

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

VIRGINIA CALEGARI COSTA

AMAMENTAÇÃO: VIVÊNCIAS MATERNAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

VITÓRIA

2013

VIRGINIA CALEGARI COSTA

AMAMENTAÇÃO: VIVÊNCIAS MATERNAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dra. Gilsa Helena Barcellos

VITÓRIA

2013

VIRGINIA CALEGARI COSTA

AMAMENTAÇÃO: VIVÊNCIAS MATERNAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Gilsa Helena Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientadora

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Prof.^a Dr.^a Silvia Trugilho
Faculdade Salesiana de Vitória

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

C837a Costa, Virginia Calegari, 1982-
Amamentação: vivências maternas em um hospital público / Virginia
Calegari Costa. – 2013.
141 f. il.

Orientadora: Gilsa Helena Barcellos.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Aleitamento materno. 2. Humanização da assistência. 3. Pessoal de
saúde. I. Barcellos, Gilsa Helena. II. Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Clara Calegari Costa e Luiz de Almeida Costa - pelo apoio, paciência e compreensão de sempre.

À professora Gilsa Helena Barcellos, orientadora, pelas orientações, respeito e ética.

A todos os amigos, pelos momentos que direta ou indiretamente contribuíram para o enriquecimento profissional, pessoal e científico.

À EMESCAM e ao coordenador do curso Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Prof. Cesar Albens pelo apoio.

Aos gestores, educadores, alunos e funcionários do hospital de referência.

A todos os examinadores, que participaram com suas valiosas sugestões no exame de qualificação e defesa.

RESUMO

Esta é uma Pesquisa qualitativa exploratório-descritiva, realizada no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, no mês de abril de 2013. Para tanto, adotou-se como objetivo geral “analisar fatores envolvidos na vivência de puérperas no ambiente hospitalar que interferem no processo de amamentação”; e, como objetivos específicos: a) investigar fatores relacionados às condições físico-ambientais que interferem no processo de amamentação; b) investigar aspectos da relação profissional de saúde e puérpera que interferem no processo de amamentação; c) identificar as demandas apresentadas pelas puérperas em processo de amamentação no ambiente hospitalar; d) conhecer as representações sociais dos profissionais da saúde e das puérperas sobre a amamentação d) elencar as políticas públicas existentes no Brasil voltadas ao período puerperal e à amamentação. Para realização da investigação adotaram-se como procedimentos metodológicos a revisão de literatura, a pesquisa documental, cinco grupos focais com 21 puérperas que amamentam, sete entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que atuam no AC e a técnica de observação participante no AC. A investigação realizada constatou que as condições físico-ambientais interferem no processo de amamentação das puérperas, várias questões implicadas na relação profissional de saúde e puérpera também terão uma ligação com este aspecto e que as representações sociais tanto dos profissionais, quanto das puerperas trazem a importância do ato de amamentar e como esta forma de alimentação é essencial. O resultado deste estudo aponta para a necessidade de modificações referentes tanto a recursos físicos e materiais quanto humanos, como por exemplo a incorporação de iniciativas mais humanizadas no cuidado prestado, com o intuito de melhorar a qualidade de atendimento oferecido a esta população.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Humanização da assistência. Pessoal de saúde.

ABSTRACT

This is a qualitative exploratory-descriptive research conducted in a rooming-in setting at the Medical Teaching Hospital Cassiano Antonio de Moraes in April 2013. Therefore, the main objective adopted was “to analyze the factors involved in the experience of puerperals in the hospital environment which interfere with the breastfeeding process”; and as for specific objectives: a) to investigate factors related to physical-environmental conditions that interfere in the breast feeding process; b) to investigate aspects of the relation between health professional and puerperal which interfere in the breastfeeding process; c) to identify the demands put forth by the breastfeeding puerperals in the hospital environment; d) to get to know the social representations of health professionals and of puerperals in relation to breastfeeding; e) to list the existing public policies in Brazil turned to the puerperal period and to breastfeeding. In order to carry out this investigation the following methodological procedures were adopted: literature review, document search, five focal groups of 21 breastfeeding puerperals, seven semi-structured interviews with health professionals working at the AC, and also the technique of participating observation at the AC. The investigation carried out showed that the physical-environmental conditions interfere with the puerperals breastfeeding process; several aspects implied in the relation between health professional and puerperal will also have a link with this aspect and that the social representations of professionals, as well as of the puerperals, bring along the importance of breastfeeding and how essential this way of feeding is. The results obtained point to the need of changes in relation to both, physical and material resources to human resources as well, for instance such as the incorporation of more humanized initiatives in the care provided, aiming at enhancing the quality of the service offered to this population.

Keywords: Breast Feeding. Humanization of Assistance. Health Personnel.

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Aleitamento Materno
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição Federal de 1988
CTH	Câmaras Técnicas de Humanização
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
EUA	Estados Unidos da América
GF	Grupo Focal
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PNH	Política Nacional
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SESA/ES	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das puérperas participantes dos grupos focais.....	69
Quadro 2 - Categoria temática 1 – Condições físico-ambientais do alojamento conjunto.....	77
Quadro 3 - Categoria temática 2 – Relação profissional de saúde e puérpera / bebê.....	77
Quadro 4 - Categoria temática 3 – Representações sociais sobre amamentação entre puérperas e profissionais de saúde.....	78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	APONTAMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO	17
2.1	ASPECTOS HISTÓRICO-CULTURAIS DA AMAMENTAÇÃO	17
2.1.1	A Amamentação no Brasil até o Século XIX	20
2.1.2	A Amamentação no Brasil no Século XX: a Descoberta do Leite Artificial e as Iniciativas Estatais	22
2.2	MATERNIDADE E AMAMENTAÇÃO: CIÊNCIAS E VIVÊNCIAS ..	26
2.2.1	Vivências Maternas no Processo de Amamentação	30
2.3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AMAMENTAÇÃO	32
3	O ALEITAMENTO MATERNO NO CONTEXTO DO HUMANIZA SUS	39
3.1	ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	39
3.2	O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	42
3.3	INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO ÀS PUÉRPERAS E BEBÊS NO AMBIENTE HOSPITALAR	53
3.3.1	O Alojamento Conjunto: Importante Iniciativa no Campo da Humanização em Saúde	56
3.3.2	O Papel do Profissional de Saúde no Aleitamento Materno: Desafios ao Processo de Humanização	62
4	AMAMENTAÇÃO: FATORES PRESENTES NAS VIVÊNCIAS MATERNAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE VITÓRIA – RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
4.1	SOBRE O PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	67
4.1.1	Local da Pesquisa	68
4.1.2	Sujeitos da Pesquisa	68
4.1.3	Crítérios de Inclusão e Exclusão	70
4.1.4	Procedimentos metodológicos utilizados no trabalho de campo	70
4.1.5	Considerações Éticas	74
4.1.6	Análise dos dados coletados	75
4.2	ELEMENTOS RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES FÍSICO-AMBIENTAIS DO ALOJAMENTO CONJUNTO QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO	78
4.2.1	Condições físicas do Alojamento Conjunto	79
4.2.2	Condições ambientais do alojamento conjunto	87
4.3	DESAFIOS Á RELAÇÃO HUMANIZADA ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E PUÉRPERA NO AMBIENTE HOSPITALAR	95
4.3.1	O acesso das gestantes ao alojamento conjunto	95
4.3.2	Acolhimento realizado pelo hospital de referência às gestantes	98
4.3.3	Abordagem profissional das puérperas no alojamento conjunto	101
4.4	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DAS MULHERES SOBRE A AMAMENTAÇÃO.....	110
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICES	131

APÊNDICE A - Roteiro para Grupo Focal com as Puérperas	132
APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista com os Profissionais de Saúde	134
APÊNDICE C - Roteiro para Observação Participante	136
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Grupos Focais	138
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Entrevistas Semiestruturadas	140

1 INTRODUÇÃO

Já está mais que reconhecida na literatura a importância do aleitamento materno tanto para os bebês, sobretudo nos primeiros meses de vida, quanto para a saúde da mulher. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003), o ideal seria que os bebês fossem alimentados exclusivamente com leite materno até os seis meses, sendo essa a forma mais segura e econômica de alimentar um bebê, pois o leite materno é completo do ponto de vista nutricional, fornece à criança tudo aquilo de que ela precisa para crescer e se desenvolver adequadamente, não havendo necessidade de lhe oferecer qualquer outro complemento alimentar, nem mesmo água, sucos, chás e papinhas.

Após essa idade, a criança deve começar a receber alimentação complementar, juntamente com a amamentação, até os dois anos de idade ou mais, mas, de acordo os números da última pesquisa desenvolvida no Brasil sobre aleitamento materno – II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal – do Ministério da Saúde, realizada em 2009, o País ainda está longe do padrão recomendado pela OMS. (BRASIL, 2009)

Segundo Vinagre, Diniz e Vaz (2001), nos países industrializados, as crianças amamentadas apresentam morbidade menor quando comparadas às que não o são. Essas crianças têm [...] uma incidência menor de otite média, doença celíaca, doença de Crohn, diabetes e câncer, além de não apresentarem problemas decorrentes da própria sucção de leite artificial, como defeitos ortodônticos. (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001, p. 342-343)

Os autores reforçam ainda que os recém-nascidos prematuros, os que nasceram com baixo peso, os que têm alergia às proteínas do leite de vaca ou passaram por alguma infecção necessitam prioritariamente do leite materno. (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001)

Ainda sobre esse aspecto, Malloy e Graubard (apud VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001, p. 342) mencionam que “O uso do leite humano possibilita prever menor risco de hospitalização no decorrer do primeiro ano de vida das crianças”.

Atualmente, a maioria das pesquisas sobre amamentação trata da importância do leite materno do ponto de vista físico-químico, das possíveis causas do desmame precoce e das dificuldades encontradas pelas mães no período de amamentação, revelando preocupação com os aspectos envolvidos nesse processo.

Além dos benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e socioeconômicos resultantes da amamentação, existem ainda os fonoaudiológicos, pois a sucção do leite materno pode contribuir para melhor desenvolvimento crânio-facial e motor-oral da criança, permitindo adaptação de toda a musculatura facial, mobilidade, força e postura, o que vai favorecer o aperfeiçoamento das funções de respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala. (COTA, 2011)

É necessário, de acordo com Moreira e Lopes (2007), que o processo de amamentação seja visto na sua totalidade. Mais ainda, que se visualize a amamentação como um processo histórico mutável, reconhecendo-se que existem sujeitos envolvidos nele, e que fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e existenciais sejam abordados na produção científica a esse respeito.

Com base em todos os conhecimentos abordados e na nossa inserção profissional em uma maternidade, podemos reconhecer que amamentar envolve mais que uma boca e um seio. Existem muitos aspectos envolvidos nesse processo tão simples e tão complexo ao mesmo tempo. Todas as questões sociais e emocionais ligadas à mãe de um bebê, à família e ao ambiente no qual o recém-nascido está inserido influenciam no sucesso ou não do processo de amamentação.

Bosi e Machado (2005) escrevem que o ato de amamentar ou não transcende o nível biológico, é decorrente de processos históricos condicionados. Para os autores, a amamentação é uma relação humana inscrita na cultura e submetida à esfera social, o que torna esse fenômeno particularmente complexo, transcendendo o aspecto nutricional. Nessa perspectiva, Vinagre, Diniz e Vaz (2001, p. 341) afirmam que “O processo de amamentar é uma prática biologicamente determinada, porém socialmente condicionada”.

Juruena e Malfatti (2009, p. 4) também dizem que “[...] o ato de amamentar se trata de uma decisão tomada pela mulher” e essa decisão pode ser observada a partir da compreensão

histórica e dos valores e significados do contexto no qual ela está inserida. Indo ao encontro do que as autoras escrevem, Abrão (1993) salienta que a decisão e o comportamento da mulher diante da amamentação decorrem de concepções formadas desde o início de sua gravidez e são influenciadas por crenças, estímulos recebidos, conhecimentos, sentimentos e experiências vivenciadas anteriormente.

Corroborando o que diz Silva, Araújo e Almeida (2007, p. 433) escrevem que “O aleitamento materno é um comportamento social mutável, podendo variar conforme as épocas e os costumes, e a sua prática ou recusa, raramente, é um ato individualmente consciente, estando preso à aprovação do seu grupo social”.

Assim, a prática da amamentação deve ser considerada dentro de um contexto sociocultural; é uma escolha individual da mulher profundamente influenciada por suas condições de vida e pela sociedade na qual está inserida (ICHISATO; SHIMO, 2002). Por conseguinte, de acordo com os autores, “se o aleitamento materno fosse um ato natural, seria imutável nos sujeitos, mesmo com o passar dos tempos” (ICHISATO; SHIMO, 2002, p. 582). Mas a prática da amamentação representa um hábito preso a determinantes sociais e a manifestações da cultura, estando longe de significar um ato puramente instintivo e natural.

Porém tais aspectos nem sempre são considerados pelos serviços de saúde, nos quais ainda se observa uma abordagem relacionada ao aleitamento materno predominantemente voltada à criança e à sua dimensão nutricional. A mãe, muitas vezes, é negligenciada e desconsiderada como sujeito ativo do processo de amamentação, tendo seus sentimentos, sensações, expectativas e desejo ou não de amamentar ignorados.

Segundo Rea (2004), na literatura especializada o processo de amamentação está fundamentado em uma perspectiva eminentemente biológica, focalizando o desenvolvimento da criança e excluindo sua dimensão simbólica, subjetiva, histórica e cultural.

Um aspecto importante sobre essa questão diz respeito à produção acadêmica acerca da mulher que amamenta. Comparando-a à produção de conhecimento sobre o papel da amamentação e do leite humano para a saúde da criança, observa-se que pouco se discute sobre o tema na perspectiva das mulheres. Um dos autores que estuda o assunto é Rea (2004), que coloca uma relação direta entre amamentar e apresentar menos doenças, como o câncer de

mama, alguns tipos de câncer ovariano e certas fraturas ósseas por osteoporose, especialmente de quadril.

A literatura tem apontado diversos fatores buscando argumentar que a prática de amamentar é importante para a mulher, pois, além de prevenir o aparecimento de alguns tipos de câncer, como já citado anteriormente, ainda incide sobre a função contraceptiva da mulher. Isso ocorre devido ao aumento do hormônio prolactina, secretado pela hipófise anterior, no hipotálamo, a partir dos estímulos provocados pela sucção do bebê sobre as terminações nervosas do mamilo e da aréola, o que inibe a ovulação e mantém a amenorréia, ou seja, a falta da menstruação.

Rea (2004) traz ainda que algumas populações se utilizam da amenorréia pós-parto, ou amenorréia lactacional¹, como um método anticoncepcional natural e que três aspectos precisam ser considerados ao se utilizar a amamentação como uma prática contraceptiva: estar a mulher nos primeiros seis meses pós-parto, não ter menstruado e amamentar o bebê exclusivamente, ou quase exclusivamente, no seio.

Outros benefícios para a mulher que amamenta são o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional, pois o organismo se utiliza da reserva acumulada durante a gravidez para produzir o leite que vai ser ingerido pelo bebê, e menor sangramento uterino pós-parto, devido à involução uterina provocada pela maior liberação de ocitocina².

A temática em questão revela-se como algo importante no processo denominado humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). No cenário atual do SUS, um dos aspectos relevantes observados com relação aos serviços de saúde é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva de que toda prática de saúde necessita. A essa problemática acrescenta-se a desvalorização dos trabalhadores, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento na educação permanente e continuada, a pouca participação desses profissionais na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários.

¹O método da amenorréia lactacional é um método contraceptivo baseado na infertilidade natural que ocorre após o parto, quando uma mulher está amenorreica (não menstrua) e amamenta. Se não for combinado com outros medicamentos ou dispositivos, esse método pode ser considerado um controle de natalidade natural ou uma forma de planejamento familiar natural.

²A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Sua função é promover as contrações musculares uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação.

Esses fatos históricos e a nova concepção dada à saúde são elementos importantes na consideração de um SUS que defenda e garanta o direito à saúde e que considere, sobretudo, as especificidades que cercam a realidade dos seus usuários, sejam elas de gênero, de raça/etnia, de orientação sexual, de cultura, entre outras. (BRASIL, 2008)

Na prática profissional, temos tido a oportunidade de constatar, por meio da fala das mães, de profissionais de saúde e, também, da observação direta, que nem sempre a amamentação realizada pela puérpera ocorre de forma tranquila. Muitos fatores acabam afetando a qualidade da amamentação, fatores esses relacionados ao ambiente físico e à forma de tratamento dispensada, questões que estão ou deveriam estar sob a gerência da dinâmica hospitalar e que poderiam ser alteradas, com vistas a contribuir para dar melhores condições à mãe e ao bebê na realização do aleitamento. Tais questões se apresentam como um paradoxo, já que os dois se encontram sob cuidado especializado, num ambiente em que se tem a responsabilidade de protegê-los física e psicologicamente.

As questões postas nos instigam a querer conhecer de forma mais sistemática e aprofundada os aspectos que envolvem o processo de amamentação no ambiente hospitalar, já que é o nosso lugar de trabalho, no qual temos condições de dar nossa contribuição profissional. Insta registrar que o interesse em estudar amamentação e sua relação com as vivências maternas em um ambiente hospitalar se deve ao fato de atuarmos como fonoaudióloga na maternidade e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital em Vitória – ES desde o ano de 2004. Desde então, pudemos observar que a amamentação é uma experiência única para cada mulher, mesmo que esta tenha outros filhos, revelando-se uma prática biológica, também mediada pelo processo de interação entre mãe e bebê que, por sua vez, é influenciado por fatores fisiológicos, emocionais e ambientais.

Muitas vezes, questões que se apresentam cotidianamente na prática profissional acabam ganhando um nível de naturalidade que não deveriam, ou seja, muitos aspectos acabam sendo negligenciados nos serviços de saúde tendo como justificativa serem de menor relevância diante de problemas tão graves enfrentados pelo sistema público de saúde no Brasil. Como não se problematizam essas questões, elas ganham *status* de normalidade ou de menor importância. Nesse sentido, a pesquisa aqui apresentada intencionou problematizar aspectos do cotidiano da prática hospitalar que podem ser (des)estimuladores da prática do aleitamento materno.

No campo das políticas públicas, a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) representa um importante ganho tanto para os usuários dos serviços públicos de saúde quanto para a sociedade em geral. Em seu Art. 196, a CF/88 estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, p. 41)

Ante o disposto de que a saúde é um direito e, por isso, as pessoas devem ser bem atendidas pelos serviços de saúde, criou-se a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS. Fatores como acolhimento, respeito às opiniões individuais e compreensão do modo de vida de cada usuário dos serviços de saúde são essenciais. Essas questões revelam que o conteúdo de formação profissional deve dar conta de outros elementos para além dos conteúdos teóricos, metodológicos e operacionais – uma formação profissional que permita ao indivíduo uma postura mais ética e humanizada com relação ao usuário dos serviços, visualizando-o na sua totalidade, com o intuito de ajudá-lo em suas necessidades reais.

Vistos esses aspectos e abordando especificamente o processo de amamentação, é necessária a capacitação e o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais, para que cada mulher receba o suporte necessário e uma assistência que permita um olhar realmente humanizado sobre a mulher/nutriz. Ela deve ser observada, sobretudo, como sujeito no processo de amamentação.

Considerando-se os aspectos acima abordados, algumas questões de pesquisa surgiram: Quais são os fatores presentes na vivência de uma puérpera no ambiente hospitalar que interferem no processo de amamentação? Os profissionais de saúde têm sido parceiros da prática do aleitamento materno? Em que medida? Até que ponto o processo de humanização do SUS tem contribuído para o bem-estar de puérperas que amamentam e para a maior interação destas com os seus bebês no ambiente hospitalar? Que representações sociais sobre maternidade e aleitamento materno se fazem presentes no ambiente hospitalar?

Para tanto, adotou-se como objetivo geral analisar fatores envolvidos na vivência de puérperas no ambiente hospitalar que interferem no processo de amamentação; e, como objetivos específicos: a) investigar fatores relacionados às condições físico-ambientais que interferem no processo de amamentação; b) investigar aspectos da relação profissional de saúde e

puérpera que interferem no processo de amamentação; c) identificar as demandas apresentadas pelas puérperas em processo de amamentação no ambiente hospitalar; d) conhecer as representações sociais dos profissionais da saúde e das puérperas sobre a amamentação d) elencar as políticas públicas existentes no Brasil voltadas ao período puerperal e à amamentação.

A relevância deste estudo apresenta-se em diferentes dimensões. Do ponto de vista da ciência, acreditamos que ele contribui para ampliar a produção teórico-empírica e metodológica acerca dos aspectos que envolvem o processo de amamentação no ambiente hospitalar; do ponto de vista da atuação profissional, auxilia no aperfeiçoamento das práticas em saúde relacionadas aos fatores presentes no ambiente hospitalar que interferem no processo de amamentação, à luz da visão dos sujeitos diretamente envolvidos nesse processo: as puérperas e os profissionais que as assistem; do ponto da mulher, explicita o seu papel de sujeito no processo de amamentação.

Ao mesmo tempo, esta pesquisa tem sua relevância na medida em que contribui para melhor compreensão do papel que os profissionais de saúde desempenham com as puérperas para a sua qualidade de vida e para o sucesso da amamentação. É consenso que o profissional de saúde exerce papel preponderante no processo de prevenção, orientação e promoção da saúde dos usuários dos serviços de saúde. Por conseguinte, tem grande responsabilidade no processo de humanização do SUS. Trazendo essas questões para a experiência da puérpera, o estudo entende que as mulheres necessitam de profissionais que compreendam as especificidades vivenciadas por elas durante a fase de amamentação.

Além disso, a compreensão dos significados do aleitamento materno nos dias atuais constitui um elemento importante à formulação de novas políticas e à implementação de ações de incentivo à amamentação e à promoção da saúde.

Com relação ao processo metodológico da pesquisa, esta consiste em uma pesquisa de caráter qualitativo, que adotou os seguintes instrumentos: a revisão da literatura, a pesquisa documental e a pesquisa de campo. Neste trabalho, a revisão de literatura teve por finalidade entrar em contato com a produção científica que aborda o tema do estudo com o objetivo de conhecer as diferentes contribuições existentes. Nesse caso, ela foi norteadas pelas seguintes categorias: saúde, vivências maternas, representação social, amamentação, políticas públicas

de saúde para mulher e maternidade. Para tanto, foram utilizadas as bases de dados Lilacs, Scielo, Medline, além dos acervos da OMS, da Organização Pan-Americana de Saúde, da Biblioteca do Ministério da Saúde, da Biblioteca Nacional de Saúde Pública e da Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS.

Sobre a pesquisa documental, repercutindo alguns autores, Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) observam que se trata de um método de coleta de dados que reduz o nível de influência do pesquisador, tanto pela presença quanto por uma possível intervenção das interações, acontecimentos ou comportamentos que estão sendo pesquisados. Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) escrevem que esse método busca, em documentos originais, identificar informações factuais sobre as questões de interesse da pesquisa, sendo considerado uma das técnicas decisivas para pesquisas em ciências sociais e humanas. A pesquisa documental foi importante, pois possibilitou estudar a realidade, contribuindo para contextualização histórica das categorias do proposto estudo. Para isso, foram utilizados o balanço anual do hospital de referência e os prontuários para coleta de dados, assim como a legislação relacionada ao tema em questão e documentos do Ministério da Saúde, tais como o documento base para gestores e trabalhadores do SUS – Humaniza SUS (BRASIL, 2008); Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008) e a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. (BRASIL, 2009)

A pesquisa de campo compreendeu os seguintes instrumentos: grupos focais (GFs), entrevistas semiestruturadas e observação direta, conforme detalhados no capítulo 4 deste trabalho.

Desta forma, no capítulo 2 serão abordados apontamentos relacionados a amamentação como aspectos histórico-culturais, maternidade e representações sociais. No capítulo 3, será trabalhado o aleitamento materno no contexto do Humaniza SUS, ou seja, a Política Nacional de Humanização e por fim, no capítulo 4, os fatores presentes nas vivências maternas e a análise dos dados coletados no hospital pesquisado.

2 APONTAMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO

Neste capítulo serão trabalhadas questões relacionadas aos aspectos histórico-culturais da amamentação, maternidade e sua relação com o processo de amamentação e representações sociais sobre amamentação.

2.1 ASPECTOS HISTÓRICO-CULTURAIS DA AMAMENTAÇÃO

A espécie humana integra, entre as espécies animais, o grupo dos mamíferos, o que possibilita à fêmea alimentar seus filhos do leite produzido por ela mesma, diferentemente de outros animais. O ato de amamentar, na experiência humana, é marcado por aspectos sociais, históricos e culturais. Isso porque o ser humano é o único entre as espécies animais que tem a capacidade de produzir história e cultura. Por isso, ao longo do desenvolvimento dos grupos humanos, a amamentação assumiu diferentes significados, e este é o assunto que aqui exploramos.

Muitos estudiosos se debruçam sobre as dimensões sociais, culturais e históricas da amamentação. Entre eles estão Vinagre, Diniz e Vaz (2001) e Juruena e Malfatti (2009), que nos trazem dados sobre a amamentação entre os povos antigos. Segundo esses autores, os povos da Babilônia (2500 a.C.) e do Egito (1500 a.C.) amamentavam seus filhos por dois a três anos.

O Código de Hamurabi, que representa o conjunto de leis escritas na Mesopotâmia pelo rei Hamurabi aproximadamente em 1700 a.C., um dos mais antigos conjuntos de leis escritas já encontrados, estabelecia regulamentações sobre o aleitamento materno. Nele consta que era frequente o fato de mulheres nutrirem bebês de outras em forma de aluguel: as amas-de-leite.

A literatura registra que, entre os gregos e os romanos, a amamentação não era vista pela cultura como uma tarefa natural das mães, mas das amas-de-leite (mulheres escravas), segundo estabelecia a elite da época. Contudo, Bosi e Machado (2005) relatam que, nos tempos em que Esparta governou a Grécia (500 a 371 a.C.), as mulheres eram requisitadas a amamentar os filhos. Se fosse esposa do rei, a mulher era obrigada a amamentar o filho mais velho, isso para que se tornasse o guerreiro mais forte.

A história registra que Hipócrates (460 a 370 a.C.), filósofo e contemporâneo de Sócrates e Platão, considerado o pai da Medicina, era um dos que afirmavam a importância do leite da própria mãe, condenando a adoção de amas-de-leite: “[...] somente o leite da própria mãe é benéfico, [...] o de outras, perigoso” (HIPÓCRATES, apud BOSI; MACHADO, 2005, p. 3). Juruena e Malfatti (2009), corroborando o pensamento de Vinagre, Diniz e Vaz (2001), escrevem que um dos primeiros estudiosos a reconhecer a importância da amamentação, associando-a a uma sobrevivência maior dos recém-nascidos, foi Hipócrates.

Bosi e Machado (2005) afirmam ainda que Plutarco, filósofo grego (46-119 d.C.), e Tácito, filósofo romano (55-120 d.C.), também condenavam a prática da amamentação exercida pelas amas-de-leite, por acreditarem que tal ato fortalecia o vínculo entre elas e a criança. Além disso, argumentavam que, quando o período de aluguel da ama-de-leite findava, tanto esta quanto a criança sofriam muito.

Em vários trechos bíblicos é possível identificar referências ao aleitamento materno entre os romanos, conforme se vê em 1 Pedro 2,2: “Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por ele vades crescendo”. (BÍBLIA, 1991)

Os mesmos autores identificam em 1 Coríntios 3,2: “[...] eu vos alimentei com leite, não com algo para comer, pois não éreis bastante fortes [...]”, e em Hebreus 5,12: “[...] precisais novamente de alguém que vos ensine desde o princípio as coisas elementares de Deus e vos tornastes tais que precisais de leite e não de alimento sólido [...]”. (BÍBLIA, 1991)

Outra curiosidade diz respeito a Sorano de Éfeso, médico grego que viveu no século I d.C., reconhecido também como professor e escritor. Sorano escreveu sobre o procedimento das parteiras, a anatomia feminina, a concepção e o parto. Também registrou os seus estudos sobre cor, odor, sabor e densidade do leite humano (JURUENA; MALFATTI, 2009). Esse mesmo estudioso acreditava que, nos dois primeiros dias de vida, a criança deveria permanecer em jejum ou receber uma mistura feita de leite de cabra e mel e que o leite materno só estaria adequado para ser ofertado à criança por volta do vigésimo dia pós-parto. (CASTILHO; BARROS FILHO; COCETTI, 2010)

Do século XII até o fim do século XIII, fase em que ainda vigorava o Império Romano³, observava-se um comportamento de indiferença em relação à criança, porque tanto mulheres quanto crianças eram consideradas inferiores aos homens. O *status* da criança só foi alterado quando passou a ser comparada a anjos. (ICHISATO; SHIMO, 2002)

Ainda com relação ao aspecto religioso, de acordo com Ichisato e Shimo (2002), os teólogos da época viam a prática da amamentação como fonte de má educação e a relação amorosa e física entre a mãe e o filho como algo negativo. Registram ainda os autores que, no século XVI, as crianças eram consideradas seres imperfeitos, uma força negativa, algo maligno. Isso explica a utilização de amas-de-leite pelas mulheres, que assim demonstravam certa rejeição ao filho e, como consequência, o abandono.

De 1500 a 1700, segundo Bosi e Machado (2005), o aleitamento materno já era reconhecido, na Europa, como um controlador para uma nova gravidez. Mesmo assim, as mulheres inglesas preferiam ter muitos filhos seguidos, ao invés de amamentá-los, pois acreditavam que a amamentação iria envelhecê-las antes do tempo. O desmame era precoce e, em substituição ao leite materno, os lactentes recebiam cereais ou papas na colher.

Segundo Bosi e Machado (2005), na Europa, no final do século XVI e por todo o século XVII, a ciência se voltou para o avanço de questões referentes à primeira infância e ao desenvolvimento infantil. Passaram a vigorar entre os europeus as normas médicas e religiosas que desaconselhavam tanto a oferta do colostro, por considerarem maléfico à saúde do bebê, quanto as relações sexuais durante todo o período de amamentação, por acreditarem que isso tornaria o leite humano fraco. No caso de uma nova gravidez, esse leite poderia até envenenar o lactente. Nessa época, já era comum o uso de leite de animais como substituto do leite materno, além de um alimento chamado panado, feito à base de pão (farinha) e água.

No século XVIII, houve um aumento significativo de amas-de-leite mercenárias que alimentavam os filhos das mulheres da elite europeia, que não via com admiração o ato de amamentar (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001). Os autores relatam que o pagamento de honorários resultava em consequências desfavoráveis e graves, pois o custo financeiro para

³ Segundo a literatura, o Império Romano teve início no século 26 a.C. Sua queda foi registrada no Ocidente (Europa), em 476, e no Oriente, em 1453, com a tomada de Constantinopla pelos turcos otomanos.

manutenção dessa prática era elevado, e o filho da ama ficava privado de receber o leite da própria mãe.

Para Ichisato e Shimo (2002), as mulheres dessa época não amamentavam, pois essa prática era considerada como algo animalesco, de modo que chegavam a ser “desclassificadas socialmente”. De acordo com os preceitos morais, as mulheres que amamentavam eram consideradas sujas. Elas acreditavam que estavam dando à criança um “suco precioso” à sua conservação e integralidade física, pois ficavam nervosas, sentiam fraqueza, sofriam mudanças corporais que, inclusive, limitavam a sua sexualidade e restringiam seu prazer sexual. Pelo fato de o ato sexual, durante a amamentação, ser condenado, pois se acreditava que o esperma poderia fazer azedar o leite prejudicando a criança, na visão feminina, a amamentação estimulava o marido a buscar parceira sexual fora do casamento, afastando-o do seu núcleo familiar (ICHISATO; SHIMO, 2002). Segundo Juruena e Malfatti (2009), o fato de mulheres se recusarem a amamentar os filhos fez com que as taxas de mortalidade infantil aumentassem muito. Isso pode ser justificado com índices extremos, como os de Dublin, Paris e Londres, em que respectivamente 99,6%, 80% e 56% das crianças não eram amamentadas.

As enfermidades das amas-de-leite contaminavam os bebês e muitas dessas mulheres, segundo Bosi e Machado (2005), passaram a oferecer o leite de vaca em pequenos chifres furados, porque acreditavam que, através do leite, também passavam para as crianças seu caráter e suas paixões. De acordo com Bosi e Machado, esses chifres podem ser considerados os precursores das mamadeiras.

2.1.1 A Amamentação no Brasil até o Século XIX

Os primeiros registros sobre amamentação no Brasil encontram-se na literatura colonial do século XVI. Asseveram Bosi e Machado (2005) que os filhos das indígenas Tupinambás, que habitavam toda a costa brasileira, eram amamentados durante um ano e meio. Essas mulheres não largavam seus filhos mesmo que tivessem que trabalhar na roça e não aceitavam que recebessem leite de outra mulher.

Ichisato e Shimo (2002) relatam que a mulher indígena da sociedade Tupinambá administrava as funções de nutriz e trabalhadora, carregando seus filhos amarrados ao corpo em tempo integral, o que possibilitava ao bebê mamar livremente. Ainda de acordo com esses autores,

com a colonização, vários costumes, inclusive o da amamentação, foram sendo modificados por influência da cultura europeia.

Outro fato relatado por Bosi e Machado (2005) foi a dizimação indígena por doenças trazidas pelos colonizadores do ultramar, doenças desconhecidas pelos indígenas e até então inexistentes no território colonizado, ocasionando um grande número de órfãos. Tal acontecimento incentivou a criação de instituições específicas para abrigar e cuidar deles (BOSI; MACHADO, 2005). Nessas instituições, de acordo com os autores, existiam registros de práticas, consideradas como modernas, para alimentar tais crianças: utilizavam mamadeiras de vidro ou pequenos bules, aos quais eram adaptados bicos de borracha.

Nos séculos XVII e XVIII, pontuam Bosi e Machado (2005), era crescente a taxa de mortalidade de bebês no Brasil: 20% a 30% deles morriam antes de completar um ano de vida. Esse fato estava associado a alguns motivos, como, por exemplo, a negação da maternidade na sociedade burguesa nascente, doenças e o abandono de crianças pelas mulheres escravas por falta de condições de criá-las. Para dar conta do cuidado dessas crianças, recorria-se às amas-de-leite, às mães mercenárias e às mães de aluguel. A adoção de técnicas de alimentação artificial, pouco estudadas, levava milhares de bebês à morte.

Nos Estados Unidos, no século XIX, 25% das crianças não conseguiam chegar aos 2 anos de vida devido a desnutrição e diarreias infecciosas. A amamentação passou a ser vista como uma opção que determinava a vida ou a morte. Já no Brasil, nesse mesmo século, surgiram projetos com o objetivo de combater as altas taxas de mortalidade infantil, a exemplo da implantação da primeira Faculdade de Medicina, em 1808, denominada Escola de Cirurgia, no Hospital Real Militar de Salvador. Nesse período, as mulheres que não queriam amamentar e que tinham condições financeiras eram orientadas a contratar amas-de-leite. (BOSI; MACHADO, 2005)

Registram Vinagre, Diniz e Vaz (2001) que, em 1838, se passou a valorizar a quantidade em detrimento da qualidade, quando se descobriu que o leite de vaca, comparado ao humano, tinha uma quantidade maior de proteínas. Outras descobertas desse período foram a pasteurização do leite de vaca, em 1859, e a criação da lata metálica, por volta de 1900. (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001)

2.1.2 A Amamentação no Brasil no Século XX: a Descoberta do Leite Artificial e as Iniciativas Estatais

O aleitamento artificial teve início em 1911, quando foi descoberto o leite em pó. Lembram Vinagre, Diniz e Vaz (2001) que o princípio básico para avaliar a aspecto nutricional de cada criança era somente o crescimento. Com isso, valorizava-se cada vez mais a quantidade de alimentos a serem ofertados em detrimento da qualidade.

A literatura registra que, a partir de 1940, a prática do aleitamento materno foi diminuindo consideravelmente no Brasil, o que passou a afetar de forma significativa a saúde das crianças. Registram Vinagre, Diniz e Vaz (2001) que o desmame precoce aumentou a morbimortalidade de crianças brasileiras, causada por gastroenterites de repetição e desnutrição, sobretudo nas regiões mais pobres, onde o atendimento médico-sanitário era precário.

Várias foram as causas para essa diminuição: a industrialização, as mudanças nas estruturas sociais com a inserção da mulher no mercado de trabalho, a redução da importância social dada à maternidade, a descoberta das fórmulas de leite em pó e o impacto da publicidade comercial com relação a esse leite. (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001)

No que se refere à inserção das mulheres no mundo do trabalho, com o surgimento de várias indústrias, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América (EUA), e devido às duas Grandes Guerras, houve o escasseamento da mão de obra masculina, o que levou o mercado a contratar um número cada vez maior de mulheres trabalhadoras. Iniciou-se um processo de valorização da mão de obra feminina, estimulando a saída da mulher do mundo doméstico. Por causa disso, mulheres passaram a ter menos tempo para cuidar da casa e dos filhos, o que também ocasionou mudanças na forma de alimentar os lactentes, acarretando a diminuição da prática da amamentação. Como forma de resolver o problema, algumas trabalhadoras contratavam amas-de-leite.

No ver de Ichisato e Shimo (2002), também o desmame precoce pode ser atribuído a aspectos socioculturais, pois a amamentação passou a não ser vista como uma prática rotineira, que ganhou força pela participação social mais ativa da mulher e por sua maior presença no mundo do trabalho, acelerando seu ritmo de vida.

Em razão desses fatos, surgiram os Bancos de Leite Humano, o primeiro deles em 1900, na cidade de Viena (Áustria), segundo Vinagre, Diniz e Vaz (2001). O segundo surgiu dez anos depois, em Boston, nos EUA. Já no Brasil, o primeiro Banco de Leite Humano data de 1943. Denominado Instituto Fernandes Figueira, sediava-se na cidade do Rio de Janeiro, tornando-se mais tarde o Centro de Referência Nacional para os Bancos de Leite Humano no País.

Como afirmam Vinagre, Diniz e Vaz (2001, p. 344): “O objetivo do Banco de Leite não é substituir o aleitamento materno, ao contrário, é de incentivá-lo, pois é através deste incentivo que se torna possível obter o excedente da produção láctea para doação”. Nesse mesmo ano, a Academia Americana de Pediatria estabeleceu as primeiras recomendações sobre como utilizar o leite humano.

Em meados do século XX, vários médicos começaram a pesquisar um substituto para o leite materno, pois poucas mulheres aderiam à prática da amamentação. Como era de se esperar em um mundo em franco desenvolvimento industrial, com o passar dos anos, surgiram fórmulas de alimentos infantis comercializados no mercado. As indústrias tiveram as suas propagandas focalizadas nos pediatras, que passaram a prescrever novas fórmulas às mães, estimulando o desenvolvimento da cultura da mamadeira, disseminada como uma prática análoga à da amamentação. Nesse período, cresceu o número de propagandas de leite em pó e houve na sociedade uma supervalorização desse leite em detrimento do materno. No final dos anos 1940 e no início dos anos 1950, devido à praticidade dessas fórmulas, os médicos começaram a prescrevê-las de forma indiscriminada às mães. Nos anos seguintes, exaltou-se a composição de tais fórmulas de modo que eram utilizadas desde o momento do nascimento como primeira fonte de alimentação (BOSI; MACHADO, 2005). No ver dos autores, as estratégias adotadas pela indústria de leite em pó buscando estimular o consumo de seus produtos foram inúmeras. Entre elas são registradas a participação em reuniões científicas, os cursos de atualização, o patrocínio, as contribuições para manutenção de revistas científicas, além de publicações sistemáticas na mídia, que incutiam na sociedade uma marca a ser consumida como sinônimo de ciência.

Com a disponibilidade das fórmulas de alimentos infantis no mercado, sobretudo numa sociedade de economia capitalista, ocorreu, em nível mundial, uma queda na prática da amamentação nas diversas camadas sociais e uma mudança no comportamento das

mulheres/mães, que se revelavam descrentes dos benefícios do leite materno. (BOSI; MACHADO, 2005)

Nessa época, considerando-se as rotinas hospitalares, ainda era frequente a separação mãe-filho, sobretudo quando este permanecia internado. Nesse contexto, organismos internacionais e colegas médicos passaram a incentivar a amamentação como importante ação pública de saúde (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001). A ampliação da responsabilidade pela amamentação objetivou retirar a exclusividade das mulheres nesse processo, buscando comprometer a família, a sociedade e o Estado. Ichisato e Shimo (2002) acreditam que, para a mulher manter o aleitamento materno, era preciso que, além do suporte familiar e social, ela tivesse também o apoio governamental.

Importante registrar que, em 1979, foi assinada uma declaração da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propondo a valorização do aleitamento materno. Um segundo passo com esse objetivo foi dado em 1981, quando 118 países aprovaram e regulamentaram, na Assembleia Mundial de Saúde, o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno. Esse código previa a implantação e implementação de diversos programas e estratégias de promoção do aleitamento materno. No Brasil, tais programas foram coordenados pelo Programa Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. (BOSI; MACHADO, 2005)

Como é possível observar, a história registra que muitos fatores interferiram na prática da amamentação e mais um deles foi registrado na década de 1980, quando se descobriu a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que provocou mudanças nos costumes das mulheres ante a prática de amamentação, devido à informação de que a transmissão do vírus era possível através do leite humano. A partir dessa descoberta, lembram Vinagre, Diniz e Vaz (2001), o chamado aleitamento cruzado, ou seja, a oferta de leite de outra mulher à criança, foi considerado uma prática contraindicada.

Dizem ainda os autores que um dado que contribuiu para a recuperação da credibilidade dos Bancos de Leite Humano foi o fato de pesquisas posteriores comprovarem que a pasteurização do leite humano eliminava qualquer risco de transmissão do HIV.

Devido à preocupação com os padrões da alimentação infantil, no ano de 1989 a OMS e o UNICEF lançaram a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidade, na qual delimitaram ações que deveriam ser realizadas como incentivo ao aleitamento materno, designadas como os *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;
6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica;
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia;
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;
10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008, p. 11)

No ano de 1990, o Brasil assumiu o compromisso de estimular o aleitamento materno a partir da assinatura da Declaração de Innocenti, na Itália, cujo propósito foi reafirmar a importância de proteger, promover e apoiar essa prática. Nesse mesmo ano, na Reunião de Cúpula Mundial, realizada em Nova York, o País também assumiu a responsabilidade de reduzir a mortalidade infantil. (JURUENA; MALFATTI, 2009)

Como resposta ao compromisso assumido pelos países na Declaração de Innocenti, a OMS e o UNICEF lançaram em 1991, em nível mundial, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) como uma forma de estimular o cumprimento dos *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*. Essa Iniciativa tem como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno a partir da mudança de condutas e rotinas nos serviços de saúde que possam interferir no processo de amamentação, fazendo-se necessário para isso a mobilização de todos os profissionais envolvidos no funcionamento do hospital. Conseguindo cumprir esses passos e outras exigências contidas na Iniciativa, esses hospitais recebem o título de Hospital Amigo da Criança.

Entre outras mudanças e concepções adotadas, a IHAC também recomenda: não aceitar doações de substitutos do leite materno; trabalhar para aumentar a probabilidade de amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida; orientar e estimular a oferta da alimentação complementar de forma adequada com a continuidade da amamentação por dois anos ou mais.

Em 1991, alcançou-se outra vitória em prol do aleitamento materno, pois foi firmado um acordo mundial entre a OMS, o UNICEF e a Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos Infantis por meio do qual estaria proibida a distribuição gratuita de leites artificiais em maternidades e hospitais. (JURUENA; MALFATTI, 2009)

Segundo Ichisato e Shimo (2002), a decisão de não praticar o aleitamento materno, tomada pela grande maioria das mulheres, deu-se historicamente, pelo capricho/fragilidade da nutriz nos primórdios e, posteriormente, pela comodidade das mulheres. Ao afirmar isso, os autores parecem ignorar possíveis fatores de saúde, de trabalho, ou outros impedimentos postos à mulher para não amamentar, levando a um processo exclusivo de culpabilização feminina. No entanto, reconhecem que, com vistas a estimular o resgate dessa prática e – acrescenta a autora deste estudo – contribuir para criar as condições necessárias a fim de que a mulher amamente, se passou a refletir mais sobre o aleitamento materno no Brasil.

Não há dúvidas de que a amamentação é a maneira mais adequada de proporcionar o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento de uma criança. Nesse sentido, Ichisato e Shimo (2002) colocam que o leite materno é o mais completo dos alimentos que pode ser oferecido ao recém-nascido. Ele atua como imunizador, tranquiliza psicologicamente o bebê, não apresenta risco de contaminação no preparo e é fácil de ofertar. No mais, é um alimento de baixo custo, além de contribuir com vantagens específicas para a mulher, pois protege-a contra o câncer mamário e ovariano, auxilia na involução uterina e propicia à mulher maior segurança na realização das atividades exigidas em sua função de mãe.

2.2 MATERNIDADE E AMAMENTAÇÃO: CIÊNCIAS E VIVÊNCIAS

Segundo Correia (1998), a maternidade pode ser considerada um fenômeno bastante complexo para ser explicado por qualquer área que forneça elementos esclarecedores sobre

ela, isso devido a toda a dinâmica envolvida. O autor coloca ainda que, nessa tentativa, se faz necessário considerar os aspectos históricos, antropológicos, sociais e psicológicos como forma de conseguir abordar o tema de uma forma completa.

Ter um filho é considerado em cada civilização de um modo diferente; ser mãe pode ser visto como uma experiência perigosa, dolorosa, interessante, satisfatória ou importante, numa determinada mulher, numa determinada civilização. A forma de a vivenciar associa-se quer às suas características individuais quer à atmosfera cultural que a circunda. A maternidade tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento historicamente determinado. (CORREIA, 1998, p. 365)

Badinter (1985, p. 16) comenta: “[...] o desejo de ter um filho é complexo, difícil de precisar e de isolar de toda uma rede de fatores psicológicos e sociais”.

Segundo pesquisa realizada por Merigui, Gonçalves e Rodrigues (2006), algumas mulheres relatam que o ato de ser mãe é uma experiência considerada mágica pela maioria das mulheres. Muitas nem sequer observam que essa experiência constitui uma prática histórico-cultural, atribuindo-lhe significado puramente natural.

Badinter (1985) acrescenta que as funções e os papéis desempenhados tanto pelo pai, quanto pela mãe e pelo filho são frutos das exigências e dos valores de uma determinada sociedade. A autora francesa debruça-se sobre a maternidade na França no século XIX e, contrariando o pensamento hegemônico daquela época, defende que o amor materno não constitui um sentimento natural, mas, sim, um produto de exigências culturais e econômicas, o que justifica o título do seu livro, *O mito do amor materno*. Para Badinter, trata-se de um sentimento bastante complexo, imperfeito, não instintivo, que envolve múltiplos fatores não inscritos na natureza feminina.

Nessa mesma linha escreve Correia (1998), dizendo que o significado da maternidade depende da história pessoal de cada mulher, do desejo de ter um filho, da oportunidade da gravidez, da relação com o parceiro, além de fatores sociais, culturais e profissionais envolvidos. Para ele, “[...] maternidade não corresponde a um acontecimento biológico, mas a uma vivência inscrita numa dinâmica sócio-histórica” (CORREIA, 1998, p. 366). A autora considera a maternidade como um processo construído nos grupos humanos desde a infância, quando meninas são estimuladas a brincar de boneca e de casinha, revelando a importância das práticas culturais na construção da ideia de maternidade, pelo menos no que se refere às

sociedades ocidentais. Ou seja, desde bebês, meninas são preparadas para serem mães. A trajetória feminina é marcada por códigos culturais (lúdicos, religiosos, morais, entre outros) que buscam reafirmar a natureza da maternidade, por isso o senso comum de que mulher nasceu para ser mãe antes de qualquer outra coisa (MERIGUI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006). Por conseguinte, mulheres que não se tornam mães – ou por escolha, ou por não conseguir engravidar – revelam a sua incompletude, porque não podem exercer aquilo que de mais sagrado a natureza as dotou: a capacidade de reproduzir e cuidar. O processo de naturalização da maternidade e da função feminina do cuidado, ao mesmo tempo em que pode ser muito prazeroso, acaba por sobrecarregar as mulheres, porque em grande parte dos grupos humanos o cuidado fica sob sua responsabilidade exclusiva. (BADINTER, 2010)

A maternidade pode ser vivenciada de variadas formas e é marcada por diferentes fases, que vão desde a concepção, a gestação e o parto até a amamentação e outros cuidados com o filho. A partir do momento em que a mulher se torna mãe, ela vivencia um período de transição, o puerpério, no qual necessita reorganizar seu papel como sujeito, o que faz com que muitas vezes tenha sua autoconfiança abalada e entre em crise (MERIGUI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006). O puerpério, segundo os autores, é um período cheio de sensações e sentimentos que vão desencadear várias modificações internas e externas na mulher. A partir do nascimento do bebê, a mulher passa a se ver em uma nova condição como sujeito, pois percebe que o recém-nascido é totalmente dependente dela. Isso a faz abrir mão de outras responsabilidades e funções para assumir a responsabilidade pela vida do filho.

Badinter (2010), sobre esse aspecto, coloca que poucas são as mulheres que avaliam os sacrifícios antes de ter um bebê e que fantasiam apenas os benefícios, o amor e a felicidade envolvidos nesse mundo da maternidade, ignorando o contraponto, o cansaço, a frustração, a solidão. Já no ver de Merigui, Gonçalves e Rodrigues (2006, p. 777), “[...] na maternidade, a mulher adquire um novo *status*, o de ser mãe, transição que requer dela uma redefinição de papéis e a necessidade de adaptações e mudanças pessoais”, mudanças que são necessárias em toda sua rotina e cotidiano familiar, devido à presença de um novo membro.

Badinter (2010) traz alguns relatos de mulheres que vivenciam a maternidade, nos quais demonstra o pouco preparo da mulher para enfrentar essa fase tão conturbada: “Impossível ser solicitada assim, impossível que a realização possa nascer dessa dependência” (BADINTER,

2010, p. 23), ou ainda, “Eu acordava, voltava a dormir, amanhecia, anoitecia, ninguém me avisara que seria tão entediante – ou então eu não teria acreditado” (BADINTER, 2010, p. 23). Já para Merigui, Gonçalves e Rodrigues (2006), a mulher pode adquirir uma nova visão de vida após passar pelas experiências da gestação, do parto e do cuidar de um filho, experiências que trazem como consequência seu crescimento emocional e pessoal. Em alguns casos, pode ocorrer uma desorganização interna tão significativa, devido a ruptura de vínculos e mudanças de papéis e funções, que acabe por desenvolver, inclusive, quadros de depressão puerperal.

A chegada do bebê proporciona mudanças significativas no convívio familiar, entre os cônjuges e em toda a rotina da casa. Entre todos os aspectos vivenciados nessa fase está a amamentação, que se torna uma das questões mais abordadas, pois, segundo Vieira, Barros e Abrão (2000), constitui um dos três contatos interpessoais mais íntimos entre os seres humanos, ao lado dos outros dois, o ato sexual e o parto.

Para Araújo (2007), existe uma ambiguidade entre o querer e o poder amamentar, já que a sociedade atual valoriza a maternidade e coloca a amamentação como uma virtude também natural, um dom divino, puro e universal, fazendo com que a mulher se sinta cobrada a exercer esse papel. Por isso, para o autor, a mulher anseia por cumprir as tarefas da maternidade e amamentar seu filho, mas nem sempre essas tarefas são condizentes com o seu cotidiano.

Outro elemento levantado por Vinagre, Diniz e Vaz (2001) diz respeito às atitudes do homem diante da gestação, da maternidade e do aleitamento materno. Os autores argumentam que a percepção da mulher a respeito da atitude do parceiro diante do aleitamento materno pode influenciar na sua decisão de amamentar e no tempo que vai destinar a isso. Segundo eles, os estudos registram que há mulheres que interrompem a amamentação influenciadas pelos parceiros, e há outras que insistem na amamentação, o que provoca dificuldades na convivência conjugal.

Assim, entende-se que a percepção e a vivência da maternidade e da amamentação são determinadas por fatores sociais, históricos, culturais e subjetivos, que envolvem sentimentos, tais como afetividade, responsabilidade, culpa, influenciando inclusive a qualidade de vida de cada mulher.

2.2.1 Vivências Maternas no Processo de Amamentação

Conforme consta no dicionário (FERREIRA, 2011), o termo vivência significa experiência de vida, um “processo psicológico consciente no qual o indivíduo adota uma posição valorizante, sintética, que não é apenas passiva e emocional, pois inclui também uma participação intelectual ativa”.

Segundo Barretta (2010, p.1), esse termo pode ser entendido genericamente como “[...] um tipo fundamental de experiência do mundo”. O autor faz referência a alguns estudiosos clássicos que trabalharam essa categoria. Ainda segundo Barretta (2010), Freud em 1890 já explorava a vivência traumática, a partir do método catártico, como forma de tratamento da histeria. Husserl, em 1900, com o objetivo de combater o naturalismo das ideias e, em 1913, o naturalismo da consciência, utilizou-se da análise das vivências consideradas intencionais.

Para Amaral (2004, p. 52), vivência é o “[...] símbolo verdadeiro da experiência” ou, ainda, “[...] é a própria vida reduzida nas suas proporções mais diminutas e ao mesmo tempo mais fidedignamente representativas do modelo em tamanho original”.

Sobre a importância desse conceito, Dilthey citado por Silva (2009, p. 19), faz a seguinte colocação: “O resultado final do desenvolvimento da humanidade somente pode ser possuído na vivência, e não numa contemplação ociosa”.

Esse mesmo autor reforça ainda a importância do interesse em compreender a vida, o mundo humano, considerando, nesse processo, o passado e o presente. Para tanto, traz a seguinte contribuição:

A filosofia da história, ou *Lebensphilosophie* diltheyana, não pode ser entendida se se separar a fundamentação psicológica que se interessa pela individualidade de uma vivência fazendo o caminho inverso; da ação (motivada por fins) até os nexos últimos encontrados na consciência. Mas isto (o próprio Dilthey reconhece) produz apenas resultados parciais. Em seguida é necessário expandir a análise para o âmbito das relações sociais, porque nelas é possível perceber tanto a liberdade do indivíduo, quanto aquilo que sobrepõe o individual, dando vida a valores sociais mais amplos e partilháveis. Isso ocorre porque, por um lado, o indivíduo nasce numa tessitura social posta, mas por outro, ele se relaciona com ela ora aquiescendo ora discordando [...]. (SILVA, 2009, p. 19)

Esses aspectos levantados tornam-se importantes para a compreensão dos estudos que abordam a questão da vivência da amamentação pelas mães e as dificuldades que enfrentam

para a realização dessa função. Araújo e Almeida (2007) colocam que a prática da amamentação é culturalmente influenciada e que crenças e tabus de uma determinada sociedade interferem nesse processo, como, por exemplo, o uso de lactogogos⁴ por determinadas culturas, apostando que eles estimulam a produção de leite.

Araújo e Almeida (2007), em pesquisas realizadas focalizando a vivência da amamentação na perspectiva da nutriz, observaram que as mulheres conseguem expor a amamentação para além da questão biológica, trazendo também aspectos históricos, sociais e culturais – um conjunto de natureza e cultura.

Outros estudos mostram que as mulheres, ao se referirem à amamentação, apontam aspectos positivos e negativos. Como aspectos negativos, citam o esforço físico/cansaço, a limitação para realizar outras atividades e funções, inclusive o cuidado consigo mesma, a dificuldade em conciliar sexualidade e amamentação e o sentimento de isolamento e solidão. Como aspecto positivo, destacam o prazer do contato físico, que possibilita uma ligação afetiva maior entre mãe e bebê. (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007)

Leon e outros (2009) ressaltam, em estudos qualitativos, a existência de uma ambiguidade entre o querer e o poder amamentar. A mulher sente-se obrigada a amamentar como se essa função fosse um dever imposto pela sociedade, que vem junto com a maternidade. No entanto, amamentar nem sempre é possível em sua realidade de mulher, mãe e trabalhadora / profissional (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007). Com todas as mudanças ocorrendo ao mesmo tempo, a mulher passa a se sentir vulnerável, e isso muitas vezes faz com que ela sofra, de acordo com Merigui, Gonçalves e Rodrigues (2006). Ela vivencia uma ambivalência de sentimentos, muitas vezes sem conseguir expressar esses sentimentos confusos de felicidade, preocupação, cansaço e insegurança. Segundo esses autores, essa ambivalência é importante para o relacionamento da díade, pois tais sentimentos fazem parte do processo de separação da unidade mãe-filho, reafirmando que tanto a mãe quanto a criança têm necessidades e desejos próprios, o que os diferencia um do outro como sujeitos. Isso pode fazer com que a mulher se sinta culpada, pois a sociedade atual ainda visualiza como ideal materno a unidade mãe-filho. (MERIGUI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006)

⁴ Lactogogos - “algo” ou “alguma coisa” que leva ao acréscimo da produção de leite, pois *lacto*, do latim *lac*, *lactis*, tem o sentido de leite, e - *agogo*, -*agogia*, de origem grega, *agogôs*, tem o sentido de *que guia ou conduz*.

Os autores percebem na fala das puérperas que, ao assumir a responsabilidade pela vida do bebê, elas se sentem sobrecarregadas, cansadas, inseguras e com a sensação de estarem perdendo a liberdade.

Leon e outros (2009) apontam alguns fatores que também podem influenciar no sucesso da amamentação. Com relação à mãe, referem-se às características individuais de personalidade e à forma como se posiciona diante da situação de amamentação; citam as condições de nascimento e do período pós-parto relacionando a essas o ambiente físico e a criança; consideram ainda outros fatores, como o trabalho materno e o cotidiano da mulher e da família.

Araújo e Almeida (2007) comentam que algumas mulheres conseguem lidar com mais tranquilidade do que outras com os obstáculos e as dificuldades que surgem durante o processo de amamentação, e essa forma de lidar com os problemas é decisiva na persistência ou não do aleitamento materno. Segundo Machado (apud ARAÚJO; ALMEIDA, 2007), as mulheres que decidem amamentar e persistem nesse ato até os seis meses são movidas por uma motivação interior que as faz se sentir mais seguras, superando obstáculos e opiniões contrárias.

A realidade mostra que, apesar de considerarem o leite materno a melhor opção alimentar para o filho, muitas mulheres não conseguem amamentar. Isso pode ocorrer devido à sua insegurança em adotá-lo como alimento exclusivo. (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007)

Assim, o significado da amamentação na sociedade tende a influenciar de forma positiva ou negativa a prática do aleitamento. Ante a decisão de amamentar, a mulher tem sua percepção sugestionada pelo senso comum, pelo contexto no qual está inserida, mas, ao mesmo tempo, tem suas atitudes condicionadas pela transmissão das informações decorrentes da cultura científica, o que a faz reafirmar o desejo de amamentar para oferecer o melhor ao filho: o leite materno.

2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AMAMENTAÇÃO

De acordo com Ferreira (2011), a palavra representação é definida como *ato ou efeito de representar(-se), interpretação*. Outra definição de representação seria o “conteúdo concreto

apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento”, ou, em síntese, a “reprodução daquilo que se pensa” (FERREIRA, apud SPINK, 1993, p. 302). Partindo desse conceito geral, Spink assume então que as representações sociais são interpretações da realidade mediadas por questões históricas e constituídas subjetivamente. Citando Moscovici, considerado o pai da Teoria das Representações Sociais, Oliveira e Werba (1998, p. 106) explicitam que as representações sociais são “[...] um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais”.

Pelo conteúdo abordado, a definição de representações sociais foi detalhada por Spink (1993) como formas de conhecimento prático, inseridas no campo transdisciplinar, com o objetivo de compreender o contexto social, material e ideativo de um indivíduo ou de uma sociedade. São, dessa forma, consideradas fenômenos sociais compreendidos a partir de seu contexto de produção, mas acessados a partir do seu conteúdo cognitivo. Referindo-se a esta transdisciplinaridade, Morin (apud SPINK, 1993, p. 307) afirma:

O que me interessa é o fenômeno multidimensional, e não a disciplina que recorta uma dimensão nesse fenômeno. Tudo o que é humano é ao mesmo tempo psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico. É importante que estes aspectos não sejam separados, mas sim que concorram para uma visão poliocular.

Sendo assim, as representações sociais estão inseridas em um campo multidimensional, aliando e questionando tanto a natureza do conhecimento produzido como a relação indivíduo-sociedade. Já Chacon (2006, p. 22), inspirado em Moscovici (1995), escreve que as representações sociais

[...] podem ser entendidas pelo indivíduo como uma forma de interpretação da realidade que o cerca, determinadas por condições sociais que permitem reestruturá-la, situando-se nela, orientando suas ações a partir de seus parâmetros, para conferir-lhe significados. Também, podem ser compreendidas como uma ação que envolve a cognição e os sentimentos. As dimensões cognitiva, afetiva e social estão presentes na própria noção de representação social. A teoria que se ergue para explicar esse fenômeno diz respeito à construção dos saberes sociais e envolve a cognição. O caráter simbólico e imaginativo desses saberes traz à tona os afetos, porque quando os atores sociais se empenham em entender e dar sentido a alguma coisa existente no mundo eles também o fazem com emoção e sentimentos.

Segundo Marques, Cotta e Araújo (2009), as representações sociais podem ser consideradas o pensamento do cotidiano, uma forma pela qual os sujeitos podem interpretar sua realidade individual ou coletiva.

Spink (1993) escreve que, pelo fato de serem consideradas formas de conhecimento prático, as representações sociais estão inseridas nas linhas de estudo do senso comum, considerado este “Um conhecimento legítimo e motor das transformações sociais” (SPINK, 1993, p. 302). De acordo com Spink (1993), embora esteja claro que tanto as vertentes clássicas do conhecimento que abordam os saberes formalizados quanto as correntes do senso comum que consideram as manifestações sociais como determinadas por questões sociais e históricas, ainda se tem a concepção de que os conhecimentos formalizados, ou seja, a ciência, são tidos como verdade, enquanto o senso comum, como ilusão. Para a autora, a partir do momento em que as representações são reconhecidas como capazes de demonstrar efetivamente a realidade social, o senso comum passa a ser reconhecido como uma forma válida de conhecimento.

Segundo Spink (1993, p. 301) traz uma explicação para isso considerando dois eixos principais na compreensão sobre esse campo de estudo:

[...] no primeiro eixo, as representações constituem formas de conhecimento prático orientadas para a compreensão do mundo e para a comunicação; no segundo eixo, elas emergem como elaborações (construções de caráter expressivo) de sujeitos sociais a respeito de objetos socialmente valorizados.

Um aspecto importante colocado por Oliveira e Werba (1998) sobre essa questão diz respeito ao fato de esses saberes, quando elaborados e partilhados coletivamente, acabarem por ajudar na interpretação do real, fazendo com que as interações entre os indivíduos e o meio no qual se encontram tragam modificações para os dois.

Com relação a esse campo de estudo, pretende-se compreender os significados que sustentam o cotidiano na vida do ser humano comum, sem os quais a sociedade não existe. A partir da comunicação, esses significados podem ser elaborados e compartilhados, o que vai contribuir para a construção de uma realidade comum aos sujeitos envolvidos (SPINK, 1993). Explicitando melhor esse aspecto, Jodelet (apud SPINK, 1993, p. 304) traz que

[...] as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm.

Sendo assim, deve-se considerá-las como uma “[...] construção do sujeito enquanto sujeito social [...]” e isso significa posicioná-lo de uma forma mais íntegra, ou seja, não apenas como produto de determinações sociais, mas também influenciado pelo contexto e pelas condições

nas quais está inserido, levando-se inclusive em consideração sua subjetividade, o que abrange, além das expressões cognitivas, o afeto. (SPINK, 1993, p. 303)

Oliveira e Werba (1998) trazem que conceituar o que vêm a ser as representações sociais torna-se algo quase utópico, pois entender, interpretar e compreender os fenômenos sociais, ou seja, o que as pessoas fazem e por que fazem, é sempre um desafio para os estudiosos, forçando-os a estar em contínua busca por novas formas de pesquisa e abordagem.

Reforçando essa idéia, Spink (1993, p. 306) coloca que as representações sociais são estruturas necessariamente dinâmicas, caracterizadas por uma flexibilidade e permeabilidade, e completa: “[...] ao se aprofundar a análise do senso comum, depara-se não com a lógica e com a coerência, mas com a contradição”. Esse fato faz com que o estudo das representações sociais seja compreendido como um processo na criação delas e na manutenção de uma determinada ordem social.

Oliveira e Werba (1998, p. 107) falam da importância de estudarmos as representações sociais de um grupo:

Estudar RS é buscar conhecer o modo como um grupo humano constrói um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social, as representações que ele forma sobre uma diversidade de objetos, tanto próximos como remotos, e principalmente o conjunto dos códigos culturais que definem, em cada momento histórico, as regras de uma comunidade.

Segundo estudo qualitativo realizado por Marques, Cotta e Araújo (2009), existem representações sociais que podem interferir, de forma positiva ou negativa, na decisão da mulher em amamentar. Nesse estudo, os autores trazem que, no conjunto de representações sociais suscitadas sobre o aleitamento materno, essa prática ultrapassa a questão puramente biológica, abordando o social e o cultural. Baseados no que foi colocado pelas mulheres, eles apontam como significações mais representativas a consideração de que amamentar é oferecer o melhor alimento para o bebê e o posicionamento da mulher sobre a lactação, descrevendo-a como boa, fundamental e importante.

Os autores observaram que o significado da amamentação estava focado no bem-estar e na saúde da criança, fundamentado na condição de a mãe oferecer o melhor para o seu filho. Segundo Marques, Cotta e Araújo (2009), as mulheres justificam a introdução precoce de

outras formas de alimentação, além do leite materno, com falas do tipo: *Meu leite é pouco, insuficiente, fraco, meu leite secou*. Isso, muitas vezes, pode estar relacionado a questões referentes à insegurança materna quanto à capacidade ser mãe – cuidar e alimentar seu filho. Marques, Cotta e Araújo (2009) observaram em seu estudo a questão da percepção da mulher no que diz respeito ao aleitamento materno, algo como uma imposição à sua condição de mãe, e isso ocorre através da pressão exercida pela família, pela sociedade ou pela própria mulher, por considerarem que o bebê tem que ser alimentado no seio materno.

Como protagonista ativa no processo de aleitamento, a mulher torna-se a responsável direta pela realização desse ato. O fato de não conseguir amamentar pode levá-la a um sentimento de culpa, fazendo-a questionar também a sua condição de ser boa mãe.

Segundo Marques, Cotta e Araújo (2009), uma das primeiras preocupações da mulher que se torna mãe diz respeito à alimentação de seu filho. Sobrevém-lhe a necessidade de perceber se o bebê está saciado. O tempo e a intensidade dessa preocupação vão depender da autoconfiança da mulher em relação à sua capacidade de alimentar seu bebê.

Apesar de os autores observarem que a experiência de amamentar estava focada no bem-estar e na saúde da criança, quando abordadas sobre as vantagens da lactação, as mulheres relatavam o desejo de que o corpo voltasse ao que era antes da gestação. (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009)

No estudo realizado por Marques, Cotta e Araújo (2009), as entrevistadas vincularam a representação do choro do bebê à sensação de fome. No caso de o choro ser persistente, relatavam sentirem-se inseguras com relação ao fato de o seu leite não estar sendo suficiente para o bebê. Os pesquisadores afirmam que o choro é uma forma de o bebê comunicar um desconforto, o que pode ter outras razões além da fome, como o frio ou o calor, dor (cólicas), fraldas sujas ou até mesmo necessidade de carinho. No entanto, as entrevistadas o relacionavam à possibilidade de não serem capazes de produzir a quantidade de leite suficiente para o filho.

Apesar de as mulheres acreditarem na baixa produção do leite materno, Almeida (apud MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009) considera que a hipogalactia é um fenômeno raro. Praticamente todas as mulheres são capazes de produzir leite em quantidade suficiente para

seu filho, desde que desejem amamentar, a criança esteja bem posicionada e a pega na amamentação seja adequada.

Em seu estudo, Marques, Cotta e Araújo (2009) observaram que o fato de se considerar que o leite materno é um leite fraco está associado à sua aparência mais aguada, principalmente se comparado ao leite de vaca, o que faz com que a mulher acredite que seu leite não será suficiente para atender as necessidades do bebê. Também puderam observar que as entrevistadas associavam a quantidade e a qualidade do leite materno que produziam à alimentação que faziam no período da amamentação.

Já é parte do conhecimento científico que, mesmo em locais com temperaturas mais elevadas, o leite materno contém toda a água necessária para a sobrevivência e hidratação da criança até os seis meses de vida, mas o que se observa ainda hoje é a introdução precoce de água na dieta alimentar dos bebês. A mãe se sente insegura a esse respeito, pois com frequência ainda duvida que o leite materno possa matar a sede do bebê. (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009)

No estudo realizado por Marques, Cotta e Araújo (2009), verificou-se que, apesar de terem conhecimento sobre os danos causados pelo uso da chupeta, as mulheres entrevistadas a consideram como uma espécie de ajuda, principalmente por acalmar o bebê em caso de choro. Por outro lado, o estudo também mostrou, a partir da análise dos depoimentos, que as mães se sentiram frustradas quando, ao querer ou tentar introduzir a chupeta, o bebê não a aceitou. Essas mães também justificaram o uso da chupeta dizendo que as crianças ficavam mais quietas e tranquilas na ausência da mãe, facilitando a vida do cuidador. Os autores ainda observaram que, devido ao fácil acesso e ao baixo custo, a introdução da chupeta muitas vezes ocorre no primeiro dia de vida do recém-nascido. (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009)

Segundo dados da II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, realizada pelo Ministério da Saúde em 2009, a prevalência do uso de chupeta entre crianças menores de doze meses foi de 42,6% (BRASIL, 2009). Marques, Cotta e Araújo (2009) afirmam que o uso da chupeta pode interferir na duração do aleitamento materno, acarretando até mesmo sua interrupção, devido à diferença entre o padrão de sucção exigido no seio materno e na chupeta.

Para esses autores, as representações sociais acerca do leite materno interferem sobremaneira no processo de amamentação porque geram insegurança nas mães, levando-as, como já citado acima, a inserir outros alimentos ainda no período em que o ideal seria o uso exclusivo do leite materno. Dizem elas: *o bebê só chora quando está com fome, o leite é insuficiente, o leite é fraco, o leite materno não mata a sede do bebê, a chupeta é uma ajuda para a mãe*. Com essas representações, justificam a introdução precoce de outras formas de alimentação e o uso da chupeta, fatores que vão interferir no processo de amamentação. (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009)

Por outro lado, Marques, Cotta e Araújo (2009, p. 564) observaram que as representações sociais sobre o ato de amamentar, reveladas nas expressões “Amamentar é dar o melhor para o bebê” e “Amamentar ajuda o corpo materno a voltar ao normal”, tinham um significado importante e positivo para a mulher, servindo-lhes como estímulo para investir na amamentação.

3 O ALEITAMENTO MATERNO NO CONTEXTO DO HUMANIZA SUS

Neste capítulo serão trabalhadas questões relacionadas aos aspectos sócio-históricos da saúde pública no Brasil, o processo de humanização das políticas públicas de saúde e as iniciativas de humanização na atenção às puérperas e bebês no ambiente hospitalar.

3.1 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde, no ver de Motta (2007), é considerada uma das políticas de proteção social, além da previdência e da assistência social. Segundo a autora, saúde, previdência e assistência social devem ser consideradas um “[...] produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato”. (MOTTA, 2007, p. 1)

A política de saúde no Brasil teve uma nova base jurídico-legal constituída a partir da CF/88, que, no Art. 196, afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Sendo assim, Teixeira (2011) coloca que cabe ao Estado o compromisso de oferecer saúde a qualquer cidadão brasileiro, seja por nascimento seja por naturalização, protegendo-o dos possíveis riscos aos quais é exposto ou oferecendo assistência quando necessário. Segundo Motta (2007), essa conquista ocorreu somente a partir da década de 1980, quando a sociedade brasileira realmente lutou em prol da constitucionalização de seus direitos sociais, trabalhistas e políticos, e pela institucionalização de formas de exercícios mais democráticos.

Para Pasche (2009), a instituição de políticas de saúde mais avançadas no Brasil deve-se ao esforço de intelectuais, profissionais de saúde, universitários, movimentos populares, além de grupos da sociedade civil organizada que, na década de 1970, já defendiam a saúde como um direito de todos. Essa articulação em prol da saúde brasileira foi denominada de Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro. Esse movimento cumpriu um papel fundamental porque conseguiu que usuários e profissionais de saúde unissem forças para enfrentar uma questão histórica: a falta de igualdade no acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto de movimentos

sociais em defesa dos direitos de todos os cidadãos a uma saúde universal e de qualidade é que foi instituído o SUS, pela CF/88.

Maia, Rodrigues e Maia (2012) escrevem que o SUS constitui uma síntese dos avanços políticos produzidos numa rede de relações tecidas entre movimentos sociais diversos e o Estado Brasileiro, afirmando e reafirmando a dimensão pública e coletiva da saúde. A “saúde” passou a ser reconhecida como algo além da simples ausência de uma patologia física. Nesse sentido, os autores acrescentam “[...] que a questão da saúde está além dos limites da assistência”, referindo-se ao “[...] conceito ampliado de saúde como determinação e produção social” (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012, p. 5). Reforçando as questões abordadas, Pasche (2009, p.701-702) menciona:

Saúde passou a ser compreendida como produção social, resultando, então, de complexas redes causais que envolvem elementos sociais, econômicos e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral.

Pasche afirma que garantir a saúde como produção social significa considerar que a distribuição das riquezas, o acesso aos bens de consumo e às políticas públicas vão interferir nas formas de adoecimento e mortalidade dos diferentes segmentos sociais. Diante disso, acrescenta que é necessário implantar políticas sociais e econômicas justas, com vistas ao bem comum, com distribuição de renda, para que o Estado consiga cumprir o seu dever constitucional referente à saúde dos cidadãos. Maia, Rodrigues e Maia (2012, p. 4) afirmam ainda que “O sistema de proteção social adotado decorre da compreensão dos fenômenos sociais, incluindo a saúde, o adoecimento e a morte”.

O SUS, na visão de Teixeira (2011, p. 2), é um projeto que “[...] assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira”. Nessa mesma linha, Maia, Rodrigues e Maia (2012) explicam que os princípios do SUS são considerados seus valores estruturantes, já as suas diretrizes (descentralização, participação social, hierarquização e regionalização) definem o seu rumo, ou seja, as estratégias e os movimentos táticos que, articulados aos princípios citados, vão operacionalizar o sistema. Escrevem eles que os princípios do SUS são, ao mesmo tempo, de ordem filosófica e ideológica, porque se originam “[...] do pensamento sobre valores humanos e da perspectiva de construção de direitos de cidadania”. (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012, p. 5)

Maia, Rodrigues e Maia trazem que a universalidade “[...] decorre do Art. 196 da Constituição Federal, que afirma a saúde como direito fundamental de todo ser humano, cabendo ao Estado o dever de prover acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência a todos os cidadãos brasileiros” (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012, p. 6). Silva (2007, p. 144) coloca que “a constituição do SUS foi o caminho encontrado para universalizar o direito à saúde”, rompendo com a tradição da garantia de acesso aos serviços de saúde apenas aos trabalhadores com relações formais de trabalho. O trabalhador, dispondo de carteira assinada, tinha direito de acessar os serviços de saúde oferecidos pela empresa. Para os desempregados, considerados indigentes, restava recorrer aos serviços públicos mantidos precariamente pelos órgãos governamentais ou por instituições filantrópicas. (TEIXEIRA, 2011)

A integralidade, outro princípio do SUS, consiste em se compreender o sujeito em sua totalidade, considerando todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença, não apenas a questão biológica, mas também, nesse contexto, as relações com a sociedade e com o meio ambiente – setores que também trazem repercussões na qualidade de vida da pessoa. Na integralidade, Pasche (2009) acrescenta que estão inseridos todos os níveis de atenção, mas ressalta o papel estratégico da atenção primária, que tanto atua no campo da prevenção quanto insere o usuário na rede, possibilitando-lhe acessar os serviços de saúde, com responsabilidade compartilhada entre municípios, estados e instância federal.

Por último vem a equidade, que constitui um princípio de justiça social. Mesmo reconhecendo as desigualdades sociais existentes no Brasil, todos devem ter igualdade de acesso ao SUS.

Com relação às diretrizes, Maia, Rodrigues e Maia (2012) explicam cada uma delas da seguinte forma: a descentralização, como a distribuição das responsabilidades entre as três esferas de governo para que cada uma delas, sobretudo os municípios, tenha autonomia na resolução das questões voltadas à saúde de acordo com as necessidades locais, objetivando serviços com mais qualidade, que atendam as necessidades reais; a participação social, também como uma forma de “compartilhamento de responsabilidades” e um direito de todo cidadão, já que estes são os que deverão beneficiar-se das políticas sociais, contribuindo com isso para a criação, a implantação e a concretização de projetos pertinentes e necessários a cada grupo social.

A hierarquização constitui uma forma de estruturação dos serviços de saúde para atender as diferentes demandas da sociedade em níveis crescentes de complexidade, formando entre eles uma rede de assistência articulada e conectada aos demais níveis, possibilitando o acompanhamento da trajetória assistencial do cidadão. Na hierarquização estão os níveis de atenção à saúde: primária, média e de alta complexidade.

A diretriz regionalização é uma das estratégias prioritárias do Ministério da Saúde para reduzir as desigualdades tanto sociais quanto territoriais de acesso aos serviços e às políticas de saúde no Brasil. Para isso, de acordo com Maia, Rodrigues e Maia (2012), é prevista uma distribuição dos recursos assistenciais disponíveis de uma forma mais racional e de acordo com as necessidades locais, focando a importância da organização dos serviços em rede para que realmente o direito à saúde possa ser garantido dentro de um determinado território.

Pasche (2009) lista parte dos ganhos na saúde com a implantação do SUS: reorganização da rede de atenção, solidificando-a a partir do fortalecimento de estratégias de atenção básica; ampliação do acesso das pessoas aos serviços; integração do território nacional por meio de redes de atenção municipalizadas e regionalizadas; ampliação da quantidade, diversidade e qualidade dos trabalhadores da saúde; ação multidisciplinar em saúde; investimento em pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico tanto de equipamentos quanto de insumos estratégicos, entre os quais vacinas e medicamentos; implantação de sistemas de informação e de gestão que permitam monitorar resultados e melhorar os processos de tomada de decisão.

3.2 O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Apesar de admitir os avanços das políticas de saúde nas últimas décadas, Pasche (2009) reconhece a existência de inúmeros desafios ainda existentes, tais como a medicalização da vida, devido à cultura sanitária biomédica que prevalece no Brasil e que associa a saúde ao acesso a remédios e hospitais; pouco financiamento voltado para as ações de saúde; dificuldade de acesso aos serviços; pouca assistência a alguns territórios, criando disparidades geográficas dentro do País; ineficiência da rede de atenção básica; existência de interesses privados, corporativos e político-partidários na definição das políticas de saúde e na organização dos serviços; ausência de formação dos profissionais que estarão trabalhando no

SUS, que se apresentam despreparados diante das necessidades reais do sistema, e, ainda, falta de uma carreira SUS. (PASCHE, 2009)

Pasche (2009, p. 706) traz ainda que “[...] há sinais visíveis de crise na saúde brasileira” explicitados pela sociedade, que se queixa de descaso com o atendimento, tratamentos mal-acompanhados, longas filas de espera e até pagamentos “por fora” para conseguir atendimento. Nessa mesma perspectiva, Versiani et al (2012), nos estudos realizados em serviços de urgência e emergência hospitalar, constatam que os usuários dos serviços de saúde se queixam do mau atendimento. “Essas queixas podem ser observadas na mídia que denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população. Até as publicações científicas comprovam a veracidade de muitos destes fatos”. (VERSIANI et al., 2012, p. 1)

Outros autores que investigam os desafios que permeiam as ações de saúde no Brasil são Almeida e Pereira (2012). Eles apontam como problemas do SUS a desvalorização dos trabalhadores da área da saúde, pouca comunicação entre as diferentes esferas do sistema, pouco compromisso na assistência ao usuário, investimento insuficiente na capacitação dos funcionários, precarização das relações de trabalho, pouco envolvimento dos trabalhadores na gestão dos serviços, além “[...] do despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe e a presença de modelos de gestão centralizados e verticais”. (ALMEIDA; PEREIRA, 2012, p. 44)

A gestão deve ser um ponto considerado em toda esta problemática visto que será a base para a implementação da política. Jesus et al. (2011) colocam o ambiente hospitalar como uma organização complexa que exige conhecimentos específicos de administração para seu gerenciamento o que ainda não é observado na realidade do país, onde as instituições de saúde são administradas por médicos e enfermeiros. No entanto, será que os problemas expressos na saúde são resultantes da gestão inadequada? Correia (2007), por exemplo, só acha possível entender a saúde na dinâmica interna, inclusive a sua gestão e as suas inter-relações, conectando-a a elementos mais amplos da dinâmica do desenvolvimento do capitalismo e do Estado.

A autora pontua que foi a partir da contrarreforma do Estado brasileiro orientada pelo Banco Mundial que ocorreu o processo de descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários, diferentemente do que havia sido

proposto na Constituição Federal com a criação do Sistema Único de Saúde, que adotou como princípio estratégico a descentralização, mas com partilha de responsabilidade e também de recursos. Dessa forma, a “Contra-reforma na área da saúde tem se dado no bojo das reformas empreendidas pelo governo brasileiro em atendimento às exigências dos organismos internacionais”. (CORREIA, 2007, p. 3)

Para fazer essa análise, a autora se utiliza do documento do BM com vistas a orientar a política de saúde brasileira, divulgado no ano de 2007, intitulado, *Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos*. Banco Mundial citado por Correia (2007) observou que o documento busca racionalizar os gastos públicos com saúde por meio de uma eficiente gestão. No diagnóstico sobre a saúde pública, o documento aponta como duas das principais fragilidades à sua governança: “A falta de incentivos e de accountability que garantem que os serviços sejam viáveis financeiramente e que sejam de qualidade aceitável, sendo dois fatores essenciais para o fortalecimento do status da saúde”.

No mais, Correia chama a atenção para as seis ações corretivas propostas pelo BM para a resolução dos problemas na área da gestão em saúde pública no Brasil: “Autonomia organizacional; Fortalecimento da capacidade gerencial; Contratos de Gestão; Simplificação de repasses federais; Monitoramento e avaliação de impacto; e Alinhamento de processos de planejamento, orçamento e monitoramento” (CORREIA, 2007, p. 4). Problematizando ao que autora chama de visão tecnicista, escreve ela:

O tecnicismo dos argumentos apresentados neste documento omite a pungente questão política que está posta, a “busca pelo desempenho” é a chave, não importando se implica em privatização [...] Está explicitado o teor de desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde contido no documento, através de contratos de gestão, passando este a ser coordenador desses serviços monitorando e avaliando o desempenho e os resultados do “compromisso de gestão” firmado com prestadores públicos ou privados de saúde.

Estas reflexões da autora são necessárias para a compreensão da totalidade dos fatores que envolvem a saúde no Brasil e das contradições que marcam a sua história.

Refletindo sobre as políticas de seguridade social no Brasil, Motta (2007) identifica uma das principais contradições postas entre a filosofia e a institucionalização do SUS. Diz ela:

Embora a arquitetura da seguridade brasileira pós-1988 tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o Estado de bem-estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais. (MOTTA, 2007, p. 3)

A distância entre o SUS – regulamentado pela Lei n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990, e, depois, pelo Decreto n.º 7.508, de 28 de Junho de 2011 – e a sua existência prática tem-se revelado bastante paradoxal. No que se refere à sua existência formal, o SUS está entre as políticas de saúde mais avançadas do mundo. Porém, quando se discute a sua dinâmica operacional, o Sistema se revela insuficiente em muitas áreas, por vezes abrigando práticas intitulas de antidemocráticas e desumanas. Partindo do princípio de que o SUS tem vantagens, mas, ao mesmo tempo, tem muitos problemas a serem enfrentados, é que surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída na década de 2000. (PASCHE, 2009)

Esta política surgiu com o propósito de promover a “[...] valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores [...]”, com vistas a estimular a “[...] autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2004, p. 32). Sobre a origem do termo humanização, Almeida e Pereira (2012, p. 40) ressaltam que “A gênese da palavra humanização advém do conceito de humanismo, que, por sua vez, deriva do latim humanos”.

Para Motta (2007), Almeida e Pereira (2012), Pasche (2009) e Fortes (2004), o que precisa ser incorporado na assistência à saúde é a valorização da subjetividade presente nas relações entre os sujeitos envolvidos, tornando-se essa uma questão bem complexa, pelo fato de serem muitos os sujeitos envolvidos, com saberes, poderes e necessidades diversas, além da forma como a sociedade vem se organizando a partir dos avanços tecnológicos, da chegada do neoliberalismo e do processo de globalização econômica, que deixam as relações cada vez mais abafadas pelo consumo excessivo, pelo individualismo e pela valorização material.

Humanizar as ações em saúde significa, no ver de Pasche (2009, p. 706),

[...] pôr os sujeitos, as pessoas, em primeiro lugar, na construção do cuidado e da gestão; e, nesta perspectiva, a reconstrução dos espaços de trabalho deve ser um exercício coletivo para: adequar o ambiente de trabalho às diretrizes de reorganização dos processos de trabalho e responder aos interesses dos trabalhadores

da saúde e dos usuários (ambiente acolhedor, agradável, como dispositivo de produção de bem-estar e de saúde).

Para Fortes (2004, p. 31), “Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma”. Já segundo Rech (apud FORTES, 2004), humanizar é preservar a dignidade do ser humano, valorizando as vivências de cada indivíduo. O autor identifica que no Brasil há avanços importantes no campo legal buscando garantir uma saúde mais humanizada. Escreve Fortes (2004, p. 32):

[...] tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde - Lei federal 8080/90, art. 7º, III, IV e V.

Revelando que a necessidade de humanização em saúde não constitui um problema exclusivo do Brasil, mas de outros países também, inclusive aqueles de capitalismo desenvolvido, o primeiro indício registrado pela literatura sobre a necessidade de humanização das práticas em saúde no âmbito internacional ocorreu, de acordo com Fortes (2004), no Hospital Mont Sinai, em Boston, EUA, no ano de 1972, quando se discutiram os direitos dos pacientes, acarretando a primeira Declaração de Direitos dos Pacientes. Em 1978, patrocinada pela OMS e pelo UNICEF, foi lançada a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que entendeu que a “saúde é um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, devendo ser compreendida como um direito humano fundamental” (FORTES, 2004, p. 31). A Declaração também contemplou o direito da participação social tanto no planejamento quanto na implementação das práticas voltadas à saúde. Ela, no ver de Fortes (2004), apresenta os fundamentos da humanização em saúde.

Importante registrar que a sociologia médica norte-americana foi a protagonista no que se refere às pesquisas em torno da humanização em saúde, quando, na década de 1970, Howard e Strauss se propuseram a discutir questões, tais como a díade médico-paciente, as formas de comunicação adotadas entre eles, as formas de acesso à informação do paciente ao longo do tratamento, a formação profissional, considerando aspectos de ordem objetiva e subjetiva. Desde então, já se passaram mais de 40 anos, e constatam Almeida e Pereira (2012) que o termo humanização na área da saúde é uma questão ainda pouco discutida na formação acadêmica dos profissionais de saúde.

No Brasil, a primeira iniciativa de instituição de mecanismos legais buscando garantir o atendimento humanizado às puérperas e aos bebês recém-nascidos ocorreu por volta dos anos de 1980, quando houve a instituição do alojamento conjunto como forma de garantir, no ambiente hospitalar, a proximidade entre mães e bebês. Esse assunto será retomado mais à frente. Outro evento importante foi a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos anos de 1990. O Estatuto, nos seus Arts. 11 e 12, estabelece a proteção à criança e ao adolescente quando estes são atendidos pelos serviços de saúde: os locais que prestam assistência à saúde devem dar condições para que um responsável ou algum dos pais permaneça com a criança ou o adolescente em tempo integral, no caso de uma internação, explicitando ainda o alojamento conjunto, no caso das maternidades, o que vai possibilitar à mãe e ao bebê estarem juntos durante todo o tempo de internação.

Outro exemplo no Brasil referente às práticas de humanização na saúde ocorreu cinco anos após a aprovação do ECA: a promulgação da Lei Complementar n.º 791, de 9 de Março de 1995, no Código de Saúde do Estado de São Paulo, quando foi emitida a Cartilha dos Direitos do Paciente. Nesse documento, constam como direitos dos usuários ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso; ser identificado e tratado pelo nome e/ou sobrenome, e não desrespeitosamente por números ou códigos; ter resguardados seus dados pessoais, com sigilo por parte dos profissionais, desde que esse procedimento não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública; poder identificar os profissionais responsáveis por sua assistência; receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas; consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados após receber as devidas informações sobre o assunto; acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico. (FORTES, 2004)

Segundo Venâncio, Martins e Giugliani (2010), foi a partir do ano 2000 que a humanização ganhou notoriedade em nosso País, isso devido ao lançamento, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), responsável por sistematizar as ações já existentes.

O PNHAH foi lançado no ano de 2001 e objetivou alterar os padrões de assistência oferecidos aos usuários nos hospitais públicos do País. Esse programa, no ver de Fortes (2004), propunha uma transformação cultural no ambiente hospitalar, modificando as formas de atendimento até então utilizadas, substituindo-as por um atendimento humanizado ao usuário, o que daria

mais qualidade e eficácia ao serviço prestado. Nesse sentido, o PNHAH apontou para a necessidade de se juntar à eficiência técnica e científica uma postura ética que compreendesse a individualidade de cada sujeito e suas reais necessidades, ponderando os limites de cada situação vivenciada no cotidiano.

Venâncio, Martins e Giugliano (2010) colocam que esse Programa surgiu a partir da necessidade observada, após uma investigação realizada pelo próprio Ministério da Saúde com os usuários do SUS, sobre a qualidade do atendimento que estavam recebendo e seu grau de satisfação. Com base nos dados coletados, pensou-se em um conjunto de ações com o intuito de mudar o padrão do atendimento oferecido nos hospitais públicos do País, melhorando a qualidade e eficácia nos serviços e as relações interpessoais envolvidas nessa assistência: profissional de saúde e usuário, profissionais entre si, profissionais e gestores e hospital com comunidade.

Um importante aspecto abordado nesse Programa foi a preocupação com os profissionais de saúde, sua valorização, capacitação e desenvolvimento, além da visão de que também é responsabilidade das políticas de saúde proporcionar as condições necessárias ao ambiente, para que tais profissionais pudessem realizar suas funções cotidianas com dignidade (FORTES, 2004). A partir desses aspectos relacionados aos profissionais, o autor traz ainda como objetivo dessa questão “[...] capacitar os trabalhadores da saúde para lidarem com a dimensão psicossocial dos usuários e de suas famílias e estimular o trabalho em equipe multiprofissional” (FORTES, 2004, p. 33), considerando essas condições essenciais para se alcançar uma forma de atendimento humanizada. É importante frisar que tal mudança de pensamento e de formas de agir deve atingir todos os sujeitos envolvidos na assistência.

Retomando os aspectos históricos que envolvem a política de humanização do SUS, é importante lembrar que esta começou com experiências que deram certo no SUS quando grupos isolados de trabalhadores se organizaram buscando melhores resultados na sua área de atuação, por volta do ano 2000. Como resultado dessas experiências estão os seguintes programas: PNHAH, Programa de Humanização do Pré-Natal ao Nascimento, o Método Mãe Canguru, além das estratégias de Acreditação Hospitalar e algumas outras, de acolhimento no momento de chegada dos usuários a alguns prontos-atendimentos. (ALMEIDA; PEREIRA, 2012)

Pelo fato de essas iniciativas terem sido bem localizadas, apresentavam características próprias, com intenções e enfoques bem específicos para cada realidade, sendo ao mesmo tempo fragmentadas e com pouco embasamento conceitual e metodológico de início, exigindo uma regulamentação e uma amplitude maior para resolução de alguns problemas bem relevantes para a qualidade da assistência de saúde à sociedade. (ALMEIDA; PEREIRA, 2012)

Em 2003, o PNHAH deu lugar à PNH – Humaniza SUS, expandindo a questão da humanização para além do ambiente hospitalar, mas seguindo os princípios já existentes (universalidade, integralidade e equidade). São objetivos da PNH:

[...] fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS; modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar sua imagem pública junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de atenção à saúde que valorizasse a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais, de tal forma que viessem a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos e experiências nesta área; desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistema de incentivos à assistência humanizada, e difundir uma nova cultura de humanização na rede credenciada ao SUS. (VENÂNCIO; MARTINS; GIUGLIANI, 2010, p. 135)

A implantação dessa política subentende o comprometimento de intervir em alguns problemas já de conhecimento do sistema, como questões referentes ao processo de trabalho e relações entre as categorias profissionais, à interação entre elas, ao despreparo para lidar com a questão subjetiva dos usuários e a aspectos envolvidos com a gestão, como desconsideração aos direitos dos usuários e pouco investimento na capacitação dos trabalhadores.

Fortes (2004), por exemplo, salienta a importância da valorização dos profissionais que trabalham no SUS, porque acredita que, se eles estiverem satisfeitos e se sentirem respeitados pela Instituição, conseguirão atender aos usuários com mais eficiência e de forma mais humanizada. Novamente o gestor assume um papel importante porque, na visão de Fortes (2004), pode tomar iniciativas importantes no âmbito institucional para a promoção da valorização de sua equipe profissional.

Ainda no que se refere à discussão sobre humanização nas práticas em saúde, Almeida e Pereira (2012), ao investigarem o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no ambiente

hospitalar, observaram que existem muitas questões que dificultam o atendimento humanizado. Entre elas estão o ambiente e as condições de trabalho: a precarização do trabalho, a falta de recursos médico-hospitalares adequados, a escassez de pessoal, a insalubridade já aderente ao meio, a jornada excessiva de trabalho, o baixo retorno financeiro. Tudo isso, na visão dos autores, acaba trazendo muito sofrimento aos profissionais, ocasionando com grande facilidade o seu adoecimento e elevando o índice de absenteísmo. As faltas frequentes são um problema importante a ser observado na maioria das instituições hospitalares, já que muitas delas não dispõem de profissionais suficientes para suprir as ausências, acarretando o comprometimento da assistência prestada por sobrecarga da equipe.

Ainda analisando o trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar, Almeida e Pereira observam que esse profissional exerce sua função permeado por “[...] prazeres, desprazeres, afetos e desafetos, ora com possibilidades de (re)invenção, ora de maneira mecânica, promovendo ou não cuidado” (ALMEIDA; PEREIRA, 2012, p. 46). Nesse sentido, os autores alertam que, dependendo das condições e dos sujeitos que desenvolvem a política, ela pode dar-se apenas no nível da burocracia institucionalizada, pelo fato de as condições não permitirem que ocorram mudanças nas práticas de assistência à saúde, na qualidade do serviço prestado e nas condições de trabalho nas quais os profissionais estão imersos.

Fortes (2004) ressalta que essa política aborda, além dos direitos dos usuários e do cuidado com o cuidador, medidas referentes à organização do sistema e de seus serviços para que, assim, as práticas de humanização possam ter condições de ser realizadas.

Dentro do Humaniza SUS existem alguns princípios considerados fundamentais, tais como a transversalidade e a indissociabilidade entre atenção e gestão. Esses princípios são os responsáveis por delinear as ações dentro da política. Sobre a transversalidade, Almeida e Pereira (2012, p. 45) trazem que:

[...] consiste em colocar os saberes e as práticas de saúde no mesmo plano comunicacional, provocando a desestabilização das fronteiras dos saberes, territórios de poder e modos instituídos nas relações de trabalho, para produção de um plano comum.

Sobre a indissociabilidade entre atenção e gestão, os autores defendem que, mudando o modo de cuidar, automaticamente a gestão também é mudada e todos constroem a história do SUS, usuários, trabalhadores e gestores. Assim, todos são protagonistas, agindo com responsabilidade no gerir, no cuidar e no transformar do sistema de saúde. Sobre este último princípio, Almeida e Pereira (2012, p. 45) pontuam:

Em alguns serviços, o movimento pelas mudanças nas práticas de saúde pode ser sentido e desejado pelos trabalhadores e não percebido pelos gestores e vice versa. Se os espaços de interlocução não forem efetivos, a arena de conflitos se arma e o processo de mudança somente será possível quando as necessidades de transformação afetarem tanto a gestão quanto os trabalhadores da saúde e usuários.

As diretrizes do PNH, que, segundo Pasche (2009), surgiram a partir da análise de experiências em que o SUS funcionava bem em vários locais do País, com relação tanto aos serviços, às formas e aos locais onde eram realizadas as assistências, como à forma de gestão, dizem respeito a clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do projeto *SUS que dá certo*.

Para que essas diretrizes possam consolidar-se, existem algumas estratégias adotadas e divididas em três grandes grupos: a) estratégias de qualificação da gestão e de valorização dos trabalhadores, com fins de constituição de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) ou Câmaras Técnicas de Humanização (CTH), de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, do Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST); b) estratégias de qualificação da atenção, com a responsabilidade de garantir a visita aberta e o direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, acolhimento com classificação de risco e projetos terapêuticos específicos e de saúde coletiva; c) estratégias de valorização do SUS, como, por exemplo, o Projeto Memória do SUS que dá certo. Venâncio, Martins e Giugliani (2010, p. 135) acrescentam:

A PNH visa à consolidação de quatro marcas específicas: (1) redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; (2) informação a todo usuário do SUS sobre quem são os profissionais que cuidam da sua saúde e responsabilização dos serviços de saúde por sua referência territorial; (3) garantia, pelas unidades de saúde, de informações ao usuário, de acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e dos direitos do código dos usuários do SUS; e (4) garantia aos trabalhadores e usuários de gestão participativa nas unidades de saúde, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Pasche (2009) lembra que a PNH adotou alguns princípios, considerando-os interligados e indivisíveis uns dos outros: inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção, compreendendo que um influencia o outro; transversalização de saberes, poderes e afetos; aposta na autonomia e no protagonismo dos sujeitos capazes de concretizar mudanças significativas e se corresponsabilizarem por elas.

Com base nesses princípios, a PNH dispõe também de um conjunto de diretrizes que serve como guia para se alcançarem as mudanças necessárias. Em primeiro lugar, Pasche (2009) cita a questão do acolhimento como o que irá nortear o funcionamento geral de toda a estrutura do sistema: acolher no sentido de obter respostas satisfatórias para as demandas e necessidades presentes, em um dado momento, tanto para usuários do serviço quanto para profissionais; gestão participativa e cogestão, que consistem na criação de espaços coletivos como forma de tornar mais democráticas as decisões tomadas para avanço das instituições de saúde, fazendo cada sujeito corresponsável pelo andamento de tais decisões na gestão e no cuidado; ampliação da clínica, personalização do cuidado e dos modos de gestão; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários.

Venâncio, Martins e Giugliani (2010, p. 138) também demonstram preocupação com a inclusão do acolhimento nas diversas práticas de saúde:

Acolhimento implica em relação humanizada, necessária no cotidiano dos serviços de saúde, em oposição a uma relação fria e impessoal. Implica, também, em postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades trazidas pelo usuário e discriminação de riscos, urgências e emergências, com o devido encaminhamento.

Colocam ainda que um dos aspectos a serem trabalhados dentro dessa questão do acolhimento é a postura do profissional, que deve dar abertura para que o usuário coloque suas queixas e necessidades, promovendo um local de escuta dessas demandas para que possa realmente ajudar dentro do que lhe cabe, com solidariedade pelo sofrimento e dificuldades trazidas pelo outro. (VENÂNCIO; MARTINS; GIUGLIANI, 2010)

Um dos aspectos tratados nessa política diz respeito também à gestão participativa nas instituições públicas de saúde, envolvendo usuários e profissionais na tomada de decisões, garantindo dessa forma a implementação de medidas realmente necessárias àquele grupo ou comunidade. (FORTES, 2004)

Segundo Almeida e Pereira (2012), o desafio da PNH consiste em tornar propícios espaços tanto de escuta quanto de conversa entre os diversos sujeitos envolvidos, buscando dessa forma maior democratização de todos os aspectos referentes ao cuidado na área da saúde.

Por fim, entendem Almeida e Pereira (2012) que a busca pela humanização em saúde é exercício de todo dia para todos. Já Fortes (2004) coloca que, a partir da reflexão, humanísticas questões sociais, educacionais e emocionais devem ser consideradas quando se trata de saúde, dando-se amplitude ao significado do termo humanização. Por isso, o autor ressalta o uso variado do termo humanização pela literatura, na qual assume diferentes significados e formas. Então, o que seria humanização na saúde? Para Fortes, humanização refere-se ao respeito ao usuário/paciente, ou seja, exige que o usuário seja compreendido, ao mesmo tempo, na sua singularidade e na sua totalidade/integralidade. Para ele, a humanização tem uma dimensão cultural e ética. Dessa forma, humanizar exige mudanças de ordem cultural nos campos da gestão e das práticas em saúde, invocando uma postura de respeito ao outro expressa, segundo Fortes (2004, p. 31), no “[...] acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde”.

Em síntese, a PNH passa a ser considerada uma estratégia de enfrentamento dos problemas existentes no SUS, que tem a função de mobilizar os sujeitos para influenciar e deixar-se influenciar em prol da construção do bem comum. (PASCHE, 2009)

3.3 INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO ÀS PUÉRPERAS E BEBÊS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Como já ficou evidenciado neste trabalho, a década de 1970 ficou marcada, inclusive no Brasil, pelos baixos índices de crianças amamentadas e pela ausência de ações que incentivassem essa prática pelas mulheres. Devido às várias consequências advindas do desmame precoce, a partir dessa década foi iniciado mundialmente um movimento tentando resgatar a cultura do aleitamento materno.

Por causa disso, já nos anos 1980, iniciaram-se os movimentos pela retomada da amamentação, os quais juntaram forças aos movimentos sociais pela humanização do parto e

nascimento, mesmo porque são questões interligadas⁵. Venâncio, Martins e Giugliani relacionam, inclusive, a introdução precoce de leites artificiais, à transição do parto domiciliar para o parto hospitalar, que passa a ter necessidade de assistência com aparatos cada vez mais tecnológicos, o que antes era desprezível. Com isso, cresce o número de cesáreas, o que leva a uma separação da mãe e de seu bebê, fato que também influencia no processo de amamentação: “A institucionalização do parto pode ser considerada, portanto, uma raiz comum que deu origem a inúmeros problemas enfrentados até hoje pelos que trabalham com a atenção ao parto e à promoção do AM”. (VENÂNCIO; MARTINS; GIUGLIANI, 2010, p. 134)

Questão também problematizada por Venâncio, Martins e Giugliani (2010, p.134) é a desconexão entre aspectos relativos ao assunto em tela. Para eles, aspectos “[...] biológicos, psíquicos, culturais e sociais, presentes na área da Saúde, vêm enfrentando, há alguns anos, uma crise de legitimação, por estar desconsiderando valores humanistas fundamentais para a atenção e para a gestão em saúde”. Diante da necessidade gritante de conectar tais aspectos na saúde coletiva, surgem ações e programas de humanização de acordo com as áreas específicas de assistência, como, por exemplo, o direito a um parto humanizado, ao Método Mãe Canguru e à IHAC. Com isso, “[...] está posto o desafio de garantir o direito a toda população, a uma atenção integral, humanizada e baseada em evidências científicas, que promova o parto natural e a amamentação” (VENÂNCIO; MARTINS; GIUGLIANI, 2010, p.134). A IHAC é uma proposta elaborada pela OMS e pelo UNICEF, em 1990, com vistas a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A proposta tem como intuito sensibilizar profissionais de saúde para adoção de novas condutas, já que as velhas, na visão desses organismos, colaboram para os altos índices de desmame precoce. Para tanto foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, já citados no capítulo anterior deste trabalho.

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

⁵ Venâncio, Martins e Giugliani (2010) citam alguns organismos não governamentais existentes no Brasil, como IBFAN, WABA, Amigas do Peito, ReHuNa, que têm uma atuação importante relacionada à promoção do aleitamento materno e humanização do parto e nascimento, pois esses organismos, frequentemente, promovem ações voltadas para esses fins em parcerias realizadas com os governos.

Saúde), deram os primeiros passos. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008, p. 1)

A IHAC objetiva informar profissionais de saúde e o público em geral, lutar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mãe que amamenta, apoiar rotinas de serviços que estimulem o aleitamento materno, desestimular a realização de propagandas de leites artificiais para bebês bem como o uso de bicos, chupetas e mamadeiras. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008)

Sobre a implantação dessa iniciativa no Brasil, Venâncio, Martins e Giugliani (2010, p. 132) comentam:

A IHAC, ao ser implantada no Brasil, ganhou novos contornos, com a criação de um incentivo financeiro para os hospitais credenciados e a inclusão de outros critérios para a certificação, que incluem, entre outros: comprovar cumprimento à NBCAL, dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto, permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto e apresentar taxa de cesarianas conforme o estabelecido por gestores do nível estadual/municipal ou comprovar que as mesmas estão em movimento de queda.

Esses autores trazem ainda que a IHAC tem sido fundamental “[...] para a mudança no paradigma da assistência ao recém-nascido, centrado na separação mãe bebê, uso de intervenções desnecessárias e alimentação dos bebês com leite artificial”, além de ter evidências científicas que comprovam aumento nas taxas de aleitamento materno. (VENÂNCIO; MARTINS; GIUGLIANI, 2010, p. 132)

A importância do PNHAH e, depois, da PNH, está, na visão de Almeida e Pereira (2012, p. 47), no fato de vislumbrarem mudanças de ordem cultural e ética, em particular no trato dos pacientes pelos profissionais de saúde, buscando qualificar as relações de trabalho e a dimensão humana como um todo, incluindo sua subjetividade. Asseveram eles:

O que fica da Humanização é a certeza de que muitos são os afazeres, saberes e seres na prática de saúde que se consolida pelo encontro entre sujeitos, cruzando interesses, necessidades, subjetividades e poderes na construção de respostas às diversidades das situações. Os desafios dessa convivência estão em saber escutar, trocar, sentir e perceber o outro em sua alteridade, permitindo que o cuidado seja promovido nas dimensões individual e coletiva, mantendo o movimento de ir adiante na expressão das subjetividades e sentidos para se viver, de preferência com saúde.

Com base nessas questões, tais autores relacionam o PNHAH e a PNH com as propostas de promoção do aleitamento materno e humanização do parto e nascimento, pois todas essas ações passam a ter os mesmos focos de valorização: aspectos subjetivos, culturais e sociais.

3.3.1 O Alojamento Conjunto: Importante Iniciativa no Campo da Humanização em Saúde

Durante muito tempo, foi possível observar, nas rotinas hospitalares, a separação mãe-filho, sobretudo quando este permanecia internado. No entanto, na década de 1970, organismos internacionais e colegiados médicos passaram a incentivar a amamentação como importante ação pública de saúde (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001). A ampliação da responsabilidade pela amamentação objetivou tirá-la da competência exclusiva das mulheres, buscando comprometer a família, a sociedade e o Estado. Ichisato e Shimo (2002) acreditam que, para a mulher manter o aleitamento materno, ela necessita, além do suporte familiar e social, do apoio governamental.

Uma das estratégias adotadas de humanização no âmbito hospitalar foi a instituição dos alojamentos conjuntos. No Brasil, o sistema do alojamento conjunto foi instituído no início da década de 1980, pelo Ministério da Saúde, para permitir que mãe e bebê ficassem as 24h do dia juntos, dentro da maternidade, até que as condições de ambos permitissem a alta hospitalar. (BRASIL, 2011)

Pilotto, Vargens e Proganti (2009) também consideram que o alojamento conjunto é um sistema que tem como fundamento manter mãe e bebê quando sadio juntos, em tempo integral, pós-parto até a alta hospitalar. Além da importância dessa permanência para o estabelecimento de uma aproximação entre a mãe e o bebê, principalmente a partir do momento em que a mãe se vai apoderando dos cuidados necessários com seu filho, o alojamento conjunto favorece ainda o desenvolvimento dos cuidados dessa mulher para consigo mesma e contribui para a participação do pai nesse momento inicial.

Cardinali e outros (2011, p. 2) trazem a seguinte concepção sobre o alojamento conjunto: “[...] setor destinado a reforçar os laços afetivos e o convívio familiar no pós-parto, e que visa o fortalecimento da autoconfiança da mulher para exercer a maternidade”.

Esse processo de implantação foi iniciado em 1977, quando o Ministério da Saúde recomendou que os recém-nascidos saudáveis permanecessem com as suas mães após o parto. A Portaria que tornou o alojamento conjunto obrigatório em todos os hospitais públicos e conveniados do País foi publicada, então, em 1983, pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e, em 1993, foram revisadas e atualizadas todas as suas normas básicas de funcionamento, por meio da Portaria n.º 1.016, de 26 de agosto de 1993.

Esse direito de permanência também está garantido no ECA, Capítulo I, Art. 10, Inciso V, que estabelece: “Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes públicos e particulares são obrigados a manter o alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”. (BRASIL, 2010, p. 14)

Nesse período de internação, tanto mãe quanto bebê necessitam de cuidados. Pilotto, Vargens e Progianni (2009) consideram que a mãe assume o cuidado com o bebê e, aos poucos, vai aprendendo a reconhecer suas necessidades ao mesmo tempo em que também vai sendo cuidada pelos profissionais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), o alojamento conjunto oferece uma série de vantagens tanto para a mãe e para o bebê como para a família, de uma forma geral, beneficiando inclusive a instituição que presta tal assistência. Dentre essas vantagens destacam-se as seguintes: atendimento mais humanizado ao binômio mãe-bebê e à sua família; estabelecimento precoce do vínculo afetivo da mãe com o bebê a partir dessa permanência contínua, o que também favorece a satisfação imediata das necessidades físicas e emocionais do recém-nascido – existem estudos que mostram, a partir dos aspectos acima apontados, que, quando os bebês são mantidos no alojamento conjunto, choram menos e dormem mais, se comparados aos que permanecem nos berçários, e estão menos submetidos a risco de sofrer abandono, abuso ou negligência; maior envolvimento dos pais e de outras pessoas da família que estarão diretamente envolvidas com essa criança; facilidade de desenvolvimento da autoconfiança nas mães a partir do momento que têm a possibilidade de aprender os cuidados básicos a serem realizados com seus bebês – o fato de estarem todo tempo ao lado do bebê também diminui a ansiedade e a insegurança quanto ao atendimento prestado, o que favorece inclusive a descida do leite, o estabelecimento e a duração da amamentação; maior interação entre a mãe, a família e os profissionais de saúde responsáveis

pela atenção à criança; troca de experiências com outras mães, quando permanecem no mesmo quarto; diminuição do risco de infecção hospitalar. (BRASIL, 1993)

Pilotto, Vargens e Progianti (2009, p. 605) consideram o alojamento conjunto um local propício ao estabelecimento do cuidado da mãe com seu filho:

Entendemos que o sistema de Alojamento Conjunto é fundamental para o desenvolvimento emocional humano que surge no âmbito das relações interpessoais, porque favorece a aproximação entre mãe e bebê, nos primeiros dias de vida. Esta aproximação é essencial para a construção do cuidado materno.

Esses cuidados citados são de extrema importância para o desenvolvimento mental do bebê como indivíduo, pois as bases da personalidade são formadas desde o nascimento a partir dessas relações de segurança, carinho e cuidado. (PILOTTO, VARGENS; PROGIANTI, 2009)

Consta nas Normas Básicas para Alojamento Conjunto do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) que mães com condições de terem contato com o recém-nascido com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico devem permanecer em alojamento conjunto até a alta hospitalar.

Dentro das normas básicas estabelecidas constam ainda as atribuições específicas da equipe de saúde: estimular o aleitamento sob livre demanda; não oferecer nenhum outro alimento além do leite materno ao recém-nascido a não ser se prescrito pelo médico responsável; não oferecer bicos artificiais de nenhuma espécie aos bebês que estão em aleitamento materno; orientar para que os bebês sejam amamentados pelas próprias mães e nunca por outras nutrizes, devido ao risco de transmissão de algumas doenças pelo leite materno; realizar visitas diárias para que as mulheres recebam as informações sobre o estado de saúde do filho. (BRASIL, 1993)

A despeito de o alojamento conjunto ser uma expressão da humanização em saúde no ambiente hospitalar, Cardinali e outros (2011) constataram, por meio de pesquisa, que as informações à puérpera ou à família no alojamento são normalmente transmitidas em momentos pontuais, como na internação, na troca de plantão ou passagem da visita, no banho do bebê ou por ocasião da alta hospitalar, e isso pode ocasionar uma limitação na relação, principalmente no quesito comunicação entre o profissional de saúde e a família, pois

explicações a serem dadas e dúvidas a serem sanadas fora desses horários específicos podem ser consideradas atitudes abusivas pelo fato de o canal de comunicação não ser percebido como aberto entre as duas partes. Tal constatação de Cardinali e outros (2001) revela que outras ações devem ser pensadas dentro do alojamento conjunto para que ele se torne um espaço humanizado, como preconizado pela PNH.

Entre outras informações sobre a assistência prestada tem-se que o atendimento ao recém-nascido deve ser realizado na presença da mãe e que, no primeiro contato, o profissional deve identificar-se para a família, tendo o cuidado de chamá-los pelo nome. Além disso, recomenda-se a permanência do binômio mãe-bebê por 48h no alojamento conjunto, para que a mulher possa absorver e aprender as necessidades básicas de cuidados referentes a seu filho e para que possíveis complicações pós-parto e afecções neonatais sejam eliminadas. (BRASIL, 1993)

Existem outros aspectos fundamentais a serem considerados, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), para se alcançar uma assistência qualificada e humanizada no alojamento conjunto. O primeiro deles diz respeito ao acolhimento, que consiste na forma de recepção do usuário, desde o momento em que ele chega ao serviço, ouvindo suas necessidades e atendendo suas demandas. Outro ponto diz respeito à comunicação, que deve ser feita sempre de uma forma clara. O terceiro ponto compreende as orientações dadas à mãe e aos familiares que devem fazer parte da rotina do alojamento conjunto. Os aspectos abordados são amamentação, uso de mamadeira e chupeta, comportamento normal do recém-nascido, interação com o bebê, posição da criança para dormir e acompanhamento dessa criança pós-alta hospitalar.

Pilotto, Vargens e Proganti (2009) acrescentam que, na prática, é comum observar a pouca importância dada pelos profissionais às emoções, crenças e valores familiares e culturais das mulheres internadas, desconsiderando-se que, nesse período, “a mãe vive um estado mental peculiar”, o que exige uma assistência para além das regras e normas institucionais.

Esses autores chamam esse estado mental de Preocupação Materna Primária, uma fase de extrema sensibilidade vivenciada pela mulher no período que antecede o parto estendendo-se até dias após o nascimento do bebê. É uma fase de transição quando a mulher, tornando-se mãe, volta toda sua atenção e interesse para o bebê, colocando em segundo plano os demais

focos de sua vida, pessoais, profissionais ou sociais, para que assim possa reconhecer e interpretar com grande eficiência as necessidades do filho – “[...] esta primeira ocupação ou dedicação exclusiva e a contínua disponibilidade da mãe para o seu bebê são fatores decisivos para a formação do vínculo entre ambos” (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009, p. 605). Acrescentam ainda que esse período tem um tempo determinado e que dificilmente as mães vão lembrar-se do que sentiam naquele momento. Para ultrapassá-lo, é necessário apoio emocional e um ambiente em que elas se sintam protegidas e seguras. É importante considerar que essa fase é vivida parcialmente no período de internação da díade no alojamento conjunto.

Pilotto, Vargens e Progianti (2009) entendem que, apesar de o alojamento conjunto ser um setor no hospital onde normalmente se observa uma assistência mais humanizada, percebe-se que esta ainda fica prejudicada, por exemplo, quando se fala de privacidade e sobre a mulher – isso devido normalmente ao grande número de pessoas dentro de uma enfermaria e ao fato de a assistência estar praticamente toda voltada para o bebê, negligenciando-se muitas vezes os cuidados de que a mãe também necessita.

Pilotto, Vargens e Progianti (2009) chamam a atenção para a importância do ouvir no cuidado prestado às mulheres nesse período pós-parto; de estimulá-las a falar sobre o que estão sentindo, sobre aquilo em que acreditam, suas dificuldades, para que assim o profissional possa também aprender com elas e visualizar o nascimento de uma forma menos prática e biológica, fugindo da assistência prescritiva e tecnocrática que foi sendo incorporada a partir do momento em que os partos passaram a ser realizados em instituições hospitalares, onde mulheres e bebês saudáveis começaram a ser tratados como doentes.

Sobre o cuidado na assistência à mulher e a importância da comunicação entre esta e o profissional de saúde, Pilotto, Vargens e Progianti (2009, p. 606) recomendam:

Devemos buscar um cuidado profissional amplo, no qual os aspectos subjetivos vão além da dimensão obstétrica: um cuidado centrado numa relação interativa entre a mulher e o profissional, que mantém aberto um canal para transmissão, entre ambos, de confiança e apoio. O momento em que o cuidado profissional reconhecer o cuidado materno será também um momento ímpar de modificação do espaço assistencial, um marco no desenvolvimento do processo.

Os autores propõem um cuidado diferenciado na forma de assistir a díade mãe-bebê, tentando compreendê-los em sua íntegra, com uma assistência menos invasiva e com atitudes de acolhimento mais efetivas. Reforçam ainda a importância de a enfermagem compartilhar com

essas mulheres o que estão vivenciando, de uma forma compreensiva, dando-lhes possibilidade de ir resgatando sua autonomia e conquistando mais segurança no desempenhar das novas funções a serem por ela desempenhadas.

As normas básicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde abordam também as questões referentes aos recursos humanos e físicos. Sobre os recursos humanos, apontam que dependerão da disponibilidade de cada serviço, mas que a equipe mínima e treinada deve ser composta por um enfermeiro para trinta binômios, um auxiliar para oito binômios, um obstetra para vinte mães e um pediatra para vinte crianças. Citam ainda a participação de outros profissionais na equipe multidisciplinar, como o assistente social, o psicólogo e o nutricionista.

Sobre os recursos físicos, tem-se como área estabelecida para o conjunto leito materno e berço $5m^2$, mas, de acordo com as disponibilidades locais, a prioridade sempre será o alojamento conjunto, podendo haver modificações dessa metragem. Ainda dentro desse critério, o ideal de distância entre um berço e outro é de 2m, o número de binômios por enfermaria deve ser, no máximo, de seis, para cada binômio deve haver cama, mesinha de cabeceira, berço e uma cadeira, cada enfermaria deve ter um lavatório e um recipiente com tampa para roupas de cama usadas e os banheiros deverão estar de acordo com as normas de construção hospitalar do Ministério da Saúde.

Segundo pesquisa realizada por Cardinali e outros (2011), é interessante que cada enfermaria do alojamento conjunto admita várias internações simultâneas por favorecer a interação entre os sujeitos envolvidos. Nessa pesquisa, observou-se que ocorre uma identificação entre as puérperas e seus acompanhantes, aproximando famílias diferentes e até então desconhecidas, provavelmente por estarem vivenciando uma mesma fase da vida, o que resulta, inclusive, em sentimentos de cumplicidade e parceria entre elas. Sobre esse aspecto, esses autores comentam:

Durante as observações realizadas, foi possível perceber que quando uma puérpera se encontra sozinha no quarto, estando seu acompanhante, por qualquer motivo, ausente, o(s) acompanhante(s) de outra(s) puérpera(s) disponibiliza-se para auxiliá-la com algum cuidado que se fizesse necessário. Esse cuidado perpassa a ajuda prática e vai além, revestindo-se em apoio emocional. O apoio prático foi percebido em diferentes momentos: no auxílio oferecido para melhor posicionamento da mulher na cama, seja para comer ou amamentar; no auxílio prestado durante a troca de fraldas do RN, normalmente alcançando os materiais necessários, buscando,

inclusive, fraldas de pano usadas para limpeza do bebê, no balcão de atendimento, enchendo a jarra de água disponibilizada para a mulher e buscando roupas de cama ou camisola com a equipe de enfermagem. (CARDINALI et al., 2011, p. 10)

Com base nas questões já colocadas, reforça-se a importância da prática do alojamento conjunto em todas as maternidades. Sobre isso, escrevem Pilotto, Vargens e Proganti (2009, p. 606):

O Alojamento Conjunto reflete, como um espaço que facilita ou deveria facilitar o cuidado materno, a necessidade que a mulher tem de manter-se em um ambiente livre de experiências traumáticas. Nesta perspectiva, o cuidado profissional exercido num ambiente de amor, de prazer e de compartilhamento de saberes é fundamental para cuidar de quem cuida.

Cardinali et al (2011) também reforçam que, além da interação do binômio, o alojamento conjunto tem a função e a importância de fortalecer os laços sociais desse binômio com os demais familiares e pessoas que são importantes no convívio dessa família, valorizando o processo de nascimento e a chegada de um novo membro.

3.3.2 O Papel do Profissional de Saúde no Aleitamento Materno: Desafios ao Processo de Humanização

O período puerperal é uma fase de extrema importância para a mulher conseguir adaptar-se e integrar os novos papéis que terá que assumir ao tornar-se mãe, como, por exemplo, amamentar. Para que os profissionais de saúde possam ajudar as mulheres a vivenciarem esse período com qualidade de vida é necessário compreender essa fase com toda a singularidade e profundidade exigida. (MERIGUI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006)

Pelo fato de o período puerperal tornar as mulheres mais receptivas a aceitarem ajuda por sua vulnerabilidade emocional, torna-se importante o profissional de saúde englobar em sua assistência os aspectos físicos, emocionais e relacionais, considerando as particularidades de cada puérpera. É importante também considerar a singularidade da vivência no período do puerpério, devido a todas as características já relatadas. (MERIGUI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006)

Leon e outros (2009) ressaltam que, apesar da importância da amamentação como um fenômeno fisiológico de produção de leite, os aspectos social, cultural, econômico e emocional devem ser considerados. Ressaltam também que a mulher precisa ser assistida e amparada integralmente em seus papéis: mulher / mãe / nutriz.

Sendo assim, esses autores salientam a importância de se ter o conhecimento do contexto no qual as puérperas estão inseridas, para que, com base no que elas já conhecem, os profissionais de saúde possam conseguir atuar a favor da amamentação.

De acordo com Nakano (1996), a mulher, agente ativo do processo de amamentação, deve ser vista e compreendida em sua totalidade, pois, além de ser responsável pelo desenvolvimento biopsicossocial de seu filho, também interage com elementos resultantes de outros papéis que desempenha: mulher / mãe / nutriz e mulher / amante / esposa.

Considerando esses aspectos, Merigui, Gonçalves e Rodrigues (2006) salientam ainda a necessidade do apoio dos familiares e dos profissionais de saúde a essas mulheres após alta hospitalar e retorno a suas funções referentes a casa. O ideal seria manter um acompanhamento no cuidado à díade mãe-bebê pós-alta hospitalar no serviço no qual foram atendidos, tendo este como referência, englobando as questões biológicas, físicas e emocionais. Os autores destacam que isso não é o que ocorre no sistema de saúde pública.

Esse aspecto exige reflexão sobre qual é o papel do profissional de saúde perante essa mulher e suas demandas e quais são as limitações que devem ser vencidas, pois a atuação na promoção e apoio às mulheres com relação à amamentação deve estar presente desde o pré-natal, o parto e o puerpério imediato até o acompanhamento durante a puericultura (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007). Marques, Cotta e Araújo (2009) observaram que, nas consultas de pré-natal e puerpério, as orientações a respeito da amamentação se limitavam, principalmente, às vantagens da amamentação para a criança.

Araújo e Almeida (2007) detalham que as orientações acerca da amamentação devem iniciar ainda no pré-natal, e o profissional de saúde deve incentivar a prática da amamentação dando suporte psicológico, explicando a fisiologia da amamentação, os benefícios, o cuidado com a mama e o posicionamento da mãe e do bebê. (LEON et al., 2009)

Leon et al (2009) também consideram que o momento das consultas de pré-natal é o ideal para se iniciar um trabalho educativo sobre a amamentação, pois, nessa oportunidade, pode-se antecipar um pouco do que será vivenciado após o nascimento do bebê, diminuindo o distanciamento do imaginário para o real, da expectativa para a vivência.

A comunicação entre a mulher e o profissional de saúde é de extrema importância nesse período, pois, a partir do momento em que a puérpera se encontra bem informada e com suas dúvidas esclarecidas, passa a sentir-se menos insegura e angustiada. (MERIGUI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006)

Uma assistência de qualidade, de forma digna e respeitosa, é um direito de todo cidadão e um dever dos profissionais de saúde, que devem ter sempre em mente que atuam com pessoas com vivências diferentes, sentimentos e emoções, conscientes da importância de sempre fornecer informações claras sobre os cuidados necessários, seus riscos e benefícios, fazendo com que o sujeito envolvido e sua família tomem as decisões necessárias de acordo com seus desejos. (MERIGUI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006)

Arantes (1995) observa que o profissional de saúde deve contemplar a realidade de cada mulher em específico, refletindo com ela suas motivações, pois, apesar da individualidade de cada puérpera, todas vivenciam a experiência do período pós-parto. Para Arantes, no entanto, a experiência da amamentação é única e será vivenciada de forma diferente pela mulher com cada filho que vier a amamentar.

Na 55.^a Assembléia Mundial de Saúde, foi apontada a necessidade de as mulheres receberem apoio e orientação, com relação à alimentação de seu filho, de profissionais especializados, com o objetivo de prevenir e resolver possíveis dificuldades (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007). Para Araújo e Almeida (2007), a partir dessa concepção referente à amamentação, as abordagens práticas, principalmente pelos profissionais de saúde, devem ser diferenciadas, contemplando tanto informações referentes aos aspectos fisiológicos da lactação quanto questões subjetivas da mulher.

Arantes (1995) observa que, ao buscarem ajuda sobre dificuldades ou problemas referentes à vivência da amamentação com profissionais de saúde, as puérperas encontram um discurso de normas e regras técnicas que não atendem suas demandas reais, o que solidifica ainda mais sentimentos de medo e insegurança.

Segundo Araújo e Almeida (2007), estudos têm mostrado que a amamentação ainda tem sido considerada como um ato natural e biológico na abordagem dada pelos profissionais de saúde

às mulheres, desconsiderando as questões histórico-sociais, responsáveis pelos modos de percepção da mulher a respeito do processo que está vivenciando.

Para que possa realmente auxiliar no sucesso do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê, como preconizado pela OMS e pelo Ministério da Saúde, o profissional necessita compreender a realidade materna, seu cotidiano, assim como o que esta mulher pensa a respeito desse processo, desmitificando alguns conceitos errôneos a respeito da amamentação, que poderão influenciar a forma de amamentar (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009).

Segundo Araújo e Almeida (2007, p. 431), os profissionais de saúde necessitam de capacitação para assistir a mulher que está vivenciando o processo de amamentação, ultrapassando “[...] as fronteiras do biológico, compreendendo a nutriz em todas as dimensões do ser mulher”.

Em relação às iniciativas do Governo, buscando estimular a humanização das relações entre profissionais de saúde e puérperas, com vistas a incentivar a amamentação, nos anos de 1990, a literatura registra que houve um grande número de profissionais de saúde realizando cursos de capacitação relacionados à amamentação, sobretudo sobre os seus aspectos teóricos. Além do Curso de Manejo, outro curso de capacitação importante foi o de Aconselhamento em Amamentação, por trabalhar de uma forma reflexiva a relação profissional/puérpera e a maneira como o profissional de saúde deve abordar, de uma forma mais efetiva, as questões referentes ao processo de amamentação, permitindo à mulher que decida o que considera melhor para ela e seu filho.

Dois aspectos do atendimento recebem especial ênfase no Curso de Aconselhamento em Amamentação: acolhimento e vínculo entre profissional e paciente, abrangendo, por exemplo, como ouvir e aprender com a mãe, a prática da empatia e o como colocar-se no lugar do outro. Além disso, questões ainda referentes à valorização do vínculo do profissional com o paciente também são consideradas, envolvendo a dimensão da afetividade na assistência, sobretudo quando se trabalha com o apoio ao aleitamento materno.

A despeito da oferta de capacitação oferecida aos profissionais de saúde no Brasil, Venâncio, Martins e Giugliani (2010) observam que um dos mais significativos desafios postos ao

processo de humanização na atualidade diz respeito à formação dos profissionais na área de saúde, que, muitas vezes, são capacitados focando a questão puramente biológica do indivíduo, esquecendo que este deve ser visto em sua totalidade e completude. Diante de tal constatação, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de modificar situações sobre o processo educativo com o intuito de formar profissionais mais críticos e reflexivos, estimulando-os a ter uma visão mais integral do sujeito que necessita de assistência, um olhar mais contextualizado, baseado na realidade de cada ser humano.

Venâncio, Martins e Giugliani (2010) relatam que uma das mais recentes estratégias lançadas pelo Ministério da Saúde referente à amamentação, interligando esta à questão da humanização, é a instituição da Rede Amamenta Brasil, na qual muito se valoriza o trabalho em equipe, que é responsável pelo planejamento das ações tidas como necessárias às Unidades Básicas de Saúde para o incentivo do aleitamento materno. Acrescentam os autores:

A Rede Amamenta propõe um conjunto de ações que possam contribuir para o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, tendo como referenciais a Educação Crítico-Reflexiva e a Educação Permanente em Saúde, visando a uma prática integralizadora em AM. (VENÂNCIO; MARTINS; GIUGLIANI, 2010, p. 133)

A clínica, no ver dos autores, também se apresenta como uma questão a ser melhorada, sendo importante o profissional ter a capacidade de reconhecer e atuar sobre a necessidade real do sujeito que está buscando cuidado. Inclusive, sobre esse aspecto, já existem estudos citados anteriormente voltados exclusivamente à área da amamentação, nos quais se trabalha a importância de reconhecer as demandas das mulheres a partir do contexto em que vivem, suas crenças, valores e limitações, e assim deve ser em toda a clínica. Independente da área da saúde, o olhar do profissional deve estar voltado para o sujeito e suas necessidades.

4 AMAMENTAÇÃO: FATORES PRESENTES NAS VIVÊNCIAS MATERNAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE VITÓRIA – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item são apresentados os dados coletados durante a realização do trabalho de campo, e discutidos à luz das categorias de análise.

4.1 SOBRE O PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

No que se refere à metodologia para a realização deste estudo, optamos pelo método qualitativo, por considerar que tal método, de acordo com Haguette (2000, p. 392), permite compreender com mais profundidade alguns fenômenos sociais a partir do aspecto subjetivo. Para a autora, “os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”.

Outra autora que discute a pesquisa qualitativa é Minayo (2004). Ela defende a idéia de que as pesquisas qualitativas são:

[...] aquelas capazes 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, 2004, p. 10)

Minayo (2004) traz reflexões sobre a questão científica de trabalhos quantitativos e qualitativos de investigação, destacando a investigação de caráter qualitativo por considerar os aspectos mais profundos e subjetivos das relações sociais, ou seja, a que permite aprofundar a dimensão social do objeto investigado.

No que concerne à pesquisa qualitativa na área da saúde, é necessário o reconhecimento da complexidade da saúde pelos pesquisadores, visto que ela demanda conhecimentos distintos e integrados e, ao mesmo tempo, compreende um transformar constante baseado na relação dialética estabelecida entre teoria e prática. Dessa forma, para Minayo (2004, p. 13), a especificidade da pesquisa qualitativa no campo da saúde é “[...] dada pelas inflexões sócio-econômicas [sic], políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde”.

4.1.1 Local da Pesquisa

O contexto da investigação foi um hospital público localizado na cidade de Vitória – Espírito Santo, atualmente um hospital geral que cumpre a função de hospital-escola, atuando na formação de diversos profissionais na área da saúde.

No que se refere ao atendimento neonatal, o hospital de referência conta com centro obstétrico, salas de partos, alojamento conjunto e UTIN. O alojamento conjunto, setor pesquisado, dispõe de quatro enfermarias, com quatro leitos cada uma, onde as mulheres ficam junto com seus bebês todo o tempo, recebendo sempre que possível os cuidados necessários.

4.1.2 Sujeitos de Pesquisa

O universo da pesquisa constituiu-se das mulheres que estiveram internadas no mês de abril de 2013 e que amamentavam. A amostra compreendeu 21 puérperas, que foram identificadas por nomes de pedras preciosas e caracterizadas conforme se observa no Quadro 1.

Em relação aos profissionais de saúde, o universo consistiu de setenta sujeitos: um médico pediatra, um médico residente de pediatria, quatro enfermeiros, 61 técnicos e auxiliares de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um fonoaudiólogo. Desses, foram escolhidos sete profissionais buscando contemplar a totalidade das categorias profissionais, a exceção da fonoaudióloga por esta ser a própria pesquisadora.

O setor também conta com suporte de profissionais que trabalham nas áreas de farmácia e nutrição, entretanto essas categorias não tinham profissionais que atuavam exclusivamente na maternidade.

Os profissionais tinham vínculos com a Instituição e horários diversificados de trabalho. Em relação aos vínculos, além dos contratados por meio de concurso público, constituindo trabalhadores diretos, havia profissionais de empresas privadas, contratadas com o objetivo de terceirizar parte dos serviços prestados, e da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). Em relação aos horários, havia funcionários diaristas ou em escalas de plantão, dia e noite. Optamos então por entrevistar os profissionais que estavam envolvidos com a

assistência direta à díade mãe-bebê. Como forma de preservação da identidade destes participantes, foram identificados por números.

Quadro 1: Caracterização das puérperas participantes dos grupos focais.

Caracterização das Puérperas Participantes dos Grupos Focais						
Sujeitos de pesquisa / Pseudônimos	Idade	Escolaridade	Local de Residência	Outros Filhos	Tipo de Parto	Gravidez Planejada
Âmbar	18	Fundamental Incompleto	Serra	Não	Normal	Não
Água-marinha	34	Fundamental Incompleto	Vitória	3	Cesárea	Não
Ametista	20	Médio Completo	Vitória	Não	Cesárea	Sim
Turmalina	18	Fundamental Incompleto	Vitória	Não	Cesárea	Não
Granada	30	Médio Incompleto	Serra	2	Cesárea	Não
Lápis-lazúli	34	Médio Completo	Vitória	3	Cesárea	Não
Diamante	25	Médio Completo	Serra	Não	Cesárea	Sim
Pérola	25	Médio Completo	Cariacica	Não	Cesárea	Sim
Rubi	18	Médio Incompleto	Viana	Não	Normal	Não
Safira	26	Médio Completo	Vitória	Não	Cesárea	Sim
Esmeralda	30	Médio Completo	Vitória	1	Normal	Não
Citrino	31	Fundamental Incompleto	Serra	2	Cesárea	Não
Ágata	33	Fundamental Incompleto	Vitória	3	Normal	Não
Jade	30	Superior Incompleto	Vitória	3	Cesárea	Não
Brilhante	23	Médio Incompleto	Vitória	1	Normal	Não
Ônix	25	Médio Completo	Cariacica	Não	Cesárea	Não
Opala	37	Fundamental Incompleto	Vitória	1	Cesárea	Sim
Quartzo	27	Médio Completo	Cariacica	Não	Normal	Sim
Jaspe	18	Médio Incompleto	Cariacica	Não	Cesárea	Não
Topázio	31	Médio Completo	Vitória	7	Cesárea	Não
Turquesa	18	Fundamental Completo	Cariacica	Não	Cesárea	Não

Fonte: Elaborado pela autora.

4.1.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão para a formação dos GFs, foram consideradas as mulheres que tiveram o parto, normal ou cesárea, realizado no hospital de referência no mês de abril, que estavam instaladas com seus bebês no alojamento conjunto, que estavam amamentando ou iniciando o processo de amamentação e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas as mães de bebês prematuros, as mães e/ou bebês que necessitaram de internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), as que não estavam com seus bebês na enfermaria, as impossibilitadas por algum motivo de amamentar (mulheres com HIV, dependentes químicas), as que não desejavam amamentar e as que não aceitaram participar da pesquisa.

Com relação aos profissionais de saúde, consideramos como critério de inclusão estar envolvido na assistência direta ao binômio mãe-bebê e aceitar participar da pesquisa. A única profissional excluída foi a fonoaudióloga, que atuava no alojamento conjunto, por ser a autora deste estudo.

4.1.4 Procedimentos Metodológicos Utilizados no Trabalho de Campo

a) Grupos Focais

Num primeiro momento, foram formados cinco GFs. A técnica do GF é uma ferramenta valiosa utilizada na pesquisa qualitativa. Consiste na formação de um grupo de discussão sobre um determinado tema em particular. O fato de essa discussão ser em um grupo facilita a formação de idéias, favorece a troca de experiências e novas descobertas, além de oportunizar “[...] a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista”. (RESSEL et al., 2008, p. 780)

Um dos objetivos dessa técnica é poder extrair e analisar as informações em profundidade, visando compreender as diferentes percepções dos atores envolvidos na pesquisa. Esse objetivo pode ser alcançado mediante a interação entre os participantes e a colocação dos tópicos de discussão fornecidos pelo pesquisador. (SCHUTT, 1999; COSTA, 2005)

Ressel et al (2008, p. 780) escrevem que o uso dessa técnica se torna adequado quando se pretende compreender e avaliar um projeto, um programa ou serviço, pois permite “[...] explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal”.

Os GFs formados contaram com um número menor do que o indicado na literatura. Isso ocorreu devido a dificuldades de agrupar o número mínimo sugerido, que é de seis pessoas, por diversos motivos, tais como insuficiência de mulheres que atendessem aos critérios de inclusão, não aceitação em participar da pesquisa, ou, ainda, impossibilidade de comparecerem à reunião do grupo por estarem envolvidas em algum procedimento necessário à mãe ou ao bebê. Mesmo diante do número reduzido de mulheres por GF, optamos por manter esse instrumento para coleta dos dados.

Nesses casos, a literatura sugere a realização de entrevistas grupais, por meio das quais, com um roteiro, o pesquisador tem maiores possibilidades de dirigir o processo de discussão. Já o GF, que deve ter previamente os temas de discussão elencados, intenciona deixar o participante mais à vontade, permitindo maior interação entre os sujeitos e propiciando uma riqueza de conteúdo muitas vezes surpreendente. A idéia é que a fala de um estimule / provoque a fala do outro. Dessa forma, o GF torna-se um espaço rico de debate dos temas elencados. Obviamente, isso não quer dizer que a liberdade posta durante a realização do grupo se transforme em um debate de questões alheias à pesquisa; ao contrário, o facilitador deve estar atento a isso, buscando sempre trazer o grupo para debater os temas elencados.

Nesse sentido, o GF constituiu-se em um procedimento metodológico importante para se alcançarem os objetivos propostos neste estudo. Mesmo com um número reduzido de participantes, foi possível obter a matéria-prima necessária à realização da investigação. Dessa forma, participaram quatro puérperas no GF 1, três puérperas no GF 2, cinco puérperas no GF 3, quatro puérperas no GF 4 e cinco puérperas no GF 5.

No GF, foram abordados temas relacionados a maternidade, amamentação, ambiente e condições físicas do alojamento conjunto, atendimento recebido pelos profissionais, demandas apresentadas pelas puérperas e políticas públicas voltadas às puérperas e à amamentação (APÊNDICE A). Buscamos identificar fatores que interferem no processo de amamentação bem como as representações sociais das puérperas sobre o ato de amamentar.

Todas as reuniões dos GFs foram gravadas e filmadas com a autorização das participantes. Em seguida, as gravações foram integralmente transcritas e posteriormente destruídas.

Para a operacionalização dos GFs, foi utilizado um conjunto de técnicas de suporte, tais como o acolhimento, a abordagem individual com o objetivo de obter informações referentes à identificação pessoal e ao interesse de cada colaboradora em participar da pesquisa, a presença do moderador e do facilitador para o aprofundamento e exploração dos significados dos discursos, além do registro das informações por meio de filmagem e gravação. Posteriormente, as gravações foram transcritas integralmente e destruídas.

Foram necessários cuidados referentes ao local da pesquisa e ao preparo desse local. Os GFs realizaram-se em uma sala utilizada para consultas de retorno pós-alta hospitalar, por ser um lugar mais reservado, localizado no centro da ala onde se encontram todas as enfermarias do alojamento conjunto e de fácil acesso para todas as puérperas. As cadeiras foram dispostas em forma de círculo, o que pôde permitir uma interação visual entre todas as participantes e a manutenção de distâncias iguais entre elas. A porta da sala foi mantida encostada para aumentar a privacidade durante a discussão. O horário escolhido foi no período da tarde, por ser mais tranquilo no alojamento conjunto, e após as mamadas, visando manter os bebês mais calmos durante a discussão. Os profissionais de saúde foram informados previamente sobre a pesquisa e os procedimentos metodológicos a serem realizados, a fim de contribuir para as condições necessárias à realização da pesquisa empírica, como, por exemplo, não se envolverem em nenhuma intervenção ou procedimento durante a realização do GF, que durava de uma a duas horas.

b) Entrevistas semiestruturadas

Após os GFs, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que atuavam no alojamento conjunto diretamente com a díade mãe-bebê. A entrevista semiestruturada é considerada um roteiro-guia para o pesquisador, pois contém as questões fundamentais necessárias à pesquisa. As perguntas eram claras, objetivas e de fácil compreensão para que o objetivo do estudo fosse alcançado.

Haguette (2000, p. 86) traz a definição de entrevista como “Um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de

informações por parte do outro, o entrevistado”. Segundo a autora, a entrevista, assim como qualquer outra ferramenta de pesquisa, visa obter informações sobre o que realmente ocorre acerca do objeto pesquisado, com objetividade e sem contaminações seja por fatores externos seja por influências do próprio pesquisador. Por isso também foi submetida às regras do método científico. Com relação a esse fato, coloca que o pesquisador deve tentar chegar, o mais próximo possível, aos dados e informações reais, embora se tenha consciência de que “a objetividade é um ideal inatingível” e o que pode ser feito em uma pesquisa são as “leituras do real”, considerando-se os limites de cada método e também dos dados coletados. (HAGUETTE, 2000, p. 87)

Assim como feito para a realização dos GFs, também se adotaram os cuidados necessários com o local onde seriam realizadas as entrevistas, visando à não interrupção durante o procedimento e à tranquilidade quanto ao silêncio e à privacidade. As entrevistas foram então realizadas em uma sala utilizada principalmente pelo psicólogo em seus atendimentos, por ser mais reservada. Também ficava situada no corredor do alojamento conjunto, o que permitia fácil acesso a todos os profissionais que participaram do estudo e maior privacidade no momento da realização das entrevistas. Todas elas foram orientadas pelo mesmo roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e destruídas.

c) Observação direta

O terceiro passo do trabalho de campo foi a observação direta. Sobre esta, Britto et al (2003, p. 140) trazem que:

A observação direta é uma das técnicas de investigação, que possibilita registrar detalhes para classificar relações complexas, como as relações entre um terapeuta e seu cliente.

Todas as observações realizadas no campo foram registradas em um diário. Insta também registrar que a pesquisadora é fonoaudióloga da UTIN, o que lhe permitia acesso fácil e permanente ao alojamento conjunto.

A observação foi realizada no período de uma hora diária, em horários e turnos distintos, por uma semana, no mês de abril de 2013, buscando, a partir de um roteiro (APÊNDICE C),

observar a forma e o conteúdo da abordagem do profissional de saúde às puérperas, os tipos de demandas por elas apresentados, as condições físicas do alojamento conjunto e as condições de trabalho dos profissionais que ali atuavam.

Além disso, torna-se importante registrar que o fato de a pesquisadora atuar como fonoaudióloga há 9 anos na instituição, local da pesquisa, esta já tinha, por meio da observação participante, uma visão acerca do seu objeto de estudo.

4.1.5 Considerações Éticas

A realização desta pesquisa foi condicionada à submissão prévia do projeto ao Hospital de referência, situado na cidade de Vitória – ES, que o apreciou e deu sua autorização para que se iniciasse a pesquisa de campo.

Atendendo às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1997), o referido projeto teve início somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

No trabalho de campo, cada um dos sujeitos investigados foi informado a respeito da natureza acadêmica do estudo, dos seus objetivos, da garantia de sigilo de sua identidade, assinando depois o TCLE (APÊNDICE D e E). Os sujeitos também foram informados de que poderiam recusar-se a responder a qualquer pergunta bem como interromper sua participação no estudo a qualquer momento sem prejuízo na assistência recebida pela instituição.

As identidades serão mantidas em sigilo absoluto. Os participantes são identificados por pseudônimos, para garantir a privacidade de cada um deles. Cada puérpera recebeu o nome de uma pedra preciosa e cada profissional, o nome de uma flor.

Todo o material coletado durante o trabalho de campo ficará arquivado por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora, devendo ser incinerados após esse período.

4.1.6 Análise dos Dados Coletados

Os dados coletados durante todo o processo da pesquisa revelaram o perfil dos sujeitos investigados e permitiram uma análise do serviço oferecido no alojamento conjunto com as interfaces relacionadas à questão da amamentação. Após a codificação, esses dados foram articulados e analisados para a construção de um panorama do serviço prestado às puérperas no processo de amamentação, no ambiente hospitalar estudado.

Para a análise do material coletado, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 1977). Para isso, foram transcritas as falas gravadas durante a realização dos GFs e das entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde, além do material registrado no diário de campo. As discussões fundamentaram-se nas concepções de amamentação, vivências maternas, representação social, saúde e políticas públicas com base nos objetivos do estudo e no referencial teórico.

Bardin (1994, p. 73) apresenta uma das primeiras definições de análise de conteúdo: “uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

Silva, Gobbi e Simão (2005, p. 73) colocaram, posteriormente:

[...] a análise de conteúdo passa a ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Assim, essa técnica pode ser considerada uma ferramenta para a compreensão da construção dos significados exteriorizados no discurso pelos sujeitos (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Bardin sugere a realização da análise do conteúdo em fases: a primeira seria a pré-análise; a segunda, o momento da classificação e do recenseamento dos dados de acordo com as categorias elencadas, ou seja, a categorização e por fim, a interpretação dos dados consistindo na análise dos dados à luz dos objetivos e do referencial teórico escolhido.

O primeiro passo pode ser denominado análise categorial. Esta pretende tomar em consideração a totalidade do texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência da presença (ou da ausência) de itens de sentido [...]. É o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas

que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem. (BARDIN, 2011, p. 36-37)

Na primeira etapa deste estudo, que corresponde à pré-análise, foram organizados todos os materiais utilizados para a coleta de dados que pudessem ajudar na pesquisa, montando-se um esquema de trabalho com procedimentos precisos, embora flexíveis.

Na segunda, passamos à categorização, que compreendeu a exploração dos dados coletados, momento em que foram elencadas categorias temáticas que ajudaram no agrupamento dos dados, possibilitando melhor sistematização para um aprofundamento maior das informações referentes à pesquisa. Buscamos ideias coincidentes e divergentes sobre o tema em questão baseada nas hipóteses e referenciais teóricos. Moraes (1999, p. 24) afirma:

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. Podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos, etc. As categorias podem ainda ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos, ou podem ser fundadas em critérios expressivos focalizando problemas de linguagem. Cada conjunto de categorias, entretanto, deve fundamentar-se em apenas um destes critérios.

Por fim, a interpretação dos dados, que foi a última etapa – consistiu na análise dos resultados. Moraes (1999) coloca que este é o momento de se extrair o significado do dado, porque ele não fala por si mesmo.

Assim, a partir do referencial acima exposto, organizamos primeiramente todo o material a ser analisado, advindo dos GFs, das entrevistas semiestruturadas e da observação direta, categorizando-o com base nos objetivos específicos. Definimos três grandes categorias temáticas: Condições físico-ambientais do alojamento conjunto; Relação profissional de saúde e puérpera / bebê; Representações sociais sobre amamentação, para, em seguida, podermos então identificar as subcategorias e unidades de registro (palavras, expressões, frases) que constituiriam as categorias temáticas elencadas. O número de subcategorias e unidades de registro por categoria temática variou de acordo com o material coletado no trabalho de campo. Foi importante conceituar cada categoria buscando delimitá-las, de forma a não permitir sobreposição de uma em relação a outra, o que poderia dificultar a análise.

Os Quadro 2, 3, e 4 consistem num demonstrativo dos passos realizados na análise dos dados:

Quadro 2: Categoria temática 1 – Condições físico-ambientais do alojamento conjunto.

Categorias temáticas	Definição	Subcategorias	Definição	Unidades de registro
1 – Condições físico-ambientais do alojamento conjunto	Esta categoria refere-se aos elementos físico-ambientais presentes no alojamento conjunto que corroboram ou comprometem o processo de amamentação.	Condições físicas	Refere-se ao layout, infraestrutura, quartos, banheiros, instalação elétrica, mobiliários/equipamentos, manutenção	Antiga, inadequada, cama, colchão, chuveiro, sanitário, pia, consertos, ventiladores, ar condicionado.
		Condições ambientais	Refere-se à climatização, poluição sonora, odor/cheiro, condições de higiene, privacidade	Temperatura, silêncio, presença de mosquitos, privacidade.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3: Categoria temática 2 – Relação profissional de saúde e puérpera / bebê.

Categorias temáticas	Definição	Subcategorias	Definição	Unidades de registro
2 -Relação profissional de saúde e puérpera / bebê“	Esta categoria refere-se aos aspectos envolvidos na relação profissional de saúde com a díade mãe-bebê, os quais podem interferir no processo de amamentação.	Acesso ao Hospital de referência	Trata do histórico da gestante para acessar a vaga do AC do hospital de referência	
		Acolhimento	Refere-se à forma e condições em que foi acolhida pelo hospital de referência	
		Forma de abordagem	Refere-se ao tratamento (jeito) dados pelos profissionais de saúde às puérperas e às interações entre eles	Assistência, processo de aproximação, identificação, tipo de diálogo estabelecido, discurso explicativo, linguagem acessível.
		Respostas às demandas apresentadas pela díade mãe-bebê	Aborda o nível de resposta dadas às demandas das puérperas pelos profissionais de saúde.	Envolvimento, responsabilidade, resolutividade ou não da demanda, tempo de resposta.
		Acesso aos profissionais	Identificação do nível de acesso das puérperas aos profissionais que integram a equipe multidisciplinar que atua no AC	Facilidade de contato, visita sistemática da equipe ao quarto, orientação total necessária no momento da alta, tipo de relação com cada categoria profissional.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4: Categoria temática 3 – Representações sociais sobre amamentação entre puérperas e profissionais de saúde

Categorias temáticas	Definição	Subcategorias	Unidades de registro
3 - Representações sociais sobre amamentação	Compreensão do significado da amamentação.	Puérperas	Aproximação, saúde, prioridade, responsabilidade.
		Profissionais de saúde	Contato, vínculo, escolha, importância.

Fonte: Elaborado pela autora.

A seguir, passamos à terceira e última fase da análise dos dados, ou seja, sua interpretação. Nesta fase, os dados, após identificados e organizados, são analisados à luz dos referenciais teóricos, com o intuito de apreender os significados emersos da fala dos participantes.

4.2 ELEMENTOS RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES FÍSICO-AMBIENTAIS DO ALOJAMENTO CONJUNTO QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Este item refere-se a uma das categorias temáticas elencadas para a realização da investigação de campo, categoria que permite identificar os elementos presentes no alojamento conjunto que corroboram ou comprometem o processo de amamentação. Para efeitos didáticos, ela foi subdividida em duas subcategorias: a) condições físicas do alojamento conjunto e b) condições ambientais do alojamento conjunto.

Para Pereira e Bellato (2004, p. 24), o ambiente físico – e tudo o que o integra – é um construto social, “[...] uma vez que é através das diferentes formas de ocupação do espaço que se definem os territórios e, por consequência, se qualificam os grupos que ali estão em relação”. Acreditam as autoras que o espaço é marcado pelos valores sociais dos sujeitos que nele vivem e circulam, determinando a sua forma de organização e ocupação.

Por condições físicas entende-se tudo aquilo que se relaciona ao *layout*, à infraestrutura e aos equipamentos/mobiliários disponíveis no alojamento conjunto, tais como tamanho, quantidade e disposição dos quartos, número e disposição de leitos em cada quarto, colchões, instalações sanitárias e questões pertinentes à manutenção e à adequação das instalações.

Já as condições ambientais se referem à climatização, às condições de higiene, à poluição sonora, ao odor e, por fim, à presença de insetos nas dependências que integram o alojamento conjunto.

Para fins didáticos, também foram inseridas neste item as questões relacionadas à privacidade, que apareceram durante a realização dos grupos focais. Observou-se, entre as categorias escolhidas, que estas são aquelas em que melhor se encaixa a discussão, já que tanto o *layout* quanto a dinâmica de funcionamento do alojamento conjunto propiciam ou comprometem a privacidade das puérperas para a realização da amamentação.

4.2.1 Condições Físicas do Alojamento Conjunto

A base material dos serviços públicos de saúde tem sido considerada como um aspecto relevante, quando se discute a humanização em saúde, em particular quando se trata dos serviços hospitalares. A ausência dessa base material constitui um dos grandes empecilhos ao atendimento humanizado e de qualidade. A precariedade das condições de funcionamento em decorrência da falta de infraestrutura tem batido à porta dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde no Brasil em forma de denúncia e até mesmo por meio de manifestações, muitas vezes violentas, de usuários indignados. Uma das ações do Governo tem-se dado por meio da adoção de instrumentos normativos. Também os órgãos responsáveis pelas políticas têm buscado, por meio de instrumentos legais, estabelecer um padrão físico/material adequado de funcionamento dos serviços, mesmo diante de poucos investimentos orçamentários.

A Portaria n.º 1.016, de 26 de agosto de 1993, do Ministério da Saúde, por meio de normatização, definiu as condições físicas adequadas ao funcionamento do alojamento conjunto (BRASIL, 1993). Pereira e Bellato (2004) lembram também que, em 1994, foram instituídas pelo Ministério da Saúde as normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Mas as autoras asseveram que, apesar da existência de “[...] diretrizes e normas traçadas pelo Ministério da Saúde tanto no que se refere àquelas destinadas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares quanto às que descrevem as normas técnicas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde” (PEREIRA;

BELLATO, 2004, p. 17), essas não se revelam na planta hospitalar pública brasileira, que se encontra cada vez mais sucateada.

Por isso, a literatura tem apontado como um desafio ao processo de humanização da saúde as condições físicas de funcionamento dos serviços. Dentre os autores que abordam a questão, destaca-se Deslandes (2004, p. 2) que, ao discutir os parâmetros para medidas de humanização, pergunta:

Considerando a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência?

Quando se verificaram as condições do espaço físico do alojamento conjunto do hospital de referência, constatou-se que ele ocupava uma área aproximada de 180m², apresentando o seguinte *layout*: um corredor, um posto de enfermagem, um quarto de repouso, uma sala de atendimento e quatro quartos com quatro leitos cada um, evidenciando que o espaço físico estava em conformidade com o que é preconizado pelas Normas Básicas de implantação do sistema de alojamento conjunto, do Ministério da Saúde, que determina que uma enfermaria não pode abrigar mais do que seis mães com os seus respectivos bebês. (BRASIL, 1993)

Observou-se também que os tamanhos dos quartos eram diferenciados: dois deles tinham 25,85m²; um, 25,5m²; e um, 19m². A média de espaço para cada díade mãe-bebê estava em torno de 5,7m². Constatou-se ainda que um dos quartos tinha 4,75m², ocupando uma área menor do que a foi determinada pelo Ministério da Saúde, que é de 5m² para cada conjunto leito/berço.

Outra questão diz respeito à distância entre os berços dos recém-nascidos. Apesar de a maioria dos quartos estar de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em relação tanto ao tamanho quanto ao número de mães e bebês, observou-se que o espaço ainda era insuficiente para atender um dos itens das Normas Básicas: o distanciamento mínimo de 2 metros entre os berços, o que não ocorreu em nenhuma das enfermarias observadas. Em uma delas praticamente não havia espaço entre um berço e outro.

Apesar das recomendações contidas nas Normas Básicas, o Ministério da Saúde reconhece que, em função da realidade física de cada local, essas metragens podem ser diferentes das recomendadas, visando sempre a garantia da instalação do alojamento conjunto.

Importante ressaltar que a discussão acerca do espaço adequado para o atendimento humanizado do paciente, usuário do SUS, se depara com um dos problemas mais graves no atendimento de alta complexidade: a disparidade entre o número de leitos disponíveis no País e o número de pessoas que demandam internação. Quando o número de vagas disponível está aquém da demanda, a discussão sobre o tamanho do quarto e os espaços entre os leitos parece de menor relevância. No entanto Faria, Magalhães e Zerbetto (2010) constataram – por meio de um estudo realizado no ano de 2010 sobre as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem em um alojamento conjunto de uma maternidade no interior do estado de São Paulo – que a insuficiência de espaço físico pode causar desconforto entre as puérperas internadas, limitar algumas atividades a serem realizadas pela equipe, sobretudo a de enfermagem, além de constituir um fator de risco a mais para o bebê e para a puérpera, tornando-os mais suscetíveis às infecções por causa da aglomeração de pessoas.

Outro aspecto detectado no desenrolar da observação foi a existência de uma pia para lavagem das mãos no interior de cada um dos três quartos maiores, no entanto, não havia sobre as pias substância para higienização nem papel toalha, contrariando o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. No quarto menor, não havia pia. Por isso foi possível observar que as mães não faziam a higienização das mãos antes de se alimentar ou de tocar seus filhos quando iam amamentar. Já os profissionais de saúde utilizavam-se do recipiente localizado no posto de enfermagem para a higienização das mãos.

Quanto à estrutura sanitária, as enfermarias não dispunham de banheiros em sua parte interna, existindo apenas um para todos os leitos, situado num corredor próximo. Esse banheiro tinha dois vasos sanitários e dois lavatórios com chuveiro. É importante ressaltar que durante todo o período de observação um vaso e um chuveiro estavam interditados. Os grupos focais foram unânimes ao abordar o assunto.

Ah, o banheiro é o descaso! Porque o certo seria ter um banheiro dentro de cada quarto, pra gente não precisar sair ou dividir com os pacientes e visitantes que ficam. Porque normalmente a gente quer usar o banheiro aí... no horário de visita tem paciente, tem visitante, tem acompanhante, tudo lá dentro, porque a gente fica assim, homem e mulheres usam o mesmo banheiro, a gente não tem privacidade

nenhuma na hora de tomar banho [...]. Toda hora o banheiro tá molhado, toda hora, toda vez você vê muito papel no chão, muita coisa. (ÂMBAR, 16 anos).

Banheiros interditados. São dois interditados; um sanitário funcionando e o outro, o chuveiro". (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

Pereira e Bellato (2004), em estudo realizado num hospital-escola de porte médio, em Cuiabá, Mato Grosso, puderam observar uma série de irregularidades relacionadas à estrutura física. Uma das irregularidades constatadas foi o número de banheiros e pias aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde. Registram as autoras:

Temos ainda apenas uma pia para uso de todos os usuários das enfermarias, ou seja, há uma única torneira, que é de uso intensivo e por isso mesmo torna-se um importante vetor de contaminação. Verificamos que no serviço estudado temos dois sanitários e um chuveiro para os seis leitos de cada uma das enfermarias, havendo ainda um déficit de lavatórios, que deve ser de um por leito, além de um a mais para uso do pessoal de serviço, que inexistente no hospital. (PEREIRA; BELLATO, 2004, p. 20)

Para as autoras, a articulação das ausências dos equipamentos que deveriam compor a infraestrutura potencializa os riscos de se ter infecção cruzada, deixando os pacientes mais suscetíveis à infecção hospitalar.

Além da quantidade de banheiros insuficiente para o alojamento conjunto, as puérperas reclamaram da ausência de água quente no chuveiro.

A água é gelada! (CITRINO, 31 anos).

O chuveiro é gelado! (ÁGATA, 33 anos).

A água do chuveiro é bem gelada. Fica muito gelada a água e, às vezes... igual quando eu fui tomar banho pela primeira vez, depois da cesárea... tava tudo molhado, muito perigoso de cair, não tinha um pano pra poder pisar. (TOPÁZIO, 31 anos).

E a água sai com muita pressão, pelo menos no meu caso, e as gotinhas saem muito fininhas e, dependendo, se pegar no bico do peito, parece uma agulha rasgando o peito da gente. Dá vontade de sair correndo dali e não tomar banho não. Quase que dá vontade de tomar banho lá na ala rosa, mas não posso ir naquela ala. Podiam consertar o chuveiro de cá para as outras que vão ficar aqui, porque aquele chuveiro judia! (ÔNIX, 25 anos).

Durante a observação, foi possível constatar que todas as enfermarias tinham recipientes para lixo, mesa de cabeceira e cadeira, conforme previsto nas Normas Básicas. Mas, conforme também apontado no estudo de Farias, Magalhães e Zerbetto (2010), no qual observaram que as puérperas não dispunham de espaço para guardar os seus pertences, as do hospital de

referência também reclamaram da falta de espaço para a organização dos seus pertences e de um local adequado para deixarem as suas bolsas:

E tem outra coisa, a menina da cozinha... tem uma mesinha, perto da cama, aí a gente tem que colocar nossas bolsas, não tem outro lugar pra colocar. Eu ouvi a menina da cozinha falando que aquele lugar não era lugar de colocar bolsa. Não é lugar de colocar bolsa ali, e é pra colocar onde? Em cima da cama? No chão? Pra pegar uma bactéria? Onde? Então, ou é pra colocar nossos pertences ou é pra colocar comida. Tudo bem que a gente tem que comer e tal, mas vai pôr as coisas da gente onde? No chão, gente? Igual eu vejo aí, um monte de bolsa no chão, aí vai pra casa e leva um monte de bactéria. Eu não acho certo. E roupa... eu penduro minhas calcinhas na cama mesmo. Porque não pode colocar do lado de fora porque não tem lugar também. (ÁGATA, 33 anos).

As puérperas e os profissionais de saúde manifestaram a sua insatisfação quanto aos leitos. Alguns profissionais de saúde falaram:

A cama é desconfortável, não tem um apoio pras costas. Quando tem uma poltrona, não é uma cadeira do papai acolchoada, é uma cadeira de plástico. Então, a mulher, cheia de dor, tem que amamentar numa cadeira de plástico. Às vezes, ela já está internada há meses aqui, antes do neném nascer. (PROFISSIONAL 04).

E o que mais dificulta é essa questão de acomodação... às vezes, a posição, a acomodação é meio difícil ali, né? Pra amamentar, pesa o braço... não tem um local direito pra elas sentarem, pra se apoiarem. Quando sentam na cama, ficam com as pernas muito esticadas ou ficam sentadas na cama com as pernas dobradas, mas sem apoio pra coluna, ou na cadeirinha de plástico. Eu acho que essa estrutura dificulta [na amamentação] pela falta de conforto e, quando vai passando o tempo, vai cansando, e isso começa a prejudicá-las. (PROFISSIONAL 06).

Almeida et al (2001), ao estudarem a estrutura de um hospital universitário situado no Rio de Janeiro e o organograma dos diversos serviços que oferece, observaram que, no geral, as condições físicas e ambientais eram visivelmente obsoletas e/ou precárias, incluindo nesses aspectos toda a parte de mobiliário e equipamentos, o que está diretamente relacionado à fala dos profissionais acima, sobretudo quando citam as cadeiras de plástico utilizadas, que são inadequadas aos pacientes que delas necessitam.

O descontentamento quanto à cama e ao colchão aparece na fala das puérperas também:

Eu trouxe o colchão de casa, porque tem umas camas que elas têm um vão no meio... acho que é a cama que você está [aponta para a entrevistada Rubi]. Ela tem um vão que, dependendo do jeito que você fica, se você vai levantar apoiada com o braço, você enfia o cotovelo dentro do vão e machuca. Por isso, eu tava dormindo lá no outro quarto, tava dormindo com uma cama daquela lá. Por isso que eu mandei trazer colchão fininho de casa. Ele está debaixo do meu colchão. (DIAMANTE, 25 anos).

É muito desconfortável! (ESMERALDA, 30 anos).

Em questão do colchão... Deus me livre! O meu está mais duro que o meu lá em casa. Fino. Eu acordo com dores no corpo. Se eu deito de lado, acordo com dor assim... lateral. Se eu deito de costas, eu sinto dor no final da coluna. Se eu sento, eu não consigo sentar direito. (ÂMBAR, 16 anos).

Em estudo realizado por Almeida et al (2001), também foi observada a má qualidade dos colchões, que estavam bem desgastados, velhos e com depressões, o que causava desconforto para as pacientes. Além desse problema, os autores constataram que a maioria dos leitos estava com defeito nas catracas, impedindo ou dificultando a mudança de posição da paciente, gerando transtorno tanto para a paciente quanto para o profissional durante a assistência.

Em relação à altura da cama, as puérperas disseram:

Pra mim, eu achei a cama um pouquinho alta. Pra quem faz cesárea tem que ser uma cama mais baixa. (OPALA, 37 anos).

E sem a escadinha não sobe mesmo não [na cama]. (ÔNIX, 25 anos).

A gente vai revezando, sabe? A gente empresta as escadinhas com as colegas pra subir. (OPALA, 37 anos).

Almeida e outros (2001) também trazem esses aspectos em seu estudo, demonstrando que, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, situado no Rio de Janeiro, a altura dos leitos não é padronizada. Esses autores acrescentam que as diferentes alturas das camas podem prejudicar não só os pacientes como também o trabalho prestado pelos profissionais. Afirmam ainda que, dependendo do perfil do paciente a ser atendido, essa assistência pode ser deficitária, acarretando, inclusive, sobrecarga física e impactos na saúde do trabalhador.

Também Alexandre (2007, p. 110) constatou em seu estudo que profissionais de saúde estão sujeitos a sintomas osteomusculares em decorrência, principalmente, dos procedimentos que envolvem a movimentação e o transporte de pacientes. Anota a autora:

As agressões à coluna vertebral são causadas por inúmeros fatores inter-relacionados, entre os quais se salientam: as condições inadequadas de mobiliários e equipamentos; a manutenção de posturas estáticas e impróprias; a movimentação de pacientes acamados e o esforço físico ao transportá-los [...].

Quando perguntados se o colchão interfere na disposição para amamentar, puérperas e profissionais disseram:

Com certeza, porque fica mais descansada! A gente acorda com mais disposição. Como não dorme à noite, acorda querendo dormir, e eles tão pronto pra querer mamar, e a gente fica toda desconcertada, querendo dormir, e eles querendo ficar

acordado. Então, pra mim, se a gente não senta, a gente acaba deixando o neném sem mamar mesmo, porque está com muita dor no corpo, fica sem posição pra sentar. Se senta na cadeira, o corpo machuca por causa da noite anterior; se senta no colchão, machuca do mesmo jeito, então fica complicado. (ÂMBAR, 16 anos)

Não, essas camas! Nós precisamos de cama, de colchão [para as mães]. Vai deitar num colchão daquele ali e amamentar? Às vezes, fica no estrado, estrado que fala, né?! (PROFISSIONAL 02).

Algumas puérperas reclamaram da falta de travesseiros:

Eu trouxe de casa. (PÉROLA, 25 anos).

Eu durmo sem [...]. Eu tô sem, é terrível! (ESMERALDA, 30 anos).

Se trazer de casa... (TURQUESA, 17 anos).

Eu trouxe dois, [se não trazer] você fica sem. (SAFIRA, 26 anos).

Outra questão apontada pelos grupos focais foi a falta de manutenção e adequação das instalações.

E o teto está aberto ainda... Tem um buraco assim, outro buraco ali. (ESMERALDA, 30 anos).

Quando a gente dá descarga, eu reparei que a luz treme. (RUBI, 16 anos).

Também reparei que as fiações ficam aparecendo. (DIAMANTE, 25 anos).

O banheiro que a gente vai fazer xixi não tem nem tranca também. (ESMERALDA, 30 anos).

Você está lá fazendo xixi em pé, alguém vem e abre a porta. (DIAMANTE, 25 anos).

Alguns autores também observaram aspectos deficitários com relação à manutenção em hospitais do País. Almeida et al (2001, p. 9) trazem que “A manutenção precária e ineficaz de equipamentos e instrumentos contribui para o sistema de disfuncionamento”, podendo acarretar, inclusive, incidentes e aumento da carga de trabalho para os profissionais. Assim é importante “[...] o trabalho da manutenção com o intuito de intervir corrigindo os problemas antes de alcançar um ponto de sucateamento generalizado” (ALMEIDA et al., 2001, p. 9). O que tem sido observado é que está em curso o sucateamento dos hospitais do SUS, resultante da falta de investimentos públicos.

Os quartos do alojamento conjunto também não recebiam a manutenção adequada. Por causa disso, apresentavam problemas, conforme se depreende da fala abaixo:

A pia do nosso quarto vazou a noite toda... muita água. Essa noite, de ontem pra hoje, a menina foi e teve que jogar água lá pra fora umas quatro vezes. [alguém] veio, mas não resolveu. Desde quarta-feira eu estou aqui. Eu vi essa pia escorrendo... tava pouco... o homem veio e mexeu. Ontem piorou... de descer muita água e encher o quarto. Eu até brinquei: “Nossa! amanhã, vamos ter que sair daqui da cama tudo nadando”. Aí a menina da limpeza secando toda hora, secando toda hora, secando, secando, secando e nada dando jeito. Chegou agora, o homem foi lá, mexeu, mas também continua vazando, entendeu? (ÁGATA, 33 anos).

Faria, Magalhães e Zerbetto (2010) colocam essa questão como uma problemática a partir do momento em que interfere no conforto das puérperas tanto nas condições sanitárias / de higiene, quanto na prestação de uma assistência adequada e segura.

Kotaka, Pacheco e Higaki (1997), ao realizarem um estudo sobre a visão dos usuários acerca da qualidade hospitalar, identificaram como causas dos problemas enfrentados questões de ordem administrativa, falta de informação e deficiência na manutenção rotineira dos equipamentos e instalação. Ou seja, além da escassez de recursos públicos, há também os problemas de gestão. Essa questão aparece nas entrevistas com os profissionais de saúde:

Acho que a própria estrutura física, a questão de espaço, a questão de organização administrativa, a questão de a quem se reportar, o que compete a cada um, acho que em geral essa desorganização, assim, dessa instituição específica não permite que o trabalho se desenvolva. (PROFISSIONAL 05).

Eu acho que a desorganização ADMINISTRATIVA impede que alguns serviços deslanchem ou funcionem do início ao fim de uma forma linear. Eu vejo que alguns serviços funcionam pelo compromisso de cada um, e não pela engrenagem da instituição. (PROFISSIONAL 04).

Porque, infelizmente, a maternidade está precisando de muita coisa. Nós não temos um vestiário decente... mofo... Quando eu falo vestiário não é porque você quer chegar lá e deitar não; você quer um local onde você possa fazer uma refeição, onde você pode sentar um pouquinho porque você tem direito. Infelizmente nós não temos esse direito aqui, a maternidade está sem espaço. Outra coisa é que a maternidade... antes o espaço dela era maior; foram nos tomando, cada um tomando um pedaço da maternidade. Então, quando você chega aqui, você vê a necessidade de alguns clientes de internar e não tem. Aí fica assim: a enfermagem fica saturada todos os dias; aí vêm os médicos querendo vaga. Você vê a necessidade, a paciente precisa internar, e não tem, aí fica assim, aquela coisa muito tumultuada, fica estressante. Então por isso que eu não acho que nosso hospital seja adequado. (PROFISSIONAL 02).

Importante ressaltar que todos esses aspectos envolvidos interferem no resultado final da assistência prestada, tornando-se empecilhos a ações em saúde mais humanizadas, podendo, inclusive, no caso das mães, afetar a disposição e a qualidade da amamentação no alojamento conjunto.

4.2.2 Condições Ambientais do Alojamento Conjunto

A Norma Regulamentadora n.º 9, que instituiu o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (109.000-3), com vistas a proteger a saúde do trabalhador, considera riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador. Para tanto, define agentes físicos como “[...] as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, bem como o infra-som e o ultra-som”; agentes químicos como [...] as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores”, e, ainda, aquelas substâncias que, “[...] pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidas pelo organismo através da pele ou por ingestão”; agentes biológicos como [...], as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros”. (BRASIL, 1994, p. 01)

Segundo Pereira e Bellato (2004), a literatura já registrava no século XIX as preocupações com a qualidade do ambiente hospitalar. Essas autoras citam Florence Nightingale, considerada uma das fundadoras da enfermagem na Inglaterra, que identificava o ambiente hospitalar e as suas formas de organização como importantes para a melhoria da saúde dos pacientes. Passados quase dois séculos, as preocupações postas por Nightingale continuam bastante atuais: no século XXI, o ambiente hospitalar público se revela produtor de saúde ou de doença? Eis a questão. No caso do hospital de referência, alguns elementos serão analisados abaixo, na busca por contribuir para que ele se constitua, sempre, como espaço de produção de saúde.

a) Poluição sonora

Em relação à poluição sonora, puérperas e profissionais de saúde consideraram que o único problema – que foge à gestão tanto das mães quanto dos profissionais de saúde – é o choro dos bebês, que é entendido como uma manifestação importante porque, através dele, se podem identificar desconfortos. Rosa e outros escrevem que o choro é “[...] uma manifestação do bebê, podendo significar uma dor, um desconforto, medo e insegurança frente a sua nova

condição existencial [...]” (ROSA et al., 2010, p. 107). Porém, por ser ouvido numa enfermaria, acaba por incomodar as mães, que necessitam de descanso.

No meu quarto, o que eu tenho a reclamar é o seguinte: aqui deveriam colocar mulheres que são gestantes juntas e as que têm bebês ficar todas juntas. Por quê? Um choro incomoda, incomoda a gestante que está morrendo de dor. Aí, ela fica reclamando que a criança chora, que não dorme, que não sei o quê. E isso não é confortável pra mãe de escutar, entendeu? Se eu tenho o meu filho que não dorme bem e está chorando... Eu acho isso um absurdo. Então, deveria fazer o quê? Pegar as gestantes e colocar elas juntas, e as que têm bebê ficar todas juntas, porque um chora, o outro chora, então, é um conjunto. Todo mundo vai compreender, porque a gente, quando tem filho, a gente compreende muito bem o lado da outra. Agora quando não colocou ainda um filho no mundo, então não sabe... acha que choro incomoda. (ÁGATA, 33 anos).

São muitos pacientes num quarto... aí cada bebê chora em um horário. Aí a paciente, além de não dormir por causa do filho dela, ela não dorme por causa do filho da outra. (PROFISSIONAL 01).

E fora a barulhada que tem. Como você vai amamentar com quatro mães num ambiente? Às vezes você tem um problema que você não consegue amamentar. Se tivesse num local apropriado, com profissional capacitado, você conseguiria amamentar. Então, o ambiente interfere, sim, na amamentação do bebê. (PROFISSIONAL 02).

b) Condições de higiene

Em relação às condições de higiene, como já citado anteriormente neste trabalho, um banheiro é insuficiente na visão das puérperas. No mais, elas também reclamam das condições do existente. Os grupos focais foram unânimes ao abordar as condições de higiene do sanitário:

Só tem um chuveiro pra esse corredor todinho. Praticamente são cinco enfermarias... é uma disputa; fora que, na hora que você leva um shampoo, um sabonete, você fica: “Onde vou colocar?” Não tem onde você colocar. Roupa limpa, você pendura naquela paredinha que já está empesteadada. (GRANADA, 30 anos).

Eu ponho tudo na sacola. Aí tem um banquinho lá que eu vou e enxugo porque fica todo molhado, tem que enxugar. Ponho em cima do banco pra eu tomar banho, senão...” (BRILHANTE, 23 anos).

[...] fora a filinha, que nem quando a gente vai no INPS pagar é igual [...]. Aqui a gente fica com as pernas assim, os pontos espremendo, esperando a lá da frente acabar a caganeira, entendeu? Aquele cheiro exalando pra gente poder entrar. E olha lá, porque demora. Aí fica aquela filinha pra ver quem vai primeiro, e não é nem por ordem. (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

Durante o trabalho de campo, observou-se que, pelo fato de só existir um banheiro no corredor, o acesso a ele estava sempre congestionado. Isso por ser ele utilizado também pelos acompanhantes e pelas visitas, independente do sexo. No estudo realizado por Almeida e outros (2001), foi observado que um mesmo banheiro também era utilizado pelas pacientes,

pelos acompanhantes e pelas visitas, entretanto, cada enfermaria tinha seu próprio banheiro. Esses autores descrevem que, além de um chuveiro, a estrutura não tinha portas e contava com dois vasos sanitários sem tampas, este último aspecto com a justificativa de que a tampa facilitava o acúmulo de urina, intensificando o odor na enfermaria. Esses problemas a respeito das condições do vaso sanitário também foram relatados no presente estudo:

O banheiro não tem acento; você tem que fazer xixi igual homem, de pé. (DIAMANTE, 25 anos).

Nem tampa pra tampar. (ESMERALDA, 30 anos).

As puérperas também reclamaram da falta de higiene por parte de algumas das mulheres, em especial no que se refere ao banheiro. Na visão de parte delas, algumas negligenciavam a responsabilidade de contribuir para o cuidado do ambiente.

Nem tampa tem. É agachada mesmo. Não tem tampa, não tem acento, não tem nada. Isso dificulta ainda mais a gente, né? De cesárea, sentar naquele vaso!... Pra sentar tem que pegar o papel toalha, esticar, botar. Agora que eu estou com um pouco mais de força, que eu não tô sentando mais não, porque mesmo com você sentando, tem gente que tem coragem de sujar e não tem a cara de pau de ir lá e limpar o que sujou. Bosta, também, tem muito. A mulher vai tomar banho, aí sujou, fica o resto de sangue no chão. Sujou, gente, limpa! Já está com o chuveiro ali ligado, tá de chinelo, passa o pé e limpa. Deixa o trem lá... horrível! Como só tem um vaso, a pessoa não consegue esperar, vai fazer xixi lá no ralo do chuveiro, e fica aquela catina no banheiro, podre! (DIAMANTE, 25 anos).

Um dos relatos coletados pelos acompanhantes no estudo realizado por Almeida et al (2001) que mais chamam a atenção diz respeito ao fato de o banheiro ser identificado como o ponto mais crítico de toda a estrutura. O sujeito da pesquisa de Almeida e outros identificou ainda a presença de um grande número de baratas que saía do banheiro para circular nas enfermarias. Este estudo constatou também, por meio dos depoimentos das puérperas, a presença de baratas e outros insetos nos quartos do alojamento coletivo.

Eu já tinha matado uma barata. (ESMERALDA, 30 anos).

Em uma pesquisa realizada entre outubro de 1999 e setembro de 2001, Prado et al (2002) puderam observar que as baratas são insetos que se adaptam facilmente ao ambiente hospitalar, disseminando vários microrganismos. Podem ser, inclusive, uma causa de infecções intra-hospitalares e ambientais. Das 103 baratas analisadas no estudo, 91 apresentaram crescimento bacteriano. Esses autores citam que é comum esse inseto roer os lábios ou alguma região da boca de crianças atraído pelo cheiro do leite, sobretudo no caso de

regurgitamentos, podendo causar uma lesão conhecida como *herpes blattae*, nome advindo do latim *blatta*, que significa inseto que evita a luz.

Como forma de controle desses vetores, demonstram a necessidade de implementação de um programa de saneamento ambiental, para cuja adoção seria imprescindível que todos os profissionais da Instituição, desde os administradores até os que estão diretamente envolvidos na assistência, se conscientizassem da importância desse programa, pois se sabe que fatores como temperaturas elevadas; fragmentos de alimentos ou alimentos mantidos em lugares fechados; lixo acumulado por muito tempo; problemas na estrutura física, como buracos nas paredes, portas e rodapés e rachaduras nos sistemas de água, esgoto e eletricidade favorecem a proliferação das baratas.

Num outro estudo realizado, Gazeta et al (2007) enfocam o papel preocupante dessa espécie como transportadora de microrganismos responsáveis pelo desencadeamento de infecção hospitalar bem como de processos alérgicos em pacientes. Esses autores encontraram baratas em vários setores do hospital investigado, com exceção do centro cirúrgico.

As puérperas também identificaram a presença de outros insetos:

Nas paredes, no teto tem teia de aranha, as lâmpadas todas não são limpas e, se você mexer, sai aquele mundaréu de animal lá de dentro; até bicho em extinção deve ter ali dentro... essa é a pior coisa. E o ventilador, que também está todo enferrujado. (DIAMANTE, 25 anos).

Eu até já matei uma aranha no bercinho do meu filho. (RUBI, 16 anos).

Segundo Gazeta e outros (2007), o ambiente hospitalar exerce um importante papel dentro do contexto sanitário por ser um local rico em material e lixo orgânico, que são as principais fontes de alimento dos artrópodes. No estudo realizado por eles, foram encontradas cinco aranhas na recepção dos dois hospitais pesquisados. Esses autores colocam que esses animais “[...] penetram nos hospitais através de janelas, portas, vestes, calçados e superfícies corpóreas, sistema de saneamento, alimentos e carrinhos de transporte”. Além disso, enfatizam que “[...] a falta de conservação e manutenção das estruturas hospitalares também favorece sua entrada” e que é importante considerar a diferença entre os animais encontrados no ambiente externo e no ambiente intra-hospitalar pelo fato de estes últimos serem considerados veículos de “[...] bactérias patogênicas resistentes aos antimicrobianos”. Com relação ao controle dessa espécie, os autores colocam que “[...] depende essencialmente do

conhecimento sobre sua etologia e biologia, principalmente acerca da capacidade de adaptação aos hábitos humanos”. (GAZETA et al., 2007, p. 255)

Outra questão apontada pelas mulheres é a presença de mosquitos:

Tem muito mosquito. A gente fica matando mosquito, porque fica com medo de morder a criança, morder até a gente, dá alguma contaminação, alguma coisa [Isso interfere na amamentação], porque a gente fica acordada a noite toda. Essa noite eu não dormi... mosquito, calor, calor. (TURMALINA, 18 anos).

Eu fiquei mais de uma semana lá, então, não adiantava passar repelente, eles me comiam. Eu dei graças a Deus que o neném não estava. Aí, tinha uma senhora que era minha amiga, que eu vou visitar ela todo dia. Ela fala que se ela não tivesse presa ao soro, os mosquitos carregavam ela. E eu, por causa da minha barriga pesada, eu não fui carregada por eles. É muito mosquito. Aí me transferiram pra cá, pro lado de cá, na 106. (DIAMANTE, 25 anos).

Importante registrar que durante a observação realizada, principalmente no período da noite, o incômodo gerado pelos mosquitos era nítido.

Outro aspecto referente às condições de higiene do alojamento conjunto citado pelas puérperas tem a ver com a troca dos lençóis:

Porque o meu não foi trocado, e eu sei que é obrigação da enfermagem entrar no alojamento e trocar o leito do paciente; isso aí eu sei. E eu estou aqui desde sábado, mas só que eu fiquei sábado e domingo na ala de lá [ala onde ficam internadas pacientes com problemas ginecológicos]. Lá as meninas faziam, as meninas iam lá, me levantava; quando eu vim pra cá, não. Eu tive que pedir lençol. (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

É assim mesmo... ter aquele dia de trocar. Todo dia tem que trocar mesmo, porque é higiene, mas eles não trocam não. (ESMERALDA, 30 anos).

Por isso que eu falei: “Tem umas [enfermeiras] que trocam, outras que dão pra você trocar. (DIAMANTE, 25 anos).

De acordo com o Manual de Lavanderia Hospitalar, publicado pelo Ministério da Saúde em 1986, nas unidades de maior rotatividade, como pronto-socorro, obstetrícia, pediatria, ou em hospitais gerais, sem considerar pacientes crônicos, a troca de roupa dos leitos deve ser mais frequente e realizada diariamente. Nesse manual, há demonstrações de planejamento como forma de prever as necessidades diárias de acordo com cada realidade hospitalar, a fim de que não falte tal material aos usuários.

c) Climatização do alojamento conjunto

Em relação à climatização do alojamento conjunto, as puérperas reclamaram do calor excessivo. Como a pesquisa foi realizada no verão, foi possível perceber que, se não é climatizado, o ambiente fica inóspito.

Lá no quarto tem um ventilador no teto que não funciona. (RUBI, 16 anos).

Trouxemos o ventilador. Cada um trouxe o seu. (GRANADA, 30 anos).

Almeida e outros (2001) citam em seu estudo que, nas enfermarias do hospital observado, nos dias de calor intenso, a ventilação artificial se dava por meio de três ventiladores de teto e dois aparelhos de ar condicionado.

Pereira e Bellato (2004) também identificaram, em sua investigação em um hospital-escola, que os ventiladores eram insuficientes para garantir as condições ambientais adequadas aos pacientes. Disseram elas sobre o assunto: “Tal fato evidencia um flagrante desrespeito aos direitos da pessoa internada. É que na cidade de Cuiabá as temperaturas quase sempre são superiores a 30°C durante todo o ano [...]”. (PEREIRA; BELLATO, 2004, p. 20)

Referindo-se aos aparelhos de ar condicionado, um grupo focal relatou:

Ele para de gelar, não desliga, ele só para. Parece que dá um troço nele que ele começa a gelar, depois, para”. (ÂMBAR, 16 anos).

Funciona, mas não ligam [ele]. (CITRINO, 31 anos).

Afonso et al (2004), num estudo sobre a qualidade do ar em ambientes hospitalares climatizados e sua eleição como fator de risco para infecção hospitalar, observaram que os sistemas de ar condicionado podem alojar muitas bactérias, vírus e fungos capazes de sobreviver nesse ambiente por longos períodos, o que os torna uma fonte de microrganismos causadores de infecção. Dessa forma, acrescentam que a manutenção e a limpeza desses sistemas são consideradas cuidados de extrema importância para a garantia da qualidade e da segurança do ambiente.

Afonso et al (2004, p. 184) recomendam a limpeza quinzenal do “[...] componente hídrico, usado para umidificação do ar, pois há risco de crescimento bacteriano, produção de aerossóis e inalação dos mesmos”. Além disso, observam que deve ser feita a “[...] higienização mensal

dos componentes do sistema de climatização” e, semestralmente, “[...] a limpeza do sistema de dutos de ar e de forros falsos”.

Questão a esse respeito não foi colocada durante as entrevistas aos profissionais de saúde nem à gestora, por isso não se pode afirmar se há manutenção periódica dos aparelhos de ar condicionado do alojamento conjunto. Entretanto, nenhuma movimentação nessa área foi percebida durante o período de observação.

Já a integrante de outro grupo focal relatou que, no quarto em que estava, o ar condicionado ficou ligado durante todo o tempo em que esteve internada, deixando transparecer que a decisão de ligar ou não ficava a critério do plantonista:

Lá fica ligado. (BRILHANTE, 23 anos).

Lá fica ligado também e, se a gente quiser pedir pra baixar, a gente vai e pede a mulher pra baixar. Ela vai e baixa [a temperatura]. (JADE, 30 anos).

Afonso et al (2004) trazem ainda a informação de que não há atos normativos do Governo Federal específicos sobre ambientes climatizados nas áreas hospitalares. No geral, seguem-se então as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que sugere uma temperatura no ambiente hospitalar entre 23°C e 26°C no verão e entre 20°C e 22°C no inverno.

Outro aspecto levantado pelas puérperas dizia respeito à porta, que muitas vezes não era fechada, comprometendo a climatização do ambiente:

Fica fechada [a porta], mas tem umas pessoas que entram e deixam a porta aberta. Aí a gente sempre vai e fecha. A gente tem que levantar... Os enfermeiros, principalmente [deixam a porta aberta]. (DIAMANTE, 25 anos).

Os médicos... eles entram, eles encontram a porta fechada, eles entram, vai e fazem o que fazem [os procedimentos]. Aí eles saem e deixam a porta aberta, arreganhada. Aí, na hora, você tem que pegar, levantar, se a gente tiver deitada, e ir lá e fechar. (RUBI, 16 anos).

É também questão de entrar e sair sem ter noção do que vai fazer lá dentro; então, aí sai e deixa a porta aberta, o ar já não gela; aí deixa a porta aberta, a gente tem que ficar levantando com dor pra ir fechar [...]. Então, isso aí parece que implica um pouco com a gente, parece assim: “Ah! vocês tão na minha mão, então, têm que fazer o que a gente quer. (ÂMBAR, 16 anos).

d) Privacidade da puérpera para amamentar

Em relação à privacidade para a amamentação, disseram as puérperas:

Que nem hoje, no caso de entrar e sair muita gente, que se especificou o horário de visita das 2 às 8 horas [14 às 20 horas]... respeitar o horário das 2 às 8 é principalmente o quê? A entrada masculina no ambiente onde só há mulher. Então, assim, fica complicado. Que nem eu tava sentada ali na cadeira de costas pra porta de entrada, tava com a mama de fora, massageando, entrou o marido da paciente [...]. Aí eu fiquei assim... Aí, pega a fraldinha e joga em cima do peito, fica lá andando, esperando [...]. Assim, é desconfortável. Em relação a isso, é desconfortável, porque tem o entra e sai, nossa! Que hora que eu vou poder começar a massagear e pra poder dar [amamentar]? Que horas que eu vou poder amamentar? Eu fiquei desconfortável com meu filho no colo querendo amamentar. Eu fiquei desconfortável de rancar a mama pra fora e amamentar com ele lá me olhando, eu fiquei desconfortável. Eu sei que é uma coisa natural, uma mulher amamentar, mas... (GRANADA, 30 anos).

É muito desconfortável (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

Eu acho que é isso, assim, questão da privacidade, do silêncio, do acolhimento. Eu, quando já acompanhei algumas mães no banco de leite... aí eu acho que lá é um espaço... É mais confortável. A técnica ali é ela sozinha, com mais privacidade. Imagina à tarde [no quarto]... tem homem, tem criança, tem outras pessoas, todo mundo vendo, todo mundo olhando... incomodam um pouco essas questões. (PROFISSIONAL 05).

Também os profissionais de saúde abordaram o tema da privacidade, entendendo que é direito da mãe que amamenta ter um espaço adequado para fazê-lo, mas reconhecem que as condições do alojamento conjunto não permitem.

Pois é, a gente já discutiu algumas vezes com colegas da equipe sobre o que poderia ser feito [de] diferente. O que a gente tem de problemática é que a gente tem uma estrutura antiga, inadequada, que já está ultrapassada. Este formato de hospital, tamanho de enfermaria, banheiro e tal... e, às vezes, o que a gente quer depende disso. Então, assim, a gente já sugeriu biombos, posição de cama, coisas mínimas que estavam dentro das nossas possibilidades, mas que esbarram com essas questões físicas, mesmo da instituição. (PROFISSIONAL 05).

Eu acho que eu já falei que eu sou revoltada com a nossa estrutura, porque eu acho que tem que ser melhor... eu acho que tem que valorizar; tinha que melhorar o espaço. (PROFISSIONAL 02).

Os dados coletados e analisados mostram que a permanência do recém-nascido junto com sua mãe é imprescindível, mas toda a estrutura envolvida no acolhimento dessa díade deve ser considerada pelos serviços de saúde, pois faz parte da prestação de uma assistência humanizada, influenciando a qualidade não só de assistência como também de vida tanto da puérpera quanto do profissional que a assiste.

4.3 DESAFIOS À RELAÇÃO HUMANIZADA ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E PUÉRPERA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Para a elaboração desse item, tomou-se como referência a categoria temática *Relação profissional de saúde e puérpera / bebê*. Essa categoria refere-se aos aspectos envolvidos na relação profissional de saúde com a díade mãe-bebê, os quais podem interferir no processo de amamentação. São eles o acesso ao hospital de referência, o acolhimento, a abordagem profissional dentro da rotina hospitalar, as respostas às demandas apresentadas pela díade mãe-bebê e o acesso da puérpera aos profissionais de saúde.

4.3.1 O Acesso das Gestantes ao Alojamento Conjunto

Apesar de o acesso não estar implicado diretamente na inter-relação profissional de saúde e puérpera, foi possível observar, a partir da pesquisa realizada, que as condições de chegada da mãe ao alojamento conjunto contribuíram para seu nível de expectativa em relação à atenção recebida.

Giovanella e Fleury (apud JESUS; ASSIS; ARAÚJO, 2010, p. 162) veem o acesso como uma categoria fundamental à compreensão das inter-relações usuários / serviços de saúde: “Apresentam-no como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde”. São cinco as dimensões específicas do acesso apontadas pelos autores:

No tocante às dimensões específicas, a **disponibilidade** é entendida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidades; a **acessibilidade**, como a relação entre localização da oferta e dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos; a **acomodação ou adequação funcional**, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos; a **capacidade financeira**, como relação entre os custos dos serviços, seja de entrada, de manutenção ou de saída; e, por fim, a **aceitabilidade**, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde e sobre as características das práticas dos serviços, bem como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários. (JESUS; ASSIS; ARAÚJO, 2010, p. 162)

O acesso aos serviços de saúde pelas gestantes tem sido apontado como uma das questões mais importantes quando se discute o controle da mortalidade materna nas fases de gestação, parto e puerpério.

No Brasil, um dos fatores que dificultam o acesso é a disponibilidade dos serviços, pois existe uma disparidade entre o número de leitos disponíveis no País e o número de pessoas que demandam internação. O número adequado de leitos por 1.000 habitantes é de 4,5, segundo a OMS, excluindo leitos privados sem vínculo com o SUS. “Em geral, a concentração de leitos está associada ao maior poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições que atraem investimentos do setor privado de saúde”. (BRASIL, 2006, p. 240)

De acordo como o Ministério da Saúde (BRASL, 2006), houve uma estabilização do número de leitos ofertados pelos hospitais públicos e um declínio dos ofertados pelo SUS em hospitais particulares, em todas as regiões brasileiras. No cômputo geral, houve uma redução da oferta de leitos pelo SUS entre os anos de 1993 e 2005, inclusive de leitos em maternidades, conferindo com o período de implantação das políticas neoliberais no Brasil, que orientaram a redução de investimentos em políticas públicas, inclusive em políticas de saúde.

A gestante que se utiliza da Saúde Pública, na maioria das vezes vivencia, durante a gestação, a incerteza de poder acessar uma vaga para a realização do seu parto. Durante a realização desta pesquisa, as puérperas registraram a sua luta para terem acesso à internação hospitalar:

[...] quando eu cheguei aqui, eu vim durante quatro dias, já me sentindo mal. Eu sou hipertensa, diabetes gestacional, minha pressão estava alta, eles falavam que não tinha vaga e me mandavam pra casa. E eu ia pra casa, voltava... mandaram eu ir pro Dório Silva, fui pro Dório Silva, e eles, sabendo que não tinha vaga, me mandaram pra essas maternidades, todas cheias. Aí retornei pra cá. Aí ela [na recepção] falou: “Se você tiver ganhando, vai ganhar no meio do corredor, porque não tem vaga; se quiser ficar...” Foi aí onde eu fiquei, aí garanti minha vaga. Se eu fosse embora, até hoje acho que não teria ganhado. Foi por muita insistência minha que eu consegui também. Mas depois que eles me internaram, eu fui bem atendida. (TOPÁZIO, 31 anos).

Aí eu pedi muito a Deus misericórdia! Ó Deus, se eu sair daqui, vou ganhar essa criança na rua! E foi constrangedor, porque um hospital com tanto médico, tanta enfermeira... e falarem que não podem atender a gente que está na hora ali. Se tivesse, assim, pelo menos dois centímetros de dilatação, eu até entenderia, mas eu já estava ganhando a criança. Como é que eu ia fazer se eu saísse daqui? Graças a Deus ela correu comigo, porque todo mundo viu que eu já estava ganhando, que não dava tempo pra mais nada e ela [na recepção], mandando eu ir pra Pro Matre. Como é que pode? Aí eu tive neném. (ESMERALDA, 30 anos).

É o que eles disseram: senta aí, espera um pouquinho, porque a gente vai ver se disponibiliza uma vaga pra você, porque você é paciente de alto risco. Então, foi também assim um constrangimento, porque tinha vaga pra mim, por mais que eu estava passando mal [...]. E a demora, quer dizer, eu cheguei aqui 7 e meia da manhã, [me disseram]: “Não, você vai ter que sentar e esperar, se tiver a vaga porque é de alto risco”. Mesmo sendo de alto risco, tendo uma vaga, que é

prioridade, mesmo assim eu fui internada 4 e meia da tarde. (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

De acordo com Bedinelli e Takahashi (2012), a falta de vagas e a demora para se conseguir atendimento vêm-se tornando uma realidade cada vez mais comum na saúde do País. Essa é a conclusão a que os autores chegaram após ouvir histórias de puérperas paulistas, histórias que se assemelham aos depoimentos coletados nesta pesquisa:

Wanessa Dias, 35, planejou cuidadosamente o dia do nascimento de sua filha: pesquisou maternidades, pediu indicação a médicos e amigas e visitou os locais escolhidos. Queria evitar estresse no parto. Mas não foi suficiente. Ao chegar à Pro Matre, na Av. Paulista, com a bolsa estourada, esperou mais de três horas até ser levada à sala de parto. Depois de ter a filha, aguardou outras quatro horas para ser acomodada em um quarto (a espera, em situações normais, é de uma hora). A maternidade estava lotada. (BEDINELLI; TAKAHASHI, 2012)

No caso do atendimento materno, escrevem Alvarenga, Silva e Barcellos (2011, p. 42)

Não é difícil imaginar que a quantidade de leitos oferecidos é insuficiente para atender as mulheres que necessitam de internação hospitalar para realização dos partos. É muito comum as matérias [jornalísticas] sobre mulheres que tiveram seus filhos na porta de hospitais ou em suas próprias casas, ou ainda em transporte coletivo, porque não conseguiram vagas em hospitais da rede pública. O mais triste é que a falta de atendimento tem levado mulheres pobres e seus bebês à morte e ninguém se responsabiliza por isso.

Tanaka (apud HOTIMSKY, 2002, p. 1.307), em estudo realizado sobre mortalidade materna, expõe: “[...] um dos aspectos centrais da ‘inoportunidade’ da atenção” é a mulher e o bebê irem a óbito pelo fato de as “[...] gestantes em trabalho de parto freqüentemente terem de recorrer a mais de uma instituição antes de serem internadas, contribuindo para que a assistência lhes seja prestada tardiamente”. No ver de Hotimsky (2002, p. 1.307), “a falta crônica de vagas e o fenômeno da peregrinação hospitalar são bastante conhecidos e representam fontes de angústia para as gestantes estudadas”.

Almeida e Tanaka (2009, p. 102), na sua investigação com gestantes, observaram que a gestação é marcada pela insegurança, porque a mulher que depende da Saúde Pública não sabe se terá acesso a uma vaga em uma maternidade quando necessitar. Escrevem os autores:

Notícias acerca das experiências de outras gestantes circulam na comunidade. Quando negativas, fazem com que as futuras parturientes fiquem receosas diante de alguns hospitais, tendendo a evitá-los se dispuserem de meios para tanto. Quando positivas, provocam todo um movimento de busca por alguma garantia de vaga naquele local determinado. Essas comunicações assumem também papel de organizadores do sistema local de saúde.

Também há incertezas quanto à qualidade do atendimento que a mulher receberá.

4.3.2 Acolhimento Realizado pelo Hospital de Referência às Gestantes

Durante a pesquisa, identificaram-se dificuldades quanto ao acolhimento das mulheres pelo hospital de referência. Davim e Torres (2008, p. 38) expõem que

[...] acolher é receber, ter consideração, é atender os diferentes integrantes da família, facilitando sua inserção no ambiente. O acolhimento envolve também uma ação não somente física, mas afetiva, onde seu principal objetivo é o de fazer com que as experiências emocionais, que ocorrem durante a fase de internação de um indivíduo, sejam atendidas e elaboradas da melhor forma possível.

De acordo com o Programa Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento se revela em práticas de promoção à saúde, em que o profissional é responsável por analisar a demanda do usuário que procurou o serviço a partir de uma escuta qualificada, ouvindo suas queixas e preocupações, para que assim possa oferecer uma atenção resolutiva e integral. Essa forma de atendimento deve ser garantida desde o momento em que o paciente chega ao hospital até o de sua saída. (BRASIL, 2010)

Para Davim e Torres (2008, p. 39), o acolhimento deve ser norteado pelos seguintes princípios:

[...] atender todos os usuários que procuram os serviços de saúde lhes garantindo acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, de forma que este descentralize seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, ou seja, uma equipe de acolhimento que se encarrega da escuta ao usuário, e, por fim, qualificar a relação trabalhador usuário, que deve se pautar em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Tendo em vista essas concepções, a chegada da gestante para ter o seu bebê pode, muitas vezes, não se dar de forma esperada. A ausência de um acolhimento humanizado, de imediato, na recepção, pode gerar inseguranças quanto ao atendimento que receberá naquela instituição de saúde. Uma das questões pontuadas pelas mulheres em relação ao acolhimento diz respeito às condições físicas da recepção:

Lá na recepção, onde fica aquele tumulto todo... Lá, sentada, naquele lugar, desconfortável, nossa! Ali, naquela entrada, nem banco... aquilo dali não é um banco. (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

Banco de ônibus, colega, está melhor do que aquele assento ali. (GRANADA, 30 anos).

Em um estudo realizado por Silva (2012) sobre a qualidade do atendimento recebido pelos usuários na recepção de um hospital em Maceió, pode-se observar que a maioria dos participantes considerou a estrutura desconfortável, assim como observado no presente estudo. Os usuários descreveram ainda a decoração como fria, deixando transparecer um “ambiente pesado”, um “clima hostil” e “assentos sem conforto”. (SILVA, 2012, p. 3)

Para Silva (2012), a recepção é um local de extrema importância, quando nos referimos ao serviço prestado na área da saúde, pois é o primeiro e o último contato que o paciente terá com a instituição e vice-versa. Uma vez que o que se objetiva é um atendimento de qualidade, este deve começar na recepção.

Um dos sujeitos da pesquisa falou sobre o sofrimento por que passou na recepção, ao ter que aguardar a vaga, quando já havia entrado em trabalho de parto:

Nossa, aquele banco [da recepção] judia! Eu sei porque, sempre que eu passava mal na gestação, eu vinha pra cá e era lá que eu esperava. E aí eu sei que aquele banquinho judia. (ÔNIX, 25 anos).

Outro fator abordado por Silva (2012) em seu estudo foi a demora no atendimento prestado pela recepção. Os usuários pesquisados foram unânimes ao opinar que há muita demora até que o atendimento se realize. Além disso, queixaram-se de que o processo de triagem e a classificação de prioridade eram executados pelos recepcionistas, e não pelos profissionais de saúde. Essa questão também apareceu nas falas dos sujeitos desta pesquisa:

Em relação à qualidade do atendimento, disseram elas:

Na hora que a gente chega, tinha que ter uma pessoa ali, porque tem hora que a gente chega e não tem ninguém pra receber, e fica e fica e fica... um horror! (ÁGATA, 33 anos).

E não tinha recepcionista, minha querida! Cadê a recepcionista do hospital que tinha que estar ali fazendo por ordem de chamada? Teve tumulto! (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

A gente chega aqui cheia de dor e acham que a gente veio pra passear, porque é a mesma coisa que nada. Eu sei que são várias pessoas, mas eu acho que tinha que ter alguém ali, e ali não tem! Tem hora que tem alguém, mas tem hora que não tem. Tem dia que eu não vejo ninguém ali na recepção, então fica difícil, né? Uma gestante que está em preparo de parto ter que chegar ali, ficar esperando alguém aparecer pra pegar no laço, no meio do corredor: “Ó, fulana, eu tô passando mal! Quem eu procuro?” Então fica difícil. Tem que ter uma pessoa ali pra dar informação pra quem chega. (ÁGATA, 33 anos).

Essas falas atestam a importância atribuída pelos usuários ao acolhimento e à humanização do atendimento neste primeiro momento. Esses aspectos são considerados essenciais quando a qualidade do serviço recebido é avaliada.

O estudo desenvolvido por Silva (2012, p. 3) revelou que os sujeitos da pesquisa, quando questionados sobre a qualidade do atendimento recebido na recepção, foram unânimes ao considerar que o serviço “[...] não satisfaz às necessidades e expectativas dos usuários”.

Segundo Davim e Torres (2008), a forma de receber também pode ser considerada uma ajuda e é a base da construção da relação entre duas pessoas: a que recebe e a que é recebida. A partir desse primeiro contato, o relacionamento vai sendo construído, pois uma precisa de algo que lhe falta, ou seja, a pessoa que necessita de ajuda, e a outra, a que ajuda, precisa ter disponibilidade de escuta para realmente conseguir compreender a demanda da primeira.

Eu cheguei aqui era meio-dia e fui ser atendida já era umas 2 da tarde. Com fome, perdendo aquele líquido, muita dor, sangrando. Quando eu entrei pra dentro da sala já era umas 6 horas. Não demorou nada e eu ganhei. (TURMALINA, 18 anos).

Eu cheguei aqui era 2 e meia, 3 horas; fui ser atendida 6 horas. A menina que fica na recepção ainda veio falar um monte de “merda” comigo quando fui atendida. Ela veio tentar me dar lição de moral porque eu não fiquei ali presente no momento em que era para eu ser chamada. Ela tinha gritado aos quatro ventos ali que os únicos dois obstetras que estavam presentes aqui, ontem, na maternidade, estavam [ocupados fazendo] um parto e só iriam se desocupar 2 horas depois. Aí eu desci pra tentar comer alguma coisa, porque eu estava desde cedo sem comer nada, entendeu? Não estava parando nada no meu estômago; tudo que eu comia botava pra fora [...]. Esse tempo todo eu tive que ficar sentada nesse banco de cimento, porque a menina deixou todo mundo entrar na minha frente: “Ah! ela está com pressão alta, precisa entrar na sua frente”; “Ah! está quase ganhando, precisa entrar na sua frente”. Aí, eu chorava. Eu só fui examinada depois de 6 horas da tarde; foi quando eu fui internada, e só fui ganhar 5hs da manhã. (AMETISTA, 20 anos).

Concordamos com Davim e Torres (2008) para quem acolher não é sinônimo de receber, mas, sim, uma prática de cuidado que implica uma sequência de ações e formas de agir dentro do processo de trabalho e, conseqüentemente, nas relações humanas, devendo ser seguida por todos os profissionais em qualquer setor. No entanto, os relatos acima identificam a ausência de trato adequado, que resulta numa espécie de revitimização da mulher, já vitimizada por sua condição de gênero e de pobreza.

Segundo Davim e Torres (2008), um bom acolhimento nos serviços de saúde tende a melhorar o cuidado com o ser humano pelo fato de contribuir para a superação de parte daquilo que obstaculiza o acesso, aumentando a resolutividade e a qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, a responsabilidade do acolhimento não é apenas daquele agente que está na porta de entrada dos serviços, mas de todos os que integram a equipe de saúde.

Com base nos aspectos descritos acima, recomenda-se que os hospitais se utilizem sistematicamente de avaliações feitas pelos usuários dos serviços para que alcancem uma real melhora na qualidade da assistência prestada, uma vez que os problemas vivenciados pelos usuários muitas vezes passam despercebidos, sobretudo por parte dos gestores, diante do número de desafios a serem cotidianamente enfrentados no SUS.

4.3.3 Abordagem profissional das puérperas no alojamento conjunto

O objetivo da permanência mãe-bebê em tempo integral no alojamento conjunto é que essa mulher possa ser estimulada na sua capacidade de autocuidado e dos cuidados necessários ao seu bebê a partir de orientações recebidas, do esclarecimento de suas dúvidas e de atitudes acolhedoras, deixando-a mais tranquila e confiante, o que favorece, inclusive, o processo de amamentação. Em nenhum momento o alojamento conjunto pode ser um local de sobrecarga física e/ou emocional, como chega a acontecer. (FARIA; MAGALHÃES; ZERBETTO, 2010)

A atenção às puérperas e ao seu bebê no alojamento conjunto se dá a partir de uma perspectiva multiprofissional. Souza e outros (2009) consideram que, independente da categoria profissional que atua no campo da saúde, esta deve ser vista no conjunto das dimensões afetiva, psíquica e biofísica.

Neste item, abordaremos a relação entre profissional de saúde e paciente, um aspecto que interfere diretamente na qualidade da assistência prestada no alojamento conjunto. Essa interação é importante, inclusive, no estabelecimento do vínculo entre o binômio, sendo necessária a presença de profissionais capacitados para lidar com as necessidades e dúvidas das puérperas.

Ao se discutir a relação entre esse profissional com a paciente, não podem ser desconsiderados aspectos importantes que interferem na qualidade da assistência, entre os quais está o número insuficiente de pessoal para atender a grande demanda. Apesar da escassez de profissionais, a Portaria que trata da implantação do alojamento conjunto estabelece a quantidade de trabalhadores necessários, recomendando uma equipe

multiprofissional treinada, com um número mínimo de um enfermeiro para trinta binômios, um auxiliar de enfermagem para oito binômios, um obstetra para vinte mães e um pediatra para vinte crianças, além de um assistente social, um psicólogo e um nutricionista. Apesar de a quantidade de profissionais no hospital de referência estar em conformidade com o preconizado, os entrevistados afirmaram que ainda é um número insuficiente quando se pensa em uma assistência de qualidade:

Olha, a gente encontra bastante dificuldade porque são muitas pacientes para poucos profissionais poderem atender. Eu acho que precisa de mais funcionários pra poder dar mais atenção, porque a gente busca... Eu falo por mim, eu busco dar o melhor atendimento possível, mas às vezes tem alguém, o setor está muito corrido, muita medicação, muito antibiótico... e às vezes você não consegue dar a atenção necessária. Eu sinto essa dificuldade. (PROFISSIONAL 01).

E melhor ainda se a gente tivesse o número de enfermeiros adequado, porque, à noite, a gente tem dificuldade [...]. O número de funcionário é pouco, e aí não tem toda a assistência que precisaria ter [...]. Não tem como dar o suporte, mesmo porque o banco de leite não funciona; é um enfermeiro pra dar supervisão aqui e na pediatria. (PROFISSIONAL 03).

Em estudo realizado por Faria, Magalhães e Zerbetto (2010) também em um alojamento conjunto do País, as dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde investigados foram: número reduzido de funcionários, instalações físicas inadequadas, falta de materiais e tempo disponíveis para realização das atividades. Essas dificuldades vividas cotidianamente vão desgastar física e emocionalmente esses profissionais, além de interferir na qualidade do serviço prestado. (FARIA; MAGALHÃES; ZERBETTO, 2010)

Os autores citados mencionam que o estresse passa a fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde devido ao acúmulo de atividades, ao grande número de pacientes, à falta de pessoal qualificado, o que acarreta diminuição da produtividade, ineficiência nas atividades realizadas, desorganização e dificuldades na comunicação. Uma das entrevistadas reforçou a importância da capacitação profissional:

Bom, a primeira questão era definitivamente poder adequar o número de pessoas, adequar a equipe ao atendimento e treinar essa equipe, treinar essa equipe em consonância com todas as pernas que essa equipe tem e definir isso como protocolo de atuação. E cobrança. Entendeu? (PROFISSIONAL 07).

Apesar de todas as questões postas acima, não se pode desconsiderar, assim como Davim e Torres (2008) asseveram, que a qualidade do serviço também é de responsabilidade daqueles que atuam nele e que, muitas vezes, a qualidade da relação entre o profissional e o paciente

vai depender de como o primeiro estabelece sua primeira interação e de sua capacidade de respeitar, ouvir e compreender as demandas que esse paciente traz para o interior do serviço.

Não, foram vários que me tocaram. Então... isso eu já ficava mais incomodada, eu ficava cheia de vergonha, e com isso, sei lá, eu perdi o chão. Porque, normalmente, vem um só e te toca e pronto. Aí vem depois e te toca de novo. Mas não, vinha um, depois vinha outro, aí acaba passando pra lá e pra cá pessoas na porta. Aí tinha a auxiliar de enfermagem que passava, via eu sentindo dor e falava: “Nossa! você está em trabalho de parto?” [eu ia responder para ela] “E eu que sei?” Porque eu acho que quem deveria saber era ela. Ela que tava olhando, ela que levantava o lençol e sabia o que estava acontecendo. Então, eu falei: “Ah! não sei, olha pra mim”. E ela: “Não. Porque você está toda arreganhada e não precisa disso”. Eu estava com dor. Como eu ia ficar de perna fechada? Ou ficar de ladinho, ou sentar e cruzar as pernas e ficar esperando meu filho nascer? Aí eu ainda falava: “Posso fazer força pra ajudar?” [ela respondia] “Não, não pode”. E em todos os meus partos, eu fiz força pra ajudar, entendeu? Eu fiquei lá desde as 8 da manhã e fui ganhar só à 1h26 da tarde, com contrações. Então, se eu tivesse ajudado, acho que teria adiantado muito mais, porque ele era prematuro. Acho que não teria força de fazer de dentro pra fora, então eu teria que fazer de fora pra dentro. Então, acho que ela não deveria nem ter perguntado isso pra mim. (ÁGATA, 33 anos).

Segundo Martins (1997), atualmente existe um envolvimento cada vez maior por parte dos trabalhadores da saúde para se capacitarem, com o intuito de prestar uma assistência com mais qualidade, incorporando em sua prática diária “[...] noções vinculadas à cidadania e à responsabilidade ética dos profissionais”. Mas o que observamos no depoimento de Ágata, acima destacado, é que essa ainda não se constitui numa prática hegemônica e que há muito a se avançar no campo da qualificação profissional para que ocorra a prática humanizada em saúde. A qualidade de um serviço não está apenas na técnica realizada adequadamente; está também associada a uma relação de respeito entre os sujeitos envolvidos, que deve ser expressa nas ações cotidianas. As puérperas, por exemplo, teceram comentários sobre as manifestações simples dos profissionais de saúde, as quais as incomodavam, manifestações que, se alteradas, poderiam torná-las mais receptivas ao atendimento realizado, como, por exemplo, um cumprimento, um sorriso ou a identificação (apresentação) do profissional:

Tem plantão que a gente tem que aguentar caras e bocas, entendeu? Sorrisos, não! Caras e bocas tem que aguentar. (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

Eu estou aqui há vinte e tantos dias e, como eu falei, foi há cinco ou seis dias atrás que fiquei sabendo quem era a assistente social. Eu já tinha reparado que ela passava no quarto todo dia. Às vezes entra gente no quarto e não se identifica, não fala nem um “a” ou “Eu sou fulano de tal, tudo bom?” Elas só perguntam: “Qual seu nome? Quantos dias você está aqui?” Mas não se identificam de que área é a profissional, entendeu? Essa também é uma falha. (DIAMANTE, 25 anos).

Tem umas enfermeiras que elas são um pouco grossas. Igual a de ontem à noite, que ela diz que é dois por turno. Só que tinha uma só, e essa eu nunca gostei dela, desde a outra ala. Se você fala com ela, ela te trata com uma segura, te trata seca, sem dar um sorriso, uma boa noite, uma boa tarde. Dependendo do horário que você encontra ela aqui, ela dá uma boa tarde seca, te trata seca, ainda mais nessa parte aqui, que é criança. (DIAMANTE, 25 anos).

A falta de identificação dos profissionais relatada pelas puérperas parece, aos nossos olhos, revelar indiferença. E, como há um grande número de profissionais e residentes que circulam no alojamento conjunto, elas, na maioria das vezes, não conseguem identificá-los pelos nomes, o que dificulta a aproximação entre paciente e profissional.

As puérperas também levantaram outros aspectos dessa relação:

Eu presenciei, e não foi justo o que fizeram com ela [...]. Ela acabou de ganhar neném, cesárea, tava com o corpo todo dolorido... aí ela estava com o colchão todo sujo de sangue. Ela perguntou à enfermeira se podia trocar, já tinha passado as horas... que ela podia levantar, tudo normal. A enfermeira pegou, virou pra ela e falou “Não. Que a hora que ela fosse trocar ela não precisava pedir”[...]. Aí ela precisou tomar um banho: “Quero tomar um banho, tô com calor, minha roupa está suja e meu lençol também. Tem como você me ajudar?” Ela respondeu: “Não tem como, porque eu estou sozinha e a hora que der pra mim vir, eu vou te trocar”. Aí ela disse: “Então, eu vou levantar sozinha e vou tomar banho”, [a enfermeira respondeu] “Você que sabe, a responsabilidade é toda sua, mas eu vou te trocar na hora que eu quiser”. Então eu acho que isso é descaso com o paciente. Porque, se ela pudesse ir sozinha, a gente não precisava pedir nem ajuda. Então, ela ficou nervosa, as duas começaram a bater boca dentro do quarto, como se fosse amiga de quarto e não profissional e paciente. Então, pra mim, eu achei um descaso com ela. (AMETISTA, 20 anos).

Tem uma aí que eu acho que é enfermeira, que vai lá medir pressão da gente, uma coroa. Vai e pega e mede a pressão da gente; quando vai tirar o negócio [estetoscópio], tira com uma má vontade danada, dá cada grito, parece que é doida. É uma coroa aí. Acho ela muito ignorante. (BRILHANTE, 23 anos).

Nos depoimentos acima é possível perceber, ao invés de um atendimento humanizado, a violência institucional, que é aquela praticada por pessoas investidas de alguma função pública. Pesquisas demonstram, segundo Aguiar e D’Oliveira (2011, p. 80) que, além dos problemas de ordem econômica, de estrutura e de gestão, se encontram, “[...] subjacentes aos maus-tratos vividos pelas pacientes, aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia”. De acordo com as autoras, a violência institucional se expressa de diversas formas, indo da negligência, passando pela violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e chegando à violência física.

Objetivando revelar a gravidade e a frequente prática da violência institucional em serviços de saúde, a Fundação Perseu Abramo realizou, em 2010, a pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado - 2010*⁶. O estudo mostrou que 9% das mulheres não

⁶ A pesquisa foi realizada em agosto de 2010 e ouviu a opinião de 2.365 mulheres e 1.181 homens, com mais de 15 anos de idade, de 25 unidades da Federação, cobrindo as áreas urbanas e rurais de todas as macrorregiões do

receberam nenhuma explicação para procedimentos adotados no momento do parto; 9% ouviram gritos de profissionais ao serem atendidas; 8% receberam negativas de atendimento; 7% ouviram xingamentos ou foram humilhadas; 23% ouviram dos profissionais que as atenderam frases como: *Não chora que ano que vem você está aqui de novo; Na hora de fazer, não chorou, não chamou a mamãe; Se gritar, eu paro e não vou te atender e Se ficar gritando, vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo.*

Apesar dos registros positivos do atendimento em saúde já relatados neste trabalho por parte dos sujeitos da pesquisa, observa-se que se soma ao estresse e à sobrecarga do profissional de saúde que atua no SUS o seu despreparo para a realização do acolhimento humanizado. Presencia-se, em curso, o processo de desumanização das relações nos vários níveis da atenção à saúde.

Davim e Torres (2008) apontam que, muitas vezes, o aparente descomprometimento com a assistência prestada por alguns profissionais tem como causa principal a falta de recursos materiais e humanos. Segundo os autores, a falta de condições de trabalho causa uma sobrecarga emocional significativa, dando a esses profissionais a sensação de impotência diante do conjunto das demandas que o paciente lhes apresenta.

Outro fator identificado por um dos profissionais entrevistados refere-se às relações de poder existentes no interior da equipe multidisciplinar. Essas relações, segundo Gérbera, interferem no nível de disponibilidade do profissional para atender ao paciente e na forma como socializa as informações dentro da equipe:

[...] até mesmo, eu acho, pelo próprio profissional. O profissional, ele se distancia porque ele tem uma patente a mais, então ele se distancia: “Isso não é meu papel”; “Eu não vou colocar uma pomada porque eu sou o médico”. [outro diz] “Eu não vou colocar uma pomada, não vou mexer numa veia, porque eu sou o enfermeiro”, entende? [...] Ele acha que ele tem uma coisa a mais. Ele acha que ele não tem que fazer as coisas, e não é porque você tem uma coisa a mais ou a menos que você tem que deixar de dar assistência ao paciente. Não importa pra ele se você é técnica, se você é atendente, se você é auxiliar, enfermeira ou médica, ele quer que a gente ajude. (PROFISSIONAL 02).

Em relação ao depoimento acima, Almeida e outros (2001) colocam que, dentro de uma instituição hospitalar, as tarefas e as funções são divididas com certa precisão, de acordo com a formação e a capacitação profissional de cada um; no entanto, quando se pensa na assistência à vida de uma pessoa, apesar dos problemas com falta de material, falta de pessoal ou qualificação, essa assistência deve ser prestada visando ao bem-estar do paciente.

Martins (1997) traz que todas as atitudes tomadas pelo profissional terão um efeito sobre o paciente, podendo assumir um significado terapêutico positivo ou negativo, de acordo com a maneira como forem vivenciadas. Abaixo estão algumas colocações relativas à percepção dos profissionais entrevistados sobre a diferença entre essas abordagens e seus motivos:

Eu acho que é o trato de cada um. Acho que isso faz muita diferença... a abordagem. Se é uma abordagem de tête-à-tête, de mais acolhimento, ou se é uma abordagem crua, dura... [...] Não acho que a enfermagem como um todo tem um relacionamento igual. Percebo em algumas enfermeiras um tratamento diferenciado, em alguns médicos um tratamento diferenciado, assim como na minha categoria, eu acho que também tem um tratamento diferenciado entre os próprios profissionais. Por isso que eu acho que é uma questão de tato e de trato [...]. Eu acho que é pessoal. Eu acho que é formação, mas eu também acho que é do entendimento... assim... do que seja a saúde, pra que estamos aqui e o que a gente busca, o que é que eu procuro como projeto profissional. (PROFISSIONAL 05).

Eu acho que as mães que ficam no alojamento conjunto ficam um pouco negligenciadas e eu ouço isso com frequência, pelo menos da enfermagem. A parte da enfermagem tem pouca ajuda, com a amamentação, com os cuidados com o bebê, não sei. Eu acho que é uma cultura de um hospital universitário, em que a rotina de trabalho já está estabelecida de um jeito, sem muita supervisão. Eu acho que as técnicas de enfermagem, por exemplo, daqui, eu vejo como se precisassem de mais coordenação para conseguir seguir o protocolo de atendimento... uma assistência humanizada ou uma atenção integral. Eu acho que isso fica um pouco solto, então elas fazem quando simpatizam com a mãe, quando a mãe não é trabalhosa, quando a mãe não tem muita dificuldade, né? Na primeira dificuldade da enfermagem, já solicitam o banco de leite, já solicitam a fonoaudióloga. Eles não tentam essa aproximação, eles não tentam esse investimento no cuidado da mãe e do bebê [...]. Eu vejo uma dificuldade maior de técnico de enfermagem. (PROFISSIONAL 04).

Mas ao lado de relatos sobre atendimentos insatisfatórios, houve depoimentos de puérperas a respeito de experiências positivas, nos quais elogiaram os profissionais que as atenderam, reconhecendo que existem formas diferentes de tratamento dos até aqui registrados.

Tem plantão que tem uns profissionais que são excelentes. [...] Então eu acho que tem funcionários de plantões que são mesmo pessoas que têm o dom da enfermagem, da medicina [...]. (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

Eu até postei no meu face nota 10 pros profissionais do Hospital das Clínicas. Estou encantada mesmo. (CITRINO, 31 anos).

Eu digo a mesma coisa que a Citrino. Eu não tenho o que falar, entendeu? Muito carinhosos, atenciosos com a gente... não tenho o que falar não. Pra mim foi nota 10 também. (ÁGATA, 33 anos).

Lápis-Lazúli, Citrino e Ágata, em seus depoimentos, falam do carinho com que foram tratadas e da confiança que têm no hospital de referência.

No caso das pacientes insatisfeitas, uma das questões que incomodavam era a falta de retorno, interpretada como falta de cuidado, desleixo profissional, o que as deixava inseguras.

Às vezes, os médicos... eles passam de manhã, você pede explicação, só que eles vão fazer visita a todos os quartos e eles esquecem de voltar pra falar com você; aí você tem que ir atrás deles pra você obter alguma resposta concreta do que eles falaram. (DIAMANTE, 25 anos).

Também Davim e Torres (2008), em seu estudo, mostraram que a rapidez no atendimento é interpretada pelas mulheres como um cuidado com ela e com seu filho, o que torna o ambiente um local seguro para ambos.

Ontem, me deu uma dor de cabeça muito grande, muito aqui assim na frente. Quando fui falar com ela, ela estava comendo um negócio e olhando uns papéis em cima da mesa. Isso era umas 8 e pouco da noite, um pouco antes das 8h, eu acho. Ela [disse]: “Aguarda um momentinho que eu vou lá levar”. Já ia dar 10 horas e ela não tinha trago meu remédio. (DIAMANTE, 25 anos).

Eu pedi pra trocar o meu [lençol] e até agora ninguém foi lá. Então eu não fui prontamente atendida. Me deram os lençóis pra eu trocar. Eu sei que sou técnica de enfermagem, mas não estou nas minhas obrigações”. (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

[...] nossa! os médicos atenderam, mas demora demais! Mulher, eu tava ali, levantei, sentei e deitei e espernei e demorou demais. (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

Outra questão ressaltada no depoimento de Diamante refere-se ao tipo de linguagem usado pelos profissionais:

[...] porque eles falam coisas que a gente não entende, porque metade do que os médicos falam a gente não entende nem dois por cento, porque eles falam em outras línguas, mas aí a gente tem que ir atrás pra saber [...]. (DIAMANTE, 25 anos).

Kotaka, Pacheco e Higaki (1997), em sua produção, destacam a importância da capacitação dos profissionais que buscam qualificar as suas atitudes, com vistas à utilização da linguagem adequada, para que ocorra um diálogo inteligível entre aquele que dá a atenção e aquele que a recebe.

Dentre os variados elementos presentes na discussão realizada nos grupos focais, destacou-se a experiência no pré-parto, relatada por um dos sujeitos de pesquisa:

Sábado eles vieram, me pegaram, eu fui pro centro cirúrgico às 9 horas. Quando iniciaram o procedimento, era meio-dia. Eu saí daqui andando, fui pra lá, cheguei lá, deitei na maca, me ligaram todinha, pegaram veia, fizeram tudo. Na hora que ia iniciar o procedimento da anestesia, eles perguntaram pelos exames, pelo relatório. Então, vão atrás de relatório. Aí, vem, desce pra cá [AC], pega relatório do paciente. Nisso, vai esperando, vai esperando... e você fica numa posição super, hiperdesconfortável, numa largura onde só cabe você [...]. (GRANADA, 30 anos).

A própria puérpera sugeriu uma forma mais humanizada de atendimento para o seu caso:

Eu acho assim, mesmo que seja uma equipe só pra atender todo mundo, mas que chega e fala: “Olha, mãezinha, paciência, que surgiu uma paciente pior do que você; já está entrando em trabalho de parto; é só a gente que está hoje atendendo no plantão. Nós vamos deixar você aqui. Você está bem? Está confortável assim? Qual a melhor posição pra você? Sentar? Então, vamos sentar. Eu vou desligar tudo, desligar você, e vamos te sentar”. (GRANADA, 30 anos).

Os profissionais de saúde também falaram sobre o atendimento no alojamento conjunto. Segundo eles, muitas vezes a paciente não se dispõe a ajudar a melhorar a qualidade desse atendimento:

Tem pessoas que são pacientes, ajudam e tudo; outras pessoas não são tão pacientes, não ajudam tanto, poderiam fazer mais e não fazem. (PROFISSIONAL 01).

Para Davim e Torres (2008), o fato de existir no ambiente hospitalar profissionais de várias categorias assistindo um mesmo binômio contribui para que o acolhimento seja feito com qualidade, pois há uma quantidade maior de pessoas a quem a puérpera, no caso específico do alojamento conjunto, possa dirigir-se para expor suas dúvidas e necessidades. No entanto, no caso das puérperas deste estudo, foi possível perceber ansiedade em relação ao número de profissionais que circulavam no alojamento conjunto, já que, para elas, não foi explicitada a tarefa de cada um na equipe multidisciplinar, nem o que cada um tinha a ver com a sua condição de puérpera:

Eu sinto um pouco de insegurança pela quantidade que entra no seu quarto. Você fica sem saber quem é o seu médico [...]. Eu estava na sala comentando com a menina [e ela me disse]: “Ah! você tem que conversar com seu médico”. Aí eu abri a boca: “Mas, pera aí, a gente não sabe qual o médico que está atendendo a gente!” [Ela me disse] “Ah! é aquele que entra aqui”. [Eu disse para ela] “Mas aquele que entra aqui tem um monte. Então, quem é?” Então a gente fica assim, sem saber a quem recorrer. (ÂMBAR, 16 anos).

Elas também falaram sobre suas inseguranças em relação às diferentes prescrições e diagnósticos dados pelos profissionais que as atendiam:

Exatamente. Tá vendo, parece igual à questão de diagnóstico: o médico fala uma coisa e outros falam outra. Então a gente não sabe a quem perguntar, quem vai decidir. Que nem a menina que está lá no quarto, ela estava tomando antibiótico sem necessidade até chegar o doutor e perguntar por que ela tava tomando antibiótico. [...] Um médico disse que ela estava com diabetes. Só que chegou lá outro médico e falou que era só suspeita, então ela não deveria estar tomando [remédio]. Então a gente não sabe a quem escutar. São vários médicos que entram, e cada um fala o que quer, e a gente fica com pé e mãos atados. Então aí é complicado [...] Pra mim gera [insegurança], porque, se acontece algum problema com você, você não sabe quem foi, porque tem uma quantidade em cima de você, aquele monte de gente passando, aquele monte de remédio. Aí, se chegar a acontecer algum problema com você, você vai apontar o dedo pra quem? (ÁGUA MARINHA, 34 anos).

Algumas puérperas expressaram a sua frustração diante do fato de o parto não ter sido realizado pelo profissional que as acompanhou durante o pré-natal:

Eu pensei que eu fosse ganhar [neném] com a médica que estava fazendo o meu pré-natal. Eu terminei meu pré-natal aqui [hospital de referência] mesmo, mas eu comecei em São Paulo. Mas eu pensei que eu fosse ganhar com a médica mesmo que tava me acompanhando no pré-natal, mas chegou ontem de manhã, eu me consultei com ela e, ontem à tarde, eu precisei voltar porque eu tava com muita dor e vomitando sem parar, e aqui ninguém me atendia. (AMETISTA, 20 anos).

Pra mim, eu sempre tenho aqui na cabeça que o profissional que está fazendo o meu pré-natal seria o que estaria nesse momento. (ÂMBAR, 16 anos).

Perguntamos, então: *Diante do fato de não ter sido a médica que as acompanhou, o que vocês sentiram?*

Insegurança... tanto que na hora que ela falou que eu ia ter que ficar internada eu já entrei em choque, eu comecei a chorar, não sabia o que fazer. Começou me bater um medo, né? Meu primeiro filho... (AMETISTA, 20 anos).

Martins (1997, p. 4) expõe que “A relação profissional-paciente contém elementos ao mesmo tempo racionais e irracionais, realísticos e irrealísticos, maduros e infantis, conscientes e inconscientes”. O autor acredita que sentimentos (positivos e negativos) de vivências passadas ficam latentes, podendo vir à tona dependendo da situação e do contexto. Dessa forma, se os pacientes têm experiências anteriores positivas em relação ao atendimento que lhes foi dispensado, eles tenderão a estar mais disponíveis ao tratamento, tornando-se mais acessíveis aos profissionais que os acompanham.

Um aspecto que pode contribuir para aumentar a resposta do paciente ao tratamento é o fato de conhecer anteriormente o médico. É comum o paciente atribuir ao profissional que lhe presta atendimento um alto poder de resolutividade, até mesmo como um mecanismo para se sentir seguro em uma situação de perigo. No entanto, quando esse paciente se depara com um

profissional desconhecido, sobretudo em um momento difícil, com o qual ainda não tem uma relação de confiança e segurança, pode ocorrer uma descompensação emocional perfeitamente entendível, como ocorreu com as mulheres acima.

Um fator considerado como fonte de estresse para as puérperas foi o fato de o hospital de referência não respeitar o direito que tinham a acompanhante durante todo o tempo de internação. A amamentação é uma prática que demanda tempo, tranquilidade, disposição e desejo por parte da mulher, além de orientação e cuidado por parte do profissional. Diante das dificuldades enfrentadas para terem suas demandas assistenciais atendidas, manter o foco no momento da amamentação se tornou uma questão complexa, principalmente quando não havia pessoas da intimidade da puérpera, com a qual mantivesse laços afetivos, acompanhando-a durante a permanência no alojamento conjunto.

Falaram que não podia ficar ninguém ali comigo. Nem mulher ficava. Se fosse assim eu tinha chamado outra pessoa. Eles não me informaram nada, simplesmente me internaram, me deixaram eu no quarto com outra paciente. Só ia lá e olhava da porta. Aí vinha médico, começava a futucar... a gente morrendo de dor, e nisso só ficava desconfortável pra mim. (BRILHANTE, 23 anos).

O Ministério da Saúde, seguindo a orientação da OMS, ao estabelecer um protocolo de assistência, incluiu a necessidade da parturiente em ter um acompanhante de sua escolha, porque reconhece que isso é importante no parto e no pós-parto. A presença de um ente querido pode proporcionar à mulher apoio e confiança durante a sua permanência no ambiente hospitalar. (BRASIL, 2000; NAKANO et al., 2007; SILVA et al. 2011)

Por fim, Silva et al (2011) fazem referência aos trabalhos de Lieberman (1992) e Florentino (2003), que discutiram sobre a necessidade da ajuda de um acompanhante em tempo integral à parturiente por trazer benefícios como: redução do tempo de trabalho de parto e das taxas de cesarianas, incentivo ao aleitamento materno e permitir que esta mulher desenvolva uma visão positiva frente a esses processos.

4.4 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DAS MULHERES SOBRE A AMAMENTAÇÃO

Este item trata da categoria *Representações sociais da amamentação pelas puérperas e pelos profissionais de saúde* que lhes prestam assistência.

A categoria teórica representações sociais já foi abordada no Capítulo 2 deste trabalho. A esse respeito, relembramos aqui Oliveira e Werba (1998, p. 104), que conceituam as representações sociais como “[...] um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais”, bem como Marques, Cotta e Araújo (2009), para quem as representações sociais podem ser consideradas o pensamento do cotidiano, uma forma pela qual os sujeitos podem interpretar sua realidade individual ou coletiva.

Nesse sentido, é inerente às representações sociais sobre amamentação a função de cuidar: amamentar é dar o melhor para o bebê. Imbuída da função materna, segundo Faria, Magalhães e Zerbetto (2010), nos primeiros dias após o parto, a puérpera está tão voltada às manifestações e necessidades de seu filho que chega a esquecer as suas. Esse cuidado materno inicial tem importância na relação entre os dois, porque é o período em que ela, mãe, se percebe como capaz de atender as demandas do bebê. Assim, de acordo com os autores, essa mulher vivencia sensações de tranquilidade, satisfação e segurança pessoal.

Catafesta et al (2009) comentam que cabe ao profissional compreender e apoiar essa mulher nesse período de transição em que está aprendendo a conviver com o novo ser, vivenciando, a todo momento, experiências que precisam ser por ela aprendidas, à medida que se vai apossando do seu papel de mãe.

Entre todas essas adaptações, insere-se o aleitamento materno: uma prática cheia de sentimentos, fantasias e interações. Sobre esse momento, Catafesta et al (2009, p. 610) dizem:

Amamentar não é um ato biológico natural e espontâneo que toda mulher passa após o parto; exige a ativação de diferentes recursos internos e externos para que supere a fase inicial de dificuldades e estabeleça o aleitamento de forma eficaz. Portanto, é um processo complexo que demanda aprendizado contínuo e compreensão da família e da equipe de saúde que cuida dessa mulher.

Badinter (1985), que problematiza a ideia de maternidade na sociedade moderna, afirma que a sociedade vê o amor da mãe pelos seus como instintivo. Por isso, a sua função cuidadora é própria da natureza humana feminina. Dessa forma, a maternidade e o ato de amamentação, ao mesmo tempo em que a remetem à sua condição animal (mamífero), elevam-na ao patamar do sagrado, do puro. Acreditando nisso, as mulheres tendem a não problematizar as questões que circundam o ato de amamentar, posicionando-se, como nos dizem Ramos et al (2012, p.

2), “[...] socioculturalmente em conformidade com a concepção da sociedade sobre o processo da amamentação”. Corroborando Zagonel e Venturini (2009), Ramos et al acreditam que a “Amamentação não está somente relacionada ao ato biológico, sendo também uma prática social, pois engloba questões como o trabalho dentro e fora do lar, todos os cuidados que devem ser feitos para a criança sobreviver, entre outros [...]”, levando, em muitos casos, a uma sobrecarga das mulheres, que têm que dar conta de exercer diferentes papéis ao mesmo tempo.

Durante a realização dos grupos focais, os discursos dos sujeitos de pesquisa afirmavam a sua unanimidade em torno da ideia de que a amamentação é uma prática bastante positiva, tanto para a mãe quanto para o bebê, vista como contribuinte ao fortalecimento dos vínculos afetivos entre eles, o que também apareceu nas falas dos profissionais de saúde:

Pra mim, amamentar é um ato de aproximação entre mãe e filho... é porque a gente... normalmente eles falam que a mãe se apega ao filho depois de amamentar, né? Então, isso eu concordo, porque cada dia para mim é como se eu tivesse mais força e, pra mim, a dificuldade foi maior com ele porque não saía nada. Tive que ir ao banco de leite pedir orientação. Só que me orientaram direito, fiz tudo certinho e, graças a Deus, hoje eu já estou doando em vez de estar pedindo. Então está tudo certinho! (ÂMBAR, 16 anos).

Acho que amamentar é o contato mais próximo com a mãe, né? Amamentar é um contato íntimo da mãe com o bebê, que não serve só pra alimentar. Acho que vale muito mais essa intimidade e essa aproximação do que só leite. Não que o leite não seja importante, mas acho que é um momento que o vínculo pode se estreitar, em que essas relações... elas entram em evidência. (PROFISSIONAL 03).

Âmbar falou que a sua alegria de amamentar foi precedida pela angústia de não ter leite imediatamente após o parto. Muitas mulheres enfrentam esse tipo de sentimento por falta de informações adequadas sobre a amamentação e sobre o processo fisiológico que ocorre em seu corpo. Tais informações devem ser sempre oferecidas de uma forma clara e de fácil compreensão.

A lactogênese é o início da secreção láctea, ou seja, a descida do leite. Para que esse processo ocorra, as células glandulares precisam ser estimuladas por hormônios. O principal deles é a prolactina. Sobre o processo fisiológico, a literatura traz que a fase de secreção do leite propriamente se inicia no terceiro ou quarto dia pós-parto, o que pode gerar ansiedade em mães sem essa orientação inicial, como já foi dito acima. (ISSLER, 1983)

Nesse período, algumas alterações são observadas nas mamas, como aumento no volume e na temperatura, sensibilidade, sensações de formigamento ou dor. Com o passar dos dias, a quantidade de leite vai aumentando. O principal estímulo para que esse reflexo de ejeção ocorra é a sucção do bebê, e isso ocorre pelo fato de o mamilo ser rico em terminações nervosas que, uma vez estimuladas, agem sobre a hipófise posterior responsável pela liberação do hormônio chamado ocitocina – que provoca a ejeção láctea ou a descida do leite. (GIUGLIANE, 2004)

Uma informação de extrema importância sobre esse processo é que o reflexo de ejeção está também relacionado a estímulos táteis, olfatórios, visuais, auditivos, à proximidade com o bebê e ao estado emocional da mulher. Isso também significa dizer que o estresse, a dor, o cansaço e a ansiedade podem inibir a descida do leite.

Nas falas a seguir, tanto as mulheres quanto os profissionais que vivenciaram esse processo reforçaram a dimensão prazerosa de amamentar, uma vivência particularmente feminina que deve ser valorizada seja por quem presta assistência ao binômio mãe-bebê seja pelo serviço de saúde, que deveria dar todo o suporte necessário para o estabelecimento do processo.

É tão bonitinho você ver a boquinha mexendo! (JASPE, 18 anos).

Tem restaurante pro ano todo. É isso mesmo, leite pro ano todo. Coisa boa, gostosa, eu olhando a carinha dele mamando e ele olhando pra você e mamando. Fico feliz! A gente tem que deixar ele mamar até [quando] ele quiser, acabou. Se ele quiser mais, não tem nada que interromper, né? é muito bom. Nossa! Produz de um lado, produz do outro, põe de um lado, põe do outro lado, aí pensa que não, está empedrando já. É muito bom, é bom! (LÁPIS-LAZÚLI, 34 anos).

Ah! eu acho que significa uma forma de relacionamento que não tem igual... Não existe nada igual... de uma intimidade, de uma parceria, sei lá. É uma coisa muito bacana. O sentimento que envolve a amamentação não tem descrição, não tem palavra que possa dar conta daquilo ali. É muito bom, é muito bom. Ver o bebê olhar pra você, brincar com o seu rosto, ver nele aquele prazer de estar ali no seu colo, de estar sentindo o seu cheiro, estar matando sua fome, estar tudo junto ali, nossa! É bom demais e a gente vê o prazer deles também. (PROFISSIONAL 07).

Em um estudo, Catafesta et al (2009, p. 615) observaram que as mães descrevem o ato de amamentar como um “[...] dom divino, momento de realização, alegria, além dos benefícios ao filho” e conseguem expressar com facilidade seus sentimentos sobre esse aspecto.

Na visão desses autores, os períodos de parto e puerpério são vivenciados com mais tranquilidade, segurança e prazer se a mulher estiver bem orientada, sobretudo desde o pré-

natal, pois “a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas” (CATAFESTA et al., 2009, p. 610). Isso fica explicitado na fala abaixo, quando a mãe relata a associação entre amamentação e dor:

Já estou tentando porque meu peito acabou não dando bico. Estou indo no banco de leite, estão me orientando e agora ele está mamando direitinho. É bem prazeroso isso! Todo mundo fala que dói, que dói, que a pior parte do fato de ser mãe é a amamentação, porque é uma dor insuportável, mas eu não estou sentindo nada de insuportável, pelo menos por enquanto. (AMETISTA, 20 anos).

Amestista falou sobre as dores que mães sentem ao amamentar os seus filhos. Outras mulheres participantes também abordaram aspectos ligados à dor, inclusive inserindo-a como inerente à função materna, em especial se dela resulta algum tipo de benefício para o seu filho:

É bom pra eles, né? Tipo, assim, igual o médico vem e conversa com a gente. É bom pra eles, bom pra nós, mas a gente sabe que é fundamental, que é importante... mas a gente também vem a convenhar [sic] que dói muito! Mulher veio ao mundo pra sofrer, acabou! Não tem jeito não. (CITRINO, 31 anos).

É aquilo, acho que foi você que disse [apontando para Topázio, 31 anos]; a gente é tudo pra eles, então a gente conseguir dar a vida e ainda está saindo da gente o alimento pra eles é uma sensação gostosa, mesmo que eles puxam com aquela força toda, que dói, que a gente dá vontade de jogar longe e sair correndo, mas é uma sensação gostosa porque depende da gente também. Quando eles colaboram também, é mais gostoso, né? Eu gosto! Desta sensação eu estou gostando. (ÔNIX, 25 anos).

O fato de essas mulheres relatarem dor no momento da amamentação pode estar relacionado a uma técnica incorreta de amamentação. Normalmente o que ocorre é uma pega incorreta pelo bebê, que inicialmente causa dor; posteriormente, uma fissura, que causa ainda mais dor e desconforto, podendo, dependendo da gravidade do problema, acarretar no desmame precoce devido à falta de condições físicas para amamentar. (CATAFESTA, 2009)

Giugliani (2004) traz que os traumas mamilares, ou fissuras, são extremamente dolorosos e desconfortáveis, por isso acabam por comprometer a continuidade do aleitamento materno. São esses traumas a principal queixa relacionada às dificuldades vivenciadas no processo de amamentação.

Em estudo realizado por Montrone et al (2006) com o objetivo de identificar a ocorrência de trauma mamilar, observou-se que 47,6% das mulheres que amamentavam tiveram algum tipo de trauma, em especial durante a primeira quinzena pós-parto. Esses autores acrescentam ainda que, “[...] na percepção das mulheres, a prática de amamentar com trauma mamilar foi

uma experiência dolorosa, marcada por conflitos de sentimentos” (MONTRONE et al., 2006, p. 2). No entanto, elas tendem a enfrentar a dor.

Observa-se que a naturalização da amamentação leva a que coabitem em harmonia, na experiência materna, sensações de dor e de prazer. No depoimento a seguir, diferentemente de Citrino e Ônix, Esmeralda falou do prazer que sente quando amamenta.

Nada! Eu sinto vontade de ir embora [risos]. Não dói nem nada. Eu só acho legal, assim, saber que a gente botou uns negocinhos tão pequenininhos no mundo e saber que o que está vindo da gente está dando mais energia pra ele crescer mais; vê engordando cada dia que passa. Mas, assim, negócio de dor, eu não estou sentindo dor nenhuma não. Graças a Deus! (ESMERALDA, 30 anos).

Como na fala acima, tanto os profissionais como as puérperas, em todos os grupos focais, demonstraram conhecer a importância do leite materno para o crescimento e desenvolvimento do bebê, o que já é cientificamente comprovado, conforme abordado extensamente na introdução deste trabalho.

Eu acho a amamentação um momento muito importante. Tanto pelos benefícios que ela faz ao bebê, de nutrientes, vitaminas, uma proteção natural, uma vacina natural, o colostro, né? quanto uma aproximação. É importante também por causa da aproximação do vínculo mãe e filho. (PROFISSIONAL 01).

O desenvolvimento, o crescimento, o leite, pelo menos, é o único alimento que ele vai ter até agora os seis meses. Então é o mais importante pro crescimento dele e pro desenvolvimento de tudo. (JASPE, 18 anos).

Porque o leite materno tem muitos nutrientes que os outros leites não têm. Isso acaba dando uma imunidade maior à criança, ao meu bebê, no caso. Estou me esforçando direitinho para poder amamentar bastante. (AMETISTA, 20 anos).

Catafesta et al (2009), assim como registrado acima, observaram, no estudo que desenvolveram, que as mulheres também reconhecem a importância da amamentação como saúde para seus filhos, e, embora cada momento de amamentação seja vivido de uma forma diferenciada, lembram e valorizam experiências anteriores de amamentação considerando, inclusive, o uso da mamadeira como elemento prejudicial a esse ato. Esses aspectos apareceram nas falas das puérperas pesquisadas e também na dos profissionais entrevistados.

Porque a criança fica mais imune às doenças. Esse tipo de coisa que vem vindo por aí: bactéria em cima de bactéria... Eu tomei exemplo disso porque meu filho mamou até um ano e oito meses, e é difícil ele ficar doente; e minha filha, que mamou até o terceiro mês, ela direto para no hospital, fica internada, erisipela, infecção, é isso, é aquilo. Então, tiro por essa base aí. Pra mim, eu acho importante. Se eu pudesse amamentaria até eles mesmos largarem. (ÁGUA MARINHA, 34 anos).

Eu também, a mesma coisa! É bem importante, porque esse negócio de ficar dando mamadeira, chupeta... esses negócios não é bom. Até a doutora falou comigo

porque senão depois acaba confundindo o peito com o bico da chupeta ou mamadeira e acaba não pegando direito. E depois, pra tirar, também é difícil, né? Então, o máximo possível pra não ter que usar, só no último caso mesmo. Agora ele vai ficar só no peito. (GRANADA, 30 anos).

Eu acho que as vivências que ela teve de maternidade ao longo da vida, né? ela, enquanto filha, a relação dela com a mãe, se foi amamentada ou não foi, o que a família fala da amamentação, que referências que ela traz, né? Porque se, por exemplo, uma avó chega e diz que ela não mamou, que ninguém na família mama, eu acho que isso influencia negativamente [...]. A idade dos outros filhos, se amamentou os outros filhos, tudo isso influencia na decisão de amamentar e na disponibilidade de amamentar. (PROFISSIONAL 04).

Montrone et al (2006) trazem que já estão mais que fundamentados na literatura todos os benefícios da prática de amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade em geral. No entanto, apesar de todas essas informações e dos índices de aleitamento materno estarem aumentando nas últimas décadas, o País ainda apresenta altas taxas de desmame precoce. O recomendado atualmente pela OMS e pelo Ministério da Saúde é a amamentação exclusiva até os seis meses, que consiste na oferta apenas do leite materno e, após essa idade, a introdução de alimentação complementar, continuando o aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais.

Preocupados em estimular a amamentação, muitos países, em especial os escandinavos, garantem um período de licença maternidade mais longo, permitindo que as mulheres tenham mais tempo e mais tranquilidade para aleitar os seus filhos. No Brasil, apesar de a servidora pública ter garantidos os seis meses de licença maternidade, as mulheres que trabalham em empresas privadas só têm direito a quatro meses, o que as leva muitas vezes a ter que interromper a amamentação para manterem o emprego e a renda.

Diante da confirmação da importância da amamentação, observou-se certa preocupação por parte dos profissionais porque muitas vezes se deparavam com situações em que mães não podiam amamentar no ambiente hospitalar:

Então me preocupa... assim... me preocupa porque a gente tem um ambiente de abuso de complementação, até pela nossa clientela, que é uma clientela que tem muito prematuro, prematuro tardio, que fica no alojamento e que não mama, não mama tão bem quanto um neném de quarenta semanas. Aí eu fico pensando assim: a natureza não fez um mamífero pra mamar o leite de outra espécie logo em seguida ao nascimento, e eu não sei o que isso significa em termos biológicos, mas é um verdadeiro experimento sem controle. É, porque a natureza não fez isso. Então, será que tipo de efeito isso pode ter a médio, longo prazo? Não sei, não estou dizendo que tem, né? mas eu estou dizendo que eu preferiria que não fosse outro leite a não ser o da mãe. (PROFISSIONAL 07).

Para as integrantes dos grupos focais, não houve argumentos que justificassem a escolha pessoal de não amamentar, principalmente por questões de estética:

Eu diria, dependendo da situação, o que eu posso falar? Não vou amamentar porque vou ficar com os seios flácidos? [...] É melhor o seio flácido do que o filho doente, né? Então eu diria que é muito importante através de imunizar, lógico, de várias doenças. [...] Com certeza, acho que se isso [não amamentar] é uma questão de estética, [eu] não ligo muito não. Meu peito pode cair no chão; meu filho estando de pé é o importante. (ÁGUA MARINHA, 34 anos).

As puéperas cumpriram o papel de reforçar para as colegas de quarto a prática da amamentação, revelando certa vigilância social sobre si mesmas e sobre as outras mulheres na decisão de amamentar ou não:

Que é bom, né? evita doenças. Lá no quarto tem uma que não dá mamá. Diz ela que não tem leite, e o peito está cheio, e ela fala que não tem leite. Eu falei pra ela: “Você tem que dá mamá, sim; previne doenças, as gripes, né? as coisas...” e ela está lá agora colocando o peito na boca dele. Vamos ver né? (TURMALINA, 18 anos).

Eu não posso falar não, porque é lei. No meu pensar, é. Se eu pudesse também fazer assim, todas as crianças têm que pegar no peito. Se dependesse de mim, vai mamar, porque eu sei que ali está a melhor vacina, está o melhor remédio, está tudo, as primeiras vitaminas, proteínas que o bebê merece. E o que tem que receber está aí na amamentação. Assim, eu acho que é um caso de investir mesmo. Que nem vocês ficam. “Ah! nossa! vou pro banco”. “Tá duro, desistir não!” Que nem você falou: “Nan? Gastar dinheiro com Nan?” Eu fiquei pensando nisso... (GRANADA, 30 anos).

Eu creio que não é por tradição. Lá em casa ninguém segue tradição não, mas pelo fato de eu saber que faz bem, não só para o bebê quanto para mim também, entendeu? Porque eu não vou precisar ficar aí no hospital direto, ver ele passando mal; então eu acho que é por opção própria mesmo. Amamentar certinho pra ficar bem alimentado. (ÁGUA MARINHA, 34 anos).

Os profissionais de saúde, mesmo acreditando na importância da amamentação, entendem que amamentar deve ser uma escolha da mulher:

Acho que é um ciclo, assim, parte de um ciclo da vida. Importante, mas eu entendo como uma escolha, acho que é isso. (PROFISSIONAL 06).

A escolha é dela em amamentar, que ela tem essa voz de dizer: “Eu quero”. “Eu não quero”. “Eu quero até tal ponto, agora chega, eu não vou insistir mais, eu vou pra uma outra alternativa”. (PROFISSIONAL 02).

Eu acho que a história de vida dela... eu acho que a relação que ela tem com o corpo dela, com esse desejo da amamentação ou não, isso é um imaginário que a sociedade cria também, essa cena de colocar o bebê no peito lá, bonitão, sem dor nenhuma. Eu acho que vai depender disso, de como é que ela vê essa questão: desejo de amamentar por muito tempo, de não amamentar muito tempo, ela vem com isso, né? Eu penso que ela vem com isso; “Ah, eu quero amamentar até seis meses”. Mas, e se não der, e aí? E que tem outras que falam: “Não quero amamentar”. Então eu acho que ela amamentar ou não está um pouco atrelado a

isso, essa questão de história, de desejo, de relação com o corpo, do que ela traz e como ela pensa pra ela. (PROFISSIONAL 05).

Diante do discurso das puérperas e dos profissionais de saúde, observa-se que o ato de amamentar é carregado de significados que reafirmam o lugar feminino do cuidado na sociedade moderna. Longe de ser um ato puramente biológico, apresenta-se muito mais como uma determinação sociocultural do que como uma escolha.

Apesar das mudanças experimentadas pelas mulheres, em especial a partir da década de 1970, quando adentraram mais intensamente no mundo do trabalho, no Brasil, fato que afetou a sua dinâmica sociofamiliar, a sociedade, de modo geral, e as mulheres, em particular, tendem a ver que elas não podem prescindir do papel sagrado de cuidar da família e dos filhos e, entre as tarefas que compõem a função de cuidar, está a amamentação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos permitiu conhecer vários fatores envolvidos na vivência das puérperas internadas no alojamento conjunto do hospital pesquisado que interferem no processo de amamentação, traçando um quadro considerado como desafiador sobre a realidade vivenciada cotidianamente por estas mulheres e pelos profissionais de saúde que ali trabalham, remetendo à necessidade de avaliações e considerações que objetivem garantir um cuidado mais qualificado e humano à puérpera, ao bebê e à sua família.

Ao mesmo tempo, aponta para a necessidade de se pensar as condições de trabalho e formação dos profissionais que atuam junto às puérperas. Foi possível observar que a falta de estrutura, as condições de trabalho precárias e a falta de capacitação profissional afeta substancialmente o atendimento dado às puérperas que amamentam no alojamento conjunto do hospital de referência.

A amamentação deve ser considerada um dos acontecimentos mais importantes nos primeiros meses de vida de uma criança por todos os benefícios já citados anteriormente, físicos ou emocionais. Também devem ser considerados seus benefícios em longo prazo, pois é uma estratégia fundamental na redução da mortalidade infantil e melhor qualidade de vida da família e da população em geral.

Amamentar é um fenômeno complexo, devendo ser considerado para além da questão puramente alimentar. Neste fenômeno, questões históricas, sociais e emocionais estão intimamente ligadas e interferem na continuidade ou não da amamentação, que deverá ser não uma imposição, mas uma decisão tomada pela mulher. Esta decisão estará relacionada com os valores e significados que foram sendo construídos ao longo da história, de forma geral, e nas vivências particulares de cada mulher.

A vivência pode ser definida como o “símbolo verdadeiro da experiência” e com base em todas as questões discutidas ao longo deste trabalho sobre a vivência do processo de amamentação, mais especificamente no ambiente hospitalar, já podemos afirmar que será de extrema importância o apoio recebido pela mulher nesse período, além de estar devidamente

orientada pela equipe de saúde sobre sua condição e sobre seu bebê, pois isso a deixará mais segura, facilitando o processo de amamentação e a vinculação com seu filho.

Dentro dessa perspectiva de orientação e acolhimento está inserida a Política Nacional de Humanização e para que esta possa ser efetiva na prática considera-se fundamental a capacitação dos profissionais envolvidos principalmente na assistência, com técnicas educativas e conhecimentos específicos para a abordagem da díade mãe-bebê assim como com seus familiares.

É importante que o profissional esteja preparado para lidar com as características específicas vivenciadas no período puerperal pelas mulheres, que se encontram mais sensíveis e inseguras inclusive sobre sua capacidade de amamentar. Com sua confiança e autoestima abaladas, a mãe pode ficar propensa a oferecer a mamadeira, acarretando em um desmame precoce. Daí a importância da orientação e acompanhamento desde a primeira mamada, pois quanto antes for orientada menos dificuldade irá apresentar. Observou-se a existência de uma relação direta entre as orientações recebidas pelas mães e suas dificuldades iniciais. Inclusive quando nos referimos à amamentação, pois, como já exposto, o conhecimento que essas mulheres possuem sobre amamentação é um dos fatores que irá contribuir para a adoção dessa prática.

Ainda sobre a Política Nacional de Humanização, torna-se importante abordar o envolvimento por parte dos gestores dos serviços de saúde, pois estes também devem responsabilizar-se para que a implantação desta política ocorra de forma efetiva, fazendo valer os direitos dessas mulheres como cidadãs.

Nesta perspectiva, temos a importância da Portaria n.º 1.016, de 26 de agosto de 1993, que aprovou as Normas Básicas para a Implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. Esta pode ser considerada uma importante iniciativa no campo da humanização em saúde, pois, durante muito tempo, o que era observado nas rotinas hospitalares era a separação mãe-filho, sobretudo quando este permanecia internado.

Esta recomendação pelo Ministério da Saúde surgiu a partir da necessidade de incentivar o aleitamento materno sendo fundamental inclusive para o estabelecimento do vínculo mãe/filho, pois permite o contato em tempo integral entre eles em um momento crucial para

esta vinculação; redução do risco de infecção hospitalar, além de estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diferentes níveis.

Apesar de a aprovação dessa Portaria pelo Ministério da Saúde ter sido realizada no ano de 1993, com todas as Normas Básicas para a implantação bem delimitadas, neste estudo pudemos observar algumas dificuldades encontradas tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas mulheres que estão vivenciando uma internação hospitalar sob este sistema. Também, nesta Portaria, estão delimitados todos os recursos humanos, físicos e materiais essenciais à implantação e efetividade do serviço a ser prestado, no entanto, na prática, esses recursos ainda não se apresentam de forma totalmente adequada.

A partir da análise dos dados e considerando-se os objetivos propostos neste estudo, observou-se que as maiores dificuldades identificadas dizem respeito à infraestrutura. Em relação às condições físicas, notou-se a existência de um único sanitário, camas e colchões inadequados e precariedade na manutenção dos equipamentos e mobiliários que integram os quartos. Quanto às condições ambientais, observou-se higiene precária do banheiro, a presença de insetos, precariedade na climatização dos quartos e falta de privacidade para amamentar. As atuais condições físicas e ambientais do alojamento conjunto são fontes de sofrimento para as mulheres que, nitidamente, identificam que elas reduzem a sua disposição para amamentar.

Na dimensão dos recursos humanos, o alojamento conjunto apresentou número insuficiente e falta de entrosamento entre os profissionais que atuam na equipe multidisciplinar. Puérperas reclamam da falta de diálogo entre elas e os profissionais de saúde, o uso de uma linguagem inacessível para elas, bem como a atuação no anonimato, já que muitos deles não se apresentam para as suas pacientes.

Também as incomoda o fato de um grande número de pessoas circularem nos quartos, comprometendo o seu descanso e privacidade para amamentar.

Dessa maneira, verificou-se que o funcionamento do sistema de alojamento conjunto no campo estudado não está adequado às Políticas Públicas de Saúde existentes, voltadas para a assistência da mãe e do bebê e que diversos fatores envolvidos na vivência dessas puérperas interferem na qualidade do seu atendimento pelos profissionais de saúde e no processo de

amamentação. Ou seja, podemos observar, a partir da análise dos dados, que os recursos humanos, físicos e materiais recomendados pela Portaria do Ministério da Saúde em relação ao Alojamento Conjunto não estão adequados. No mais, que há tanto elementos no campo da gestão que podem ser melhorados, quanto fatores extrínsecos. Em relação a estes últimos, destaca-se a falta de investimentos na saúde pública brasileira, produzindo o sucateamento da estrutura de serviços de saúde importantes, como é caso do hospital pesquisado.

A partir de todas essas explicações, torna-se importante frisar que o resultado de uma pesquisa sempre será provisório tornando-se necessário a realização de novos estudos sobre a temática abordada para que, aprofundando o tema, possamos ter uma melhor percepção da realidade vivenciada pelas mulheres e pelos profissionais de saúde nos alojamentos conjuntos do país visando sempre alcançar avanços na qualidade de atendimento prestado a população usuária do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, A. C. F. V. **Aleitamento materno**: efeito de um programa educativo para o autocuidado com as mamas na incidência de ingurgitamento mamário e traumas mamilares. São Paulo, 1993. 110p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina.
- AFONSO, M. S. M. et al. A qualidade do ar em ambientes hospitalares climatizados e sua influência na ocorrência de infecções. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 181-188, 2004.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan./mar. 2011.
- ALEXANDRE, N. M. C. Aspectos ergonômicos e posturais e o trabalhador da área de saúde. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 28, n.2, p. 109-18, jul./dez. 2007.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.
- ALMEIDA, C. S. et al. A análise ergonômica do trabalho nas enfermarias de clínica médica de um Hospital Universitário. Anais ABERGO, Gramado, set. 2001.
- ALMEIDA, D. V.; PEREIRA, S. A. Humanização das práticas de saúde no cuidado e no trabalho de enfermagem. In: SOUZA, M. C. M. R. S.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 347-54, 2008.
- AMARAL, M. N. C. P. Dilthey – conceito de vivência e os limites da compreensão nas ciências do espírito. **Revista Trans/Form/Ação**, Marília, v. 27, n. 2, p. 51-73, 2004.
- ARANTES, C. I. S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 195-202, 1995.
- ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-8, jul./ago. 2007.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- _____. **O conflito, a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETTA, J. P. F. O conceito de vivência em Freud e Husserl. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 47-78, mar. 2010.

BEDINELLI, T.; TAKAHASHI, F. Maternidade lotada faz grávida “caçar” vaga na hora do parto. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 de junho de 2012.

BERETTA, M. I. R. et al. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos-SP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 59-66, jul. 2000.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Revista por Frei João José Pedreira de Castro. São Paulo: Editora Ave Maria, 1991. Edição Claretiana.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Caderno Escola de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 01-9, jul./dez. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de lavanderia hospitalar**. Brasília, 1986.

_____. _____. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília, 1993a.

_____. _____. **Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos**. Brasília, DF: Anvisa, 2009.

_____. _____. **Sistema de informações hospitalares do SUS – SIH/SUS**. Brasília, 1993b.

_____. _____. **Normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho: Programa de Prevenção de riscos ambientais**. Brasília, 1994.

_____. _____. **Normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos**. Brasília, DF: 1997.

_____. _____. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS**. Brasília, DF: 1999.

_____. _____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. _____. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

_____. _____. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 8 de junho de 2000. Seção 1, p. 4.

_____. _____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília, 2005.

_____. _____. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília, 2006.

_____. _____. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

_____. _____. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, 2009.

_____. _____. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, 2010.

_____. _____. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília, 2011.

_____. _____. **Atenção à saúde do recém-nascido – guia para os profissionais de saúde.** Brasília, 2011.

BRITTO, I. A. G.; OLIVEIRA, J. A.; SOUZA, L. F. D. A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Goiania, v. 5, n. 2, p. 139-49, 2003.

CARDINALI, F. et al. O acompanhante no alojamento conjunto da maternidade. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 1-14, jan./abr. 2011.

CARRASCOZA, K. C.; JUNIOR, A. L. C.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 433-40, 2005.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. A.; COCETTI, M. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1401-1410, 2010.

CATAFESTA, F. et al. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 609-16, 2009.

CHACON, M. L. L. **Aleitamento materno:** representações sociais de professores de ciências, profissionais de saúde e mães. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2006.

CORREIA, M. J. Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 365-71, 1998.

COSTA, M. E. B. Grupo focal. In: DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** São Paulo: Atlas, 2005.

COTA, J. B. Vantagens do aleitamento materno para o desenvolvimento do sistema estomatognático. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Acolhimento: opinião de puérperas em sistema de alojamento conjunto em uma maternidade pública de Natal/RN. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 37-43, jul./set. 2008.

- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- FARIA, A. C.; MAGALHÃES, L.; ZERBETTO, S. R. Implementação do alojamento conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 669-77, out./dez. 2010.
- FERREIRA, A. B. H. Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Positivo, 2011.
- FLORENTINO, L. C. **A participação do acompanhante no processo de nascimento na perspectiva de humanização**. 2003. 163p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-5, set./dez. 2004.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado - 2010**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010-0>>. Acesso em: 4 ago. 2013.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- GAZETA, G. S. et al. Artrópodes capturados em ambiente hospitalar do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Patologia Tropical**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 254-64, 2007.
- GIUGLIANE, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 147-54, 2004.
- GRECCO, G. M. et al. Repercussões do ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.1-7, 2013.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.
- HOLANDA, A. B. Minidicionário da língua portuguesa: nova edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.
- ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 578-85, 2002.

ISSLER, H. Aleitamento materno: ansiedade vs. lactação. São Paulo: Revisões e Ensaios, 1983.

JACQUES, M. G. C. et al. **Psicologia social e contemporânea**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

JESUS, C. S.; SOUZA, R.; SANTOS, S. O papel do administrador na política da humanização hospitalar. **Revista Eletrônica da Faculdade Adventista da Bahia**, v. 2, n. 1, p. 80-89, 2011.

JESUS, W. L.; ASSIS, A.; ARAÚJO, M. M. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.

JURUENA, G. S.; MALFATTI, C. R. M. A história do aleitamento materno: dos povos primitivos até a atualidade. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. x, n. 129, 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd129/a-historia-do-aleitamento-materno.htm>>. Acesso em: 6 abr. 2012.

KOTAKA, F.; PACHECO, M. L; HIGAKI, Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-177, 1997.

LEON, C. G. R. M. P. et al. Vivência da amamentação por mães-adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 540-6, jul./set. 2009.

LIEBERMAN, A. B. Easing labor pain: the complete guide to a more comfortable and rewarding birth. Boston: Harvard Commom Press, 1992.

MAIA, C. C. A.; RODRIGUES, F. G.; MAIA, L. A. Pelos caminhos do SUS: avanços e perspectivas de uma política. In: SOUZA, M. C. M. R. S.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva**; teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MALUF, F. Relação profissional-paciente e bioética: uma discussão sempre atual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Local, v. 58, n. 1, p. 7, 2012.

MARQUES, C. S.; BRANCO, E. S. A importância da lavanderia no controle da infecção em um hospital de pequeno porte. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Minas Gerais, v. x, n. 7, p. 80-86, 2011.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-9, jul./ago. 2009.

MARQUES, M. C. S.; MELO, A. M. Amamentação no alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 261-71, abr./jun. 2008.

MARTINS, M. C. F. N. Relação profissional-paciente: subsídios para profissionais de saúde. **Revista Psychiatry Online Brasil**, v. 2, n. 3, p. 1-6, mar. 1997.

MERIGUI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-9, nov./dez. 2006.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 146-50, jan./mar. 2006.
- MONTEIRO, M. A. A.; PINHEIRO, A. K. B.; SOUZA, A. M. A. Vivência de puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. **Revista de Enfermagem**, v.11, n.2, p. 276-82, 2007.
- MONTRONE, A. V. G. et al. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. **Revista APS**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 168-74, jul./dez. 2006.
- MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
- MOREIRA, M. A.; LOPES, R. L. M. Amamentação: aspectos históricos das políticas públicas brasileiras. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, p. 1, ago. 2007.
- MOTTA, A. E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: _____. et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortex, 2007.
- MÜLLER, F. S.; SILVA, I. A. Representações sociais de um grupo de mulheres nutrizas sobre o apoio a amamentação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.17, n.5, p.1-9, 2009.
- NAKANO, M. A. S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- NAKANO, M. A. S. et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 131-7, 2007.
- OLIVEIRA, F.; WERBA, G. C. Representações sociais. In: JACQUES, M. C. **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p. 104-117.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Amamentação**. 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.
- OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 261-267, 2007.
- PASCHE, D. F. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Comunicação, Saúde, Educação**, Brasília, v. 13, supl.1, p. 701-708, 2009.
- PASQUAL, K. K.; BRACCIALLI, L. A. D.; VOLPONI, M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 334-9, abr./jun. 2010.

PEREIRA, W. R.; BELLATO, R. A relação entre a precarização do ambiente físico e o risco de infecção hospitalar: um olhar sob a perspectiva da ética, dos direitos e da cidadania. **Texto & Contexto Enfermagem**, Cuiabá, v. 13, n. especial, p. 17-24, 2004.

PILOTTO, D. T. S.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 604-607, jul./ago. 2009.

PRADO, M. A et al. Enterobactérias isoladas de baratas (*Periplaneta americana*) capturadas em um hospital brasileiro. **Rev. Panam. Salud Publica Pan Am.**, v. 11, n. 2, p. 93-98, 2002.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83, abr./jun.2007.

RAMOS et al. Aleitamento materno e sexualidade da mulher: um corpo sagrado. **Interfaces no Fazer Psicológico: direitos humanos, diversidade e diferenças**. Unifra, Santa Maria, RS, 2012.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 142-146, 2004.

REIS, K. S. et al. Programas de incentivo ao aleitamento materno. **Nutrir Gerais – Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 2, n. 3, ago./dez. 2008. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_6_rng_programas_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2012.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-112, 2010.

SANTOS, L. M. Vivências de puérperas sobre o contato com o recém-nascido e o aleitamento materno no pós-parto imediato. **Revista Pesq. Cuid. Fundam.** [online], v. 4, n. 3, p. 2.570-2.577, 2012.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009.

SCHUTT, R. K. **Investigating the social world: the process and practice of research**. 2nd ed. Boston: Pine Forge Press, 1999.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, P. H. C. Neoliberalismo e saúde pública: uma difícil equação. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v.7, n.2, p.140-157, 2007.

SILVA, R. F. O conceito de vivência em Wilhelm Dilthey: a fulgura da historicidade da existência. **Revista de Teoria da História**, ano 1, n. 1, p. 18-23, 2009.

SILVA, L. C. F. et al. O acompanhante no processo de nascimento: direito da mulher e dever da instituição. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano 19, n. 90, p. 166-71, jul. 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9949>. Acesso em: 10 ago. 2013.

SILVA, T. M. A qualidade no atendimento da recepção hospitalar percebida pelos clientes de saúde. In: CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, 7, 2012, Tocantins. **Anais Tocantins: CONNEPI**, 2012.

SOUZA, K. O. J.; PEGORARO, R. F. Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da psicologia analítica. **Altheia**, Canoas/RS, n. 29, p. 73-87, jan./jun. 2009.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Conferência Municipal e Estadual de Saúde, Salvador, jun. 2011.

VENÂNCIO, S. I.; MARTINS, M. C. F. N.; GIUGLIANI, E. R. J. Reflexões sobre a trajetória do aleitamento materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela humanização do parto e nascimento e com a política nacional de humanização. **Revista Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 129-141, 2010.

VERSIANE, C. C. et al. Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. **EFDeportes.com – Revista Digital**, Buenos Aires, ano 17, n. 170, 2012.

VIEIRA, E. de S.; BARROS, S. M. O.; ABRÃO, A. C. F. V. Sexualidade e amamentação: influências históricas e culturais. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, p. 198-200, 2000. Número Especial.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M.; VAZ, F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 340-345, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Roteiro para grupo focal com as puérperas

Parte I – Identificação dos Sujeitos

Nome: _____

Idade: _____ Local residencial: _____

Escolaridade:

- Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo

Exerce atividade remunerada? Sim Não

Qual? _____

Salário: _____

Renda familiar: _____

Histórico familiar

Outros filhos? Sim Não

Quantos? _____

Que tipos de parto? _____

Tempo de amamentação exclusiva: _____ Por quê? _____

Gravidez planejada: Sim NãoRealizou pré-natal: Sim NãoParto: Normal CesáreaVocê foi amamentada? Sim NãoNa família é comum as mulheres amamentarem? Sim Não

Por quê? _____

Seu parceiro contribui nas tarefas domésticas e nos cuidados com os filhos?

 Sim NãoSeu parceiro estimula a amamentação? Sim Não

Você tem algum tipo de apoio familiar? () Sim () Não

Justificativa:

Parte II – Temas de discussão

- Maternidade
- Amamentação (significados)
- Ambiente e condições físicas do alojamento conjunto
- Atendimento recebido pelos profissionais de saúde
- Demandas apresentadas na visão de puérpera
- Políticas públicas voltadas para as puérperas e para a amamentação

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista com os profissionais de saúde

Parte I – Identificação dos Sujeitos

Nome: _____

Categoria Profissional: _____ Jornada de Trabalho: _____

Trabalha em outro local? () Não () Sim Jornada: _____

Tem filhos? () Não () Sim Quantos? _____

Amamentou? () Não () Sim

Como foi para você essa experiência? _____

Parte II – Perguntas / Entrevista

1 - Na sua visão, o que significa a amamentação?

2 - Considera suas condições de trabalho adequadas?

3 - Como percebe a relação profissional / paciente no alojamento conjunto?

4 - Percebe alguma diferença na relação profissional / paciente entre as categorias profissionais?

5 - Na sua opinião, seu ambiente de trabalho contribui para ou compromete a assistência dada pelos profissionais de saúde às puérperas? Explique.

6 - Na sua opinião, o ambiente hospitalar estimula as puérperas a amamentar? Explique.

7 - Acha que as condições físicas e ambientais são adequadas para o processo de amamentação? Quais as dificuldades ou problemas observados?

8 - Que fatores acredita que determinam a decisão de uma mulher em amamentar? Acredita na interferência externa nessa decisão? Da família, dos profissionais, do companheiro?

8 - Acredita que fatores econômicos e religiosos e formação educacional podem interferir no processo de amamentação? Por quê?

9 - Percebe alguma diferença no processo de amamentação relacionado ao tipo de parto?

10 - Você conhece o programa de humanização do SUS elaborado pelo Ministério da Saúde? Se sim, o que acha dele?

11 - Para você, existe relação entre humanização do SUS e amamentação no ambiente hospitalar?

11 - O que você sugere para melhorar as condições de atendimento às puérperas no alojamento conjunto?

APÊNDICE C - Roteiro para observação

Data: _____ Horário Início: _____ Horário Fim: _____ Enfermaria:
_____.

Elementos relacionados ao ambiente físico (tamanho do quarto, tipos de cama, colchões, troca de lençóis, travesseiro, cobertas, espaço para movimentação das mães, tipo de cadeiras, iluminação, temperatura, localização do banheiro e acesso, quantidade chuveiros / vasos sanitários).

Aspectos da relação profissional de saúde e puérpera / bebê (Forma de abordagem do profissional, diálogo, surgimento e atendimento de demandas, tempo de resposta às demandas, como são as respostas às demandas, acesso aos profissionais e tipo de relação com cada categoria)

Aspectos da relação entre profissionais

Demandas apresentadas pelos profissionais de saúde

Demandas apresentadas pelas puérperas / bebê em processo de amamentação

Outros aspectos observados

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Grupos Focais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARCIDO (TCLE)

Título da pesquisa – Amamentação: vivências maternas em um hospital público.

Instituição envolvida na pesquisa – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM).

Pesquisadora – Virginia Calegari Costa.

Orientadora – Prof.^a Dr.^a Gilsa Helena Barcellos.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa convidá-lo(a) a participação na pesquisa intitulada “Amamentação: vivências maternas em um hospital público”. O projeto será desenvolvido com as puérperas internadas no alojamento conjunto do hospital de referência e tem como objetivos: analisar fatores envolvidos na vivência de puérperas no ambiente hospitalar os quais interferem no processo de amamentação; investigar os elementos relacionados ao ambiente físico no alojamento conjunto os quais interferem no processo de amamentação; investigar aspectos da relação profissional de saúde e paciente (puérpera) que interferem no processo de amamentação; conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde e das mulheres sobre a amamentação; identificar as demandas apresentadas pelas puérperas em processo de amamentação no ambiente hospitalar; identificar as políticas públicas existentes no Brasil voltadas ao período puerperal e à amamentação. Todos os gastos com a pesquisa serão assumidos pela pesquisadora, e o conteúdo a ser coletado terá como finalidade levantar informações que possibilitem atender aos objetivos da pesquisa. As informações coletadas poderão ser utilizadas na elaboração de artigos e publicações científicas na área da saúde.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destina-se às pessoas que participam dos grupos focais. Todas deverão ter mais de 18 anos. Serão garantidas as condições necessárias e adequadas para as reuniões dos grupos focais, durante as quais só será permitida a presença das convidadas e dos pesquisadores. As reuniões dos grupos focais serão gravadas e filmadas.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos e permanecerão sob inteira responsabilidade da pesquisadora. Após esse período, deverão ser incinerados.

São direitos garantidos pelo presente termo:

- a. o sigilo quanto a dados fornecidos que possam vir a ferir a privacidade do entrevistado bem como o anonimato, para que lhe seja preservada a identidade;
- b. a liberdade de desistência, a qualquer momento, do processo da pesquisa;
- c. a isenção de responsabilidade com gastos da pesquisa;
- d. o acesso a esclarecimentos, a qualquer tempo, sobre elementos contidos na pesquisa;
- e. a decisão de se negar a responder a questões da entrevista;
- f. a opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será atendido prontamente.

No caso de o entrevistado participante dos grupos focais ser analfabeto, alguém de sua confiança deverá assinar o TCLE como testemunha.

Serão assinadas duas cópias deste TCLE, uma das quais ficará de posse do entrevistado. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da EMESCAM. Qualquer dúvida a ela relacionada poderá ser esclarecida pela pesquisadora responsável, Virginia Calegari Costa, (27-9956-8359 – virginiafono@bol.com.br). Questões relacionadas aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas pelo Comitê de Ética da Emescam (27-33343586).

Eu, _____, portador(a) da identidade n.º _____, declaro estar ciente do teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pelo(a) pesquisador(a) e, voluntariamente, concordo em colaborar para a realização da pesquisa supracitada. Estou ciente de que uma cópia deste termo ficará arquivada com o(a) pesquisador(a) por pelo menos cinco anos.

Vitória - ES, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura da testemunha

Assinatura do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Entrevistas Semiestruturadas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARCIDO (TCLE)

Título da pesquisa – Amamentação: vivências maternas em um hospital público.

Instituição envolvida na pesquisa – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM)

Pesquisadora – Virginia Calegari Costa.

Orientadora – Prof.^a Dr.^a Gilsa Helena Barcellos.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa convidá-lo(a) a participar na pesquisa intitulada “Amamentação: vivências maternas em um hospital público”. O projeto será desenvolvido com os profissionais de saúde que prestam atendimento direto às puérperas internadas no hospital de referência e tem como objetivos: analisar fatores envolvidos na vivência de puérperas no ambiente hospitalar os quais interferem no processo de amamentação; investigar os elementos relacionados ao ambiente físico no alojamento conjunto os quais interferem no processo de amamentação; investigar aspectos da relação profissional de saúde e paciente (puérpera) que interferem no processo de amamentação; conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde e das mulheres sobre a amamentação; identificar as demandas apresentadas pelas puérperas em processo de amamentação no ambiente hospitalar; identificar as políticas públicas existentes no Brasil voltadas ao período puerperal e à amamentação. Todos os gastos com a pesquisa serão assumidos pela pesquisadora, e o conteúdo a ser coletado por meio das entrevistas terá como finalidade levantar informações que possibilitem atender aos objetivos da pesquisa. As informações coletadas poderão ser utilizadas na elaboração de artigos e publicações científicas na área da saúde.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destina-se às pessoas que participam das entrevistas semiestruturadas. Todas deverão ter mais de 18 anos. Será garantida a privacidade a todos os participantes das entrevistas.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos e permanecerão sob inteira responsabilidade da pesquisadora. Após esse período, deverão ser incinerados.

São direitos garantidos pelo presente termo:

- a. o sigilo quanto a dados fornecidos que possam vir a ferir a privacidade do entrevistado bem como o anonimato, para que lhe seja preservada a identidade;
- b. a liberdade de desistência, a qualquer momento, do processo da pesquisa;
- c. a isenção de responsabilidade com gastos da pesquisa;
- d. o acesso a esclarecimentos, a qualquer tempo, sobre elementos contidos na pesquisa;
- e. a decisão de se negar a responder a questões da entrevista;
- f. a opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será atendido prontamente.

No caso de o entrevistado ser analfabeto, alguém de sua confiança deverá assinar o TCLE como testemunha.

Serão assinadas duas cópias deste TCLE, uma das quais ficará de posse do entrevistado.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da EMESCAM. Qualquer dúvida a ela relacionada poderá ser esclarecida pela pesquisadora responsável, Virginia Calegari Costa, (27-9956-8359 – virginiafono@bol.com.br). Questões relacionadas aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas pelo Comitê de Ética da Emescam (27-33343586).

Eu, _____, portador(a) da identidade n.º _____, declaro estar ciente do teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido pelo(a) pesquisador(a) e, voluntariamente, concordo em colaborar para a realização da pesquisa supracitada. Tenho ciência de que uma cópia deste termo ficará arquivada com o(a) pesquisador(a) por pelo menos cinco anos.
Vitória - ES, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do entrevistado(a)

Assinatura da testemunha

Assinatura do(a) pesquisador(a)