza as falhas apresentadas na proposta assistencial que praticam, evidenciando a incapacidade que a gestante muitas vezes possui para alcançar a mensagem contemplada em seu discurso. Contudo, atribuem essa incapacidade a uma limitação inerente à mulher e nunca ao modelo, pois não se dão ao direito de ouvi-la e continuam insistindo no mesmo erro.

*E7At “as reuniões, às palestras nem todas as grávidas se apresentam, não entendem não conseguem absorver o que é passado, mas a enfermagem não se conduz, do jeito que deveria fazendo até uma busca ativa correndo atrás da mãe, instruindo dizendo o *que* isso vai trazer de vantagem prá ela”.*

Para muitos, os cuidados dispensados à amamentação durante a gestação observam a mesma dinâmica com que se operam as questões biológicas do ciclo gravídico-puerperal. Nessa perspectiva, as ações pró-amamentação se resumem a

uma condição biológica equilibrada, nos cuidados com a mama e no estabelecimento de uma consciência favorável à amamentação.

E12Ae “No caso um pré-natal bem feito seria você orientar a mulher sobre o que é uma gestação, cuidados com a mama, com a higiene, a constante verificação da pressão arterial, dos exames laboratoriais, VDRL que é importantíssimo, a alimentação da mulher, temperatura, o peso, tamanho do útero enfim, os cuidados de rotina”

Souza (1993), Araújo (1997), Silva (1997); Machado (1999); e Sandre-Pereira et al (2000), consideram que o atendimento pré-natal talvez não seja suficiente para fixar um número tão grande de informações, especialmente por este ser um momento pleno de ansiedade e de acentuada labilidade emocional. Esses autores assinalaram também que o esclarecimento sobre as vantagens da amamentação não garante seu êxito. Nesse sentido, há de se dosar adequadamente o conteúdo a ser transmitido e, mais do que isso, procurar operar o mais próximo possível da perspectiva da gestante, respeitando e procurando entender, principalmente, as suas aspirações, ansiedades, dúvidas e sentimentos frente à amamentação.

E7Az “o Hospital, deveria estar engajado nessa política de aleitamento, de dar atenção às grávidas, principalmente as adolescentes [...]. De positivo não vejo nada, quando você pergunta sobre o pré-natal dizem que não receberam informações nenhuma sobre aleitamento, que palestra é essa dada, que a mãe não alcança, será que a verbalização é muito difícil é muito complexa pro nível de escolaridade da população alvo que é atendida não consigo entender isso, sei que o “serviço” funciona já há bastante tempo”.

E1At “as pessoas vivem correndo atrás de AIH, daí saiu um pré-natal altamente mal feito, não passa de um mero atendimento de 5 minutos, [...] é uma questão de educação mesmo de trabalhar a parte educativa como um todo, [...]”.

A maioria dos profissionais resume a boa qualidade do pré-natal ao número de consultas realizadas, ao próprio fato de ele existir, e às informações que a mulher precisa dominar. Em verdade, não atribuíram nenhuma importância à necessidade de se ouvirem as dúvidas, os desejos e os sentimentos da gestante em relação àquele filho, assim como suas idéias seus planos e intenções no que tange à amamentação. Em sua formação acadêmica o conteúdo programático não contempla esses conteúdos, de uma maneira geral eles não estão incluídos. Emergiram também em muitas entrevistas, núcleos de sentido que apontavam para a necessidade de o profissional seguir normas e rotinas no âmbito assistencial.

E5Ae “Assistência pré-natal precisa ser melhorada temos quantidade, mas não temos qualidade, a média de três consultas é um número bem abaixo do recomendado”.

E6Az”ainda é muito deficiente, não tem normatização de como é prá fazer, deficiente em termos de exame, em termos de acompanhamento, não abrange toda a comunidade, eles fazem esse pré-natal até o parto a pré-parto e o aleitamento com palestras [...] , os exames não chegam prá todas, USG é muito pedida , tem cota liberada à vontade; positivo é que o pré-natal tivesse acompanhamento com o cartão da gestante.”

Em alguns dos depoimentos, foi evidenciada a falta de interação entre o profissional que assiste no pré-natal e a cliente, assim como entre ele e sua própria equipe:

E11Ae “na maioria dos postos, é uma coisa corrida, tem que ser medida a pressão arterial, a altura uterina, conversar sobre ansiedades da gravidez, sobre possibilidades de amamentação, o tipo de parto, tudo isso, deve ser colocado lá, numa consulta não é, estamos sentindo isso, no alto índice de prematuros, a falta de orientação, não chegam com seu cartão de pré-natal ou não está completo, não foi preenchido, vemos que número de consultas acontece, mas a qualidade não está boa, mas é mais a nível público, na clínica privada o profissional

parece ter mais tempo, e talvez maior... interesse talvez de fazer isso”.

E3Az”com relação ao pré-natal, ainda não existe uma interação um envolvimento a ponto de se tentar resolver os problemas, de se trabalhar em equipe, existe o Serviço, só não existe interação”.

Entretanto, raros profissionais incluíram a escuta das questões trazidas pela mulher como um fator importante para que ela tenha assistência integral, ou seja, que possam atendê-la em suas necessidades de ordem física e emocional.

E3At “porque a gente ouve a mulher nas suas queixas, nas suas ansiedades, a nossa consulta demora, tem que ver o indivíduo como um todo, não ver só a barriga da mulher, o exame clínico é importante examinar da cabeça aos pés, examinar a mama, mas o mais importante é ter um tempo de ouvir a mulher, suas ansiedades, suas queixas, suas expectativas”.

As falas revelaram também uma certa confusão conceitual no que concerne à assistência integral. Para muitos, a assistência integral é representada como sinônimo de atendimento multiprofissional, em que cada um deles trata de seu objeto específico. Sob essa ótica, os profissionais se desobrigariam a lidar com os condicionantes psico-afetivos e sócio-culturais que permeiam a amamentação.

E10Ae “positivo é ele conter, tudo que for necessário para atender àquela gestante, a parte de orientação, a nutrição, a psicóloga, dependendo da paciente ter o médico, a enfermeira do pré-natal, acho que de uma forma geral que atenda as necessidades, que todas gestantes tenham acesso a esse pré-natal”.

Em relação ao parto, Maldonado (1997) atenta para o fato de que ele *“pode ser considerado um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multideterminadas por inúmeras facetas do contexto sociocultural, da individualidade físico-psicológica da parturiente e do contexto assistencial”.* (p: 71)

Nesta perspectiva, não se poderia deixar de confirmar a repercussão da assistência prestada sobre o próprio desenrolar do parto (Langer, 1986; Videla, 1990; Soifer, 1992). O descontrole emocional da mulher e o terror com que muitas delas o vivenciam podem estar relacionados à frieza, à indiferença, à negligência e à impessoalidade dos profissionais que não as ouvem, não as acolhem e não as percebem como pessoas (Nakano, 1996; Silva, 1997; Cordeiro, 1998; Ramos, 2000). Caberia até indagar quem é o ator principal desta cena – a parturiente ou o profissional? As normas hospitalares e as atitudes dos profissionais favorecem a quem na assistência?

De alguma forma, mesmo que fragmentada, as falas dos entrevistados contemplam núcleos de sentido que vão ao encontro dos questionamentos formulados. Dentre os profissionais ouvidos, pode-se perceber que um pequeno grupo têm a exata percepção das tensões características que envolvem o pré-parto e parto e influenciam seu desenvolvimento, bem como da necessidade de apoio à mulher.

E2At “receber essa mulher de forma tranqüila, a equipe preparada para recebê-la, se ela vier com o marido, ou a mãe, a irmã, essa pessoa poder ficar com ela porque não é um momento fácil, é primigesta não tem experiência, precisa que dê apoio”.

E8At “muitas vezes o obstetra não tem tempo até porque a gente sabe que o médico infelizmente, não é preparado prá ter a abordagem afetiva dessa mãe, de ter como ele prever como ela vivenciou, como aquela gravidez existiu... então o médico não pára prá conversar[...]”.

Contudo, a maioria dos entrevistados apresentou concepções, em todos os segmentos da assistência, que privilegiavam os aspectos biológicos em detrimento dos sócio-culturais como o sintetizado pelo profissional na fala que segue.

E11Ae “Fundamental tanto no pré-parto como no parto é saber o máximo de informações dela em termos de doença, como foi a gravidez; a idade gestacional, isso ter no pré e no parto tudo na mão”.

Em uma rara oportunidade, foi possível localizar em uma das falas, um dos cuidados preconizados pelo Curso antecipando, assim, uma de suas proposições - nomear a mulher, individualizar o atendimento, estar próximo, dar apoio.

E9Ae “tem sido uma meta fundamental humanizar o parto e todo o atendimento a mulher. Do ponto de vista da assistência no pré-parto o fundamental é a paciência do profissional assistir uma parturiente, antes de tudo estar passando segurança prá mulher, é um processo que através da minha segurança, de estar lá com ela, posso reverter um parto cesárea prá normal, porque chegam com muito medo[...] então só em você estar lá assistindo, conversando, chamando ela pelo nome, assistida pela pediatra, o obstetra[...]”.

O parto, sem dúvida alguma, é vivido como um momento crítico pela mulher e sua família, por não apresentar o mesmo ritmo da gestação, por não ser previsível. No Serviço Público ele dificilmente ocorre com o mesmo médico que fez o pré-natal. Além de não se permitir a presença de familiares, este é um momento que gera ansiedade e insegurança: diante de sua proximidade não há como voltar atrás. Ramos (2000), confirma a necessidade de ajuda às mulheres neste momento especial, pois, em seu estudo, elas representaram o parto como difícil, solitário, para o qual não tiveram apoio e se sentiram despreparadas. Compreender os sentimentos experimentados pelas mulheres e que de um modo ou de outro vão exercer influência no estabelecimento da amamentação, se constitui em uma das tarefas mais comuns, porém não tão simples, com que os profissionais de saúde se deparam. A escuta cuidadosa e atenta do que a mulher tem a dizer emerge como um dos instrumentos essenciais no labor assistencial em amamentação.

Entretanto, como pode ser observado em inúmeros depoimentos, ou melhor, em sua grande maioria, as preocupações encontram-se centradas nas questões específicas da amamentação, em uma perspectiva cartesiana de continuidade ao que se

praticou no pré-natal. Há de se destacar os relatos das mulheres ouvidas por Ramos (2000) que de forma análoga, também vivenciaram um distanciamento entre as proposições do modelo assistencial e suas reais necessidades.

E4Az “fundamental realmente é a orientação, isso é básico que a mãe esteja pronta a amamentar. Dentro do pré-parto, o que é fundamental dentro da amamentação, é checar se ela absorveu os conteúdos passados no pré-natal”.

Sobre a proposta de mudança na assistência ao pré-parto e parto, muitos profissionais citaram a presença de um familiar ou de uma pessoa querida da gestante como importante para que esta ficasse mais tranqüila e tivesse o que denominaram de parto humanizado. Porém, estes sugeriram que os familiares deveriam ser preparados previamente, pois, do contrário, estas mesmas pessoas poderiam atrapalhar. Nessa perspectiva, Cordeiro (1998) acrescenta que: *“a reação contrária dos profissionais de saúde a esse tipo de proposição está baseada na alegação que estes procedimentos trariam constrangimentos à equipe, reduzindo a sua liberdade de atuação principalmente na sala de parto”.* (p:105)

E7Ae “a pessoa quer a família perto, complica porque se não tem estrutura prá acompanhar fica pior a situação dela, deveria ter um profissional que treinasse essa pessoa da família”.

Os dias que sucedem ao parto mostram-se para muitas mulheres como carregados de satisfação e alívio, mas também plenos de sentimentos confusos e, muitas vezes, contraditórios. As transformações de ordem física e psíquica são intensas. As dores, o sangramento e os desconfortos, tenha a mulher se submetido a um parto normal ou cesárea, estão sempre presentes. A atenção e cuidado antes voltados para a mulher, estão agora dirigidos principalmente para a criança, embora a mulher precise de apoio e cuidados, muitas vezes, até para iniciar o processo da amamentação.

Esse conhecimento sobre as flutuações de ordem física e emocional vividos pela mulher deveria se constituir em objeto de domínio do profissional em seu cotidiano assistencial. O quadro de instabilidade emocional, freqüente nesse período, a faz oscilar entre um comportamento de euforia e de depressão, sendo esta última inúmeras vezes associada ao choro e à sensibilidade intensos. As dúvidas e a insegurança da puérpera sobre sua capacidade de cuidar do bebê e, principalmente de amamentá-lo, são comuns neste cenário.

Maldonado (1997) acentua que: *“A prostração e a incapacidade de assumir a função materna têm também aspectos regressivos de identificação com o próprio bebê – a mãe solicita também, para si cuidados e atenção”*. (p:91)

Mais do que nunca, a presença de alguém para ouvi-la, entendê-la e apoiá-la reveste-se de fundamental importância, para que possa contatar esta nova realidade: o ser mãe, mesmo que não seja o primeiro filho, de maneira o menos conflituosa possível.

No entanto, a concepção da maioria dos profissionais ouvidos mostrou-se distante dessa perspectiva. Assim como o parto representou um novo momento do ciclo biológico que permeia a amamentação, o pós-parto, também assume a mesma conotação, representando uma espécie de prolongamento, em que a amamentação se materializa de fato. Sob esse prisma, é importante dar continuidade às ações de orientação à mulher segundo o relato dos entrevistados.

E5At “devagar você vai orientando, que no primeiro mês é assim, aos poucos ele recém nascido se adapta ao novo tipo de vida. A mãe vai aprendendo aos poucos, acho muito importante se pudéssemos orienta-la sobre amamentação, ser orientada que o leite nos primeiros dias [...] pode demorar um pouco prá ser suficiente prá neném”

Vale ressaltar que a idéia da empatia, a capacidade de se imaginar, de ver o mundo na perspectiva do outro, já foi assinalada por alguns profissionais, como uma habilidade importante na aproximação/comunicação com a mulher, antes do Curso.

E1Ae “Prá lidar com essas necessidades e com essas dificuldades é usar um pouco de empatia, se por no lugar dessas mães, pensar que os anseios que elas tem, a gente também pode apresentar, as dúvidas que tem, a gente também tem, [...] mas é muito difícil trabalhar com isso”

E9Ae “qualquer paciente, uma gestante precisando de nossos cuidados, sempre me coloco no lugar, fico passando isso prá toda a equipe não só de enfermagem, mas a médica, da psicologia etc..., então sempre falo atendo o outro como queria que me atendessem .”

A estreita relação entre o sucesso ou o insucesso da amamentação, as emoções e os sentimentos da mulher no puerpério e as atitudes das pessoas com as quais ela está envolvida, tem sido elencadas por muitos pesquisadores (Javorski, 1997; Ichisato, 1999; Souza, 1996; Silva, 1997; Silva, 1999; Machado, 1999; Ramos, 2000; Souza, 2000). Cabe destacar que alguns dos entrevistados também assinalaram essas mesmas questões em suas narrativas:

E7Ae “É um momento em que a mãe está se sentindo feia, esvaziada, cansada da gestação que passou, de toda a ansiedade de todo o medo, do parto, que às vezes foi sofrido, foi mais demorado do que outro, então é um momento em que precisa de atenção, de carinho de cuidados, e principalmente apoio”

E14Ae “Necessidade de atenção, de estar sendo ouvida, sendo assistida, da família estar perto, necessidade de carinho e... atenção! dificuldade de lidar com o neném principalmente a primigesta, dificuldade em andar, de trocar uma fralda [...]”

Ramos (2000), coloca com propriedade a questão referida nas falas anteriores quando mostra que alguns profissionais, embora percebam e reconheçam os

anseios da mulher neste período, não são capazes de romper com o modelo em vigor ao não conseguirem compatibilizar os determinantes biológicos e os condicionantes sociais presentes nesta etapa crítica e, ao mesmo tempo, plena de significados na vida da mulher.

As dificuldades das mulheres no puerpério principalmente no que tange a amamentação, foram apontadas como decorrentes do abandono e da solidão a que ficam relegadas nos serviços de saúde:

E2Az “A gente observa que as puérperas têm muitas dificuldades em dar conta do bebê sozinha, sem esse apoio tão importante de um familiar e um profissional de saúde, nas primeiras horas, ela, sentindo dor, sem informação, sem apoio insegura, vem outras complicações, às vezes [...] as dificuldades são consequência do abandono em que mulher e o bebê podem se encontrar”.

E3Az “não sei se é descaso, essa mãe fica muito só, a queixa que a gente ouve de puérpera é essa, por esse motivo vê a necessidade de melhorar, dos profissionais se envolverem mais”

O discurso promotor fica evidente nos depoimentos, nos quais foi possível perceber mais uma vez o foco dirigido para a criança:

E3Ae “a assistência fica... com relação à vida do bebê, alimentação da criança nos primeiros dias, meses, no puerpério, a gente tem que firmar bem, fortalecer né a alimentação adequada, a alimentação materna exclusiva, o leite materno exclusivo, com relação à mãe, tranquilizar e apoiar, assegurar essa mãe, prá que passe esse período sem problemas de saúde”.

A retórica da promoção traz mais uma vez de forma evidente, o apelo ao natural. A amamentação é regida pelas leis transcendentais e, como tal, se apresenta como instintiva e biológica. Nessa perspectiva, nada melhor do que evocar o comportamento natural dos mamíferos para normatizar o comportamento da mulher que amamenta (Almeida, 1999).

E4Ae “ver e avaliar também as dificuldades que ela está tendo, se está amamentando, [...] orientar, até aquela comparação de que a gata quando pari não tem como dar água e chá pros gatinhos, e todos crescem saudáveis, fazer essa comparação tentar entendê-la, ver o que está acontecendo, deixar ela falar”.

O assistir em amamentação no puerpério, por sua vez, revelou-se atrelado a um conjunto de saberes e práticas de domínio exclusivo dos profissionais de saúde. A possibilidade de a mulher fornecer conhecimentos e orientações sobre seus sentimentos e percepções, sobre sua própria realidade, não são sequer consideradas.

E4Az “no puerpério imediato é necessário frisar a importância dessa orientação na amamentação principalmente as primíparas, que o profissional de saúde detenha esse conhecimento em relação à amamentação, de como orientar a puérpera”.

E8Ae “O que vai determinar um bom puerpério é a equipe orientar as mães, evitar esforço, o banho do recém nascido, tem que passar muitas informações; elas são muito desinformadas, tudo consiste em orientação”.

Muitos profissionais revelaram perceber a assistência no alojamento como um momento de prestar informação e orientação às mães que, segundo os mesmos, muitas vezes terminam cometendo erros por não conseguir se comunicar de forma adequada com a equipe, alguns vislumbram que esta se deve também à dificuldade do próprio profissional no lidar com as questões situadas além da esfera biológica:

E6Az “dificuldade no alojamento, o próprio relacionamento dela com o profissional de saúde, de chegar, de conversar, às vezes ela tem medo até de conversar com a gente, de expor às dificuldades dela, porque o profissional atende mal, medo de ser mal atendida”.

E1Ae “Dentre as necessidades, receber a informação, e uma dificuldade que tem ao lidar com a gente, é de expor as dificuldades delas, tem

vergonha de dizer que não sabe permanece insistindo no mesmo erro, é a dificuldade de comunicação, isso pode ser falha até de nós mesmas, que não damos espaço para ela expor as dificuldades”.

A forma como os profissionais percebem e expressam o momento da alta hospitalar pode ser emblematicamente utilizada para sumarizar a visão que têm do assistir em amamentação. Sensibilizar e reforçar as orientações já repassadas se constitui no elemento chave para que a mulher assuma a condição de promover a saúde de seu filho.

E14Ae “preocupação é a mãe não saia sem a informação que deveria ter recebido no pré-natal e não recebeu, então nem que seja por 5 minutos, a gente fala” pelo amor de Deus, não dá mingau, vá vacinar a criança, não bota teia de aranha, café no umbigo vai infeccionar!”Dando informação rapidinho, tem 10 mães prá sair de alta, mas friso demais isso “não dá mingau, não dá farinha senão vai ter diarreia voltar não recém nascido, mas doente! olhe lá mãe, tome cuidado, ao invés de comprar leite prá criança compre prá você que está precisando prá produzir leite” então passar prá mãe, frisar que o leite que vai fazer bem prá criança é aquele leite ralo, que ela achou ralo, transparente, mas passar que é o melhor mesmo, mas nem sempre se consegue, canso de ver criança de um mês aqui de volta!”.

E12Ae “prá ter alta, tem que estar muito bem orientada em vários aspectos, imunização, o teste do pezinho, quanto à alimentação da mulher, com relação a ingesta hídrica é essencial orientá-la, a questão dos lóquios, quanto aos cuidados com a mama, a limpeza, a ordenha é importante e a própria orientação quanto à amamentação do bebê, são os tópicos principais”.

A maioria das falas evidenciou que o modelo assistencial pelo qual se pautam os profissionais entrevistados fundamenta-se na informação/orientação e supostamente na educação. Com a adoção dessas estratégias eles esperam dar suporte a

mulher nas questões relacionadas a amamentação em seus diferentes graus de complexidade. Contudo vale ressaltar que Ramos (2000), deparou com esse mesmo modelo assistencial em seu estudo no qual, ao dar voz às mulheres assistidas, estas revelaram ter recebido um atendimento frio, impessoal e incapaz de atender suas reais necessidades e dificuldades. O depoimento abaixo confirma este resultado. Além disso, a pesquisadora ressalta que os valores que compõem as vivências das mulheres, construídos a partir do senso comum, costumam se sobrepor aos novos valores oferecidos pelos profissionais relativos à amamentação tal como na fala abaixo:

E1Az “a mãe, vai sofrer a interferência da família, da cultura, sai despreparada e vai acreditar em mitos, prá nós são mitos, prá elas são fatos com isso promove o desmame, não dá importância prá vacinação... nós permitimos que saia do hospital, sem total informação absorvida, a alta é precoce, 2 dias não tem condições de aprender tudo o que precisa”.

No recorte desta fala mostra-se sintetizada a deficiência de acompanhamento após a alta na assistência à mulher no âmbito do Serviço Público.

E2At “O Serviço Público não dá a assistência, a atenção necessária, não sabe as condições de vida daquela mulher, muitas vezes prescreve medicamento, não sabe se ela vai comprar, não existe um “depois” em algumas Maternidades; o Sistema de Saúde como um todo não está preparado para acompanhar essa mulher depois da alta...”.

No que tange às expectativas dos entrevistados em relação ao Curso, o que esperavam encontrar, o que desejavam obter, a maioria se referiu à busca de conhecimento ou aprimoramento relativo às questões técnicas, no assistir em amamentação. Nessa perspectiva cabe assinalar o estudo de Silva (1999) quando observa que apesar do avanço no conhecimento da dimensão subjetiva da mulher em processo de amamentação, esses conhecimentos não têm exercido impacto esperado na assistência, assim como nos congressos e eventos ligados ao tema o interesse dos

participantes mostra-se muito mais voltado para assuntos relacionados à fisiologia da lactação e correlatos, considerados de maior valor científico. Tal posição confirma a colocação de Javorski (1997) quando assegura que no dia a dia da assistência, temas que envolvam conversar, apoiar, ouvir e discutir, as questões com a cliente, não são vistos como instrumentos de trabalho, e legitimados com valor científico; a fala que encerra este capítulo representa esta idéia:

E9Az”Pensei que fosse uma abordagem científica, não com a paciente, espero aprender mais, saber falar com a puérpera ou outra cliente dentro de uma linguagem que ela consiga me interpretar, me entender prá ela praticar o que eu tenho prá ensinar”.

10 – O Eco do Aconselhamento nos Profissionais.

O Curso de Aconselhamento foi delineado com a perspectiva de promover mudanças nas práticas assistenciais, através do estabelecimento de uma dinâmica de relação interpessoal entre o profissional de saúde e a mulher em processo de amamentação.

Para tanto, como pôde ser observado no capítulo cinco, buscou-se na Psicologia alguns dos referenciais teóricos de Carl Rogers (1977); Rogers (1992) que, por sua vez, evidenciam que a pessoa possui em potencial a capacidade de resolver por si mesma as dificuldades, desde que lhe seja proporcionada uma oportunidade e um clima adequados, ou seja, uma ajuda.

A base na crença dos aspectos positivos do ser humano funciona como um guia em uma matriz de aprendizagem, que contempla idéias e sentimentos para além do biológico. Assim, o Curso espera despertar no profissional a importância para o desenvolvimento de habilidades como o ouvir e entender a mulher, pré-condição para que a mesma seja capaz de desenvolver a confiança em si mesma, e tomar decisões em relação a uma situação apresentada.

Vale destacar que é nessa perspectiva que se insere a concepção de apoio à mulher em processo de amamentação, segundo os preceitos teóricos do aconselhamento.

Os profissionais foram levados a experimentar uma nova proposta, um novo modelo de condução da assistência, no qual a mulher figura como elemento central e, como tal, ao contrário do “*modus operandi*” do atual modelo, ela necessita ser ouvida ao invés de ouvir; as suas questões precisam ser entendidas por aqueles que a assistem e não ao contrário. Ela não precisa acatar verticalmente os ditames preditivos do êxito da amamentação. Ela precisa dar vazão as suas ansiedades e necessita de

espaço e amparo na construção do processo de confiança em quem a assiste e o que é mais importante, em si própria. Nesta forma de assistir não há espaço para conselhos, aulas, cobranças, questionamentos excessivos, relatos de experiências pessoais do conselheiro ou alternativas que responsabilizem a mulher pela saúde de seu filho.

Face ao exposto, foi lançado o desafio: compreender até que ponto a proposta de incorporar os princípios do aconselhamento no assistir em amamentação, tal qual formulada, é capaz de romper com a verticalidade e o reducionismo biológico que embasam o modelo assistencial vigente.

A análise do conteúdo das falas anteriores à realização dos Cursos permitiu evidenciar que os profissionais se mostraram voltados para a amamentação em si, como se esta fosse um objeto puro e independente ou uma categoria isolada, construída com atributos circunscritos no ideário higiênico e completamente descolados da matriz vivencial da mulher. O ser mãe para a maioria dos entrevistados resulta obrigatoriamente em um misto de prazer, sacrifício, resignação e renúncia, atributos exclusivos da verdadeira mulher, segundo os mesmos. Contudo, há de se destacar que esse ideal de maternidade propugnado na perspectiva teórica em muitas falas, não conseguiu ser praticado sequer por aqueles que o concebiam. Em resumo, a grande maioria dos profissionais revelou operar com um modelo tipicamente higienista, impermeável a quaisquer possibilidades de escuta da mulher em sua vivência cotidiana. Apenas um pequeno grupo, em função de dificuldades vivenciadas no decorrer da amamentação e de seus insucessos, ou até mesmo em função de uma maior sensibilização prévia, demonstrou disposição de operar com atenção para as questões subjetivas que permeiam o cotidiano feminino nesse momento. Para esse grupo, em particular, ficou evidente o hiato que se estabelece entre o discurso teórico e a prática

assistencial muito embora nenhum dos atores tenha sido capaz de formular alternativas para esse impasse.

A assistência desenvolvida no cotidiano hospitalar, relatada antes dos Cursos, trazia impressa a marca de sua ancoragem teórica. A postura verticalizada presente nas falas não deixa lugar para dúvidas: as mães tinham que aprender essa prática através de aulas, palestras informações e orientações de domínio exclusivo dos profissionais e que, portanto, só eles podiam ministrar. Esse modelo, à luz da literatura (Almeida, 1999; Silva, 1999) apresenta limites rígidos e não consegue ultrapassar as fronteiras da promoção, além de responsabilizar e culpabilizar a mãe pelos efeitos deletérios do desmame, mostrando-se incapaz de dimensionar adequadamente o significado do apoio e ajuda para a mulher que amamenta.

Em síntese, salvo um pequeno grupo que vivenciara dificuldades no processo de amamentação dos próprios filhos, assim também como aqueles que estavam previamente sensibilizados para a importância da escuta e compreensão das questões da mulher, os profissionais selecionados para participar do Curso revelaram uma concepção do assistir em amamentação absolutamente ancorada no modelo cartesiano que tem como características: o reducionismo biológico, uma vez que todas as questões se resolvem na dimensão do ciclo gravídico-puerperal; a ação verticalizada e impositiva do profissional como promotor da saúde da criança; a amamentação como um instrumento de combate da morbi-mortalidade infantil; a promoção de saúde através da informação e educação para transformar as práticas; e a concepção da mulher como um ser dócil e frágil a ser trazido para o centro da cena a fim de ser responsabilizada ou até mesmo culpabilizada pela saúde de seu filho.

Uma vez sumarizado o perfil dos participantes, cabe retornar ao âmago da questão. Até que ponto o Curso de Aconselhamento é capaz de sensibilizar

profissionais de saúde, para que estes, por sua vez, rompam com o paradigma que vem dando sustentação às suas práticas assistenciais?

Em uma primeira aproximação, cabe destacar o despertar de alguns profissionais, principalmente aqueles que apresentavam maior contundência quanto aos referenciais do modelo higienista, para as questões da mulher e todo seu entorno social.

E6Dt “O Curso acrescentou que não pode só ir jogando informações, [...] começar a ver a mulher com outros olhos, como um todo, ver a relação com o neném, a mama, é um conjunto, dar conforto para facilitar o aleitamento né, propagar essa humanização, como se fosse a meta de todos os profissionais, não ficar só com uma equipe, ser visto como um todo”.

E8De “veio acrescentar no pré-natal é a atenção que se deve dar a mulher antes só via o crescimento e desenvolvimento gestacional, a saúde da criança”.

Os princípios que norteiam a assistência em amamentação pautada pelos referenciais do aconselhamento, a exemplo da importância do desenvolvimento das habilidades de ouvir e entender a mulher, se fez presente entre muitos profissionais após o Curso.

E7Dt “Melhorou a abordagem da mãe, fazendo ter uma idéia global da mulher, se aproximar mais nesse momento também[...] conversar, demonstrar interesse, o aproximar da mãe, desenvolvendo as habilidades melhorou muito[...]”.

E10De “a primeira coisa a gente tem que saber ouvir, ouvir, entender observei primeiro a gente tem que ouvir toda uma história, ouvir mesmo, criar amizade, aquela empatia, só então observar qual é a dificuldade prá estar ajudando não impor, levando em consideração os hábitos daquela mãe[...] as condições em que mora, valorizar aquela mãe”.

Apesar de esta constatação ter sido levada a termo imediatamente após os Cursos e, por si só, não representar uma garantia de que serão implementadas mudanças efetivas nas práticas assistenciais utilizadas em seus locais de trabalho, não se pode

desconsiderar que esses profissionais se mostraram mais permeáveis às questões situadas para além da dimensão biológica. Em adição, cabe ressaltar que muitos deles apontaram para ganhos em sua percepção da mulher, aclarando questões que antes representavam verdadeiros pontos cegos.

E7De “O Curso acrescentou, fez com que repensasse toda a minha prática não só a postura, me ajudou principalmente no conhecimento teórico que não tinha[...]”.

E6Dt “eu tinha treinamento de aleitamento, mas era técnico, estava vendo somente a necessidade da criança, mas não atentava para outros detalhes, e prá saber tem que ter um bom embasamento até facilita prá você passar essa confiança prá mãe, alojamento tem que ser uma equipe só, [...] está unido, temos que ver a mãe e o recém nascido, o binômio mãe e filho”.

Os profissionais referem-se de modo expressivo acerca da mudança na abordagem da mulher, assinalando o aconselhamento como uma forma de ajuda, que atenta não apenas para o manejo clínico da lactação, mas para aspectos singulares, próprios da dimensão subjetiva da mulher.

E3Dt “no pré-natal, ao pré-parto, ao parto e puerpério citados na entrevista anterior considero importantes é aquilo mesmo, entretanto, o que favoreceu a minha participação no Curso, é a abordagem da mulher, é um ganho muito grande, absorvermos as habilidades, como lidar com a mulher que está angustiada precisando de apoio, o Curso, se baseia na palavra ajuda, o tempo todo a gente ouve a questão de ajudar”.

E5Dz “aconselhamento agora é mais que técnica, antes era mãe é isso, isso e isso, coloca seu neném assim, agora a gente vai tentar entender o que ela está sentindo, se é importante, se não é, vai tentar passar segurança, mostrar que é importante estar amamentando”.

E4Dt “o Curso de Aconselhamento acrescentou entender a amamentação num contexto sócio cultural, entendendo a mulher na sua amplitude, compreendendo os sentimentos que ela tem em relação a isso”.

No que tange às concepções sobre amamentação, emergiram nas falas, após o Curso, conteúdos não evidenciados anteriormente que indicam preocupações com a mulher segundo o postulado pelo Aconselhamento: não ser invasivo, tampouco impositivo, ouvir a mulher, não emitir juízo de valor, permitir que expresse suas reais necessidades e dificuldades, e ela mesma proponha alternativas de resolução, com o profissional atento e próximo possibilitando através do apoio uma tomada de decisão . Esses núcleos de sentido, apesar de não serem suficientes por si só para evidenciar uma nova tendência na concepção de amamentação, se prestam para tornar visível o surgimento de uma nova forma de pensar sobre a postura do profissional em relação à mulher/mãe que amamenta.

E1Dz “a gente vê o quanto era presunçosa, achando que a mãe está ali o dia inteiro precisando da ajuda, da sua mão, na amamentação, e você vê que ela é capaz, ela faz, só em mostrar que está atenta a ela, já quer te dar um retorno positivo, que é capaz de fazer”.

E13De “ouvir, a grande lição que a gente teve aqui é aprender a ouvir mais as pacientes, porque a gente fala muito mais do que ouve, a maioria, então a grande lição foi essa a gente saber ouvir, tentar fazer com que a paciente fale, que possa passar para você o que realmente a aflige, porque muitas vezes a gente não consegue detectar esse ponto”.

E6De “vejo a amamentação hoje com outros olhos, antes olhava e não via, [...] eu perguntava como vai a amamentação ela dizia tá tudo bom, ótimo e eu achava que já tinha feito a minha parte”.

E3Dz “[...] a gente fica numa ansiedade de dar um monte de informação, e, que ali, não chama a atenção dela, percebi isso quando fiquei do outro

lado, fazendo o papel de mãe, nas dramatizações a ansiedade que eu ficava enquanto a colega era profissional, me dando um monte de informações, e a minha dúvida era outra.”

A possibilidade de apreender as habilidades de ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio foi determinante para alertar os profissionais sobre sua própria postura e sensibilizá-los para a necessidade de promover transformações em sua prática.

Há de se destacar que a idéia de ouvir a mulher gerou uma grande surpresa e, por que não dizer, um visível desconforto, os olhos arregalados, um mexer impaciente com os pés, uma tosse insistente, dentre outras manifestações um tanto mais sutis permitindo-se evidenciar esse inequívoco desconforto vivido pela maioria dos integrantes dos Cursos. O ouvir com atenção e cuidado, a tentativa de procurar entender o que a mulher está tentando e precisa dizer, o penetrar no seu mundo e, a partir desta escuta, e só a partir dela, poder ajudar a mulher, em um primeiro momento fazendo eco às suas palavras, de fato, não se constitui em uma tarefa de fácil execução e, não costuma fazer parte do que o profissional de saúde considera incluído dentre suas atribuições... Além do que foi possível registrar através da observação participante, vale destacar a título de exemplo, o conteúdo de uma das entrevistas que assinala esta surpresa representada pela dificuldade do profissional em aceitar e aplicar as habilidades propostas pelo Curso.

E13De “O que foi mais positivo no Curso é justamente essa mensagem que ele trás de você rever sua posição como profissional em relação ao paciente[...] o que dificultou um pouquinho, principalmente quando da primeira vez você é colocado diante, você começa a ver essas habilidades, foi uma coisa que incomoda, incomodou todo mundo, fez todo mundo parar prá pensar e quando você vai colocar em prática, você tem que rever a sua postura, a sua fala, a sua visão

do paciente, até a forma de você olhar, a sua expressão, então isso incomoda muito”.

Em todos os Cursos foi possível observar que uma parte dos profissionais, particularmente dentre aqueles que externaram o seu desconforto frente à proposta de forma mais evidente, não incorporou os preceitos teórico-metodológicos propugnados pelo Curso de Aconselhamento. Após sua realização, embora pudessem relatar com exatidão as habilidades que compõem o eixo central da nova proposta, mantiveram suas antigas concepções inabaladas, revelando que o sucesso da amamentação depende da revisão das rotinas hospitalares e da instituição de um sólido programa de informação e orientação à cliente. Esses núcleos de sentido apontam para o que Filgueiras & Deslandes (1999:123) assinalaram em seu estudo sobre a prática de Aconselhamento como uma relação educativa diferenciada onde o conteúdo informativo não se perde em discursos generalizantes e impessoais; devendo ser apreendido na medida que se traduz em reflexões voltadas para a tomada de decisões e atitudes situadas no contexto dos sentimentos e das vivências da pessoa assistida. Em seus resultados foi detectada uma certa confusão entre o verdadeiro Aconselhamento, que não se realizava plenamente, e outras práticas de orientação, ou seja, palestras e conselhos no sentido do seguimento de normas e rotinas direcionadoras de condutas, ou até mesmo o mero repasse de informação que mostrou-se distante da perspectiva de uma verdadeira escuta, semelhante ao que foi identificado nos núcleos de sentido abaixo .

E2De “no pré-natal quero colocar em prática a questão do retorno, dela voltar mais vezes comigo, até prá que possa na medida que vai retornando, vou repassando as informações, uma consulta só a gente quer descarregar muita informação em cima da gestante”.

E1De “no pré-natal o que ele acrescentou, nós temos que rever constantemente nossas rotinas, rever muita coisa para humanizar esse Serviço”.

Diante do conteúdo de inúmeras falas, vale retornar às bases teóricas do Aconselhamento. O conselheiro deve aceitar e compreender o que a pessoa tem a dizer, transmitir a ela essa compreensão, permitindo que ouça na fala do conselheiro, podendo refletir sobre o conteúdo emocional do que disse, sem o estabelecimento de nenhum juízo de valor (Rogers, 1977; Rogers, 1992). Ele chama atenção para o fato de que aqueles que vêem os seres humanos como objetos que podem ser manipulados e dirigidos não estarão confortáveis no exercício do Aconselhamento não diretivo ou centrado na pessoa do cliente. Assim, indivíduos com personalidade autoritária e impositiva, não partidários da filosofia democrática que rege as relações humanas, não conseguem assumir o pressuposto básico para desempenhar o papel de instrutor e de conselheiro.

Dentre as novas oportunidades geradas pelo Curso, a mudança de postura de alguns participantes também merece destaque: de invasiva, verticalizada e impositiva para uma atitude mais atenta e aberta às possibilidades de que a própria mulher se expresse, externando seus sentimentos, valores, razões e conhecimentos para, a partir daí, tomar as decisões necessárias, tal qual preconiza o modelo teórico proposto pelo Aconselhamento. Mais do que isso é possível afirmar que, muitos dos profissionais no decorrer do Curso, mostraram-se sensibilizados para um novo olhar direcionado à pessoa da mulher, podendo percebê-la em toda a sua amplitude como também refletiram sobre sua prática assistencial.

EIDz “tinha vício de chegar no alojamento a primeira pergunta era “como está o aleitamento”? Como o neném ta mamando? Aí ia mudando, segura embaixo, pega na bundinha do bebê, faz abrir bem a boca, interferindo em tudo, a mãe coitada, devia dar graças a Deus quando saísse de perto, dizia tanta coisa errada nela em 1 minuto só, agora isso vai ser

mais policiado, não vou mais com essa abordagem, foi fantástico acredito vai contribuir muito prá que consiga um retorno melhor com essa mãe, promover melhor o aleitamento. Modificou a minha postura, entendeu? dava muita informação, a ansiedade era provar que conhecia o assunto, fazer com que acreditasse pelo domínio do assunto”.

E8Dz “o profissional, tem idéia que sabe tudo, e o paciente, o familiar envolvido não sabe nada está ali prá ser orientado[...] não tem né, experiência, isso a AS nunca ignora, mas o dia a dia, a convivência com outros profissionais vai te tornando muito diretivo e, em determinadas situações, acaba numa[...] fazendo aquele papel, até ouve, até escuta depois que ouviu... na verdade aí orienta o que sabe prá aquela pessoa fazer, lógico tem a questão de estar ouvindo e informa segundo as necessidades da pessoa, mas de forma diretiva e não é aquilo que ela está precisando no momento”.

O Curso também operou algumas mudanças em relação à postura impositiva e autoritária do profissional frente à mulher e ao seu vício em insistir na emissão de juízo de valor sobre as percepções da mesma.

E14De “Acrescentou com relação às habilidades, muita coisa que já orientava, mas orientava no sentido de julgar o que estava errado e mandar ela fazer, sem questionar aceitar a opinião dela”.

E2Dz “alguma coisa mudou. É... aprendi que muitas vezes não me dirigia da forma correta... a minha cliente julgava, não elogiava, a reprimia, induzia a conversa, ficou claro que tenho tendência a postura dominadora superior... e não buscava entender, compreender, ouvir a minha cliente, o Curso me ajudou a perceber”.

Apesar da evidente apreensão da idéia de ouvir, entender e aprender com a própria mãe, na prática clínica ocorreram dificuldades em relação a essa habilidade e, alguns participantes, enfrentaram problemas, pois, a mesma implica uma escuta atenta sensível e cuidadosa, além da real disposição e disponibilidade para tal e, há de se admitir, que nem todos apresentam essas características. Além disto, alguns

profissionais apontaram para um certo descompasso conceitual entre a proposta do Aconselhamento que dá voz à mulher e a postura institucional impositiva da IHAC, estabelecendo normas e rotinas a serem cumpridas por ela, sem adotar a mesma abordagem compreensiva do Aconselhamento.

E8Dt”acrescentou muita coisa, ver que a mentalidade das pessoas mudou em relação a postura do profissional que se tornou conselheiro, não é como as mães diziam:”eles mandam que eu amamente”, acrescentou ver que isso mudou na cabeça das pessoas, que o Ministério reformulou essa idéia de imposição”

Vale destacar ainda que, dentre *as habilidades de ouvir e aprender*, o uso da empatia é muito focalizado. Compreender esse conceito, um dos pilares do aconselhamento, constituiu-se em uma das maiores dificuldades dos alunos, como também assinalou Leite (2000:67) em seu estudo: *“o desenvolvimento da empatia por parte do profissional de saúde que trabalha na assistência em aleitamento materno não é uma tarefa fácil”*. A fala seguinte representa essa dificuldade e, muitas vezes, a impossibilidade de o profissional abdicar do referencial biológico com que opera, mostrando-se deste modo impermeável à compreensão de um novo instrumento de ajuda humana.

E1Dt “essa questão fala em torno da empatia, o que a gente sentiria, o que a gente poderia fazer prá melhorar se colocasse na situação dela e acredito que passemos a nos sensibilizar mais por esse lado da história clínica, antes, pela pressa deixava de lado, mas a gente vê que tem que melhorar muito esse atendimento a mulher”.

A empatia é um dos preceitos básicos do Aconselhamento, sendo uma concepção de Rogers (1977), quando postula e acentua que:

“o ser empático implica em aperceber-se com precisão do quadro de referências interno de outra

peessoa, juntamente com seus componentes emocionais e os significados a ele atribuídos, como se fosse a própria pessoa, mas sem perder jamais a condição de “como se”. (p: 72)

Entretanto, como contraponto ao primeiro depoimento que se refere à empatia, outro profissional pôde representar essa apreensão e utilizá-la não só na fala, mas na demonstração inequívoca da compreensão do conceito.

E1De “o Curso acrescentou muito enquanto profissional, me deu suporte, não só na temática, também em outras, na medida que a gente usa da empatia aprende mais a ouvir, a observar, a respeitar o posicionamento de outras pessoas”.

O entendimento de um dos objetivos do Curso (OMS/UNICEF,1997:3-b) de que todos os trabalhadores de saúde “*podem ajudar as mães e crianças a amamentar com sucesso*”, ou seja, não importando a categoria profissional, todos, se habilitados, podem prestar ajuda à mulher em processo de amamentação, suscitou polêmica e percepções distintas.

E8Dz “coisas colocadas nas aulas[...] do Manual não concordo, ex: situações como ajudar a mãe com pouco leite, que não está amamentando, passo a passo o que fazer, não compete a mim AS fazer vai ser da competência do médico, do enfermeiro, no sentido do conhecimento, porque como vou estar orientando uma coisa que não domino que tenho dúvidas e se entro nessa de seguindo o manual “ipsi literis” o que está escrito ali, posso me complicar profissionalmente, fazer um mau atendimento e orientar errado, então ter cuidado nesse sentido, é sugestão o Manual poderia, já que é feito prá vários países, várias realidades, mas nas aulas, quando se colocasse a realidade da região, [...] falar nossa realidade é essa, essa e essa...”.

E4Dt “importante também capacitar todos os profissionais que trabalham a assistência, prá ficarem uniformes quanto ao procedimento e orientação dada a mãe e família que vai visitar, o pessoal do Programa de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde, os da área

administrativa que[...] influenciam a área técnica da Instituição...”.

E5Dt “porque isso aí não deixa de ser um atendimento multidisciplinar, tem que ser, não dá pra só um ou outro dar esse atendimento porque fica incompleto, a gente não tem essa capacidade de abranger todas as questões relacionadas ao ser humano por mais que se esforce”.

Os profissionais que desejassem discorrer sobre a metodologia podiam fazê-lo. De um modo geral, consideraram o Curso cansativo. Este cansaço e, se pode dizer, a quase exaustão provocada pelo treinamento, foi referida por Rogers (1992) em relação ao Aconselhamento como uma intensa experiência de trabalho. Um outro grupo, o dos conselheiros, considerou a metodologia adequada para aqueles que participaram do treinamento como instrutores, nas duas semanas. Muitos profissionais apontaram para a necessidade da ampliação do tempo destinado à prática clínica, diante do ineditismo da proposta e de sua importância para o assistir em amamentação.

E2De “o Curso é muito positivo[...] apesar de ser cansativo, o negativo é essa questão mesmo do tempo teve dias que a gente ficou 10, talvez 12 horas ali dentro, então acho cansativo, acho que pode aproveitar mais e melhor o tempo”.

E7Dz “é muita informação tem que absorver em pouco tempo, a prática não fosse a limitação de tempo se estenderia, talvez ajudasse na prática, é tudo muito corrido, então fica massacrante, mas mesmo assim válido”.

E3De “pouco tempo, em vista a mudança que ocorre na prática, o tempo destinado às habilidades, a gente percebe que até o segundo, [...] terceiro dia tem resistência, não é resistência, é dificuldade em aplicar, de forma adequada as habilidades, talvez um período maior na prática poderia sair com as habilidades mais firmes, sedimentadas”.

E12De “Quanto ao conteúdo teórico achei muito bom pela especificidade do assunto e enriquecimento do tema, porém se tornou cansativo,

pela questão dos palestrantes também estarem sendo orientados no momento, achei muito corrido, extenso o que faz com que a gente fique cansada e às vezes improdutiva, se fosse feito, dia sim/não se aproveitaria mais, uma semana dá sensação de lavagem cerebral”.

E7De “Quanto à metodologia do Curso, é boa pra quem vai ser treinador, faz as duas semanas, tem oportunidade de estar mais tempo com as instrutoras que vieram, é bom cada um estar falando um pouquinho você vê várias pessoas, várias formas de se posicionar[...]”.

No entanto, alguns profissionais viram a idéia do Curso como importante, muito válida, mas a postura de alguns instrutores foi considerada autoritária e impositiva. Esta foi uma flagrante contradição que emergiu nas falas, e que se opõe aos próprios princípios do Aconselhamento.

E7Dt “a idéia que tenho de aprendizado né, [...] não é só vim uma pessoa na frente, falar, falar, falar, porque todo mundo tem seus conhecimentos, até o inconsciente coletivo né, ou viu alguém comentar, ou leu numa revista, assistiu na TV, escutou no rádio, então toda mulher tem algum conhecimento, nem que seja instintivo né, gostaria do Curso que se modificasse nesse sentido, eu acho que tinha que ter um tempo bem maior pra gente discutir”.

E6Dz “os instrutores, às vezes pegam pesado! Se falam pra nós profissionais de saúde como deve abordar a paciente, tenho a sensação de que estão dando ordens, não passando conhecimento e sim ordem; não aceitam o que o profissional pensa na hora de dar opinião”.

E2Dt “Em relação à metodologia, quando foi pensada, foi pra atender a questão de como aconselhar contamos com aulas expositivas, [...] mais participação da clientela, é fundamental, se vamos fazer aconselhamento e precisamos ouvir a mulher, também precisamos ouvir o público que está assistindo; mas o Curso foi muito válido”.

As críticas à rigidez no uso do Manual, e aos equívocos de tradução, bem como a necessidade de atualização de todo o material didático utilizado, também emergiram nas falas dos entrevistados. Foram sugeridas revisões em todo o material.

E2Dt “transparências muito monótonas, e aulas expositivas também monótonas, fazem as pessoas sentirem sono, essas aulas tem que ser revistas, ser mais dinamizadas[...]. Eu acho que esse Curso é muito válido”.

E8Dz “crítica em relação ao Manual, e a postura dos profissionais, que as pessoas não se sentissem tão acuadas, não sei quem orientou[...], mas rigidez não deve funcionar, muita menos num treinamento, rigidez de horário, tudo bem, mas determinadas posturas, e percebi que não é uma coisa só do profissional não, parecia ser uma orientação de cima prá baixo que tem que ser seguida, quantos instrutores, vários terem a mesma postura, aquela postura rígida será que é bom, quando está dando um treinamento? está querendo melhorar a qualidade do atendimento, humanizar o Serviço, então de repente recebe aquela postura autoritária, o que não vai fazer no Serviço?”

Muitos observaram o conteúdo teórico como excessivo e o prático como mínimo. Entretanto, foi também objeto de críticas a atuação dos instrutores ainda em fase de formação; assim como o uso da clientela do Serviço Público para a aprendizagem e o treinamento do profissional de saúde.

E13De “parte teórica na medida, a parte prática poderia ser mais extensa e que percebi foi que os instrutores também tinham pouca prática, então se a nossa avaliação da prática fosse feita por pessoas mais experientes, talvez tivesse mais a acrescentar, o Curso é pesado na carga horária”.

E14De “metodologia achei excelente, apesar de ter a questão das pessoas que estão passando prá gente não serem pessoas mais práticas no assunto, serem também pessoas que acabaram de aprender”.

E4Dt “uma coisa que sempre me constrange, não é só nesse Curso, é que a gente só aprende essas coisas com o povo que está na Enfermaria”.

Emergiu com frequência a reivindicação de mais práticas de habilidades de Aconselhamento e menos teoria, pois, segundo o critério de inclusão no Curso, os participantes são profissionais que têm ampla prática assistencial em amamentação, do que se pode inferir que todos, senão a maioria, já conheciam a parte teórico/técnica da amamentação. Essas representações, presentes em inúmeras falas, revelaram-se opostas aos resultados encontrados no estudo de Rea & Venâncio (1999), no qual as maiores dificuldades apontadas foram à incorporação das habilidades de como colher a história da amamentação e a avaliação do posicionamento e pega e os itens mais facilmente incorporados os relacionados às habilidades de aconselhamento.

E1Dz “ter um tempo maior de práticas, achei muito corrida, muito curtas, é onde tem a oportunidade de praticar, o Curso é muito extenso, cansativo, deveria ser prorrogado por tempo maior, ter período mais curto de aula, porque, aquelas que já conhece, não vão acrescentar do ponto de vista científico, acaba desmotivada, tinha que ser revista prá ganhar tempo, prá prática, desenvolver as habilidades, ouvir, aprender”.

E7De “Sugestões, mais prática clínica, mais prática real, mais entrevistas [...]”.

Muitos profissionais reivindicam um maior embasamento teórico no que tange aos referenciais de sustentação dos princípios do Aconselhamento, no campo de domínio da Psicologia. Nessa perspectiva há de se concordar com a sugestão, uma vez que, através da observação participante realizada em tempo integral no decorrer do Curso, bem como da análise de todo o material, pode-se perceber a necessidade de serem explicitados os referenciais teóricos do Aconselhamento, que embora sustentados por uma literatura consistente, tal como também assinalou Leite (2000), não mostram em nenhum momento uma clara definição. Seu conhecimento poderia ser de grande

valor para os instrutores ou mesmo os conselheiros interessados em um maior aprofundamento sobre o tema. No referencial bibliográfico apresentado (OMS/UNICEF,1997-c), a única indicação específica sobre Aconselhamento não está mais sendo editada.

E7Dt “gostaria que no Curso tivesse abordagem com relação a aspectos psicológicos da puérpera, que a gente vai se deparar no dia a dia, e que tem uma dificuldade imensa!”.

E1De “No conteúdo programático deste Curso, faltou o suporte do apoio psicológico, de Psicologia, na medida em que trabalhamos o ouvir o aprender, precisa de fundamentação”.

A análise do conteúdo das falas permitiu identificar como os princípios do Aconselhamento aplicados no assistir em amamentação ecoaram nos profissionais que participaram dos Cursos promovidos pelo Ministério da Saúde. Dentre os aspectos de maior relevo e que merecem destaque, vale pontuar:

- A grande maioria dos profissionais selecionados para participar dos Cursos operava, antes de sua participação, com um modelo de assistência fundamentado em princípios tipicamente higienistas fruto de uma formação acadêmica tradicional onde são intensamente valorizados os determinantes biológicos em detrimento dos sócio-culturais, sendo esta posição reforçada pelas políticas públicas que lhes dá sustentação.
- Em decorrência de vivências com o processo de amamentação e de sensibilização já existente, apenas um pequeno grupo dentre os selecionados se mostrou previamente atento às questões subjetivas e singulares da mulher assistida.

- A maior parte dos profissionais que apresentou maior contundência quanto aos referenciais do modelo higienista revelou um despertar para as questões da mulher em seu entorno social o que demonstra ser o Curso válido principalmente quando o foco está centrado na possibilidade da sensibilização.
- Alguns profissionais incorporaram de forma evidente em seus discursos os princípios que embasam o Aconselhamento. Muitos deles apontaram, inclusive, para o que identificaram como ganhos em suas novas formas de perceber o assistir a mulher em amamentação. Sem querer superestimar essa constatação, é ao menos razoável inferir que se trata de uma oportunidade embrionária e reflexiva de uma nova forma de pensar sobre sua postura profissional.
- O ouvir a mulher transformou-se em objeto de surpresa e desconforto para muitos profissionais. Dentre eles incluíam-se os que apesar de mimetizarem as questões do Curso, mantiveram inalteradas suas concepções em relação ao assistir em amamentação. Estes apresentavam características comportamentais incompatíveis com o perfil do conselheiro e, portanto, não deveriam ter sido incluídos no processo de seleção dos candidatos. Esta pode ser apontada como uma importante falha na operacionalização do Curso, que trabalha com critérios de inclusão que exigem baixa especificidade no perfil dos indicados pelas Secretarias de Estado de Saúde.
- Uma vez que o referencial teórico oferece a oportunidade de evidenciar características comportamentais incompatíveis com o desempenho da função de instrutor ou de conselheiro, essas deveriam ser trazidas a relevo e consideradas como um dos critérios no processo de seleção dos profissionais para participação no Curso, particularmente quando se tratar de pessoas que deverão ser treinadas para atuar como futuros multiplicadores do modelo proposto.

- Mostra-se indispensável, diante desta constatação, explicitar as características básicas presentes nos profissionais que, preferencialmente, poderiam ser incluídos no treinamento, principalmente o instrutor, haja vista o fato que este funcionará a um só tempo como modelo e multiplicador ao replicar o treinamento para futuros conselheiros. Nesta perspectiva o conselheiro eficiente mantém respeito e confiança nas possibilidades da cliente resolver suas dificuldades, proporcionando um clima adequado para ajudá-la na tomada de decisão. Ele procura compreender os sentimentos e as vivências expressas pela mulher, sem impor julgamento de valor. Os conselheiros eficientes têm conhecimentos específicos que serão de especial valor para as pessoas a quem tentam ajudar; são contemporâneos e têm uma visão global dos acontecimentos humanos, assim como inspiram sentimentos de confiança, credibilidade e segurança. Ele tem uma postura democrática, ou seja, não autoritária nas relações humanas e a convicção e crença otimista nos seus aspectos positivos. Em síntese, a postura do conselheiro eficiente, deve contemplar três aspectos básicos: a compreensão, a aceitação e a capacidade de comunicação. Neste sentido é recomendável que o perfil do instrutor seja melhor considerado no processo seletivo.
- A reflexão e crítica sobre a postura inicial verticalizada e impositiva para uma atitude mais atenta em relação à oportunidade de expressão da mulher, foi uma das marcas identificadas nesta visível sensibilização ocorrida com os profissionais.
- A rigidez no uso do Manual e a postura impositiva adotada por alguns treinadores, em muitos momentos, foram consideradas paradoxais, pois, enquanto se apregoava uma prática na relação com o cliente, operava-se com

outra ao ensinar o profissional. Ou seja, algo como demonstrar uma postura flexível frente à mulher, mas, assumindo uma postura vertical e impermeável com o aluno na condução do Curso.

- Os resultados deste estudo falam em favor da necessidade de treinamento dos profissionais de nível médio, porém realizado exclusivamente para eles, que decerto poderiam obter um melhor aproveitamento não só em relação ao conteúdo teórico/técnico como também nas práticas de Aconselhamento, o conteúdo das entrevistas e principalmente a observação participante possibilitaram essa afirmação.
- Uma das constatações capazes de evidenciar as mudanças oportunizadas pelo Curso diz respeito ao próprio senso crítico dos participantes em relação às formulações da política estatal para a área. Nessa perspectiva, foi apontado o descompasso conceitual entre as concepções do Aconselhamento em Amamentação - que dá voz à mulher e respeita suas questões singulares/subjetivas e a postura impositiva da IHAC - que estabelece normas rígidas a serem cumpridas por ela e até pela equipe de saúde, sem o direito de questionamentos ou desvios, desconsiderando-se por completo a abordagem compreensiva que embasa a Iniciativa. Sob esse enfoque, e a partir dessas constatações, não se poderia implementar outro direcionamento na estratégia de treinamento da IHAC, no sentido da adoção dos princípios do Aconselhamento na assistência à mulher em processo de amamentação?
- Um quesito que merece ser pontuado, para que todo esse esforço em prol de uma assistência de qualidade não ocorra em vão, e se possa obter um melhor aproveitamento do Aconselhamento em Amamentação, está relacionado à possibilidade de uma educação continuada ou mesmo à garantia de supervisão e

apoio regulares a esses profissionais treinados, à semelhança do que também apontaram Filgueiras & Deslandes (1999).

Apesar de todas as limitações possíveis de serem enumeradas na proposta em foco, não há como negar os avanços que ela representa no cenário das Políticas Públicas em Amamentação.

Em duas décadas de trabalho, desde a concepção do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1982, esta foi a primeira oportunidade em que se registra o movimento de um novo caminho, o de uma abordagem compreensiva da mulher, no labor assistencial em amamentação, no bojo da política estatal.

Vale lembrar que a década de 80 foi marcada por uma importante mobilização social em favor da amamentação, observando-se, sobretudo, o modelo promotor, a preocupação mais voltada para a difusão das informações relativas aos benefícios decorrentes da amamentação. O modelo promotor desenhado pela Medicina Higienista foi adotado como referencial e, a partir de então, buscou-se reverter o desmame precoce centrando o foco sobre a mulher, que deveria ser informada e educada, para transformar essa realidade.

No início dos anos 90, surgiu uma nova oportunidade no cenário estatal para se trabalhar a amamentação - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Esse novo modelo trouxe em sua concepção a preocupação de introduzir dois novos elementos na formulação das políticas públicas: a proteção e o apoio à amamentação, que, a partir de então, passaram a figurar lado a lado com a estratégia de promoção.

Dentre os estudos sobre a IHAC, surgiram trabalhos que apontam para as limitações do modelo, particularmente no que concerne ao desenvolvimento do apoio à mulher em processo de amamentação. Estes trabalhos apontaram para um questionamento acerca de qual seja o real significado do apoio preconizado. Assim,

cabe ressaltar que é nesta lacuna que se insere a proposta de aplicar os princípios do Aconselhamento ao Assistir em Amamentação.

Longe de acreditar que todas as questões, que há mais de duas décadas se avolumam, estão sendo resolvidas, não se pode perder de vista o significado desta iniciativa para a ruptura das amarras que o modelo assistencial vigente mantém, com a perspectiva verticalizada e impositiva do movimento higienista do século XVIII.

12 – Referências Bibliográficas

- ADESSE, L., 1994. *Amamentação: Esse Ato Contraditório*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança. Rio de Janeiro. Instituto Fernandes Figueira. FIOCRUZ.
- ARIÈS, P., 1981. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- ALMEIDA, J. A. G., 1999. “*Amamentação: Um Híbrido Natureza - Cultura*”. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- ARANTES, CI. S., 1991. *O Fenômeno Amamentação. Uma Proposta Compreensiva*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- ARAÚJO, L. D. S., 1997. *Querer/Poder Amamentar, uma questão de representação?* Paraná. Editora Universidade Estadual de Londrina. UEL
- BADINTER, E., 1985. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- BARDIN, L., 1977. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BORGES, S. M.N., 1991. *Propostas Para Uma Relação: _ Profissionais de Saúde e Mulheres*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, número 7 (2) abril/junho.
- BRASIL, MS 1984 (a). *Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança*. Ministério da Saúde (a). Brasília.
- BRASIL, MS 1984 (b). *Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher*. Ministério da Saúde (b). Brasília.
- BRASIL, MS 1984 (c). *Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame* INAMPS. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Brasília.

- BRASIL, MS 1998 (a). *O que é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. Ministério da Saúde. Brasília
- BRASIL, MS 1998(b). *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* [Resolução 106/96 do Conselho Nacional de Saúde] Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz
- BRASIL, MS 1991. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno* Ministério da Saúde. Brasília.
- BRASIL, MS 1999(a). *Norma Brasileira para Comercialização de Produtos para Lactentes*. 4ª Edição. Ministério da Saúde. Brasília.
- BRASIL, MS 1999(b). *Informe Saúde*. Ano 3. Número 30, Outubro. Brasília. Ministério da Saúde.
- BRASIL, MS 2000. *Informe Saúde*. Ano 4. Número 69, Julho. Brasília. Ministério da Saúde.
- BRAZELTON, B. T., 1988. *O Desenvolvimento do apego: uma família em Formação*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- CAPRARA, A & FRANCO, A. L. S., 1999. *A Relação paciente- médico: para uma humanização da prática médica*. Cadernos de Saúde Pública, 15 b(3):647-654, jul-set 1999. Rio de Janeiro.
- CAVALCANTE, F. L. M., 1982 *Conhecimentos, Atitudes e Práticas do Pessoal de Saúde Sobre o Aleitamento Materno*. Tese de Doutorado em Saúde Pública. São Paulo. USP.
- CHODOROW, N.,1990. *Psicanálise da Maternidade Uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos.
- CORDEIRO, D.M.B.,1998. *Parirás na Dor: Verbo ou Construção Ideológica? A Mulher em Parturição e suas Necessidades de Assistência: Estudo das Representações Sociais de Médicos e Profissionais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança. Rio de Janeiro. Instituto Fernandes Figueira. FIOCRUZ.
- COSTA, J. F., 1989. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Editora Graal.

- DESLANDES, S, F, 1997. *Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 13 (1): 103-107., janeiro – março.
- DONZELOT. J, 1986. *A Polícia das Famílias*, Rio de Janeiro: Editora Graal.
- FERREIRA, A.B.H. 1986. *Novo Dicionário*. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira.
- FILGUEIRAS, S. L. & DESLANDES, S. F., 1999. *Avaliação das ações de Aconselhamento: análise de uma perspectiva centrada na pessoa*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública 15(Sup. 2):121-131.
- GOUVÊA, L.C.1993. *Dosagem de Cálcio, Fósforo e Magnésio no Colostro de Mães Adolescentes, provenientes de dois Serviços Obstétricos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo. Escola Paulista de Medicina.
- HAGUETE, T. M. F. 1992. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Rio de Janeiro. Editora Vozes.
- ICHISATO., S, M, T,1999. *LACTOGOGOS E A MULHER LACTANTE*. Dissertação de Mestrado. São Paulo. Universidade de São Paulo.
- JAVORSKI, M, 1997. *Os Significados do Aleitamento Materno para Mães de Prematuros em Cuidados Canguru*. Dissertação de Mestrado de Enfermagem. São Paulo. Universidade de São Paulo.
- JELLIFFE.,D.B & JELLIFFE.E.F.P.,1978. *Human Milk in the Modern World*.Oxford. England. Oxford University Press.
- KATZ,R.A., 1999. *Adolescentes e Maternidade: um Destino, um Problema, uma Escolha?* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ.
- KLAUSS, H.M.; KENNEL, H.J. 1993. *Pais e Bebês. A formação do Apego* Porto Alegre. Editora Artes Médicas.
- KING, F. S.,1998. *Como Ajudar as Mães a Amamentar*. Brasília. Ministério da Saúde.

- LANGER, M. 1996. *Maternidade e Sexo*.
Porto Alegre. Editora Artes Médicas.
- LEITE, A. M., 2000. *Aconselhamento em Amamentação na Perspectiva da Comunicação Humana*. São Paulo. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. São Paulo. Universidade de São Paulo.
- MACHADO, M, M, T., 1999. “*A Conquista da Amamentação: O Olhar da Mulher*”. Fortaleza. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará.
- MALDONADO, M. T, 1997. *Psicologia da Gravidez*. São Paulo. Editora Saraiva.
- MANNONI, M., 1986. *De Um Impossível a Outro*.
Rio de Janeiro. Editora Zahar.
- MARTINS FILHO, F. 1987. *Como e Porque Amamentar*.
São Paulo. Editora Sarvier.
- MINAYO, M. C. S, 1992. *O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora J. Hucitec/Abrasco.
- MINAYO, M. C. S. & SANCHES, S. 1993. *O Qualitativo Quantitativo: Oposição ou Complementaridade?* Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9(3):239-262.
- MINAYO, M.C.S. et al 1999. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*.
Petrópolis. Editora Vozes.
- MONTEIRO, C. A., 2000. *O Nutricionista e a Amamentação, Formação e Docência Para Uma Prática Profissional*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança. Rio de Janeiro. Instituto Fernandes Figueira. FIOCRUZ.
- MOREIRA, M. T.M, 1993. *Maternidade*. São Paulo. Editora Brasiliense
- MOREIRA, M. T.M, 1998. *Maternidade: Que Delícia, Que Sufoco!*
Rio de Janeiro. Editora Objetiva

- MURARO, R. M, 2000. *A Mulher no Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos.
- NAKANO, A M. S, 1996. *O Aleitamento Materno no Cotidiano Feminino*. Ribeirão Preto. São Paulo. Tese Doutorando da USP.
- NÓBREGA, F. J. 1996. *Human Milk- Composition*. São Paulo. Editora Revinter.
- OMS/UNICEF, 1993. *Manejo e Promoção num Hospital Amigo da Criança.[Curso de 18 horas para equipes de maternidades-OMS/UNICEF]*
- OMS/UNICEF, 1997. *Guia do Treinador.(a) Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treinamento*. Ano: 1997. Título original: Breastfeeding counselling: A Trainer's guide. Tradução: Cristina Maria Gomes do Monte (U.F.C.) Setembro 1995. Edição revisada: maio 1997. 422 páginas.
- OMS/UNICEF, 1997. *Manual do Participante.(b) Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treinamento*. Tradução: Cristina Maria Gomes do Monte, U. F. Ceará Responsável/Edição em português: Marina Ferreira Rea, Instituto de Saúde, SES, São Paulo. Título original: Breastfeeding Counselling: A Training Course. Participants' Manual. 186 páginas.
- OMS/UNICEF, 1997. *Guia do Coordenador. (c) Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treinamento*. Ano: 1997. Título original: Breastfeeding counselling: A Director's guide. Tradução: Cristina Maria Gomes do Monte (U.F.C.) Setembro 1995. Edição revisada: maio 1997. 53 páginas.
- PATTERSON, L, E; & EISENBERG, S.,1995. *O Processo de Aconselhamento*. São Paulo. Editora Martins Fontes.
- RAMOS, C.V. 2000. *Amamentação: do discurso à prática. Um estudo das percepções de mulheres assistidas na Maternidade Dona Evangelina Rosa (M. D. E. R.)*. Teresina.Piauí. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança. Rio de Janeiro. IFF. FIOCRUZ.
- REA, M. F. & VENÂNCIO, S. I., 1999. *Avaliação do Curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF*. *Jornal de Pediatria*. Volume 75 – nº 2 março – abril.

- RIORDAN, J. & AUERBACH, K. G.,1999. *Atlas Clínico da Amamentação*. Rio de Janeiro. Editora Revinter.
- RIORDAN, J. & AUERBACH, K. G.,2000. *Amamentação: Guia Prático* Rio de Janeiro. Editora Revinter.
- ROGERS, C. R.,1977. *A Pessoa Como Centro*. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária. EPU.
- ROGERS, C. R.,1992. *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo. Editora Martins Fontes
- ROTEMBERG, S. 1999. *Práticas Alimentares e o Cuidado de Saúde da Criança de Baixo Peso*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher. Rio de Janeiro. Instituto Fernandes Figueira. FIOCRUZ.
- SANDREPEREIRA,G.,COLARES,L.G.T.,CARMO,M.G.T.,SOARES.E.A 2000.“*Conhecimentos Maternos sobre Amamentação entre Puérperas inscritas em Programa de Pré-Natal*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública 16(2):457-466, abr-jun.
- SCHEEFFER, R., 1987. *Aconselhamento Psicológico: Teoria e Prática*. São Paulo. Editora. Atlas.
- SILVA, A. A. ; 1990. *Amamentação: Fardo ou Desejo? Estudo Histórico Social dos Saberes e Práticas sobre Aleitamento na Sociedade Brasileira*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Ribeirão Preto. USP. São Paulo.
- SILVA, I. A,1997. *Amamentar Uma Questão de Assumir Riscos ou Garantir Benefícios*. São Paulo: Editora Robe
- SILVA, I. A., 1999. *Construindo Perspectivas sobre a Assistência em Amamentação: Um Processo Interacional*. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- SILVA, A. V., et al. 1999 *Manual do Aleitamento Materno para Serviços de Saúde*. Minas Gerais. Secretaria de Saúde Municipal de Betim.
- SOIFER, R., 1992. *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre. Editora Artes Médicas.
- SOUZA, I. E. O., 1993. *O Desvelar do Ser Gestante Diante da Possibilidade de Amamentação*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Escola de enfermagem Ana Néri. U.F.R.J.

- SOUZA, L. M. B. M., 1996. *Promoção, Proteção e Apoio? Representações Sociais em Aleitamento Materno*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ
- SOUZA., K, S., 2000. *O Dito e o Não Dito da Amamentação: o Sentido das Mães Nutrizes na Vivência do Alojamento Conjunto*. Dissertação de Mestrado. EEAN. Rio de Janeiro. Universidade Federal do RJ(UFRJ).
- TERUYA., K. & MURAHOVSKI., J., 1991. Informações Gerais. Centro de Lactação de Santos. Promoção- Treinamento- Pesquisa.
- VALDÉS, V., PÉRES-SANCHES,A.,& LABBOK, M., 1996. *Manejo Clínico de Lactação: Assistência à Nutriz e ao Lactente*. Rio de Janeiro. Editora Revinter
- VEJA. 2001. “*Filhos a menos*”. Ano 34, número 2, edição 1683. São Paulo. Editora Abril.
- VIDELA, M., 1990. *Maternidad, Mito y Realidad*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- VINHA,V.H.P., 1983. *Amamentação Materna. Incentivo e Cuidados*. São Paulo. Editora Sarvier
- WINNICOTT, D. W., 1975. *A Criança e o seu Mundo*. Rio de Janeiro. Editora Zahar.
- WINNICOTT, D. W., 1994. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- WORTHINGTON, R. S; & VERMEERSCH, J. ,1988. *Nutrição na Gravidez e lactação*.Rio de Janeiro. Editora Guanabara.

ANEXO I

Dados de Identificação do Profissional de Saúde

- 1) Nome:
- 2) Profissão:
- 3) Idade:
- 4) Há quanto tempo trabalha com amamentação?
- 5) Instituição onde trabalha: Há quanto tempo?
- 6) Escolaridade:
- 7) Estado Civil:
- 8) Tem filhos?
- 9) Residência

- 10) Pretende continuar na área de assistência?
() SIM () NÃO POR QUÊ?

ANEXO II

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Princípios do Aconselhamento Aplicados ao Assistir em Amamentação na Perspectiva dos Profissionais de Saúde

Local: Cursos de Aconselhamento em Amamentação do Ministério da Saúde

Instituição responsável pela pesquisa: Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ
Instituto Fernandes Figueira (IFF)

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo.

CEP: 22250-020 – Rio de Janeiro

Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde que participaram do Curso de Aconselhamento do Ministério da Saúde.

Prezado profissional de saúde,

Você está convidado (a) para participar de duas entrevistas. Leia atentamente as informações a seguir antes de dar seu consentimento.

1 – A pesquisa tem como objetivo principal conhecer as percepções, concepções, idéias, crenças, sentimentos e mitos, que os profissionais de saúde apresentam em relação à assistência em amamentação.

2 – Caso você participe do estudo, não haverá nenhum problema institucional, legal, ou qualquer tipo de risco uma vez que essa pesquisa foi aprovada pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ - Rio de Janeiro.

3 – Os depoimentos serão coletadas em dois momentos distintos. Em um primeiro momento, colheremos seus dados cadastrais e daremos as explicações que se fizerem necessárias sobre o trabalho, logo após faremos então a 1ª entrevista antes da realização do Curso. A segunda entrevista será realizada logo após o “Curso de Aconselhamento do Ministério da Saúde”.

4 – Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar participar das entrevistas.

5 – Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados, e também divulgados em Congressos, Eventos e Artigos Científicos, sem contudo revelar a sua identidade ou de outra pessoa citada. O sigilo sobre o que for falado em “off” (o que não foi gravado) estará garantido.

Eu,..... abaixo assinado(a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a esse estudo, e que todas as perguntas foram adequadamente respondidas pela pesquisadora Eloísa Troian Zen.

NOME DO PARTICIPANTE

ASSINATURA

DATA

NOME DO PESQUISADOR

ASSINATURA

DATA

Endereço residencial do participante:

Endereço profissional do participante:

E-mail:

Fax:

WIDIA/DI/09/4
UNICEF/NUT/93.2
DISTR. GERAL
ORIGINAL ENGLIS

ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO:

Um curso de treinamento



GUIA DO TREINADOR



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL
DE SAÚDE

unicef 

Fundo das Nações Unidas para a Infância



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde

Título original:	Breastfeeding counselling: A training course. 'Trainer's Guide
Autores:	World Health Organization e UNICEF Ano: 1993
Tradução:	Cristina Maria Gomes do Monte, Universidade Federal do Ceará
Responsável/edição em português:	Marina Ferreira Rea, Instituto de Saúde, SUS, São Paulo
Revisão final:	Rosana Monteiro Batista
Editoração:	Nelson Francisco Brandão, Instituto de Saúde, SUS, São Paulo
Apoio:	Organização Panamericana de Saúde - Child Health and Development - CIID/WHO
Colaboradores:	Daniela Wenzel, Diva de Lourdes Azevedo Fernandes, Francisca Candida Pinheiro Coutinho, Irene Holanda Costa, Marcia Machado, Marcos Renato de Carvalho, Maria Leiloe de Freitas, Regina Lúcia Portela Diniz, Rejane de Brito Santana, Rosana Margarete de Freitas Vieira Alvarez, Sonia Nussenzweig, Tereza Setsuko Toma, Zulcika Portela Albuquerque.
Setembro 1995. Edição revisada: Maio/1997	

Este documento não é uma publicação formal da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e todos os direitos são reservados pelas organizações. O documento pode, no entanto, ser livremente revisado, resumido, reproduzido e traduzido em parte ou como um todo, mas não para uso com fins comerciais.

Os pontos de vista expressos no documento pelos autores são unicamente da sua responsabilidade.

© Organização Mundial da Saúde, 1993

Secretaria
Divisão de Controle de Doenças Diarréicas e Respiratórias
Organização Mundial da Saúde
CH-1211 Genebra 27
Suiça

UNICEF, 1993

Seção de Nutrição (H-10F)
UNICEF
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017
USA

Sessão 21 "Pouco leite"	(Grupos, 70 minutos)	274
Sessão 22 Choro	(Grupos, 30 minutos)	292
Sessão 23 Exercícios sobre "Pouco Leite" e Choro	(Grupos, 50 minutos)	300
Sessão 24 Prática Clínica 3 Como tirar (ou colher) uma história de amamentação	(Aula e pequenos grupos, 120 minutos)	310
Sessão 25 Prática sobre aconselhamento	(Pequenos grupos, 75 minutos)	316
Sessão 26 Bebês de baixo peso ao nascer e doentes (Vídeo opcional, 30 minutos)	(Aula, 75 minutos)	328
Sessão 27 Como aumentar o leite materno e relactar	(Aula, 60 minutos)	348
Sessão 28 Como manter a amamentação	(Grupos, 60 minutos)	360
Sessão 29 Prática Clínica 4 Como aconselhar as mães em diferentes situações	(Aula e pequenos grupos, 120 minutos)	375
Sessão 30 Como mudar as práticas	(Pequenos grupos, 90 minutos)	379
Tempo total para as sessões 1-30 (+ 2 vídeos)		33 1/2 + 1h
Sessões adicionais		
Sessão 31 Nutrição, saúde e fertilidade da mulher	(Aula, 60 minutos)	388
Sessão 32 Mulher e trabalho	(Grupos, 60 minutos)	402
Sessão 33 Promoção comercial de substitutos do leite materno	(Grupos, 60 minutos)	410
Tempo total para as sessões 1-33 (+ 2 vídeos)		36 1/2 + 1h
Referências		422

ÍNDICE

Introdução		1
O curso e os materiais		
Como dar o curso		
Sessão 1	Por que a amamentação é importante (Aula, 60 minutos)	18
Sessão 2	A situação local do aleitamento materno (Aula, 30 minutos)	34
Sessão 3	Como funciona o aleitamento materno (Aula, 60 minutos)	39
Sessão 4	Como avaliar uma mamada (Aula, 60 minutos)	54
Sessão 5	Como observar uma mamada (Aula, 60 minutos)	67
Sessão 6	Como ouvir e aprender (Grupos, 60 minutos)	79
Sessão 7	Exercícios sobre como ouvir e aprender (Grupos, 60 minutos)	97
Sessão 8	Práticas de saúde (Aula e pequenos grupos, 90 minutos)	105
Sessão 9	Prática Clínica 1 (Aula e pequenos grupos, 90 minutos) Como ouvir e aprender Como avaliar uma mamada	127
Sessão 10	Como colocar o bebê ao seio (Aula e pequenos grupos, 60 minutos) (Vídeo opcional, 30 minutos)	137
Sessão 11	Como desenvolver a confiança e dar apoio (Grupos, 60 minutos)	150
Sessão 12	Exercícios sobre como desenvolver a confiança e dar apoio (Grupos, 60 minutos)	168
Sessão 13	Prática Clínica 2 (Aula e pequenos grupos, 120 minutos) Como desenvolver a confiança e dar apoio Como colocar o bebê ao seio	183
Sessão 14	Problemas da mama (Aula, 60 minutos)	187
Sessão 15	Exercícios sobre problemas da mama (Grupos, 30 minutos)	213
Sessão 16	Bebê que se recusa a mamar (Grupos, 60 minutos)	221
Sessão 17	Como tirar (ou colher) uma história de amamentação (Grupos, 50 minutos)	235
Sessão 18	História prática (Pequenos grupos, 70 minutos)	242
Sessão 19	Exame da mama (Grupos, 30 minutos)	250
Sessão 20	Ordenha do leite materno (Aula, 40-70 minutos)	257