

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ELIZABETH TIMOTHEO CRIVARO

**Mulher e Amamentação: atitudes reveladas para o assistir no
contexto hospitalar de alta complexidade - contribuições da
Enfermagem.**

RIO DE JANEIRO - RJ
SETEMBRO – 2010



UFRJ

ELIZABETH TIMOTHEO CRIVARO

Mulher e Amamentação: atitudes reveladas para o assistir no contexto hospitalar de alta complexidade - contribuições da Enfermagem.

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para fins de defesa pública como requisito para obter a titulação de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza

UFRJ

Rio de Janeiro

2010

Crivaro, Elizabeth Timotheo.

Mulher e Amamentação: atitudes reveladas para o assistir no contexto hospitalar de alta complexidade – contribuições da Enfermagem / Elizabeth Timotheo Crivaro. - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2010

145f.:II;

Orientadora: Ivis Emília de Oliveira Souza,

Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

1. Enfermagem. 2. Aleitamento Materno. 3. Saúde da Mulher. 4. Filosofia. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Souza, Ivis Emília de Oliveira. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título

Elizabeth Timotheo Crivaro

Mulher e Amamentação: atitudes reveladas para o assistir no contexto hospitalar de alta complexidade - contribuições da Enfermagem.

Tese de Doutorado defendida em 24 de setembro de 2010

Dr^a Ivis Emília de Oliveira Souza- Presidente
Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ

Dr^a. Luciana Maria Borges da Matta Souza -1º Examinadora
Centro Universitário Serra dos Órgãos e Universidade Estácio de Sá

Dr. João Aprígio Guerra de Almeida- 2º Examinador
Instituto Fernandes Figueira- FIOCRUZ

Dr^a. Lygia Paim - 3º Examinadora
Universidade do Vale do Itajaí

Dr^a. Márcia Teresa Luz Lisboa - 4º Examinadora
Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ

Dr^a. Maria Helena do Nascimento Souza - Suplente
Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ

Dr^a. Kátia Sydrônio de Souza - Suplente
Instituto Fernandes Figueira- FIOCRUZ

Rio de Janeiro
Setembro de 2010

Dedico aos meus queridos familiares, aos amigos, às mulheres e às crianças, que constituem as essências de meus cuidados e do meu aprendizado no encontro da vida.

Orientadora
Professora Doutora
Ivis Emília de Oliveira Souza

Meus agradecimentos não só pela orientação construtiva que permitiu o meu desenvolvimento acadêmico, mas principalmente pela amizade, carinho e preciosos encontros que possibilitaram o meu crescimento também como pessoa.

Agradecimentos Especiais

Ao meu **Deus**, meu pastor, sempre reinando na minha vida, fonte de energia para superação de meus obstáculos.

Aos meus pais **Luzia e Waldemar**, por tudo que fizeram por mim e pelo que são devo o que eu sou.

Aos meus filhos **Eduardo, Ellen e Thiago**, pela compreensão, incentivo, torcida para o alcance de meus objetivos.

Ao **Leandro**, pela atenção, estímulo, apoio e companheirismo.

Ao **Marcelo e à Renata**, que me presentearam tornando minha família mais numerosa e fazendo meus filhos ainda mais felizes.

Às minhas netas **Pietra e Manuela**, por existirem e trazerem muita alegria e felicidade para minha vida.

Agradecimentos

Às **mulheres e aos profissionais** coparticipantes e copesquisadores, que, ao se abrirem para o encontro, possibilitaram esta construção de caráter assistencial numa dimensão coletiva.

À **FIOCRUZ** e ao **IFF**, lócus do meu assistir profissional e cenário da Pesquisa Convergente Assistencial.

À **Escola de Enfermagem Anna Nery**, por propiciar minha qualificação mediante a realização deste doutoramento e ao **NUPESM/DEMI**, espaço que possibilitou profícuas discussões fornecendo preciosas contribuições e aprendizado.

Ao Diretor do Instituto Fernandes Figueira, Dr. **Carlos Maurício de Paulo Maciel**, com sua sensibilidade e empenho viabilizou a concretização de estratégias benéficas para a assistência à mulher.

Aos Doutores: **João Aprígio Guerra de Almeida; Kátia Sydrônio de Souza; Maria Helena Nascimento Souza; Valdecyr Herdy Alves; Luciana Maria Borges da Matta Souza; Márcia Teresa Luz Lisboa; Lygia Paim**, membros das Bancas de Defesa do Projeto, Exame de Qualificação e Defesa da Tese, pelo aceite em contribuir, desde a etapa inicial, com o aprimoramento deste estudo.

Ao meu grande mestre e amigo **João Aprígio Guerra de Almeida**, por ensinamentos inesquecíveis, o primeiro a apostar no meu potencial de vir a ser pesquisadora.

À Prof^a. Dr^a. **Márcia Lisboa**, pelo norteamento metodológico, pelas críticas enriquecedoras e pela contribuição imensurável à realização desta pesquisa.

As minhas amigas e parceiras de trabalhos **Ana Carmen B. Viana, Claudia D. de Farias e Sandra Lúcia de Carvalho**, pelo apoio incondicional na etapa de campo da Pesquisa Convergente Assistencial.

Ao meu amigo **Franz Reis Novak**, pela importante força para que eu pudesse finalizar este estudo.

À Enfermeira e amiga **Celeste Adão**, por possibilitar minha liberação num momento de muita dificuldade.

A todas as minhas amigas **parceiras de equipe do BLH**, obrigada por entenderem meus impedimentos para dividir com vocês as demandas de trabalho e por possibilitarem minhas ausências, para finalizar este estudo.

Aos meus familiares **irmãos, sobrinhos**, pelo carinho e estímulo nessa caminhada.

Aos meus colegas e amigos de turma Doutorado 2006. 1, **Cristiane, Elaine, Fredy, Ines, Inez, Juliana, Leila, Lelita, Liane, Lúcia, Maria Carmen, Marina e Sandra**, pelo apoio mútuo, companheirismo, amizade e pelo inesquecível convívio nos/dos nossos encontros.

Aos funcionários da **Secretaria da Pós-Graduação** e da **Biblioteca**, pela paciência e gentileza com minhas múltiplas solicitações.

A todos aqueles que, mesmo distantes, direta ou indiretamente, contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Mais uma vez, do fundo do meu coração, obrigada, obrigada, obrigada a todos vocês.

CRIVARO, Elizabeth Timotheo. **Mulher e Amamentação: atitudes reveladas para o assistir no contexto hospitalar de alta complexidade - contribuições da Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

RESUMO

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, no contexto da atenção terciária à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e do recém-nascido, se impõe pelas normas e rotinas hospitalares de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM). Nesse cenário problematizou-se a assistência à mulher como protagonista da amamentação. O estudo tem como objetivos: revelar o enfoque assistencial ao AM que emerge dos encontros dialogados de mulheres assistidas e profissionais que as assistem no contexto hospitalar de alta complexidade; analisar, considerando a dialogicidade do contexto hospitalar de alta complexidade, as demandas de atenção para a assistência ao AM; construir, tendo como foco a mulher, estratégias de promoção, proteção e apoio à amamentação no contexto hospitalar de alta complexidade. O método da pesquisa convergente assistencial que alia pensar e fazer foi adotado. Para captar as informações, trabalhar com as mulheres assistidas no ciclo gravídico-puerperal e com profissionais atuantes nesta assistência, utilizou-se a estratégia de grupo convergente. A análise fundamentou-se na filosofia de Martin Buber. Os resultados apontam para dois eventos: As relações do cotidiano assistencial e as atitudes reveladas nos encontros dialogados: construção das decisões, propostas e estratégias. A entrada da mulher na instituição é marcada pelo impacto do mundo institucional diferenciado e amenizado pelo encontro, diálogo e acolhimento. O mundo vivido do ser-gestante, referendada pelo risco fetal, dialoga com o mundo da a-normalidade e da in-certeza, entretanto respondem com boa aceitação às atividades voltadas para o AM. As parturientes presentificam a relação EU-ISSO e EU-TU, entretanto a assistência em AM na Sala de Parto é quase inexistente. No cotidiano do Alojamento Conjunto, o face-a-face aparece e se desvanece e os eventos de relação nesta alternância tendem para um TU. O contexto da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal revela que os profissionais estão subjugados ao mundo do ISSO pressionados pelo tempo e pelas rotinas. O relacionamento EU-ISSO se impõe à relação EU-TU e a assistência ao AM, considerando a mulher como protagonista, se distancia. Concluiu-se que o relacionamento EU-ISSO se torna mais preponderante à medida que as ações se complexificam. Entretanto persiste e emerge no diálogo a possibilidade de revelações de demandas e de visões do assistir que desvelam a relação EU-TU mediante a construção de alternativas para superação de obstáculos. É possível romper com ações que não respondem a um compromisso ético e com as que impedem realizar a conversão. É nesse movimento que as ações de promoção, proteção e apoio ao AM, tendo em foco a mulher como protagonista da amamentação, podem se consolidar. A tese defendida encontra sustentação no processo que presentifica o ato de amamentar como encontro dialogal entre mãe-filho e na construção de possibilidades de amamentação estabelecidas a partir do encontro dialogal EU-TU, entre mulher, profissional, família e rede de apoio.

Descritores: Enfermagem, Aleitamento Materno, Saúde da Mulher, Filosofia, Pesquisa Qualitativa.

CRIVARO, Elizabeth Timotheo. **Mujer y Lactación materna: actitudes reveladas para el asistir en el contexto hospitalario de alta complejidad - contribuciones de la Enfermería Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.**

RESUMEN

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, en el contexto de la atención terciaria a la salud de la mujer en el ciclo gravídico-puerperal y del recién nacido, se impone por las normas y rutinas hospitalarias de promoción, protección y apoyo a la lactación materna (AM). En ese escenario se hizo problema la asistencia a la mujer como protagonista de la lactación materna. El estudio tiene como objetivos: revelar el enfoque de asistencia al AM que emerge de los encuentros dialogados de mujeres asistidas y profesionales que las asisten en el contexto hospitalario de alta complejidad; analizar, considerando la dialogicidad del contexto hospitalario de alta complejidad, las demandas de atención para la asistencia al AM; construir, teniendo como foco la mujer, estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactación en el contexto hospitalario de alta complejidad. El método de la pesquisa convergente asistencial que alía pensar y hacer fue adoptado. Para captar las informaciones, trabajar con las mujeres asistidas en el ciclo gravídico-puerperal y con profesionales actuantes en esta asistencia se utilizó la estrategia de grupo convergente. El análisis se fundamentó en la filosofía de Martin Buber. Los resultados apuntan para dos eventos. Las relaciones del cotidiano asistencial y las actitudes reveladas en los encuentros dialogados; construcción de las decisiones, propuestas y estrategias. La entrada de la mujer en la institución es marcada por el impacto del mundo institucional diferenciado y amenizado por el encuentro, diálogo y acogimiento. El mundo vivido del ser-embarazada, referenciada por el riesgo fetal, dialoga con el mundo de la anormalidad y de la in-certeza, sin embargo responden con buena aceptación a las actividades dirigidas para el AM. Las parturientes tornan presente la relación YO- ESO y YO-TU, sin embargo la asistencia en AM en la Sala de Parto es cuasi inexistente. En el cotidiano del Alojamiento Conjunto la cara-a-cara aparece y se desvanece y los eventos de relación en esta alternancia tienden para un TU. El contexto de la Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal revela que los profesionales están subyugados al mundo del ESO presionados por el tiempo y por las rutinas. El relacionamiento YO-ESO se impone a la relación YO-YOU y la asistencia al AM, considerando la mujer como protagonista, se distancia. Se concluyó que el relacionamiento YO-ESO se torna más preponderante en la medida en que las acciones se tornan complejas. Sin embargo persiste y emerge en el diálogo la posibilidad de revelaciones de demandas y de visiones del asistir que desvelan la relación YO-TU mediante la construcción de alternativas para superación de obstáculos. Es posible romper con acciones que no responden a un compromiso ético y con las que impiden realizar la conversión. Y en ese movimiento que las acciones de promoción, protección y apoyo al AM, teniendo en foco la mujer como protagonista de la lactación, pueden consolidarse. La tesis defendida encuentra sustentación en el proceso que torna presente el acto de lactar como encuentro dialogal entre madre-hijo y en la construcción de posibilidades de lactación establecidas a partir del encuentro dialogal EU-TU, entre mujer, profesional, familia y red de apoyo.

Descriptorios: 1. Enfermería; 2. Lactación Materna; 3. Salud de la mujer; 4. Filosofía; 5. Pesquisa cualitativa.

CRIVARO, Elizabeth Timotheo. **Woman and Breastfeeding: attitudes revealed to the assist in the hospital context of high complexity – Nursing contributions. Rio de Janeiro, 2010. Thesis (Doctorate in Nursing) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.**

ABSTRACT

In this hospital context, The Hospital Initiative Child's Friend, in the context of the tertiary attention to the woman's health in the pregnant-puerperal and of the newborn, imposes by the hospital norms and routines of promotion, protection and support to the breastfeeding (AM). In this scenario it made the assistance to the woman as breastfeeding protagonist a problem. The study has as objectives: to reveal the assistance focus to the AM that emerges from the meetings dialogued of assisted women and professionals that assist them in the hospital context; analyze, considering the dialogicity of the hospital context of high complexity, the demands of attention for the assistance to the AM; construct, having as focus the woman, promotion, protection and support strategies to the breastfeeding in the hospital context of high complexity. The assistance convergent research method that ally thinking and doing was adopted. In order to capture the information, work with the women assisted in the cycle gravidid-parous and with professionals active in this assistance it utilized the convergent group strategy. The analysis based on Martin Buber's philosophy. The results point to two events. The assistance daily relations and the attitudes revealed in the dialogued meetings; decisions, proposals and strategies construction. The woman's entry in the institution is marked by the institutional world impact differentiated and brightened up by the meeting, dialogue and welcome. The lived world of the being-pregnant, referenced by the fetal risk, dialogues with the world of the ab-normality and of the un-certain, however, answer with good acceptance to the activities turned to the AM. The women in labor become present the I-THIS relation and I-YOU, however the assistance in AM in the Birth Room is almost inexistent. In the daily of the rooming-in the face-to-face appears and fade and the events of relation in this alternation tend to a YOU. The UTIN's context reveals that the professionals are subjugated to the THIS's world, pressured by the time, by the routines. The relationship I – THIS imposes to the I-YOU's relation and the assistance to the AM considering the woman as protagonist distances from. It concludes that the relation I-THIS becomes more preponderant insofar the actions become complex. However the possibility of revelations of demands and of the views of the assist that unveils the I-YOU relation by means of the alternatives's construction to obstacles overcoming persists and emerges in the dialogue. It is possible to break with actions that do not answer to an ethical compromising, and with those that prevent from realizing the conversion. Is in this movement that the promotion, protection and support actions to the AM, having in view the woman as the breastfeeding's protagonist, can be consolidated. The thesis defended meets support tin the process that becomes present the act of breastfeeding as dialogue meeting between mother-son and in the construction of breastfeeding possibilities established from the I – YOU dialogue meeting, between woman, professional, family and net of support.

Descriptors: 1. Nursing; 2. Maternal Breastfeeding; 3. Woman's health; 4. Philosophy; 5. Qualitative research.

CRIVARO, Elizabeth Timotheo. **Femme et Allaitement: attitudes révélées pour l'assister dans le contexte hospitalier de haute complexité – des contributions de la Métier d'infirmier.** Rio de Janeiro, 2010. Thèse (Doctorat en Infirmier) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

RESUMÉ

L'Initiative Hôpital Amie de L'Enfant, dans le contexte hospitalier de l'attention tertiaire à la santé de la femme dans le cycle grossesse-puerpéral et de le nouveau-né, s'impose par les normes et de routines hospitalières de promotion, protection et aide à l'allaitement (AM). Dans ce scénario s'est devenu un problème l'assistance à la femme comme protagoniste de l'allaitement.. L'étude a comme des objectifs : révéler l'approche d'assistance à l'AM qui émerge des rencontres dialoguées de femmes assistées et professionnels qui les assistent dans le contexte hospitalier de haute complexité ; analyser, en considérant la dialogicité du contexte hospitalier de haute complexité, les exigences d'attention pour l'assistance à AM ; construire, en ayant comme foyer la femme, stratégies de promotion, protection et aide à l'allaitement dans le contexte hospitalier de haute complexité. La méthode de la recherche convergent d'assistance (PCA) qui joint penser et faire a été adoptée. Pour capter les informations, travailler avec les femmes assistées dans le cycle grossesse-puerpéral et avec les professionnels opérants dans cette assistance il a utilisé la stratégie de groupe convergent. L'analyse s'est basée dans la philosophie de Martin Buber. Les résultats indiquent pour deux événements : Les relations des quotidien d'assistance et attitudes révélées dans les rencontres dialoguées : construction des décisions, propositions et stratégies. L'entrée de la femme dans l'institution est marqué par l'impact du monde institutionnel différencié et égayé par la rencontre, dialogue et accueil. Le monde vif de être-enceint, authentifiée par le risque foetal, dialogue avec le monde de l'a-nomalie et de l'in-certitude, néanmoins répondent avec bonne acceptation aux activités tournées pour la AM. Les parturientes presentifient la relation JE-CET et JE-TU, cependant l'assistance dans la Salle d'Accouchement est presque inexistant. Dans le quotidien du Logement Commun face-a-face il apparaît et il se disparaît et les événements de relation dans cette alternance tendent pour un TU. Le contexte de UTIN révèle que les professionnels sont submergés au monde du CELA obligés par le temps et par les routines. Le relation JE-CELA s'impose la relation JE-TU et l'assistance à AM en considérant la femme comme protagoniste, s'éloigne. Il se conclut que la relation JE-CELA se rend plus prépondérant, à mesure que les actions se rendent complexes. Néanmoins persiste et émerge dans le dialogue la possibilité de révélations d'exigences et de visions de l'assister que dévoilent la relation JE-TU moyennant la construction d'alternatives pour surpassement d'obstacles. Il est possible de rompre avec des actions qui ne répondent pas à un compromis éthique et avec ils que empêchent réaliser la conversion. Dans ce mouvement que les actions de promotion, protection et l'aide à AM, en ayant dans foyer la femme comme protagoniste de l'allaitement, peuvent se consolider. La thèse défendue trouve sustentation dans le processus que presentifient l'acte d'allaiter comme rencontre dialogué entre mère-fils et dans la construction de possibilités d'allaitement établies à partir de la rencontre dialogué JE-TU, entre femme, professionnel, famille et filet d'aide.

Descripteurs : 1. Infirmier ; 2. Allaitement Maternel ; 3. Santé de la femme ; 4. Philosophie; 5. Recherche Qualitative.

SUMÁRIO

Capítulo 1- CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Motivação para a pesquisa e construção do objeto de estudo.....	13
Objeto de investigação.....	17
Objetivos.....	17
1.2 Justificativa e relevância do estudo.....	17

Capítulo 2 - CONTEXTO TEÓRICO E CONCEITUAL DO ESTUDO

2.1 Mulher e amamentação: uma análise da perspectiva assistencial e do contexto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	24
2.2 A mulher frente ao risco gestacional: da problemática e do contexto político programático assistencial.....	31
2.3 Promoção, proteção e apoio à amamentação: o protagonismo da mulher face às situações especiais.....	37

Capítulo 3 - REFERENCIAL FILOSÓFICO..... 41

Capítulo 4 - QUADRO METODOLÓGICO

4.1 Pesquisa Convergente Assistencial.....	48
4.1.1 Fase de concepção.....	49
4.1.2 Fase de instrumentação.....	49
4.1.3 Fase de perscrutação.....	50
4.1.4 Fase de análise.....	50
4.1.5 Fase de interpretação.....	51
4.2 Trajetória do estudo.....	52
4.2.1 Opção metodológica.....	52
4.2.2 Fase de concepção.....	53
4.2.3 Fase de instrumentação	53
Escolha do espaço físico da pesquisa.....	53
Escolha dos participantes.....	54
4.2.4 Fase de perscrutação.....	55
Estratégia de obtenção de informações.....	55
Reconhecimento.....	58
Revelação.....	60
Repartir.....	60
Repensar.....	61
4.2.5 Validação dos dados.....	63
4.2.6 Análise e interpretação dos resultados.....	63

Capítulo 5 - ANÁLISE INTERPRETATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS.....65

5.1 As relações do cotidiano assistencial.....	66
5.1.1 Revelações iniciais da relação grávida-instituição-profissional: a mulher que vivencia o risco fetal:.....	66
5.1.2 A presentificação da amamentação no espaço do Pré-natal: relação grávida-profissional.....	70
5.1.3 Manifestações da relação primordial e a amamentação no parto e nascimento: expectativas possibilidades e limites:	74
5.1.4 A relação profissional-puérpera no assistir em aleitamento materno no Alojamento Conjunto: possibilidades de desvanecimento e de conversão.....	79
5.1.5 Visões do assistir em aleitamento no mundo da UTI neonatal: relação profissional-mãe mediada pela rotina ordenada.....	86
5.2 Atitudes reveladas nos encontros dialogados: construção das decisões, propostas e estratégias.....	94
5.2.1 Diálogo entre gestantes: expressão das necessidades.....	95
5.2.2 Diálogo entre mães: demandas para o enfrentamento das dificuldades.....	100
5.2.3 Diálogo entre profissionais: construção de alternativas para superação de obstáculos	111
Capítulo 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
A tese.....	135
REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICE	
1. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....	
145	
ANEXOS	
1. Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.....	146
2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	147
.	

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. Motivação para a pesquisa e construção do objeto de estudo

Como enfermeira, iniciei minha vida profissional no campo da Neonatologia, onde atuei por mais de dez anos. Embora inicialmente voltasse o foco do meu cuidado apenas para o recém-nascido, logo percebi o quão importante era ampliar a assistência à mãe do bebê internado. Neste enfoque, também desenvolvi atividades de *follow-up*, quando pude observar com mais clareza o impacto dos cuidados neonatais.

Hoje, atuo como enfermeira coordenando toda área assistencial do Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (BLH/IFF/FIOCRUZ), mantendo a preocupação de dedicar um cuidado que transcenda as questões biológicas. Nesse sentido, desenvolvo atividades relacionadas à amamentação desde o período gestacional até o momento do planejamento do desmame,¹ junto à mulher, ao filho e à família.

Nessa perspectiva do cuidar, posso afirmar que minha trajetória, sempre ligada a assistir a mulher-mãe, seu filho e família, possibilitou-me uma atuação profissional movida por grande satisfação e nesse meu cotidiano venho aprendendo com as vivências, com bebês, famílias e profissionais. Essas vivências e experiências suscitam reflexões e questionamentos para as quais o caráter explicativo da ciência não é conclusivo. Assim, emergem a necessidade e a possibilidade de realizar a observação compreensiva no cenário assistencial que busca desenvolver normas e condutas apoiadas nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, conjugadas com a assistência de alta complexidade à mulher e seu conceito/filho.

Antes de esboçar qualquer questionamento, e diante da consciência do papel de pesquisadora e de profissional, face aos assistidos que se configuram também como sujeitos pesquisados e participantes da investigação, importa explicitar características e dinâmicas do cenário do qual emergiu a inquietação.

O IFF é uma das unidades técnico-científicas da FIOCRUZ que mantém uma identidade construída ao longo dos anos, em torno da pesquisa, formação de pessoal para a área materno-infantil e da assistência de referência. Atualmente, sua missão se constitui em

¹Atividade que prepara a mulher-mãe e filho para um desmame gradual, seguro, tranquilo, oportuno e em comum acordo com os envolvidos no processo.

realizar pesquisa, ensino, assistência, desenvolvimento tecnológico e extensão no âmbito da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.

Em 1999, fui transferida do Departamento de Neonatologia do IFF para o BLH, e ao iniciar minhas atividades nesta unidade participei, na qualidade de discente, de todos os cursos promovidos pelo MS do Brasil, ligados à temática amamentação. Assim, posteriormente, integrei a um grupo de profissionais que atua na coordenação destes mesmos cursos, desenvolvidos em várias regiões do Brasil. Também participo do processo de análise para avaliação de hospitais que se organizam para o credenciamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

O BLH é um serviço do IFF reconhecido oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS), como referência nacional para uma rede de BLH desde 1998, que atualmente se expandiu para outros continentes. Diante deste importante papel, o BLH consolida e assume compromissos, com as políticas públicas de saúde e com as ações voltadas para a promoção, proteção e apoio à amamentação (MAIA *et al.*, 2006).

Ainda para melhor esclarecer minha relação com a temática do presente estudo, vale registrar que participei, com outros colegas de trabalho, da força-tarefa para que o IFF fosse credenciado pela IHAC. Envolvida com essas atividades, meu trabalho concentra-se nas ações assistenciais de atenção aos aspectos que perpassam as questões de aleitamento materno, à mulher gestante, puérpera e nutriz (ou não); ao filho e família, nos diversos departamentos do instituto e/ou após alta hospitalar para acompanhar como enfermeira o processo amamentação, bem como por ocasião em que a mulher planeja iniciar o desmame ou retorno ao trabalho/estudo.

A assistência desenvolvida no BLH é voltada para qualquer cliente referendada ou proveniente da demanda espontânea, carente deste assistir, independentemente de ser ou não cadastrada no Instituto. Ao vivenciar uma atenção dirigida a uma demanda expressiva de clientes e ao compreender a complexidade que envolve o processo de amamentação, intento atender às necessidades dessa clientela, que geralmente ultrapassam as questões inerentes ao processo – atentando para os aspectos que se apresentam de forma subjetiva e imbricados nas relações que se estabelecem no cotidiano de mulheres e famílias que buscam estes cuidados. Na maioria das vezes, a clientela que chega ao BLH não obteve resposta aos seus problemas em outros serviços, ou seja, encontra-se em situações de maior complexidade.

No que tange à área assistencial, o perfil da instituição configura-se na atenção terciária à saúde da mulher, do conceito, da criança e do adolescente, e se fundamenta nos pilares da intervenção, medicalização e da cura. Devido à sua característica institucional, os profissionais atuam com situações de elevada complexidade, o que exige ter que administrar, quase o tempo todo, uma relação de vida e morte muito estreita. Ao assistir os fetos, os neonatos, as crianças e gestantes que necessitam de cuidados especiais e mulheres-mães que vivenciam constantemente algum tipo de temor/risco, deparamo-nos, frequentemente, com o enfrentamento de grandes desafios.

Com a titulação da IHAC, o corpo de profissionais do IFF que atua com a mulher no ciclo gravídico-puerperal e recém-nascidos passa a ter o compromisso de desenvolver, concomitantemente às atividades que se constroem no campo do diagnóstico, das doenças graves e/ou raras, da medicalização e da cura (para minimizar ou abolir os danos), as ações que são mais fortemente ligadas à atenção básica: promoção, proteção e apoio à amamentação. Frente a essa situação, por vezes sou abordada por profissionais que verbalizam o incômodo e a incompreensão de se trabalhar a promoção da amamentação numa instituição onde muitas mulheres vivenciam a gestação de risco fetal, com maior possibilidade de não poder/conseguir amamentar.

Além de essa situação se repetir com alguma frequência, em determinado momento sou questionada por promover a amamentação e apoiar uma mãe que havia dado à luz a um bebê anencéfalo.² A ida frequente da mãe ao BLH para conversar e realizar a retirada de leite para levá-lo ao seu filho, que sobrevivia na Unidade de Cuidados Intermediários, era uma ação que alguns consideravam como não aceitação do problema do bebê. Segundo os mesmos, eu não estava ajudando a mãe a enfrentar aquela realidade. Apesar de perceber o oposto, esta situação gerou em mim uma série de reflexões e preocupações. No dia do falecimento do bebê, fui procurada pelos pais, que, demonstrando consideração, falaram com muito carinho e emoção, do que foi a convivência com o seu filho e, apesar do óbito e da tristeza, pareciam tranquilos. A partir da fala dessa mulher, compreendi que ser ouvida/acolhida e o ato de alimentar o filho com seu próprio leite talvez tenha sido para ela mais uma possibilidade de exercer a maternidade, bem como adquirir a confiança de ter sido importante para aquele que foi cuidado e amado por um tempo que, apesar de curto, foi intenso, emocionante e talvez suficiente para compreender o momento da perda. Compreendi

² A anencefalia é o fechamento defeituoso da extremidade superior do tubo neural anterior, caracterizada como uma malformação pela ausência completa ou parcial do cérebro e do crânio (GOMELLA, *et al.*, 2006).

também que essa mulher podia não estar negando sua realidade, mas buscando uma melhor forma de vivenciá-la.

A partir dessa experiência, foi possível perceber que o modelo da IHAC, da forma como está proposto, não instrumentaliza os profissionais para ações que podem melhor atender às especificidades de mulheres que passam a conviver com situações tão complexas. Também vale ressaltar que o ato de amamentar envolve, além de outros aspectos, o desejo materno, em que a mulher pesa os riscos e os benefícios dessa decisão, fato que nos coloca diante de um novo olhar sobre a amamentação, que reconhece a mulher como protagonista no seu processo de amamentar, dando-lhe voz e vez (SILVA, 1997; NAKANO; MAMEDE, 1999; CASTRO; ARAUJO, 2006).

Assim, minha trajetória profissional permite, com essa vivência e muitas outras, um contínuo aprendizado. As situações já mencionadas, somadas ao dia a dia assistencial, trazem à tona reflexões e inquietações que me mobilizam em direção à busca de conhecimentos que fundamentem as ações de cuidado, para melhorar a qualidade da assistência às clientes.

Nessa linha de pensamento, Melleiro e Tronchin (1999), Buss (2000) e Fekete (2007) ressaltam a importância de uma atitude profissional que implique a vontade de contribuir com o saber científico, reconhecendo o sistema cultural contextualizado e o trabalho com o cliente nas soluções de possíveis dificuldades, com a mediação entre os diferentes interesses em relação à saúde, bem como mantendo a preocupação com a busca da melhor maneira possível para alcançar os objetivos que se coadunem com a promoção da saúde.

O gestar, parir e nascer são acontecimentos de forte conteúdo emocional, social e cultural, que passaram a ser tratados dentro de um hospital. Nesse movimento, a assistência à mulher neste ciclo deixa de ser feminina e se transforma em um modelo masculino de atenção, que na maioria das vezes não atende às necessidades específicas dessa mulher (UNGERER, 1996; GONÇALVES; MERIGHI, 2003; DIAS, 2006). Segundo Dias (2006), esse modelo, que incorporou tecnologias e transformou a gestação e o parto em “atos médicos” onde a maior preocupação está centrada no domínio biológico, sofre críticas por ignorar a visão que busca compreender os significados que as mulheres atribuem a suas vivências de gestar, parir e nutrir.

Como afirma Sydrônio (2006), calcada em uma análise socioantropológica da produção acadêmica desenvolvida no período de 1979 a 2004, a enfermagem, num

movimento de renovação paradigmática no assistir em amamentação, passa a reconhecer a mulher como protagonista do ato de amamentar.

Dessa forma, emergiu neste estudo a necessidade de compreender a seguinte **questão**: como se dá o assistir em amamentação às mulheres³ no contexto hospitalar de alta complexidade que busca desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno?

Com essa inquietação, a principal motivação para a realização deste estudo vem do cuidado a essas mulheres e meu cotidiano profissional, que traz como **objeto** de investigação: a assistência à mulher como protagonista⁴ da amamentação no contexto hospitalar de alta complexidade.

No desenvolvimento da pesquisa delimitaram-se os seguintes **objetivos**:

1. Revelar o enfoque assistencial ao aleitamento materno que emerge dos encontros dialogados de mulheres assistidas e profissionais que as assistem no contexto hospitalar de alta complexidade.
2. Analisar, considerando a dialogicidade do contexto hospitalar de alta complexidade, as demandas de atenção para a assistência ao aleitamento materno.
3. Construir, tendo como foco a mulher, estratégias de promoção, proteção e apoio à amamentação no contexto hospitalar de alta complexidade.

1.2. Justificativa e relevância do estudo

A saúde materno-infantil, com enfoque na mulher e na criança vem sendo estudada por diferentes abordagens. Alguns pesquisadores brasileiros enfatizam como importantes determinantes dessa saúde: a reprodução, nutrição, peso ao nascer e aleitamento materno (OLIVEIRA *et al.*, 1983; REHDER, 2002; LAURENTI, 2003; LIMA, 2004; SILVA, 2006).

Com a evolução das políticas públicas, o Brasil passou a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda não considerados e a problemas

³ Mulheres, neste estudo, referem-se às gestantes e mães no pós-parto imediato e tardio.

⁴ A expressão *protagonista* encontra suporte conceitual na filosofia de Martin Buber como ser de presença, tornar-se presente ao outro, incondicionalmente em sua alteridade.

emergentes que afetam a saúde da mulher. Em 2004, foi editada a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PNAISM), que em suas diretrizes demonstra um avanço que não foi alcançado em vinte anos de implementação do modelo assistencial propugnado pelo PAISM em 1984. A PNAISM aponta para uma atenção na perspectiva da promoção da saúde, que deverá atingir as mulheres em todos os ciclos da vida, resguardando as especificidades de diferentes grupos (BRASIL, 2004).

No contexto pré e perinatal, as mudanças ocorridas tanto na evolução tecnológica como na aquisição de conhecimentos específicos dessas áreas constituem um surpreendente avanço na atenção à mulher-gestante e ao conceito. Entretanto, se por um lado os avanços tecnológicos foram capazes de reduzir de maneira importante as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, por outro houve um esquecimento no que tange ao desenvolvimento de práticas capazes de promover uma atenção à mulher, ao bebê e a família para além dos aspectos biológicos (LORENZI *et al.*, 2001; DIAS, 2006).

Silva (1996), Fustinoni e Merighi (2003), também preocupados com os modelos assistenciais à mulher-mãe e ao filho, e ancorados nos determinantes biológicos e técnicos, afirmam que tal modelo não tem dado espaço para as percepções e sentimentos maternos, como não têm considerado a qualificação profissional para ouvir, mas apenas para falar. Nessa linha de pensamento, Souza (1997) defendeu que a mulher (gestante, mãe e nutriz) necessita de um olhar atento por parte do profissional, para possibilitar a captação do *ser sendo* com suas ansiedades, seu desconhecimento e sentimentos nem sempre explícitos, favorecendo uma abertura e ajuda que a leve a assumir seu próprio fazer.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela de gestantes que, por ter características específicas, ou por sofrer algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco" (BRASIL, 2000). Assim, no que tange à gravidez de alto risco, esta representa, no âmbito da saúde da mulher e da criança, um amplo grupo de causas de morbi-mortalidade materna e fetal, exigindo que as equipes de saúde estejam instrumentalizadas para atender às peculiaridades dessa demanda (BATISTA, 2004).

Gomes *et al.* (2001), ao estudarem o conceito de gravidez de alto risco, concluem que o conteúdo dessa abordagem se limita, praticamente, aos aspectos fisiopatológicos. A partir dessa constatação, os autores reafirmam que tal abordagem não contempla a mulher e a criança como sujeitos do ciclo gravídico.

Ao assistir a mulher e a criança no ciclo gravídico-puerperal, precisamos concordar com Silva (1996), Gomes *et al.* (2001) e Dias (2006), entre outros, que ressaltam a importância de não se ter um olhar reducionista para as questões que envolvem todo esse processo. O assistir a gestante que vivencia o risco fetal é acreditar na capacidade de intervir, em tempo hábil, nos processos que podem levar à morte ou deixar sequelas. Entretanto, é também de grande valia permitir que essas mulheres expressem seus sentimentos e compreender que a condição de risco vivenciada pela gestante não altera a percepção do feto e a realização de um planejamento futuro no qual a vida reprodutiva e a forma como pretende alimentar seu filho assumem importantes significados (VACHOT, 1996; SILVA, 2003).

Por mais que a mulher esteja biologicamente preparada para ser mãe, ter um filho ainda é um evento causador de insegurança (FALCETO 2002; ZAGONEL *et al.*, 2003). Na mulher que vive uma gestação de risco fetal, isso se acentua e somam-se muitos outros sentimentos, como a culpa, a angústia e o medo. Pensar na possibilidade de ter um filho com problemas de saúde e/ou até mesmo com pouca possibilidade de sobrevivência é sem dúvida uma situação difícil de ser enfrentada e pouco discutida ou expressa/verbalizada no processo assistencial.

As temáticas envolvendo a gestação de risco vêm sendo muito estudadas; contudo, os trabalhos geralmente estão voltados para as questões patológicas da gestação em si, distanciando o foco assistencial, da mulher que está envolvida neste processo, de gestar, de parir e de nutrir (GOMES *et al.*, 2001; DIAS, 2006).

Vale considerar que existe a possibilidade de ocorrer o dilema entre os profissionais diante da situação em que mulheres que participam do pré-natal de referência para o risco fetal podem estar gestando crianças com algum grau de comprometimento de sua saúde, e esses profissionais, por terem sido treinados/capacitados, precisam promover, proteger e apoiar a amamentação junto a essas mulheres. Por vezes, também, presenciam a mulher em situação dramática na vivência do risco fetal, deparando-se ao mesmo tempo com as ações e materiais institucionais de promoção do ato de amamentar. Em momentos como esses, alguns profissionais ponderam se a instituição é amiga da criança e nem tanto da mulher.

Cabe lembrar a polêmica gerada nos anos 70-80, acerca da proposta assistencial do sistema de alojamento conjunto. Muitos profissionais de saúde discordavam de sua adoção, induzindo a crença de que o modelo foi criado para “facilitar as coisas” para os profissionais da instituição hospitalar e dificultar para a mãe, e ainda, que esta prática era para pessoas pobres (UNGERER, 1996). Apesar da resistência inicial à implementação do alojamento

conjunto, aos poucos ele passou a ser aceito, principalmente pelas mães (UNGERER, 1996; BERETTA *et al.*, 2000). Atualmente, essa modalidade de assistência é vista como uma alternativa simples, capaz de gerar benefícios de impacto na saúde materno-infantil, que se constitui como um direito da cliente, criando-se assim importante oportunidade de melhoria da atenção à mulher e à criança (BERETTA *et al.*, 2000).

No contexto de um Hospital Amigo da Criança, as atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação são instituídas a partir do pré-natal, e buscam envolver todas as gestantes e puérperas, independentemente de sua possibilidade em amamentar. A mulher vai sendo orientada nesse cotidiano, que normatiza, determina, delibera e pressupõe que todas desejam e podem amamentar. Assim, adquire-se uma experiência, um conhecimento do biológico que praticamente assegurará que a mulher vai amamentar (SOUZA, 2000). Nessa linha de ações, a mulher pode não ser ouvida e muito menos compreendida como protagonista desse processo.

As ações impostas e verticalizadas reduzem todas as questões do amamentar à dimensão biológica da lactação, e constituem elementos estruturais da IHAC na busca de modular o comportamento da mulher em favor da amamentação, responsabilizando-a pelo sucesso/insucesso (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

A forma normativa da IHAC se impõe pela ação vigilante dos profissionais no cumprimento de normas e rotinas hospitalares. Esta lógica de desenvolver suas ações pode se tornar, para os profissionais, um obstáculo ao avanço reflexivo da atenção que compreende a mulher em suas necessidades para um efetivo apoio.

Há evidências de que a maioria dos recém-nascidos de risco, como afirmam Chen *et al.* (2000) e Gianini (2001), apresenta uma necessidade ainda maior de amamentação, considerando as características de prematuridade; gemelaridade, síndromes genéticas, incompatibilidades sanguíneas e malformações, que constituem um grave perfil de vulnerabilidade às complicações e doenças futuras. Diante deste quadro, a amamentação pode ser um fator diferencial, favorecendo positivamente a condição de saúde dessas crianças.

Contudo, Gianini (2001) constata, em seu estudo, que diferentes práticas nutricionais são utilizadas com essa clientela, ou seja, em nome de uma situação especial, outros alimentos são introduzidos sem justificativa fundamentada e preocupação com as possíveis consequências. Nessa linha de análise, Almeida (1999) e Souza (2003) alertam para que o

profissional tenha o cuidado para não se deixar cair na armadilha de transformar a situação de excepcionalidade em regra.

À luz do conhecimento científico, não se questiona a soberania do leite humano para todos os recém-nascidos, sobretudo para os que necessitam de cuidados especiais, considerando sua imaturidade orgânica e sua susceptibilidade a agravos (LEVIN, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004; NOVAK *et al.*, 2001; GIANINI, 2001). Vale ressaltar que a maioria destes estudos está focada na esfera biológica, e não contempla os benefícios contidos em outras dimensões, emocionais, psicológicas e sociais, diretamente ligadas aos aspectos que envolvem a relação mãe-filho-família e/ou profissional. Desta forma, tais benefícios poderão ocorrer de fato, a depender da atenção que será oferecida à mulher.

Levin (1999), ao falar da sua preocupação com os recém-nascidos internados em unidade de cuidado intensivo neonatal, local onde estes são privados do contato constante com suas mães, chama a atenção para o paradoxo que se configurou entre as rotinas das maternidades voltadas para a IHAC e as unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) dos mesmos hospitais. Entende-se que estas últimas nem sempre respondem às mesmas proposições que sustentam teoricamente a formulação das ações da citada política pública, no que se refere à promoção, proteção e apoio à amamentação.

Nessa perspectiva, é possível ressaltar os paradoxos existentes entre as ações estabelecidas pela IHAC e as necessárias aos bebês que precisam de cuidados intensivos:

Quadro 1: Paradoxos entre ações da IHAC e requerimento de rotinas da UCIN.

AÇÕES	
INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL
Contato pele a pele mãe-filho na sala de parto	Isolamento do bebê na incubadora
Contato precoce mãe-filho no centro obstétrico	Distanciamento, mãe na enfermaria e filho na unidade de cuidado intensivo.
Sucção precoce ao seio materno	Dieta zero
Amamentação por livre demanda	Alimentação em horários rígidos

*Fonte: Guia de avaliadores da IHAC (BRASIL, 1993) e roteiro de observação acerca das rotinas institucionais de uma UTI Neonatal.

*O quadro dos paradoxos existentes entre as ações estabelecidas pela IHAC e as necessárias aos bebês que necessitam de cuidados intensivos foi elaborado pela autora deste estudo.

Entretanto, Vannuchi (2002) ressalta que embora não haja detalhamento dos aspectos importantes e inerentes ao grupo de recém-nascidos de risco, “mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se estiverem separadas de seus filhos” e “não dar a recém-nascido outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que haja indicação médica”, estão relacionados ao aleitamento materno de neonatos prematuros e de baixo-peso ao nascer.

Souza (1997), em seu estudo, aponta para a decisão pela amamentação como uma possibilidade durante a gestação e cuja decisão depende do ser-mulher-mãe-com-o-filho. Neste enfoque, a amamentação é fenomenal porque envolve a decisão materna, embora precise ser sustentada em ações de promoção, proteção e apoio. Essa posição é reforçada nessa mesma ótica compreensiva, inerente ao método fenomenológico, quando se desvelou a possibilidade de a decisão materna desenvolver-se a partir do apoio familiar após a alta hospitalar, conforme descrito em Souza (2000).

Souza (1996 e 2003) inaugura uma nova posição, através de dois estudos de natureza compreensiva, em busca de ampliar o conhecimento acerca dos condicionantes sociais que permeiam a amamentação e o ambiente da IHAC, e que não são contemplados pelo modelo propugnado. Nesse sentido, destaca a falta de espaço para lidar com as demandas subjetivas da mulher gestante, puérpera e nutriz. Em adição, enfatiza a necessidade de construir espaços, que possibilitem discussão com os profissionais da instituição na busca de possibilitar de fato, o estabelecimento do apoio demandado pelas mulheres no curso da amamentação. Ainda destaca um grau de dificuldade maior, em decorrência do perfil institucional, que se pauta num modelo hospitalocêntrico, intervencionista, curativo e de alta complexidade, ao considerar a realidade de hospitais credenciados pela iniciativa.

Nesse modelo terciário de atenção, hoje entendido como de alta complexidade, que propõe pautar as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, dá-se o desafio de trazer, na prática assistencial, a mulher para o centro da cena como protagonista, pois no campo do conhecimento, em especial o da enfermagem, esta forma de compreender a mulher no curso da amamentação, como afirma Sydrônio (2006), é fortemente respaldada.

Dessa forma declara-se a relevância deste estudo, pela possibilidade de preencher lacunas do conhecimento no que tange a assistência à mulher como protagonista da amamentação, em uma instituição que atua com ações de base mais curativista diante das situações clínicas de elevada complexidade/gravidade.

Como afirma Souza (1996), quando se pensa num programa, com normas e propostas uniformizadas, não se pode deixar de questionar o que profissionais e clientes nele envolvidos pensam a respeito, visto que esses se tornam uma das linhas mestras de ações para promover, proteger e apoiar a amamentação. Para Souza (2003), todo o processo que envolve a amamentação pode não ser fácil para a mulher, para os profissionais e para os serviços de atenção à saúde da mulher e da criança, no entanto a ciência tem o papel de gerar, acumular conhecimento e alavancar as transformações sociais necessárias à construção de caminhos capazes de melhorar a qualidade dessa atenção.

Nessa perspectiva, com a realização deste estudo, espera-se **contribuir** com a ampliação do conhecimento que alia o pensar e o fazer / a ação e a reflexão acerca da temática, bem como fornecer subsídios capazes de iluminar um cuidar que, ao se constituir como um encontro seja capaz de contemplar as especificidades da mulher como protagonista da amamentação no ciclo gravídico-puerperal.

Ainda como contribuição, este estudo, realizado com a participação ativa dos envolvidos no processo assistencial (mulheres assistidas e profissionais), foi capaz de produzir expressões relevantes para as intervenções que convergiram no sentido de favorecer a assistência ao aleitamento materno, tendo como foco a mulher como protagonista da amamentação. Pretende-se ainda promover o debate acerca deste assistir em amamentação, considerando a mulher como ser que se torna presente ao outro em sua alteridade neste ato relacional, no cenário de uma instituição que desenvolve ações de alta complexidade à saúde da mulher, do conceito e da criança.

CONTEXTO TEÓRICO E CONCEITUAL DO ESTUDO

2.1. Mulher e amamentação: uma análise da perspectiva assistencial e do contexto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança

No final do século XIX, o declínio da amamentação era um fenômeno conhecido no mundo (VENANCIO e MONTEIRO, 1998). O período compreendido entre 1940 e 1970 foi caracterizado pela disseminação e estímulo à utilização de mamadeira e leite industrializado. Os baixos índices de amamentação coincidem com o aumento da mortalidade infantil no mundo (SIQUEIRA, 2005). No final da década de 70 inicia-se um movimento intensivo pró-amamentação (VENANCIO e MONTEIRO, 1998). No Brasil, somente a partir da década de 80 alguns estudos começaram a mostrar uma tendência de retorno a essa prática (MONTEIRO *et al.*, 1987; SANTOS, 1994).

A partir das constatações relacionadas aos altos índices de morbi-mortalidade infantil, as organizações nacionais e internacionais lançaram novas diretrizes, na Declaração Conjunta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) de 1979, realizada em Genebra, sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância, cujo objetivo era promover o aleitamento materno (SIQUEIRA, 2005).

A proposta sofreu uma ampliação em 1989 e foi então preparada uma Declaração Conjunta da OMS/UNICEF, com o objetivo de aumentar a conscientização do papel fundamental dos serviços de saúde na promoção do aleitamento materno, para descrever o que se deve fazer para apoiar e informar de maneira apropriada às mães, bem como incentivar as pessoas envolvidas na prestação de serviços obstétricos, a revisarem as normas e práticas que afetavam o aleitamento materno na época. Essa declaração também indicava medidas e práticas que poderiam ser adotadas para promover e facilitar a iniciação e o estabelecimento do aleitamento pelas mães, sob os cuidados desses profissionais (OMS, 1989).

Nessa mesma declaração foi publicado que, mesmo involuntariamente, os serviços de saúde frequentemente contribuíam com o declínio dos índices de aleitamento materno, por

não apoiarem, não estimularem mães a amamentar, ou por introduzirem rotinas e procedimentos que interferiam na iniciação e no estabelecimento da amamentação, por exemplo, a separação de mães e filhos. Com relevantes justificativas, essa publicação apresenta “Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (Anexo1), sugerindo que as instituições que prestam serviços obstétricos e de cuidados a recém-nascidos revisem e desenvolvam normas e práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e removam obstáculos geradores do desmame precoce (OMS,1989).

Em 1990, concretizou-se um encontro patrocinado pela OMS e pelo UNICEF, em busca de mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio à amamentação. Esse encontro produziu um conjunto de metas, denominado “Declaração de Innocenti”, que resgatava o direito e a necessidade de a mulher aprender e praticar a amamentação (LAMOUNIER, 1996).

Nesse encontro, a IHAC foi idealizada, tendo como objetivo estimular a implementação e o desenvolvimento de programas em prol do aleitamento materno, a partir da mobilização dos profissionais de estabelecimentos de saúde, assim como reconhecer as instituições que desenvolvem ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, capazes de melhorar os índices de amamentação (OMS, 2001). Nessa época, também, observou-se que a maioria das crianças nos grandes centros nascia em instituições hospitalares. (LAMOUNIER, 1996, p. 363).

Os motivos que levaram a OMS e o UNICEF a fazerem a opção por atuar junto aos hospitais, se devem aos fatores envolvidos no desestímulo à amamentação, relacionados com informações errôneas e práticas inadequadas atribuídas à unidade de saúde ou ao profissional de saúde [...] (LAMOUNIER, 1996, p. 363).

O conjunto de medidas para atingir as metas contidas na Declaração de Innocenti teve como base os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. O Brasil, um dos países participantes do encontro, formalizou o compromisso de fazer dos dez passos, uma realidade na rede hospitalar do país. Assim, em 1992, o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, em Recife, foi o primeiro estabelecimento de saúde a receber a certificação da IHAC (LAMOUNIER, 1996). A IHAC se fundamenta nos dez passos que resumem as ações necessárias para as maternidades desenvolverem o apoio, a proteção e a promoção da amamentação (OMS, 1991).

Em 1992, no Brasil, o MS e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde, deram os primeiros passos. A IHAC somou-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, coordenado pelo MS, para informar os profissionais de saúde e o público em geral; trabalhar pela adoção de leis que protejam o trabalho da mulher que está amamentando; apoiar rotinas de serviços que promovam o aleitamento materno; combater a livre propaganda de leites artificiais para bebês, bem como bicos, chupetas e mamadeiras (OMS, 1991).

Araújo e Schmitz (2007) realizaram um estudo sobre hospitais credenciados pela IHAC e revelaram que o quantitativo da época (312) mostrou-se reduzido, quando comparado ao número de hospitais com leitos obstétricos do SUS no Brasil. Atualmente, 322 estabelecimentos hospitalares compõem a lista de hospitais credenciados pela IHAC⁵.

Os estabelecimentos de saúde, para se tornarem Hospitais Amigos da Criança, precisam ser submetidos a uma criteriosa avaliação, que verifica o cumprimento dos Critérios Globais da IHAC. Desta forma, para que a instituição possa receber esse título, faz-se necessário o cumprimento de no mínimo 80% desses critérios, estabelecidos para cada um dos dez passos (OMS, 1991).

Os Critérios Globais da IHAC visam a facilitar o aleitamento materno exclusivo para todos os bebês desde o nascimento, independentemente da simplicidade ou da sofisticação do ambiente hospitalar (OMS, 1991). Para Armstrong (1995), a natureza global desta iniciativa necessária a qualquer país é sua principal característica.

Em 1994, o MS publicou duas portarias, a primeira estabelecendo os critérios para o credenciamento de Hospitais Amigos da Criança, e a segunda, o pagamento de 10% sobre a assistência aos partos nos hospitais credenciados pela iniciativa (SIQUEIRA, 2005). Assim, o ingresso de um hospital na rede da IHAC significa reconhecimento ao trabalho dos profissionais com vistas à proteção, promoção e apoio da amamentação.

Em 1996, foram acrescentados mais cinco requisitos aos critérios: não estar respondendo à sindicância do SUS; dispor de responsável habilitado para a assistência à mulher e a criança na maternidade e na sala de parto; possuir comissão de estudo de morbi-mortalidade materna e neonatal implantada e atuante; apresentar taxa de cesariana conforme o estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde, tendo como referência as regulamentações do MS e praticar a

⁵ Fonte: www.saude.gov.br/, acessada em 18 dez. 2009.

permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesáreo (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007).

Como em outros países, o Brasil estabeleceu normas para o processo de habilitação dos hospitais na IHAC, regulamentadas nas Portarias SAS/MS nº 756, de 16 de dezembro de 2004, e nº 09, de 10 de janeiro de 2008. De acordo com as referidas portarias, para ser habilitado na IHAC o estabelecimento de saúde deve atender aos seguintes critérios⁶:

1. Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.
2. Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância.
3. Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde.
4. Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais.
5. Dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto.
6. Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, comprovado pelo Sistema de Informações Hospitalares.
7. Possuir Comitê de Investigação de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais implantado e atuante, que forneça trimestralmente ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Secretaria Estadual de Saúde (SES) as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
8. Apresentar taxa de cesarianas conforme o estabelecido pelo gestor estadual ou municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde. Os hospitais cujas taxas de cesarianas estão acima das estabelecidas pelo gestor estadual ou municipal deverão apresentar redução dessas taxas pelo

⁶ Fonte: www.saude.gov.br acessada em 12 mar. 2009.

menos no último ano e comprovar que o hospital está adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas.

9. Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariano.
10. Permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto.
11. Cumprir os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”.

Lamounier (2007) ressalta que alguns estudos mostram o impacto e a eficiência do programa desenvolvido pelos hospitais que adquirem o título e, ao compará-los com os demais, observa-se um aumento na duração do aleitamento materno. Nessa linha, Araújo e Schmitz (2007) afirmam que, embora os resultados da IHAC tenham sido objeto de estudo para pesquisadores, ainda não existe suficiência acerca da temática, principalmente no que tange à avaliação do impacto.

Acerca da IHAC, na realidade brasileira, é possível afirmar que são escassas as publicações, tendo em vista que, ao realizar um levantamento⁷ nos últimos quinze anos, foram encontrados doze artigos, dos quais oito são de natureza quantitativa abrangendo as temáticas de impacto da IHAC sobre os índices de aleitamento materno, avaliação das práticas e a evolução da iniciativa, os demais são de revisão e abordam as evidências científicas, as leis, normas e as experiências com a IHAC e um quali-quantitativo, também com ênfase no impacto desta iniciativa.

Um número maior de pesquisas foi identificado, no Portal CAPES⁸, que apresentou dezessete dissertações onde: três estão voltadas para o impacto da IHAC, uma para a evolução do credenciamento, três ligadas às práticas profissionais, quatro à prática do aleitamento materno, três aos aspectos da relação mãe-filho, duas voltadas para a prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de risco e uma para as questões ligadas à operacionalização dos dez passos. Vale destacar que, das dezessete dissertações, apenas uma é de natureza qualitativa e uma quali-quantitativa.

No que se refere à produção acadêmica de teses, foram identificadas no mesmo portal, cinco que tratam da IHAC, das quais, três estão voltadas para o impacto/reflexo da IHAC e uma para a implantação da iniciativa (duas de abordagem quantitativa e uma quali-

⁷ Periódicos consultados: Revista Femina, Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Revista de Saúde Pública e Revista Pan-americana de Saúde Pública

⁸Fonte: <http://serviços.capes.gov.br/capesdw> (acessada em dezembro de 2008)

quantitativa) e uma qualitativa que aborda os aspectos que envolvem a relação da mãe de prematuro que amamenta, com os profissionais da unidade.

Diante das produções científicas acerca das temáticas, aleitamento materno e IHAC, observa-se que o programa foi criado em meio a um lugar de crítica radical às práticas profissionais, institucionais e de comercialização de leite industrializado, e diante do modelo assistencial vigente, vincula-se os dez passos às estratégias pautadas nos modelos impositivos e positivistas, o que fortaleceu sua avaliação fundamentalmente em resultados quantitativos.

Considerando o fato de a IHAC ter sido criada para promover a implementação da meta operacional da Declaração de Innocenti, ou seja, assegurar que as maternidades pratiquem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, estabelecidos na declaração conjunta OMS/UNICEF, a OMS (2001), buscou produzir um documento capaz de oferecer uma ferramenta para a defesa desses passos e reuniu nesse material as pesquisas que comprovavam as evidências científicas dos dez passos.

Ainda na perspectiva de pesquisas produzidas, Vannuchi (2002), por sua vez, evidenciou em seu estudo realizado na unidade neonatal do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Londrina, que, a partir da implantação da IHAC, houve aumento gradual na utilização de leite humano exclusivo e, concomitantemente, um abandono do uso de fórmulas como única fonte de alimento para os recém-nascidos internados nessa instituição.

Embora Crivaro (2002), em seu estudo, não tenha tido o propósito de verificar o impacto da IHAC, a autora, ao comparar seus resultados aos de Vannuchi (2002), também evidenciou maior prevalência de aleitamento materno exclusivo, nas unidades de cuidados intensivo das instituições Amigas da Criança no município do Rio de Janeiro no ano de 2001. Entretanto, para Silva (2003), os diferentes modelos assistenciais e programas de incentivo e promoção da amamentação ainda não conseguiram atingir seus objetivos plenos de aumentar a frequência e a duração do aleitamento materno exclusivo.

Braun *et al.* (2003), ao estudarem o impacto da IHAC nas taxas de aleitamento materno, verificaram aumento significativo nestas, especialmente nas do aleitamento exclusivo depois da implementação da iniciativa. Coutinho *et al.* (2005) também constataram um impacto favorável da IHAC na frequência de aleitamento materno e no aleitamento materno exclusivo nas maternidades do interior do Nordeste; no entanto, a mesma pesquisa evidencia que não houve mudanças expressivas nessas frequências ao longo dos seis meses de vida.

Diante das evidências científicas, não se pode negar que a IHAC se tornou uma das importantes diretrizes para elevar os índices de amamentação nas redes hospitalares, embora esta iniciativa tenha se voltado mais para as mulheres e crianças saudáveis, pois não se verifica no interior desta proposta menção às situações mais complexas.

Souza (1996), ao estudar as representações da amamentação em dois hospitais, sendo um sem e o outro com a certificação da IHAC, observou que é ilusório acreditar que todos os profissionais de uma unidade materno-infantil sejam capacitados para lidar com os problemas que envolvem a amamentação, pelo fato de estarem aí em jogo inúmeras variáveis. A autora ainda alerta para o fato de se considerar a perceptível dificuldade do profissional para lidar com a relação prevenção x intervenção.

Alves (2006) verificou, em seu estudo sobre amamentação de pré-termos em um Hospital Amigo da Criança, a partir da história de vida das mães, que a postura radical e impositiva dos profissionais desencadeou sentimentos de irritabilidade, angústia e insegurança nessas mulheres. A autora concluiu que as habilidades de aconselhamento em amamentação não eram praticadas no cotidiano desses profissionais. Nessa linha, Padoin (2006) enfatiza que o ato de amamentar não dependerá exclusivamente da mulher, com suas experiências e vivências, mas também das circunstâncias sociais e econômicas que a cercam, devendo prevalecer sua decisão, sem imposição dos profissionais da saúde, determinismo, julgamento preconceituoso ou, ainda, culpabilização.

Vale ainda ressaltar que, atualmente, lidamos com um número crescente de gestantes infectadas pelo HIV, o que nos coloca diante de uma situação conflitante, em que ora as ações pró-amamentação entram em cena, ora amamentar não é indicado. Nesse sentido, fica a reflexão quanto ao discurso que dá sustentação às normas e se distancia das questões que envolvem o humano em sua integralidade.

No Brasil, a atenção à saúde sofreu profundas transformações no século XX, especialmente na década de 90, com a implantação do SUS. A OMS e o UNICEF promoveram nessa época um encontro em busca de mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidas para proteção, promoção e apoio à amamentação. O SUS tem, em seu arcabouço, a integralidade da atenção à saúde como um de seus importantes princípios. A implementação de um modelo assistencial que adote esse princípio deve ser capaz de articular o desenvolvimento de ações nos diversos campos de atenção à saúde – promoção, proteção e reabilitação (COSTA, 2004).

Nessa perspectiva, estudos e pesquisas, ao dar voz aos envolvidos no processo e aprofundar o olhar às reais necessidades da mulher no ciclo gravídico-puerperal em situações especiais, podem ajudar a compreender os processos que perpassam as complexas relações entre aqueles que assistem e os que são assistidos. Este é o foco de uma assistência que intenta ser mais humana e resolutiva.

Em síntese, os desafios estão postos, dadas a amplitude da questão e a necessidade de evoluir o tecnológico e as políticas públicas, aliadas ao cuidado humano, para não se perder o que pode ser realmente essencial.

2.2. A mulher frente ao risco gestacional: da problemática e do contexto político programático assistencial.

No início do século XX, a assistência obstétrica era marcada por partos realizados no próprio domicílio da família, por parteiras; nas décadas seguintes, os partos foram transferidos para o ambiente hospitalar e a assistência passou a ser prestada por profissionais da área médica. (BASILE; YMAYO, 2005).

Assim, cada vez mais, os procedimentos técnicos e intervencionistas, a medicalização e os equipamentos foram adotados, fortalecendo um modelo de assistência obstétrica hospitalocêntrico, e os reflexos dessa tendência se mostram nas altas taxas de cesarianas, chegando a valores inaceitáveis na década de 80 (RATTNER, 2005).

Por volta da década de 60, os questionamentos surgidos a partir de movimentos sociais, como o feminista, clamavam por justificativas científicas para as intervenções adotadas no contexto hospitalar. A busca por evidências científicas começava a apontar para o resgate de valores humanitários (BASILE; YMAYO, 2005).

Em 1984, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), para atender às reivindicações do movimento de mulheres. O PAISM desenvolveu suas diretrizes no mesmo período em que se deu o movimento sanitário, que concebia o arcabouço conceitual que embasa a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal em 1988.

Para Mattos (2001), o movimento feminista contribuiu com a construção da noção de integralidade, além de ter influenciado a elaboração do PAISM. O autor ainda assinala a densa crítica subjacente a esse programa, pautada no modo como as questões e os problemas de saúde da mulher vinham sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde. Ou seja, os problemas de saúde da mulher eram pensados de forma reducionista, sem levar em conta os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres. Dessa forma, esses esforços não foram suficientes para melhorar o quadro em que se encontrava a saúde da mulher brasileira (BONADIO; TSUNECHIRO, 2006).

No Brasil, a mortalidade materna e neonatal se mantém em patamares elevados há mais de 20 anos (ARAÚJO; REIS, 2005). As autoras também reforçam que a atenção ao parto e nascimento é marcada pela medicalização, intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. Para enfrentar esses problemas, o MS propôs o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assumido pelas três esferas (federal, estadual e municipal) de gestão do SUS, em conjunto com outros órgãos de governo e entidades da sociedade civil.

Com esse pacto, o governo brasileiro definiu ações estratégicas para a melhoria da atenção à saúde das mulheres, adolescentes e crianças, colocando também a luta pela redução da mortalidade materna e neonatal como política de estado, porém, com ênfase na preservação dos direitos humanos de mulheres e recém-nascidos, tendo em vista que, em sua totalidade, são mortes evitáveis (FRANÇA; ARAÚJO; NETA, 2005). A meta era reduzir em 15% até o ano 2007 a taxa de mortalidade materna e neonatal (ARAÚJO; REIS, 2005).

A partir do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, algumas ações foram destacadas para serem fortalecidas, como por exemplo:

1. A melhoria da rede hospitalar como um todo, a partir da qualificação e humanização da atenção ao parto e ao nascimento, investimento na rede, criação de centros de parto normal; reavaliação da rede de hospitais de referência para gravidez de alto risco; qualificação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde; gestão humanizada; requalificação da IHAC; vigilância ao óbito materno e infantil; organização do acesso e redução da transmissão do HIV/AIDS e sífilis congênita.
2. O direito da mulher ao alojamento conjunto e a ter um acompanhante na sala de parto; a garantia do acolhimento nos serviços; o acompanhamento à saúde

da mulher trabalhadora e dos recém-nascidos, respeitando suas particularidades e atentando para especificidades no perfil de morbi-mortalidade desses segmentos; a expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal e de ações de concepção e contracepção (FRANÇA; ARAÚJO; NETA, 2005).

Na assistência materno-infantil, o conceito de risco é utilizado há mais de três décadas, desde a conceituação de gravidez de risco. O termo significa a probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável ou dano (LUZ; REIS; COSTA, 2001). “Em termos conceituais, o risco se constitui em uma forma presente de descrever o futuro, sob o pressuposto de que se pode decidir qual é o futuro desejável.” (CASTIEL, 1999 p. 21).

A visão do processo saúde-doença, denominada “enfoque de risco”, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros (BRASIL, 2000). Na organização assistencial à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, estabelece-se um gradiente de necessidade de cuidados. Esta graduação vai desde o mínimo, para os de baixa probabilidade de apresentar algum dano, até o máximo, necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem um agravo, ou seja, apresentam maiores chances de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. (BRASIL, 2000).

Toda gestação traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número delas, essa possibilidade está muito aumentada e é então incluído entre as chamadas gestações que necessitam de acompanhamento especializado. Desta forma, pode-se conceituar gravidez de alto risco como: "aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada." (CALDEYRO-BARCIA, 2000).

Gomes *et al.* (2001), ao estudarem a temática gestação de risco em periódicos da área, observaram que em geral os artigos não trabalham com o conceito de gravidez de alto risco, fazendo menção aos fatores que podem indicar um desfecho que compromete a gestação.

A gestação de risco fetal é aquela que apresenta danos possíveis segundo o resultado perinatal envolvendo o conceito, quais sejam: mortes (aborto, natimorto, neomorto precoce ou tardio) e problemas – pré-termo, baixo-peso ao nascer, malformados e síndromes genéticas (LUZ; REIS; COSTA, 2001). Segundo estes estudiosos, existem fatores apontados em estudos epidemiológicos, sendo estes mais importantes que outros na determinação de um dano específico, como exemplo, a idade materna avançada, determinando a síndrome de

Down. Embora haja uma gama desses fatores para diferentes resultados gestacionais, a maior parte refere ser o baixo peso ao nascer um dos mais relevantes, porque esses neonatos constituem um grupo com altas chances para sequelas no desenvolvimento posterior e influenciam as taxas de mortalidade neonatal, pós-natal e infantil (LUZ; REIS; COSTA, 2001).

Os níveis de atenção terciária, secundária e primária se comunicam entre si através da referência e contrarreferência, no sentido de favorecer a atenção à mulher grávida. A atenção terciária à mulher no ciclo gravídico-puerperal visa a assistir aquelas que apresentam alto risco no pré-natal, no parto e ao recém-nascido. Esse nível de atenção se caracteriza pela alta complexidade de suas ações, pela demanda de equipamentos caros e profissionais altamente capacitados (LUZ; REIS; COSTA, 2001).

A assistência pré-natal tem sido definida como um programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação de mulheres grávidas para que a gestação, o parto e o nascimento se transformem em um processo isento de perigo para mães e crianças. A boa atenção pré-natal às mulheres significa oferecer uma oportunidade única para observar, tratar, manter a saúde da gestante, evitar e controlar riscos, dar apoio e meios de educação para a saúde (CANDEIAS, 1980).

A evolução tecnológica (tecnologia dura) possibilitou o diagnóstico precoce de inúmeras patologias, proporcionando o conhecimento de doenças que antes eram desconhecidas pelo pré-natalista. Atualmente, o objetivo das equipes especializadas em medicina fetal não reside apenas em reconhecer o problema, mas também obter o máximo de informações através de procedimentos fetais e, assim, propor a atitude terapêutica apropriada, agora diante de um prognóstico previsível (SANCHEZ, 2001).

Cabe assinalar que os indicadores de risco fetal – gestação nos extremos das faixas etárias abaixo de 15 e acima de 35 anos; hidropisia fetal; malformações; abortamento habitual; incompetência ístmo-cervical; antecedentes de neo e/ou natimortalidade fetal; antecedentes de parto prematuro ou baixo peso; toxoplasmose; gestação múltipla; hipertensão crônica leve/moderada; retardo do crescimento intrauterino; doença hemolítica; infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana; oligoâmnio e polidrâmnio –, quando presentes, apontam a necessidade de encaminhamento da gestante para uma instituição de referência para assistência a esses problemas que representam risco fetal. Ressalta-se, ainda, que os problemas obstétricos, fetais e neonatais podem estar fortemente relacionados ao contexto socioeconômico-cultural da gestante (BRASIL, 2000).

Nas instituições de saúde, as mulheres são frequentemente submetidas aos procedimentos estabelecidos pelas rotinas institucionais. A clientela torna-se propriedade da equipe, que lhes dita normas e impõe sua própria cultura, por vezes atendendo pouco à pessoa que é cuidada (BONADIO; TSUNECHIRO, 2006). Desta forma, estabelece-se a separação corpo/mente e a mulher é colocada numa postura de passividade e temor em relação ao seu estado (ALBUQUERQUE, 2005).

A maternidade pode suscitar diversos sentimentos, como alegria, realização, incapacidade, medo, angústia, estranheza e confusão frente às perspectivas de novas vivências. Nessa etapa da vida, a mulher, independentemente da situação clínica de risco ou não, vai demandar inúmeras necessidades, entre as quais assistência que contemple acolhimento, preparo, ser ouvida, obtenção de conhecimentos e esclarecimentos, como também apoio no desenvolver de todo o processo do ciclo gravídico puerperal. Nessa linha, acrescentam Almeida e Couto (1996), Fustinoni e Merighi (2003) que o ciclo gravídico-puerperal consiste em um momento ímpar na vida da mulher, repleto de sentimentos ambíguos, que este momento independe de vivências anteriores, por isso precisa ser considerado como singular por aqueles que se propõem a assisti-la no serviço de saúde.

Dias (2006) refere que a gestação não é um evento apenas biologicamente natural na vida da mulher, traz também em sua essência um componente fundamental na ordem do seu papel social, e assim, faz-se importante considerar todos os aspectos que permeiam a mulher gestante, como também compreender que parir e nascer são elementos centrais na reprodução da vida e preservação das espécies. O autor ainda ressalta que em todas as culturas o nascimento é um rito de passagem, através do qual os indivíduos são movidos de um *status* social para outro (DIAS, 2006).

A mulher gestante tem expectativas, desejos, ansiedades e necessidades específicas quanto ao seu atendimento no ciclo gravídico-puerperal. Apesar dessas considerações, Bonadio e Tsunehiro (2006) fazem menção sobre o quanto a assistência pré-natal é predominantemente voltada para o atendimento às necessidades físicas da mulher grávida.

Embora os avanços tecnológicos tenham contribuído com o diagnóstico precoce, possibilitando assim predizer o estado de saúde do conceito, bem como o materno, o parto ainda se apresenta para a maioria das mulheres como um misto de sentimentos, um momento único e o de maior expectativa.

Simões e Souza (1997) ressaltam que o temor e a insegurança da gestante frente ao parto vêm dos tempos mais remotos, tendo em vista a tradição popular, que sempre aliou ao parto a ideia de dor, sofrimento e angústia. Nessa perspectiva, vale ainda ressaltar que esses sentimentos podem assumir um dimensionamento ainda maior para as mulheres que se encontram diante de um diagnóstico, (de possibilidade ou de certeza) de comprometimento à saúde de seu concepto.

No puerpério, a mulher também experimenta as modificações físicas e psíquicas. Este período se inicia com o descolamento e expulsão da placenta quando se interrompe a interação hormonal própria da gestação sendo estimulada a partir daí a interação hormonal da amamentação.

No ciclo gravídico-puerperal, faz-se necessário atentar para outra questão importante que diz respeito ao momento de conhecimento do filho esperado. Após o parto, a mulher precisará consolidar o filho real com aquele fantasiado, sonhado durante todo o período gestacional. Assim, diante da surpresa com o aspecto do filho real, a dificuldade inicial de aceitação e formação do vínculo pais-filho pode ser superada e ocorrer gradativamente, à medida que vão se aproximando e as incertezas, angústias e decepções vão se dissipando (ZAGONEL *et al.*, 2003). Essa dificuldade pode ser agravada quando a imagem do filho esperado é muito distante do filho real.

Souza (2000), ao estudar a mulher no cotidiano do alojamento conjunto, ressalta que, no período do puerpério, ela vivencia felicidade, emoção, cansaço, desespero, dor e preocupação. Este misto de sentimentos acrescidos a outros tende a se intensificar para mulheres cujos filhos necessitam de cuidados especiais. Nesse sentido, a possibilidade de promover a nutrição do filho com o próprio leite, bem como a amamentação, pode ser um dos caminhos para minimizar esses sentimentos negativos e favorecer a formação do vínculo mãe-filho.

Na mesma perspectiva, faz-se relevante também o apoio habilidoso e cuidadoso na ocorrência da impossibilidade materna de amamentar, para minimizar ou evitar os sentimentos de culpa, fracasso, incompetência, possibilitando assim encontrar caminhos alternativos de compensação, satisfação e compreensão materna, como também possibilitar que o vínculo mãe-filho seja consolidado por outros meios, já que a amamentação não está indicada.

Diante das questões apontadas, e considerando toda a complexidade que envolve os aspectos próprios do ciclo gestação-parto e nascimento-puerpério, é possível inferir que esses assumem contornos ainda mais relevantes, quando se trata de uma mulher que vivencia a possibilidade do risco fetal.

Zagonel *et al.* (2003) apontam para a importância de o enfermeiro estar alerta para as necessidades próprias dessa vivência, enfatizando o apoio profissional, diante das múltiplas possibilidades do ser mulher-mãe/gestante-puérpera.

Ainda que se considere o foco das gestações de risco fetal apenas nas questões biológicas, olhando somente para os indicadores anteriormente descritos, ainda assim é possível perceber a complexidade que envolve o difícil cotidiano da mulher que vivencia a gestação na perspectiva de um agravo à saúde de seu filho.

[...] é preciso admitir que a tecnociência proporcionou flagrantes provas de expansão de nossos domínios, mas ao mesmo tempo, em muitas coisas essenciais, permanece uma incômoda sensação de nossa ignorância ter se ampliado (CASTIEL, 1999, p. 35).

Também vale lembrar o papel importante dos profissionais que atuam com essa clientela diferenciada, aliando o lidar com os aparatos tecnológicos, as doenças raras e o cuidado humano, enfrentando seus desafios e dilemas próprios dessa situação. Pensar no cuidado é:

[...] pensar no cotidiano dinâmico que envolve o ser que cuida e o ser que é cuidado, ambos num mundo de trocas, onde se aprende, se sofre, se espera, se acredita, se sonha, a partir de concepções socialmente construídas nas relações entre profissionais, clientes e equipes. (CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007, p. 253).

2.3. Promoção, proteção e apoio à amamentação: o protagonismo da mulher face às situações especiais

O aleitamento materno tem sido tema de fundamental importância para a garantia da saúde infantil, o qual se traduz na edificação de três relevantes pilares erguidos sob a ótica da promoção, proteção e do apoio ilimitado e reforçado à mulher, começando no início da gestação (BRASIL, 2005).

Nos primeiros meses de vida do ser humano, o nutriente mais importante é o leite materno, seus benefícios como um fator protetor contra doenças infecciosas e desnutrição, vêm sendo amplamente comprovados, no meio científico (NOVAK *et al.*, 2001; SPYRIDES *et al.*, 2005). Dessa forma, não se questionam as inúmeras vantagens da amamentação para a criança, a mulher, a família e a sociedade. A amamentação como prática de forma exclusiva até os seis meses, e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, tem demonstrado o potencial transformador no que tange ao crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e até na idade adulta. Assim, iniciar bem a vida significa poder usufruir da prática da amamentação (BRASIL, 2005). O conhecimento produzido nas últimas duas décadas evidencia os agravos à saúde do lactente quando a amamentação não se estabelece, entre os quais: a enterocolite necrotizante, alergias, pneumonia e a diarreia (LONGO *et al.*, 2005).

No que tange à alimentação da criança prematura, faz-se necessário uma atenção especial devido à imaturidade do tubo digestivo. Portanto, ao se lançar mão da utilização de fórmulas lácteas, deve-se considerar as possíveis repercussões, uma vez que a proteína heteróloga deste alimento poderá determinar alterações clínicas mínimas, que podem evoluir seriamente até o desenvolvimento de intolerância alimentar (ROTENBERG, 1999; MARTINEZ; CAMELO, 2001).

Ao se considerar a possibilidade de uma criança nascer com agravos à sua saúde, a amamentação pode ser a possibilidade de dirimir complicações, fortalecer o elo mãe-filho, bem como favorecer a melhoria da vida futura. Contudo, não é fácil para a mulher-mãe que vive essa realidade manter a lactação e chegar ao ato de amamentar. Por isso, ela necessita de muito apoio para ganhar confiança, superar suas possíveis dificuldades e fazer suas escolhas com maior segurança (CRIVARO, 2002). É igualmente importante ter em mente que amamentar um filho que necessita de cuidados especiais pode ser também, para muitas mulheres-mães, a forma de significar o seu papel materno, e para essas, viver este ato pode ter um inestimável valor.

Nessa linha, Santos (2009) observou o quão difícil é para a mãe de filho que necessita de cuidados especiais, vivenciar o processo da amamentação devido a fatores ligados às condições da criança e o longo período de tempo, que a mãe precisa para manter a lactação até que o filho possa sugar, efetivando o fenômeno de mamar e amamentar.

Entre outras, as vantagens da amamentação para a mulher, como a redução do sangramento, de complicações pós-parto e a involução uterina mais rápida são evidenciadas

no meio científico; mas não basta reconhecer o valor da amamentação para a saúde da criança e da mulher, é igualmente importante que os profissionais de saúde que se dedicam a prestar cuidados às gestantes, mães e filhos estejam capacitados para promoverem, protegerem e apoiarem efetivamente à amamentação (SILVA, 1997; NAKANO; MAMEDE, 1999; BRASIL, 2005).

A mulher gestante, puérpera ou nutriz, independentemente de experiências anteriores, vive um momento singular em sua vida, decorrente do novo papel biológico-social, e como tal precisa ser compreendida, sobretudo por aqueles que se propõem a assisti-la nos serviços de saúde (SILVA, 2003; PADOIN, 2006; SOUZA, 2006, SYDRONIO, 2006). Portanto, faz-se necessário estar aberto para apoiar a mulher na sua decisão e/ou (im)possibilidade de amamentar ou não. Nessa assistência à mulher, há de se ter o cuidado de não reforçar a construção social do dever materno em amamentar, para que a partir do respeito a suas possibilidades e desejo, um caminho que aponte para benefícios outros possa ser contemplado. Nessa linha, o estudo de Nakano (2003), que depreendeu de um grupo de mulheres que a amamentação engendrada no universo moral reafirma na prática a condição de ser uma boa mãe, serve como alerta para as práticas assistenciais.

Alves (2006), preocupada com o processo da amamentação envolvendo mulheres-mães de prematuros, que estavam internados em um Hospital Amigo da Criança, identificou, a partir da percepção materna, atitudes profissionais radicais e impositivas. A autora ainda comenta que tal fato demonstra a necessidade de capacitação profissional para a assistência em amamentação, baseada nos princípios do aconselhamento. Nessa perspectiva, Santos (2009) também constatou, em seu estudo, o condicionamento da alta hospitalar com o estabelecimento da amamentação; este fato promoveu estresse materno, e algumas mulheres, ao chegarem em seus domicílios, substituíam de imediato o peito pela mamadeira.

A promoção da amamentação faz parte da política de atenção materno-infantil e a IHAC se constitui como um programa desta política, com enfoque para o cenário hospitalar. Os passos dessa iniciativa resumem as práticas necessárias para apoiar, promover e proteger o aleitamento materno (OMS, 2001). Entretanto o modelo teórico da IHAC se apoia em normas rígidas que por vezes são implementadas de forma verticalizada, na tentativa de modular o comportamento da mulher em favor da amamentação (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Nesse sentido, afirmam Monteiro, Gomes e Nakano (2006) que essa assistência se mostra limitada aos aspectos práticos do cumprimento pela equipe das normas e rotinas da IHAC, reduzindo as possibilidades de compreensão das possíveis reações, frente a essas

ações. A amamentação é um ato compartilhado, que implica o envolvimento de uma série de fatores, ligados à mulher-mãe, ao filho, à família, aos profissionais que prestam assistência e outros. Silva (2003) ressalta que a prática real da amamentação não está na dependência exclusiva de uma decisão previa ou não, ou ainda de conhecimentos sobre o assunto por parte da mulher. A autora também indica que essa prática tem uma trajetória determinada pelo conjunto de interações vivenciadas pela nutriz, dentro do contexto no qual o ato se dá.

Na mesma linha de pensamento, a amamentação é revestida de valores e significados para aqueles que a compartilham, mas deve ser compreendida como possibilidade (SOUZA, 1993; PADOIN, 2006). Devido a sua amplitude e complexidade, os aspectos que envolvem o processo amamentação carecem de especial atenção e efetivo apoio de todos que têm responsabilidade, compromisso e preocupação, não apenas com a saúde da mãe, criança e família, mas também com as possíveis repercussões decorrentes da privação desse apoio na vida dos mesmos (CRIVARO, 2002; SOUZA, 2006).

Assim, um dos grandes desafios para o profissional de saúde tem sido compreender os motivos pelos quais muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos ou optam por não fazê-lo (SILVA, 2003). Vale ressaltar a importância de se compreender a mulher que, embora deseje amamentar, está impossibilitada de fazê-lo por motivos próprios ou pela condição de sua saúde ou do filho.

A construção de um novo olhar sobre o processo amamentação se funda na valorização da dimensão subjetiva, e reconhece a mulher que amamenta como protagonista deste ato (CASTRO; ARAÚJO, 2006; SYDRONIO, 2006). E, assim, compreende também o assistir como um caminho de possibilidades onde as normas e rotinas não dão conta de todas as especificidades próprias do ser e podem conduzir a um cuidado limitado.

Nessa perspectiva, a instituição assistencial pode facilitar ou dificultar a vivência da mulher no processo que compreende uma íntima relação entre o gestar, parir e nutrir, na medida em que o ambiente seja confiável e acolhedor, frio e mecanicista (SIMÕES; SOUZA, 1997). A forma como se dá a prática assistencial pode imprimir, tanto na mulher, filho e familiares como nos profissionais, os mais variados comportamentos e sentimentos da situação vivida.

3 Capítulo

REFERENCIAL FILOSÓFICO

O referencial filosófico para sustentação da análise não foi prévio à etapa de campo, sendo buscado face ao objeto de estudo e à produção de informações.

A fenomenologia, ciência do ser e dos entes surgida da base estabelecida por E. Edmund Husserl, parte da hermenêutica da pré-sença como analítica da existência (SOUZA *et al.*, 2004), e ao estudar a descrição dos fenômenos humanos e seus significados se mostra como caminho para a compreensão do vivido no assistir em amamentação.

Dentro desta corrente de pensamento, a filosofia de Martin Buber (1878-1965), interessada no sentido da existência do ser humano em relação dialógica e permeada por uma responsabilidade ética, se coloca como possibilidade de iluminar os fatos emergidos do estudo. Para este movimento, apresentam-se neste capítulo as bases teóricas de sua proposta filosófica.

A ontologia da relação tornou-se fundamento para uma antropologia que se voltou para uma ética do inter-humano; assim, o homem é um ente de relação e a relação é essencial ou fundamento de sua existência (BUBER, 2006). Desta forma se dá o encontro do pensamento buberiano com a abordagem fenomenológica, considerando que os filósofos que representam esta corrente de pensamento também partem do entendimento do homem como ser com o outro situado no mundo da vida.

As obras de Buber foram desenvolvidas em articulação com sua vida e, assim, uma serviu de construção à outra. Seus trabalhos dotados de criatividade revelam a cada passo o vínculo entre o compromisso e o desempenho do pensamento e da ação. Este pensador representa um exemplo do verdadeiro vínculo de responsabilidade entre reflexão e ação, entre práxis e logos (BUBER, 2006).

Uma das características marcante do espírito filosófico buberiano é o sentido do humano a fim de resgatar a dignidade da responsabilidade que lhe é inerente na construção de um mundo mais humano. Ele vivia intensamente e pôde superar todas as suas dificuldades, buscando uma solução para o problema existencial do homem na atualidade. Buber via sua missão como uma resposta à vocação que havia recebido: a de levar os homens a descobrirem

a realidade vital de suas existências e a abrirem os olhos para a situação concreta que estavam vivendo. Assim conseguiu unir de modo singular a reflexão e a existência concreta. Nessa linha, seus esforços ontológicos aparecem entrelaçados com reflexões e práticas (BUBER, 2006).

A fonte de seu pensamento foi sua própria vida, e esta é a manifestação histórica de suas convicções. Este pensamento com seu testemunho e sua mensagem significa ainda, ao pensamento filosófico propriamente dito, rica seara daquilo que hoje chamamos de experiências não-filosóficas, seara sem a qual a Filosofia poderia ser pensamento adequado, mas que nada teria a dizer (OLIVEIRA, 2005). Seus engajamentos em causas políticas, às vezes polêmicas, refletiam a convicção de que ainda é possível, em tempos críticos, esperar do humano e acreditar na capacidade do homem em buscar o caminho para além de todos os sistemas, doutrinas, dogmas e ideologias. Dessa forma, esse autor representa o comprometimento da reflexão com a existência concreta conjugando-a ao vínculo da práxis e do logos.

O pensamento de Buber aponta para a original posição do delineamento em relação ao acesso ao outro e comporta uma decisão de salvaguardar a alteridade do TU, que para tanto precisa de esclarecimento de si. Em linhas gerais, esta filosofia se desenvolve em torno da distinção fundamental entre o mundo objetivo do ISSO e o da pessoa do TU, consistindo sua originalidade no descobrimento do essencial da relação destas duas esferas com o EU (OLIVEIRA, 2005).

A perspectiva EU e TU não é simplesmente uma descrição fenomenológica das atitudes do homem no mundo ou simplesmente uma fenomenologia da palavra é também, e sobretudo, uma ontologia da relação. É possível dizer que sua principal concepção se refere ao sentido do conceito de relação para designar aquilo que de essencial acontece entre seres humanos e entre o Homem e Deus. A base EU e TU não é constituída por conceitos abstratos e sim pela própria experiência existencial se revelando, efetuando-se como uma verdadeira fenomenologia da relação (BUBER, 2006).

Para Zuben (1984), a solicitação excessiva do meio social, profissional e ambiental leva à quase impossibilidade de um contato do homem consigo mesmo através da reflexão. O homem vai à busca de todas as fórmulas e receitas prontas, e nesse fluxo se nega a criatividade, sufoca sua imaginação e as questões essenciais passam a ser meramente utilitárias. Ainda ressalta o autor que o humano não é mera soma de setores, cujos contornos e regras particulares são definidos por diferentes ciências.

A partir de uma compreensão existencial atribuída à gênese do vivido pelo ser homem e como princípio do diálogo, Buber (2006) apresenta a dupla possibilidade de existir como homem, sendo que nesta estrutura dual, há dois mundos e duas relações. A relação para EU-TU e relacionamento para EU-ISSO. Ainda para o autor, TU e ISSO são as duas fontes onde a eficácia da palavra se desenvolve, constituindo assim a existência humana. Nessa linha de pensamento, o TU é primordial e o ISSO posterior ao TU.

A partir deste encontro existencial do EU com o TU ambos tornam-se ser-no-mundo e ser-no-mundo-com-o-outro, pois ocorre por meio da atitude de relação, a percepção do EU sobre o TU e vice-versa, bem como uma ação do EU sobre o TU e do TU sobre o EU (SCHAURICH; PADOIN, 2008, p. 35).

Para Buber (2006), não há um EU em si, mas apenas o EU, da palavra-princípio da relação EU-TU e o EU da relação EU-ISSO". A relação EU-TU constitui, pois, o nó do pensamento buberiano, isto é, originalmente a sociabilidade, por oposição à estrutura sujeito-objeto, não sendo esta necessária como fundamento daquela.

A significação central do pensamento de Buber (2006) se fundamenta nessa sua reivindicação de uma relação com o outro, essencialmente distinta de qualquer relação semelhante do outro como objeto ou a uma invenção psicológica dessa relação. Esta filosofia deve ser então compreendida como uma filosofia do encontro, ou do diálogo. O fato antropológico primordial, para esta personalidade, é a relação. Nessa linha, o autor afirma que essa relação ocorre na forma de reciprocidade e no diálogo.

Segundo Buber (2006), o homem, um ser de relações, ao defrontar-se com o mundo, se atualiza pelas palavras-princípio que o EU pode proferir. Mesmo sendo capaz de múltiplas experiências nessa filosofia dialogal, pode relacionar-se de duas formas com os outros seres: tomando-os por objetos ou colocando-se na presença deles. Essas duas atitudes são expressas por aquilo que o autor chama de palavras-princípio, respectivamente, a palavra-princípio EU-ISSO e a palavra princípio EU-TU.

No pensar de Buber (2006), o homem tem duas maneiras de se aproximar do mundo, colocando-se no face a face da presença do TU ou tomando as coisas como um ISSO, como objetos. O ser humano percebe, experimenta, representa, quer, sente ou pensa alguma coisa, mas tudo isso, a que Buber se refere como atividades do âmbito dos verbos transitivos, são da esfera do ISSO. O autor, no entanto, lembra que a vida do ser humano não se restringe apenas a esse domínio. O homem não se aproxima do mundo somente pela experiência. Ao proferir a

palavra-princípio EU-TU, fundamenta um modo de se aproximar do mundo diferente do da experiência. “Se o homem não pode viver sem o Isso, não se pode esquecer que aquele que vive só com o Isso não é homem.” (BUBER, 2006 p.37) aliena-se.

A dupla atitude que o homem tem diante do mundo, graças à dupla palavra-princípio, EU-TU e EU-ISSO, significa dois mundos: o mundo da relação EU-TU é a relação ontológica, esteio para a existência dialógica e o chamado mundo do EU-ISSO, que instaura o vínculo objetivamente, lugar e suporte da experimentação, do conhecimento, da utilização “reino dos verbos transitivos.” (ZUBEN, 1984) .

O Eu da palavra-princípio EU-TU chama “pessoa” e, sendo assim, essa palavra-princípio só pode ser proferida pelo ser em sua totalidade. Embora Buber empregue o pronome pessoal TU, este não se refere necessariamente à pessoa, assim como o Isso não se refere exclusivamente a coisas e objetos. Ambos TU e ISSO podem referir-se a pessoas, seres da natureza, objetos de arte e mesmo Deus (OLIVEIRA, 2005).

A situação cotidiana nada mais é do que a relação que une o homem ao mundo, ao ser proferida uma ou outra palavra-princípio. A relação acontece entre o homem e o que lhe está em face. O EU-TU e o EU-ISSO evidenciam as relações que se estabelecem entre o homem e os seres que o envolvem no mundo cotidiano, no universo cultural individual ou social. A esfera primordial da relação humana é a esfera do “entre”, lugar primordial e existencial onde acontecem os eventos autenticamente inter-humanos –inter-relações- (ZUBEN, 1984).

A relação EU-TU acontece na presença, ou seja, quando um TU se apresenta ao EU. Presença aqui não significa um instante cronológico, pontual, mas o que aguarda e permanece diante de nós. Toda vez que esta presença acaba é que posso então descrever, situar, conceber. Porém, quando isso acontece, já não se trata mais de um TU. É o que afirma Buber: “Eu não experiencio o homem a quem digo TU. Eu entro em relação com ele no santuário da palavra-princípio (dialogal). Somente quando saio daí posso experienciá-lo novamente. A experiência é o distanciamento do TU.” (BUBER, 2006, p. 57).

Disso decorre o fato de o filósofo referir-se à palavra-princípio EU-TU como originária e anterior à relação EU-ISSO. Somente depois da atualidade da relação com o TU, é que posso referir-me, no passado, a essa relação. De fato, Buber coloca a palavra-princípio EU-ISSO no tempo passado. O tempo e o espaço fazem parte do mundo do ISSO, enquanto não fazem sentido algum para o mundo do TU (OLIVEIRA, 2005).

Quem está na relação participa de uma atualidade, quer dizer, de um ser que não está unicamente nele nem unicamente fora dele. Toda atualidade é um agir do qual eu participo sem poder dele me apropriar. Onde não há participação não há atualidade. Onde há apropriação de si não há atualidade. A participação é tanto mais perfeita, quando o contato do Tu é mais imediato (BUBER, 2006, p. 92).

Ainda no pensar de Buber, vale ressaltar os quatro aspectos essenciais a qualquer relação EU-TU: a reciprocidade, a presença, a imediatez e a responsabilidade. A reciprocidade indica a existência de uma dupla ação mútua entre os parceiros da relação, sendo assim, relação é reciprocidade EU e TU. É na esfera humana que a reciprocidade pode atingir seu grau mais elevado. Na relação dialógica, a reciprocidade rompe o imanentismo do EU, lançando-o no encontro face a face. É aí que o EU e o TU se presentificam e a presença é justamente esse instante da reciprocidade. Esta presença recíproca é a garantia da alteridade preservada. Além disso, nenhum meio, sejam ideias prévias, antecipações ou esquemas, se interpõe entre os parceiros do encontro, o que torna a relação imediata, direta. O problema da responsabilidade é situado por Buber (2006) imediatamente no campo da vida vivida. Na realidade, a vida humana é vivida em situações concretas de relações inter-humanas. A verdadeira responsabilidade se encontra onde há possibilidade de resposta. A responsabilidade se torna então o nome ético da reciprocidade, uma vez que a resposta autêntica se realiza em encontros inter-humanos no domínio da existência em comum. As palavras de nossa resposta são pronunciadas na linguagem da ação.

O diálogo se dá entre as pessoas envolvidas e seu sentido está neste intercâmbio, na inter-ação. O movimento do diálogo consiste no voltar-se-para-o-outro, ou seja, quando a ele dirigimos nossa atenção. Constitui um erro a noção do homem moderno que o voltar-se-para-o-outro não está de acordo com a vida atual e que isso seja impraticável no tumulto desta vida. Com este pensar, o homem consente que essa situação lhe ordene em vez de estipular qual o espaço e qual forma ele deve conceder à existência do outro (ZUBEN, 1984).

Na relação EU-TU, não conheço o outro do mesmo modo que tomo conhecimento de um objeto. Assim, na relação terapêutica, o que conta não é o método ao qual toda relação deve se submeter em vista de seu esclarecimento. O que conta é o profissional, de um lado, e o paciente, de outro. Embora o profissional não possa desvencilhar-se de toda tipologia, ele deve reconhecer que em certos momentos, a pessoa (paciente) em sua unicidade se defronta no face a face com a pessoa única do profissional. Mesmo que não se possa renunciar a métodos e tipologias, deve-se, no entanto, saber em que momento se pode colocá-los de lado

e tornar-se presente no encontro. É no presente que se esconde o que pode tornar-se e este é confirmado com o outro em sua experiência dinâmica, onde um é experiência do outro, nesta mútua aceitação reside a responsabilidade do diálogo.

Nessa perspectiva, o fato primitivo na filosofia de Buber é a relação para, em seu escopo último, apresentar uma ontologia da existência humana, explicitando a existência dialógica ou a vida em diálogo com as principais e seguintes concepções: palavra, relação, diálogo, reciprocidade como ação totalizadora, subjetividade, pessoa, responsabilidade, decisão-liberdade, inter-humano.

Segundo Buber (2006), os pensamentos biologicista, mecanicista e o historicista de nosso tempo, embora possuam suas diferenças, colaboraram para formar uma fé na fatalidade mais tenaz e angustiante do que em todas as periodizações anteriores. Não é mais o poder do Karma nem o poder dos astros que regem a sorte dos homens. O dogma do curso inevitável das coisas não deixa lugar à liberdade, nem para a revelação mais concreta, aquela cuja força serena modifica a face da terra, a conversão. Este dogma desconhece o homem que pode vencer a luta universal pela conversão. A única coisa que pode ser fatal ao homem é crer na fatalidade, tendo em vista que esta crença impede o movimento de conversão. A bem da verdade, tal dogma deixa subjugar-se mais profundamente no mundo do ISSO. No entanto, o mundo do TU não é fechado.

A filosofia de Buber não é um caminho traçado a partir de um mundo conceitual de abstrações, inócuo e vazio. Ela surge de experiência vivida na concretude existencial de cada ser humano. Não é um constructo teórico forjado para o bem de uma causa, de uma doutrina polemizante, mas é um verdadeiro existencial (BUBER, 2006). É uma proposta teórica para a construção de uma comunidade em que o princípio ético, ao lado do princípio político, encontra a unidade de sua realização a partir de uma relação dialogal.

Nesse pensar, considera-se que a assistência à mulher e ao conceito/criança com risco se reveste do princípio político e ético. Vale ressaltar que é uma discussão de compromisso ético que se coloca nessa linha do cuidado. A perspectiva de desvelar como vem se dando o assistir em amamentação e como pode ser a construção de uma proposta a partir do diálogo dos membros da comunidade que constitui o mundo institucional é uma possibilidade de se engendrar uma práxis.

Nesta inter-ação, a palavra revela o discurso implícito, que é o institucional, e o assistencial da relação profissionais que assistem e mulheres assistidas. As reflexões de Buber acerca das relações inter-humanas possibilitam lançar luz para desvelar o que pode estar encoberto no contexto de relações assistenciais que envolvem o mundo do EU-TU e do EU-ISSO. Essa linha teórica se efetua nas relações do sujeito com o mundo e com o outro, trazendo subsídios de compreensão a partir do sentido da experiência concreta do primado do vivido.

O conhecimento científico é necessário e indispensável, mas na relação terapêutica ele não deve prevalecer em detrimento da dualidade das pessoas que se relacionam mutuamente no diálogo. No processo de assistir em amamentação, onde se dá a relação EU-TU nessa comunidade de profissionais e clientes, preservar a dualidade de pessoas que estão mutuamente dialogando é um princípio que permite o ouvir um ao outro, para que tal interação possibilite a transformação, a renovação como responsabilidade de um melhor assistir.

QUADRO METODOLÓGICO

4.1. Pesquisa convergente assistencial

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) é uma modalidade de pesquisa desenvolvida por Trentini e Paim (2004). Segundo as autoras, a inspiração para elaboração desse método veio da pesquisa-ação de Kurt Lewin. Embora Trentini e Paim (2004), no processo de construção, tenham pensado na área da enfermagem, elas referem que este método pode ser aplicado em outras áreas assistenciais.

A PCA sempre requer participação dos sujeitos da pesquisa, está orientada para resolução ou minimização de problemas na prática de saúde, para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações em determinado contexto da prática assistencial, o que poderá levar a novas construções teóricas. Nessa linha, a PCA é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada, numa relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004). Portanto, também se propõe a refletir a prática assistencial, a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto. Assim, o ato de assistir/cuidar é parte do processo de pesquisa.

Nessa modalidade, as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa. Porém, tanto a PCA quanto a assistência têm fronteiras no que se refere à tipificação de conhecimento que se vincula aos aspectos éticos, ao rigor científico que lhe é pertinente e à finalística de suas respectivas atividades. Essa abordagem aponta no sentido de ser possível favorecer a compreensão da teia de relações sociais e culturais, que se estabelece no interior da instituição, oferecendo então relevantes dados de investigação. Na PCA, o pesquisador enfatiza o “pensar” e o “fazer”, buscando percorrer um processo de ordem crescente que vai do “como estamos?”, “o que fazer?” para o “como fazer?” e deste para o “por que fazer?” (TRENTINI; PAIM 2004).

Ainda para as autoras, a dança da PCA se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência. A trajetória da PCA compreende cinco fases: Concepção; Instrumentação; Perscrutação; Análise; Interpretação.

4.1.1. Fase de Concepção

Esta é caracterizada pelos passos iniciais da pesquisa em direção ao discernimento do objeto de pesquisa. A experiência profissional e a revisão de literatura conduzirão a reflexão do campo de atuação. Dessa forma, o tema emerge da prática profissional cotidiana, ou seja, o problema está situado no plano assistencial e seu desdobramento em problemas específicos, a partir da participação dos envolvidos no processo assistencial. Para Thiollent (1988), o tema de pesquisa deve interessar tanto à população quanto aos profissionais, caso contrário não haverá participação e conseqüentemente não haverá eficiente desempenho. Para Trentini e Paim (2004), as mudanças no contexto da prática só ocorrerão se houver mudança de mentalidade dos envolvidos. Entretanto, os objetivos do projeto de pesquisa podem ir além da intencionalidade de toda PCA, que é o benefício da própria mudança de mentalidade.

A questão de pesquisa provê respostas que explicam, descrevem, identificam, substanciam, predizem e qualificam uma realidade.

4.1.2. Fase de Instrumentação

É caracterizada pelos procedimentos metodológicos que incluem a escolha: do espaço da pesquisa, dos participantes, das técnicas para obtenção e análise das informações. O espaço físico depende do enfoque da pesquisa e da presença de pessoas engajadas em atividades assistenciais – portanto, é aquele onde foi identificado o problema. A escolha dos participantes na PCA não adota critérios rígidos de seleção e amostra, porque valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. Os participantes

são partes integrantes do estudo e nesta participação ativa incentiva-se, por exemplo, a apresentação de sugestões e críticas, validar e, divulgar resultados de outra natureza.

Este método pode aglomerar várias estratégias e técnicas que se destinam a obter informações com dupla intencionalidade: produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o progresso da saúde dos informantes pela prática assistencial.

4.1.3. Fase de Perscrutação

Na PCA, ao eleger qualquer estratégia de coleta de informações, será preciso estar atento para considerar as que viabilizam a obtenção das informações. A dinâmica do processo será movida por essas estratégias que nascem da criatividade dos pesquisadores, numa abordagem que inclui o respeito à compatibilidade de recursos e adequação aos próprios métodos.

Pelo caráter da PCA que não é pergunta e resposta, inquérito, mas diálogo e escuta sensível por parte do cuidador/pesquisador, a repetição, a duração, a continuidade, a participação e a familiaridade do pesquisador com a assistência representam certa marca de tipicidade da investigação. Assim, qualquer estratégia que seja declarada face a face, seja em grupo ou individualmente pessoa a pessoa, é garantida pelo caráter de convivência e intimidade com os dados e os registros. Dessa forma, as estratégias podem transitar de individuais para coletivas, tendo em vista que tais variações se modulam pelo movimento da assistência e visam o refinamento de informações e compreensões.

4.1.4. Fase de Análise

O propósito da PCA é investigar fenômenos do contexto assistencial, que em sua maioria são complexos e multifacetados, pois incluem dimensões de natureza humana e tecnológica, fornecem informações para pesquisa tão diversificadas e em grande quantidade como a experiência cotidiana da equipe e do grupo de clientes.

Aqui os processos de assistência, de coleta e análise de informações ocorreram simultaneamente, facilitando a imersão gradativa do pesquisador nos relacionamentos das informações, a fim de refletir sobre o como fazer as interpretações e descobrir vazios que poderiam ser preenchidos ao longo do processo.

Devido à sua natureza versátil, a PCA propicia a utilização de métodos combinados na coleta e na análise das informações, podendo ser aqueles utilizados nos estudos qualitativos de natureza etnográfica, ou nos fenomenológicos e naquelas baseadas na teoria fundamentada nos dados.

Em qualquer tipo de pesquisa qualitativa, a análise das informações consta de quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização, que ocorrem de maneira mais ou menos sequencial. (TRENTINI e PAIM 2004 apud MORSE e FIELD, 1995, p. 92).

4.1.5. Fase de Interpretação

A interpretação na PCA, como em qualquer outro tipo de pesquisa, compreende três processos fundamentais: síntese, teorização e transferência. Em pesquisa qualitativa, o processo de síntese é a parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações. Assim, o pesquisador precisará imergir nas informações captadas na fase de apreensão e conseguir completa familiaridade com elas, além de desenvolver um profundo trabalho intelectual.

No processo de teorização, o pesquisador desenvolve um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante a fase de síntese. Iniciar uma teorização consiste em descobrir valores contidos nas informações, que auxiliarão a formular pressupostos e questionamentos. E esta só será alcançada por meio de um trabalho intelectual e rigoroso de “quebra-cabeça”, que consiste em alçar as informações obtidas em alto nível de abstração. A interpretação é feita à luz da fundamentação teórico-filosófica, de forma a proceder à associação desta com os dados analisados. A partir daí, torna-se imprescindível a formulação de novos conceitos, definições e inter-relações (TRENTINI; PAIM 2004).

A transferência de resultados consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, e que isso não seja entendido como poder de generalização. Ao contrário, a transferência tem a

intenção de socialização de resultados singulares, e até mesmo nessa busca, arriscar a justificação de adaptações que venham a ser feitas.

Enfim, qualquer que seja o processo atingido com os resultados da PCA, eles contemplam dois sentidos. O primeiro envolve-se diretamente com a questão-problema de pesquisa dentro do cenário assistencial. O segundo compreende a ampliação desses resultados em processo, na ótica da cobertura do cenário assistencial como um todo. (TRENTINI; PAIM 2004, p. 97).

Em consonância com este pensamento, Buber (2007) ressalta que “A natureza do conhecimento não é a do espetáculo em que o espírito contempla, de fora, seu objeto, mas sim a da iniciação, em que o iniciado participa diretamente na “dança”, “penetra” a realidade que pretende conhecer.” (p. 13). Ainda para o autor, aquele que estuda sem a intenção de agir produz um conhecimento desvinculado da ação e este pode ser considerado estéril. Dessa forma, as autoras do método afirmam que a PCA cobre duas classes de resultados: a ligada ao problema de pesquisa e a ampliação do resultado, de modo a explicitar seus reflexos na qualidade da assistência no âmbito de atuação da pesquisa.

4.2. Trajetória do estudo

4.2.1. Opção metodológica

No presente estudo, a escolha do caminho metodológico para a investigação não foi aleatória. A especificidade da problemática explorada encontra-se em consonância com a pesquisa qualitativa, que possibilita trabalhar com o universo de significados e sentidos que as pessoas atribuem no mundo social, e em como compreendem esse mundo. Enfim, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos, exigindo que o pesquisador questione suposições do senso comum, de ideias tidas como concretas e aprofunde-se no significado das ações, e das relações humanas (LUDKE; ANDRÉ, 1986; MINAYO *et al.*, 2003; POPE; MAYS, 2005).

Assim, essa abordagem possibilitou o olhar crítico para as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação conjugadas, com um modelo voltado para a assistência de

alta complexidade de atenção à saúde da mulher e da criança, necessário e fundamental para a descoberta do que emergiu do mundo vivido, no cotidiano de uma prática social em movimento. Nesse caminhar, o método de escolha para o desenvolvimento da investigação apoiou-se na PCA. Foi possível desenvolver a compreensão da teia de relações sociais e culturais, estabelecida no contexto institucional, oferecendo relevantes dados a partir do conhecimento de vivências das mulheres assistidas e profissionais no processo assistencial, identificando possibilidades de resolução ou minimização de problemas vividos por estes.

4.2.2. Fase de Concepção

Na PCA, o tema emerge da prática profissional cotidiana, ou seja, o problema está situado no plano assistencial. Desta forma, o tema em estudo surge da prática assistencial em uma instituição que atua com a alta complexidade e desenvolve ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, e por vezes as implicações dessas ações têm seu desdobramento em problemas específicos. A partir do vivido com profissionais das equipes envolvidas no processo assistencial e com as clientes (gestantes e mães) foco da assistência, concebeu-se o tema de pesquisa: mulher e assistência à amamentação no contexto hospitalar de alta complexidade.

4.2.3. Fase de Instrumentação

Escolha do espaço físico da pesquisa

A delimitação empírica do campo está relacionada com o espaço social, onde ocorrem relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa, espaços onde as pessoas estão engajadas nas atividades assistenciais.

No presente estudo, trata-se de uma instituição pública, técnico-científica com uma identidade construída em torno da pesquisa, formação de pessoal e da assistência de referência. Essa instituição opera no nível da atenção terciária, compreendida como assistência de alta complexidade à saúde da mulher, do conceito e da criança.

As peculiaridades que envolvem esse espaço social possibilitaram profícuas contribuições. Nesse sentido, considerou-se o campo e seu tamanho adequado à proposta do estudo. Delimitaram-se mais especificamente como espaço de investigação, as unidades institucionais que promovem uma atenção direta à mulher no ciclo gravídico-puerperal, vinculadas aos Departamentos de Obstetrícia, Neonatologia e ao Banco de Leite Humano.

Escolha dos participantes

A proposta inicial de estudo foi apresentada aos responsáveis pelos departamentos indicados como campo, para apreciação e viabilidade de uma intervenção do tipo PCA. Neste sentido, a atual direção da instituição também tomou conhecimento do projeto e ofereceu apoio dentro de suas possibilidades. Todos os responsáveis autorizaram o desenvolvimento do estudo em documento assinado, bem como a divulgação do nome da instituição. Logo após concordância dos mesmos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira. Depois de sua aprovação, em parecer de 22/07/2009 com número de registro 274149 (Anexo 2), iniciou-se a fase de busca aos participantes pesquisadores.

Nesse caminho, selecionou-se um grupo de pessoas no total de 52 (31 profissionais e 21 mulheres/gestantes e mães), que foram escolhidos intencionalmente em função de sua relevância social, dentro da situação estudada. No caso particular, não se trabalhou com amostra numérica. A PCA valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações.

Cabe registrar que, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), as mulheres assistidas e os profissionais pertencentes ao espaço de investigação foram convidados a participar da pesquisa e foram informados sobre o estudo, todos os procedimentos da atividade de grupo, bem como do direito de desistir a qualquer momento da participação na mesma.

Nessa linha ainda foi reforçado que sua participação, além de voluntária, não acarretaria em custo ou compensações financeiras, como também não haveria nenhum prejuízo à sua assistência, ao seu trabalho ou à sua pessoa, mesmo em caso de desistência, e suas respostas seriam mantidas em sigilo, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos participantes (Apêndice 1).

Os profissionais sujeitos participantes da pesquisa foram: técnicos de enfermagem das áreas neonatal, obstétrica e banco de leite humano (TECN, TECO, TECB); enfermeiras obstetras e neonatologistas (EO e EN); médicos obstetras, neonatologistas e pediatras (MO, MN e MP); fonoaudiólogas (F); nutricionistas (N); psicólogos (P); e assistentes sociais (AS). Diante do compromisso em preservar a identidade dos mesmos, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, optou-se por manter em sigilo o número de participantes por categoria, e os mesmos foram identificados com as iniciais de sua categoria profissional descrita entre parênteses.

Entre as mulheres assistidas pela Instituição convidadas para o estudo, nove eram gestantes e 13 mães, isto é, já se encontravam no período de pós-parto com filhos vivos, uns recém-nascidos e outros com mais de 30 dias internados na UTI-neonatal. Para identificar suas falas, optou-se por nominar com pseudônimo iniciado com a letra (G) as gestantes e com a letra (M) as mães. Vale destacar, mais uma vez, que nesta modalidade de pesquisa valoriza-se a importância social dos participantes, suas práticas, vivências e não a amostra numérica. Assim, a representatividade dos sujeitos significativos foi julgada e a escolha decidida a partir da disponibilidade e desejo de participação.

Na PCA, os participantes não assumem apenas a condição de informantes, constituem parte integrante do estudo e sua participação ativa aconteceu de várias maneiras: apresentaram sugestões, críticas, validaram e divulgaram os resultados em processo.

4.2.4. Fase de Perscrutação

Estratégia de obtenção de informações

O método convergente assistencial agrega diversas técnicas de pesquisa social e consiste na participação dos envolvidos no espaço assistencial. Nessa perspectiva, pesquisa, assistência e participação são elementos centrais desta metodologia. Da articulação desses três elementos emerge outro que unifica, denominado de convergência, e este articula a teoria e a prática (TRENTINI; PAIM 2004). A participação imprime uma conotação democrática no processo configurado pesquisa-prática.

Para a produção de informações, utilizou-se a técnica do Grupo de Convergência. Os grupos de convergência (GC) para a prática reflexiva foram valorizados neste estudo, tendo em vista a possibilidade de o processo grupal ajudar as pessoas a explorarem e clarearem a visão sobre o problema, o que seria menos facilmente acessível numa entrevista face a face individual (TRENTINI; PAIM, 2004; POPE; MAYS, 2005).

O GC realizado com as mulheres foi desenvolvido no sentido de conhecer na ótica da mulher como se dá a assistência à amamentação no contexto da alta complexidade, no qual a clientela possui um perfil diferenciado em diversidade, bem como identificar suas demandas assistenciais no que tange ao aleitamento materno. Nesse sentido, foi importante pesquisar os aspectos assistenciais relacionados ao aleitamento materno em todo o ciclo gravídico-puerperal. Era pretensão deste estudo o seguimento do grupo de gestantes até o período de pós-parto, ou seja, ter as mesmas mulheres participantes do período gestacional ao pós-parto, mas isto não foi possível, devido às peculiaridades vividas por estas mulheres, tais como situação clínica e período gestacional distintos. Diante desta circunstância, foi necessário realizar nexos para a produção destas informações.

Em nosso cotidiano assistencial, tivemos a oportunidade de acompanhar seis das nove participantes gestantes, entre as quais duas perderam seus bebês antes do nascimento, duas um pouco depois do nascimento e duas participaram do grupo no período de pós-parto. Diante da necessidade em conhecer a assistência em aleitamento materno e necessidades vinculadas a este assistir, no decorrer de sua estada na instituição, optou-se por realizar grupo com mulheres que estavam vivenciando a maternidade do filho atual, independentemente de terem participado na fase gestacional.

No grupo de profissionais, foi fundamental ter a participação de todas as categorias profissionais para a produção de informações relevantes ao processo assistencial. Como não seria possível reunir em um só grupo todos os profissionais com representatividade social, disponibilidade e desejo em participar, no sentido de se obter uma boa dinâmica para o alcance da profundidade e diversidade das informações, considerou-se importante subdividir os profissionais em cinco grupos. Esta alternativa também facilitou atender às demandas de possibilidades para a participação da maioria. Os mesmos retornaram mais uma vez para a atividade grupal, com exceção de cinco, que não puderam comparecer ao segundo encontro.

Os grupos de profissionais foram organizados com o intuito de pesquisar o enfoque do assistir, identificando os obstáculos para a realização das ações assistenciais importantes para

o apoio, promoção e proteção à amamentação, as demandas profissionais para desenvolverem a assistência ao aleitamento materno e as propostas para a melhoria desse assistir.

A dinâmica nos grupos de mulheres e profissionais foi desenvolvida a partir de uma questão inicial para cada grupo (gestantes, mães e profissionais). Vale registrar que tais questões tiveram origem em momentos distintos no contexto assistencial, e embora tenham sido diretivas, houve espaço para as expressões e colocações pessoais para além da assistência à amamentação.

Para maior esclarecimento de como ocorreu a realização dos grupos convergentes, foram elaborados os quadros abaixo, demonstrativos da etapa de campo.

Quadro 2 - Grupos de clientes participantes do GC

Gestantes e Mães			
SUJEITOS	Nº. PARTICIPANTES	DATA DE REALIZAÇÃO	TEMPO DE ATV./GRUPO
Gestantes	02	12/08/2009	00:59min.
Gestantes	03	18/08/2009	01:59 min.
Gestantes	04	26/08/2009	01:30 min.
Mães	02	09/10/2009	00:52 min.
Mães	11	25/11/2009	02:15 min
TOTAL	22*	5 grupos	-

*Duas mulheres incluídas no grupo de mães participaram da atividade grupal no período gestacional. Fonte: próprio autor.

Quadro 3 – Grupo de profissionais participantes do GC

Profissionais			
SUJEITOS	Nº. PARTICIPANTES	DATA DE REALIZAÇÃO	TEMPO DE ATIV/GRUPO
Profissionais (N.Superior)	07	17/08/2009	01:15min.
Profissionais (N.Superior)	06	25/08/2009	01:18 min.
Profissionais (N.Médio)	06	27/08/2009	01:04 min.
Profissionais (N.Superior)	06	03/09/2009	01:16 min.
Profissionais (N.Médio)	06	10/09/2009	01:39 min
Profissionais (N.Superior)	03	30/11/2009	00:40 min.
Profissionais (N.Superior)	06	01/12/2009	01:33 min.
Profissionais (N.Superior)	06	03/12/2009	01:35 min.
Profissionais (N.Médio)	05	07/12/2009	01:04 min.

Profissionais (N.Médio)	06	09/12/209	01:39 min
TOTAL	31*	10 Grupos	

* Refere-se ao número total de participantes sem contudo considerar o retorno dos mesmos em mais um dia de atividade de grupo. Fonte: próprio autor.

Vale considerar que essa técnica também permitiu, a partir do desencadeamento da discussão encorajada pelo moderador, a exploração dos assuntos importantes para os participantes vinculados à temática, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e procurando suas prioridades. Nessa dinâmica de atuação, como coparticipantes e copesquisadores, abriu-se a possibilidade de levar a pesquisa para direções novas e inesperadas a partir da reflexão, discussão e compartilhamento de experiências e conhecimento favorecidos pela mesma.

Nessa perspectiva, como ressaltam Trentini e Dias (1997), na estratégia de GC é importante que cada grupo passe pelas fases denominadas de Quatro Erres (4R) (reconhecimento, revelação, repartir e repensar), que não ocorrem de forma linear, mas estão inter-relacionadas e às vezes imbricadas, como foi o caso da presente pesquisa.

Reconhecimento

É caracterizada pelas relações sociais, marcadas pelo convite inicial para participar do grupo e o cuidado em providenciar o espaço físico para realização do mesmo. Dessa forma, foram feitas as aproximações com as clientes em diferentes momentos. Com as gestantes, esse movimento se deu por ocasião do atendimento no Pré-natal ou no Banco de Leite Humano.

Para formar o grupo de gestantes, fui ao Pré-natal e as convidei a participar da pesquisa. Quase sempre o convite era aceito, contudo ficava na dependência do tempo de atendimento. Como esse tempo para a realidade da maioria ultrapassava suas expectativas, elas nos procuravam para dizer da impossibilidade de participar naquele momento. Outras estratégias (tentativa de reuni-las antes da consulta, após atendimento no Banco de Leite Humano) para ter mais gestantes participantes foram buscadas, contudo não foi possível um número maior de adesão.

As gestantes que puderam participar preferiram o acontecimento do GC após atendimento na Instituição, ainda no horário da manhã. Dessa forma, os grupos foram formados com as gestantes que nos procuravam após atendimento institucional demonstrando interesse e disponibilidade para participarem da atividade. A busca pelo espaço físico

disponível que permitisse reuni-las foi difícil, por ser um período matinal no qual ocorre maior número de atividades hospitalares, mas não foi obstáculo à realização da atividade grupal.

O convite às mães que estavam com seus filhos no Alojamento Conjunto ou internados na Neonatologia para participarem da pesquisa foi realizado no desenvolvimento de nossas atividades assistenciais. As mesmas optaram em participar no período entre 16h e 17h30min, tendo em vista ser esse o momento de menos atividades com o bebê e horário posterior à dieta daqueles que se encontravam internados na Neonatologia.

No segundo grupo de mães, embora o convite formal tenha sido feito para seis mulheres, devido à acomodação no espaço físico disponível, apareceram 11, uma acompanhada do esposo e uma acompanhada pela mãe. Este fato fez com que moderador e o auxiliar de pesquisa saíssem rapidamente em busca de cadeiras, para acomodar todos os presentes. Apesar de o espaço não ter oferecido maior conforto, as mulheres participaram de forma ativa no diálogo rico de emoções, expressando sentimentos, vivências, bem como o benefício desta atividade para as mesmas.

Quanto aos profissionais, o convite foi feito e ao mesmo tempo em que se colocavam à disposição para participar, mencionavam suas possibilidades de horários e dias. A maioria solicitava ser avisado do agendamento com pelo menos um mês de antecedência. Foi necessário abrir uma agenda e descrever todas as possibilidades demandadas pelos profissionais, para visualizar as opções que contemplassem uma maior diversidade de profissionais segundo sua atuação e com relevância social para participação nos GC. Vale lembrar que não foi possível favorecer a participação de todos que demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Ao convidar alguns técnicos de enfermagem, fui questionada se eles estariam com outros profissionais ou se seria um grupo só com técnicos. Respondi que eles poderiam optar. Dessa forma, percebi que participar no grupo constituído só de técnicos era a condição de participação para alguns, e para outros o horário teria que se adequar à realidade de suas atribuições, pois estavam preocupados em não comprometer a assistência.

Ainda nesse relacionamento social com os profissionais agendados para o GC, um cordial e constante lembrete era realizado, inclusive minutos antes do horário marcado para o início da atividade, reforçando a importância de sua participação, tendo em vista a possibilidade de esquecimento mediante o envolvimento dos mesmos nas atividades

assistenciais, bem como obter a confirmação de sua participação. Esse movimento permitiu respeitar o horário acordado, pois os espaços físicos para os encontros nesta instituição são concorridos.

Para promover maior acolhimento nos GC dos clientes e dos profissionais, foi disponibilizado um lanche simples, organizado de forma que os participantes ficassem à vontade para se servirem sem necessitar se locomoverem de seus assentos, evitando assim a dispersão.

Revelação

Esta fase foi atingida a partir do diálogo que permitiu a exteriorização de expectativas, desejos, sentimentos, necessidades, aspirações e opiniões de acordo com o tema. Neste aspecto, os encontros dialogados tanto com as mulheres como com os profissionais foram ricos. Seletivamente seguem algumas importantes revelações.

Eu acho que tem uma assistência que foi a única coisa que me deixou muito nervosa, muito nervosa. Aqui, por exemplo, os dois lugares que mais me deixam nervosa é a pediatria e a ultrassonografia. A ultrassonografia porque quando dá alguma coisa errada. Até porque os médicos são muito retos. As pessoas já saem em desespero. E você fica assim: hannn! (Expressão de pavor). (GABRIELE)

Eu achava que a gente que fez cesárea, pelo menos nas primeiras 24 horas, tem que ter um acompanhante. (MARIA)

É muito bom quando você tem aquele apoio, o carinho e uma assistência legal. Alguém pra conversar. (GRAÇA)

A enfermagem não se comunica com a fono e a fono não se comunica com a enfermagem. Então, não existe uma equipe. (F)

Falta uma reciclagem, por que as coisas mudam toda hora [...] Coisas que a gente ensinava um tempo atrás, hoje a gente não ensina. Exercício de Rofman, passar a bucha, hoje a gente não fala mais. Então eu acho que valeria a pena resgatar. Porque entra uma penca de residente novo, é funcionário novo, bolsista, não sei o que. Você não dá conta de fazer esse resgate e voltar novamente com as orientações pra ter uma melhor assistência. (EO)

Repartir

Este momento, que constitui a troca de experiência dos participantes inerente ao tema de discussão, também foi alcançado. Nessa perspectiva de relação inter-humana, manifestou-

se o saber do grupo, do moderador e um círculo de confiança mútua pode ser estabelecido, promovendo o compartilhamento de conhecimentos.

Como é que ela prepara o bico durante o Pré-natal? (MO)

A gente tá falando agora no sol". A gente tem esse cuidado de falar palavras fáceis, a gente coloca. Ensina alternativas. Como por o peito ao sol. Pega aquela blusa estampada, faz um burquinho, pra deixar só a parte escura. Não adianta falar aréola, mamilo, não sei o que. Só aquela parte escura que precisa pegar o sol. (EO)

Marleide, como a Mônica falou se você puder manter uma frequência de retirada de leite isso ajuda. O que você conseguir manter, é bom. Não fique desanimada. Cada pessoa é uma pessoa. Tem gente que sai enchendo vidros, e tem algumas que vai daqui, até o bebê mamar saindo gotinhas. Se possível tente trabalhar suas mamas, você vai perceber a melhora. Se você quiser ir ao Banco nós te ajudaremos. (MODERADOR)

Mas até essa gota é importante para ele. (MÔNICA)

Repensar

Esta fase configura a reflexão do grupo quanto ao trabalho desenvolvido. Os participantes refletiram e avaliaram os encontros, bem como o processo assistencial, o que favoreceu o emergir de sugestões para as demandas identificadas e futuros trabalhos. Esta fase também mostrou a possibilidade de convergência da pesquisa para o cuidado assistencial.

Eu acho que o que eu puder ajudar [...], acho que vale a pena, por causa de um programa que nós temos aqui. (GERMANA)

Aqui tenho orientações que eu nunca tive, a gente fica só ouvindo. (GIL)

É verdade. Vocês não teem noção da força que eu estou recebendo aqui. (chorando) Porque estava difícil na hora que eu entrei aqui [...]. (MARIS)

Mas se houvesse uma reunião como essa isso poderia ser minimizado. (F)

É como o MN estava falando, isso tudo está sendo importante pra gente discutir, refletir. (EO)

Isso é ótimo para a gente refletir a nossa assistência mesmo. Valeu muito essa reunião de pesquisa, por causa disso. (MO)

Eu acho que tem que ser colocado para a gente refletir: Isso existe? O que está havendo? Alguém está falando, e por que está falando? (N)

Eu acho superinteressante isso aqui, essa atividade de grupo. Porque propiciou sair coisas que às vezes a gente escuta só no dia a dia, nos... (AS)

Ouve só no corredor. (MN)

[...] É nos bastidores, e no corredor, e aqui a gente está tendo a oportunidade de no registro de uma sequência, desse pensar ver isso e são detalhes, que, obviamente não vai amarrar onde está esse ponto, mas a gente já sabe que esse ponto existe. E isso é que é muito importante. Já ouvimos isso. É isso que é importante ser reconhecido. (AS)

Eu acho que esse grupo foi superinteressante. É bom falar com as outras pessoas e ser ouvida também. Falar essas coisas que fica na garganta da gente. (TC)

Ah! Tudo fica muito melhor quando a coisa é discutida. (MP)

Então você tem que começar a ter uma discussão pra poder transformar, a gente pode não mudar a política inicial, mas a gente pode pensar o que seria importante mudar a partir de hoje. (AS)

Vale assinalar, mais uma vez, que os 4R foram demarcados em todas as atividades de GC. Tal fato pode ter sido favorecido diante da relação Eu-Tu, com ênfase na valorização e exploração da esfera do “entre” espaço onde se encontrou o diálogo.

Ainda no que diz respeito à dinâmica implementada para realização do GC, vale ressaltar que houve a participação de três auxiliares de pesquisa em dias alternados, que ajudaram na operacionalização da infraestrutura. Também atuaram no controle das gravações e nos registros de dados significativos e auxiliaram no contato com os profissionais para reforçar a lembrança do compromisso com o grupo no local e hora combinados. A participação das profissionais do BLH (duas nutricionistas e uma administradora) que se propuseram a auxiliar na pesquisa foi de suma importância para possibilitar a dinâmica e a condução da moderadora nos grupos, bem como a realização de anotações importantes para favorecer a compreensão das informações que foram registradas pela pesquisadora em gravador de voz. As estratégias valeram-se de circunstâncias permeadas pela sensibilidade da qual os seres humanos são dotados, possibilitando um verdadeiro partilhar.

Para contribuir com o aprendizado vale ressaltar as dificuldades enfrentadas e os limites vivenciados pela pesquisadora ao realizar esta atividade de pesquisa. A primeira dificuldade foi desenvolver as atividades de grupo para a produção das informações tais como: a maioria das gestantes não dispunha de tempo; a precária disponibilidade de espaço físico na instituição; a inadequação de espaço físico à atividade de grupo; a compatibilização das agendas dos profissionais com dias, horários diversificados para compor um grupo com representatividade social.

A pesquisadora encontrou como limite a realização do diário de campo, que fora iniciado, porém as solicitações da demanda assistencial e os acontecimentos imprevistos da vida não permitiram a sistematização dessas informações, bem como sua continuidade. Outra dificuldade enfrentada diz respeito à sistematização das informações para os procedimentos de interpretação e análise tendo em vista ter sido volumosa a produção de dados gerada pelos envolvidos no estudo, correspondente a 262 páginas escritas com letra onze e espaço simples. Após inúmeras tentativas de organização e sistematização das informações, compreendeu-se que o olhar a partir do processo assistencial contribuiria com a interpretação e análise dos dados produzidos.

4.2.5 Validação dos dados X Confirmabilidade

A validação dos dados ocorreu no interior do próprio GC, a partir da dinâmica de desenvolvimento da discussão, do engajamento e participação dos sujeitos. Entretanto, para uma validação mais específica, grande parte dos dados pré-analisados foi apresentada aos profissionais nos GC, para que os mesmos tivessem a oportunidade de criticar e dessa forma dar mais densidade aos mesmos.

4.2.6 Análise e interpretação dos resultados

Quando se investiga um fenômeno do contexto assistencial, que geralmente é complexo e multifacetado, por incluir dimensões de natureza humana e técnica e o método de investigação da prática assistencial com ênfase na subjetividade e no diálogo, como afirmam Trentini e Paim (2004), as informações que emergem são igualmente complexas e de grande quantidade, como a vivência e a experiência cotidiana dos participantes. Diante de suas características, a PCA promoveu muitas páginas de informações e a apreensão e análise foram iniciadas a partir da coleta dos dados. As informações após transcrição foram organizadas de forma a facilitar a codificação, que significou reconhecer as categorias que emergiram dos

relatos dos participantes. As categorias englobaram um conjunto de expressões com características similares ou com estreita relação de complementaridade.

No processo de síntese, desenvolveu-se o exame subjetivo das variações, relações e conjecturas a partir de uma imersão nas informações trabalhadas na fase de apreensão, de forma a se atingir completa familiaridade com as mesmas.

Para maior esclarecimento vale ressaltar que as informações foram organizadas em uma página contendo: data, número de participantes, categoria profissional, hora de início e término da atividade grupal. Quando havia mais de um profissional da mesma categoria, este recebia uma numeração dada pela ordem de apresentação no grupo ou de fala. Logo abaixo das informações iniciais, as páginas foram divididas em duas colunas e as descrições das falas organizadas do lado esquerdo destas com suas linhas numeradas. O lado direito ficou livre e, após sucessivas leituras e reflexão, foram registrados os códigos que representavam o principal enfoque do diálogo em função da idéia central.

Esta análise, ainda pouco elaborada, preliminarmente reuniu em quatro categorias uma grande quantidade de códigos. Esta foi apresentada aos grupos para serem validadas e dar continuidade aos trabalhos. O mesmo processo foi realizado com as informações obtidas após o segundo encontro com os profissionais. Depois deste procedimento, realizou-se a releitura vertical e transversal do material produzido. Dos códigos mais significativos originaram-se as categorias e a interpretação foi realizada com apoio no referencial filosófico buberiano.

Assim o processo de teorização ocorreu tendo como base a fundamentação teórico-filosófica realizada à luz do referencial de Martin Buber, quando feitas as aproximações deste com os dados analisados.

ANÁLISE INTERPRETATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

O método da PCA com ênfase na subjetividade e diálogo, no processo de pesquisa como parte constituinte da realidade assistencial, favoreceu captar os mais variados exemplares de informações providas da coleta de dados para além da questão problema. Segundo Trentini e Paim (2004), tal fato por vezes requer a utilização de uma variedade de técnicas e métodos de análise.

Este estudo tem como característica uma situação cotidiana assistencial na qual há um vivido e um projeto terapêutico cujo peso maior está calcado no discurso científico. Em decorrência, vislumbrou-se a possibilidade de uma análise hermenêutica desenvolvida à luz do pensamento de Buber.

A abertura e a disponibilidade foram fundamentais para inscrever a confiança no outro. Nessa linha reafirma-se que EU só existo na medida em que digo TU ao outro, aceitando-o irrestritamente e acolhendo-o em sua alteridade, com a totalidade do meu ser, e por ele sou assim aceito. Dessa forma, foi possível explorar a esfera do “entre” espaço onde se realizou o diálogo o encontro entre EU e TU, com os profissionais e com as mulheres no acontecimento da vida de ser gestante e mãe/puérpera assistida em aleitamento materno em uma instituição peculiar.

Ao se lançar ao diálogo com as mulheres (em seu processo de gestar/ser mãe em situação de risco fetal/neonatal) e com os profissionais (que se integram nesse assistir), pessoas estas que se abriram para o encontro, com vistas a essa inter-ação, foi possível uma vivência compartilhada nessa dinâmica dialogal. Nessa perspectiva e com base no referencial teórico de Buber, a presente investigação permitiu reconhecer, a partir da interpretação dessa dialogicidade, dois eventos imbricados nesse vivido. O primeiro revelou as relações do cotidiano assistencial; o segundo valorizou os encontros dialogados captando as atitudes e demandas pelos sujeitos (pesquisadores participantes). A constituição dos eventos é mostrada por suas respectivas categorias.

5.1. As relações do cotidiano assistencial

Este evento apresentou cinco categorias relacionadas aos espaços de Pré-natal, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e Neonatologia que, analisadas, permitiram compreender o enfoque assistencial vivido nesses setores.

Vale ressaltar que, em relação às mulheres participantes, compreendeu-se que a temporalidade é a presença em atitude que transcendeu aos períodos do ciclo gestacional vivido no momento do encontro. Dessa forma, algumas categorias reuniram códigos dos dois grupos de mulheres-gestantes e mães, ou seja, foi presentificado pelas gestantes o período de parturição e, pelas mães, o período gestacional.

5.1.1. Revelações iniciais da relação grávida-instituição-profissional: a mulher que vivencia o risco fetal

[...] eu tinha indicação pela minha idade e eles me encaminharam pra cá. A minha preocupação maior era ouvir o bebê no aparelhinho. [...] cada consulta é um médico. Isso é bom por uma parte, porque eles estão aprendendo. E a gente também tá aprendendo. Ai eu entendo, porque que a gente é um treino. Mas primeiro é um prêmio a gente ter conseguido a vaga aqui. Passar pela triagem e ter conseguido. Quando eu vinha pra cá uma menina falou assim:- Você é louca de fazer o pré-natal no IFF.- É? Eu falei. Por que? Ela falou, porque lá a gente só vê coisas absurdas. (GUILIA)

Bom, a minha gravidez foi de risco por que eu tinha pressão alta[...] [...]toxemia na primeira gravidez. [...] eu perdi o neném com seis meses e meio. A primeira consulta ela foi tudo muito explicadinho, muito tudo. [...] meio complicado quando a gente vê as criança. Oh! Eu falei gente! Como é que é isso!? A testa da criança da cabeça era uma distancia assim (gesto com as mãos), era isso de comprido. Eu falei. Meu Deus do céu! Fui lá pra fora. Caramba! Você não está acostumada, não adianta. Não vou dizer pra você que eu vejo isso na rua, que eu não vejo. É imagem que choca, não é? Ai não é nem medo, é o negocio de ficar assim. Você toma um pancadão mesmo. (GABRIELE)

Eu perdi um filho. Eles passam muita confiança (médicos). Por mais de risco que seja a sua gravidez ou perigo. Eu falei não doutor, é que eu perdi o primeiro e estou com medo de perder. Desde que a gente chega os médicos, as palestras, os exames. Tudo. Eu acho aqui dez. (GERMANA)

No meu caso, anteriormente eu também perdi, quase com sete meses minha primeira, gravidez, era um menino. A gente vem com o coração na boca. A minha primeira consulta foi a Dra X, eu adorei! Ela marcou o preventivo fez tudo. Segunda gestação eu não queria mais. Foi um descuido e ai, eu já cheguei aqui meio apavorada. (GRAÇA)

A primeira consulta explicou bastante coisa. Mas não chegou a falar de amamentação, falou mais sobre o neném, sobre as coisas que eu estava sentindo. Falou sobre o parto. Falou sobre tudo e me explicou que as outras consultas seriam mais rápidas, porque é na primeira que examina tudo e as outras seriam mais rápidas e se eu tiver alguma dúvida pra eu esclarecer com o médico. (GIL)

A primeira vez que eu vim foi com doutor, mas com ele, só pediu a confirmação do exame[...]a dúvida da síndrome do neném já perguntei, inclusive[...] -Oh! Pode ter e pode não ter.- O médico falou: não posso afirmar nem que sim nem que não. [...] eu aqui no dia da triagem, ganhei livrinho falando sobre amamentação. Falaram muita coisa, sobre gestação, amamentação.” (GRACE)

Vim encaminhada [...] soube que o meu bebê tinha um exame alterado. Aí eu fiquei desesperada[...] Cheguei aqui, graças a Deus, da hora que eu cheguei lá na recepção até chegar ao médico, fui muito bem recebida. Eu estava nervosas. (MARIA)

Quando eu cheguei aqui, a primeira coisa que fizeram foi me mandar para a medicina fetal para eles avaliarem a ultra, a médica falou:- Essa doutora é uma[...] - Só que ela falou baixo, ela não falou alto, meu marido escutou, e ele me perguntou, ele ficou preocupado: -Será que é mais grave do que eu pensava?- Aí ele foi e perguntou. Aí, ela não quis falar, porque nenhum médico não vai falar do outro, lógico, é antiético. Não é? Antiético, mas aí, ela falou que no caso a ultra não estava sendo muito clara. Ai! Foi muito triste. (MICHELE)

Eu também fui encaminhada para cá quando eu bati à morfológica, aos cinco meses de gestação e descobri também que a minha gravidez era de alto risco. (MARA)

“eu vim para cá encaminhada, porque tinha uma gravidez de risco. Descobri com cinco meses, batendo uma ultra. Na morfológica ele estava com a cabeça aberta. Ele estava muito ruim. Ele estava todo[...] Tem uma foto dele 3D, ele estava todo deformado. E na minha gravidez não deram nada por ele. Eu fui para a igreja.” (MARISOL)

Quando eu vim para cá falaram que o meu ia morrer. (MARLEIDE)

Aqui quando a gente entra aqui, a gente conhece um mundo novo. É um mundo diferente que a gente nunca conheceu. Quando eu descobri que a minha filha tinha problemas. Eu cheguei aqui com quatro ou cinco meses, na medicina fetal. A médica na primeira consulta que eu fiz, a médica disse para mim: -Olha a sua filha vai nascer e vai morrer. E se sobreviver. Ela tem poucos dias de vida. Então eu me deparei [...] Assim nos primeiros dias eu fiquei: Ah, a médica é maluca, ela não sabe o que diz. Tem sempre uma segunda opinião, vou esperar para ver. E eles foram dizendo, tem grande chance de morrer. (MARLENE)

[...] quando você chega no Fernandes Figueira, antes de você descobrir isso aqui você vê uma vida diferente. Você sonha com a gravidez, com o filho perfeito, aquela coisa toda. Você chega aqui, descobre um mundo que para

você não existia. Você vê crianças com vários tipos de problemas [...] (MÔNICA).

[...] as mães às vezes vêm consultar com a doutora X. E ela vem anunciando desde o início da gestação que o bebê dela vai ter problema, que o neném a maioria não vai vingar. [...] a doutora X prepara as mães (Med. Fetal). (TCN).

Todas que entram são agendadas para esse grupo. Que é um grupo de boas vindas e a gente já insere essa questão, das rotinas do Pré-natal, quando é pra procurar o Pré-natal e a Maternidade, e aborda a questão do aleitamento e diz que a questão do aleitamento vai ser abordada ao longo do Pré-natal todo e na Maternidade. (EO).

Na consulta de matrícula a gente incentiva muito o residente a fazer a abordagem, fazer o exame físico geral [...] e aborda essas questões de amamentação também, a gente tem impressos, tem a consulta de enfermagem que aborda esses temas todos[...]que vai falar bastante sobre essa questão de amamentação[...] (MO)

Ela chegou fez o pré-natal aqui com a gente e já chegou assim: - Olha, eu não quero saber de nutrição porque eu não posso engordar, eu sou do corpo de baile da Dercy Gonçalves. [...] ela era do tipo modelo[...] -Não me fale em amamentação, isso é para troglodita.- Eu falei mas como assim? -Isso é do tempo antigo. Amamentar, que coisa mais horrível, botar o bebê no peito não é coisa para mim. Ai, fui trabalhando a questão com ela. E até ela terminar a gestação, ela teve a menina e amamentou muito tempo. (N)

Essa categoria engendrou a compreensão de que o mundo vivido do ser-gestante referendada para pré-natal de risco fetal dialoga com o mundo da “a-normalidade” e da “incerteza”. A mulher gestante que apresenta um problema relacionado ao conceito ou a possibilidade de sua ocorrência a partir de um encaminhamento vai ao encontro de uma assistência com exames e profissionais especializados. Nesse face a face, as atitudes se presentificam como ações atuais no tempo e espaço compartilhado pelos seres em relação EU-TU gestante-profissional e o EU-ISSO mulher gestante no mundo institucional.

Nessa relação, a mulher presentifica o medo a partir da descoberta da possibilidade de problemas em seu conceito ou da afirmativa que os exames evidenciam. Tal descoberta acontece em momentos cronológicos distintos. Mesmo diante de um vivido de expectativas para prognóstico sombrio ou obscuro, mantém-se firme no propósito de vir-a-ser mãe do filho acima de tudo muito desejado. Ainda nessa inter-ação com o ser gestante referendada para pré-natal de risco fetal, conhecer sua vivência nos permite pensar uma assistência que implica compreender a validade de esforços para promover de forma adequada o conhecimento para a saúde e, neste campo, a promoção da amamentação precisa ser valorizada. Entretanto, considerando que o tempo gestacional de chegada das gestantes à instituição é diversificado,

as atividades educativas desenvolvidas no período pré-natal não conseguem contemplar todas as gestantes que terão filhos na instituição. No mundo institucional, as mulheres se deparam com um universo de crianças com problemas jamais vistos fora da mesma. Nessa relação inicial com o cotidiano da instituição diferenciada, suas vivências são afetadas por vezes de forma negativa.

Segundo Buber (2006), o mundo é múltiplo para o homem e as atitudes que este pode apresentar são igualmente múltiplas. Nessa perspectiva, identificou-se que a relação do encontro inicial “entre” mulher, profissional e instituição envolveu atitudes múltiplas, tanto dos profissionais quanto das mulheres. A maioria das mulheres que iniciou Pré-natal, passando pelas atividades ligadas ao acolhimento (grupo de matrícula e boas vindas), desenvolvidas por este setor, demonstrou maior aceitação e compreensão das ações vinculadas a esse período.

À luz da filosofia de Buber, a doação gratuita do TU, EU responde pela aceitação imediata então, na presença na proximidade da gestante com o profissional o EU pessoa encontra o TU. Dessa forma, as ações iniciais do Pré-natal indicam o encontro dialógico. Vale ressaltar o sentido de resposta presente nos diálogos de algumas gestantes, sendo este importante para a inter-ação. O fenômeno da resposta é um dos fatores essenciais à relação, pois a experiência de receber a palavra e respondê-la constitui o âmago do “entre” e a revelação vivida pela reciprocidade.

Nessa perspectiva, Guilia, Germana e Maria mostram com clareza o sentido de reciprocidade da relação. Guilia, ao perceber que se trata de uma instituição de ensino, que pode oferecer uma assistência eficiente, aceita ser também um ISSO, objeto de utilização para o aprendizado. Germana e Maria aos poucos entregam seus sentimentos de medo e recebem a confiança e o acolhimento profissional.

A partir dos diálogos observou-se que as mulheres grávidas que chegaram à instituição em situação iminente de risco e que foram direcionadas primeiramente para a medicina fetal vivenciaram um relacionamento EU-ISSO, neste o ISSO está presente ao EU, mas o EU não está na presença do ISSO. Assim, não se dá a relação EU-TU e em decorrência, no relacionamento EU-ISSO, o outro não é encontrado em sua alteridade. Eles estão ali, mulher gestante e profissional, em função de um ISSO, movimento que vai desde verificar a possibilidade do problema até um diagnóstico de certeza. Esse acontecimento se coloca como um ISSO, a relação EU-TU não se estabelece e a mulher não é compreendida como Ser.

5.1.2. A presentificação da amamentação no espaço do Pré-natal: relação grávida-profissional

Quem falou comigo foi a nutricionista e a médica falou essa coisa da toalha, só. E a nutricionista falou da amamentação, da importância e da questão do Omega 3 que passa pelo leite. (GABRIELE)

Foi falado aqui na palestra da importância da amamentação, do porque da amamentação nos seis meses ser único, da prioridade do leite materno, do benefício tanto para o bebê como pra gente. Que o nosso corpo volta ao normal com mais facilidade. Ah! E a importância do colostro, que é a vacina principal do bebê. Foi bem falado, muitas coisas de amamentação. Deu demonstrações sobre aleitamento, amamentação. A importância foi falada, tudo foi bem falado na palestra. Mas nas consultas não foi falado e na nutricionista também não foi falado ainda comigo não. (GUILIA)

Quanto à amamentação eu tinha pavor. Ah! Não vou conseguir amamentar. São aqueles mitos que passam pra gente. Não pode isso, não pode aquilo. Isso é certo, isso não é, e aqui a gente vai descobrindo várias coisas. O que a gente achava que era certo, que vinha da mãe da gente. Agora a gente descobre que não é. Como deitar a criança com a barriga pra cima, por exemplo, como amamentar, como colocar o bebê corretamente. A gente tira um monte de dúvidas, dá uma base. E você acaba não trazendo isso só pra você, mas também pra outras pessoas. Eu tenho uma amiga gestante, então você ouve aqui, pega folheto. [...] você acaba passando, pra minha irmã que também é gestante. [...] eles se preocupam mesmo com a gente. Você faz exames que você não faz em hospital nenhum. (GRAÇA)

Só tive uma palestra hoje no BLH. É muito boa a palestra, ninguém deveria perder a palestra. Eles te passam uma confiança legal.” (GERMANA)

Oh, eu assim, em relação à amamentação eu tive palestra com o pessoal da matrícula, que explicou qual é a importância da amamentação e como é que pra fazer quando o bebê nascer, e coisas que eu não sabia e até mesmo tendo três filhas eu fiquei sabendo aqui. (GERLAYNE)

Com relação à amamentação eu tive uma palestra no Pré-natal que foi marcada aqui no BLH mesmo, inclusive meu marido gostou muito, ficou todo bobo. E as enfermeiras passaram, como é que era amamentar, pra não pegar o biquinho do peito, como cuidar do peito durante a gestação pra quando nascer ficar tudo bem. (GRACE)

Aqui tenho orientações que eu nunca tive, a gente fica só ouvindo. A atenção que eu estou tendo dos médicos também, então isso aqui pra mim, esta sendo um paraíso em vista do que eu vivi na minha gestação passada. (GIL)

[...] a doutora falava que o leite é bom, que evita doenças, ele não fica com risco de ficar resfriado. Essas coisas. Que era para eu não dar nada só o leite até os seis meses, depois é que vem a papinha, tudo isso foi dito. Ah, explicaram tudo. Eu tirei minhas dúvidas todas, que eu tinha. Eu acho que eu consigo me virar por causa disso, porque eu me lembrei. O grupo ajudou (BLH). Ensinaaram a dar de mamar, assim mais ou menos, sobre o leite, explica tudo. Acho que foi bem importante. Até comentei com a minha irmã, porque em Posto de Saúde, você fazia exame só, [...] Não tem nada disso ou tem uma vez ou outra. (MICHELE)

Elas participam do grupo de TOTGS (Teste Oral de Tolerância a Glicose Sanguinea), nesse exame o Banco de Leite é[...] dá esse apoio em relação ao incentivo e ao próprio manejo da questão do aleitamento. E em grupos esporádicos, são grupos que vai falar sobre trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido [...] em todos os grupos a gente vai está tocando na questão do aleitamento materno. Principalmente nas vantagens e o cuidado durante o Pré-natal pro aleitamento materno. Cuidado com as mamas, essa questão do sutiã. [...] a gente não esquece de falar das mulheres que não podem amamentar. Porque tem uma parcela de pacientes que são portadoras do vírus HIV. [...]. A gente fala no grupo de matrícula [...] nem todas participam [...] e o Banco de Leite, faz essa orientação. Tem grupos ao longo do Pré-natal que aborda a questão do aleitamento. A gente tem esse cuidado, de falar palavras fáceis,[...]. Ensina alternativas como pôr o peito ao sol. Pega aquela blusa estampada, faz um buraquinho, pra deixar só a parte escura. Não adianta falar aréola, mamilo. Só aquela parte escura que precisa pegar o sol. Então a gente dá algumas estratégias [...] (EO)

É uma coisa que não se vê muito, Pré-natal igual aqui. (EN)

Aquelas que são passíveis de problemas são orientadas. Não só citar na reunião, como ter uma reunião de mostrar as que são possíveis de ter dificuldades, quais seriam aquelas dificuldades. Isso eu não vejo no Pré-natal elas já vão sabendo e são orientadas. Acho que isso só é lá no Pré-natal. (MO)

[...] eu trabalho no Pré-natal, eu tenho um formulário e as últimas duas folhas são sobre a questão da amamentação. [...]eu gosto muito é um prazer eu desenvolver isso com elas[...] [...]eu falo e pergunto sempre, desde questões sobre: O que é o amamentar para ela? Para eu ver até aonde elas sabem e acrescento alguma coisa. [...] Se elas já tiveram essa experiência, do amamentar? Como é que foi e se sentiram dificuldades? Se isso é importante para elas? Qual a importância para o bebê? [...] eu acho importantíssimo que seja falado por todos nós. A gente tem que mostrar o caminho, a importância e ouvir a mulher. Hoje mesmo uma mãe me falou:- Enquanto eu estava amamentando, nada disso apareceu e a criança teve síndrome. [...]a própria mãe falou para ela não amamentar porque isso é uma coisa ruim, que acaba com a mulher. Mas, como assim? Como acaba com a mulher? A mulher fica muito feia, ela emagrece demais, e sofre muito. [...]eu falei: -Poxa, será que é isso mesmo?Você vai ter essa experiência e depois você volta para me dizer. Eu amamentei e amei essa história e emagrecer eu acho até bom. Aí ela falou: - Eu vou tentar. Mas dizem que o meu peito vai cair.- E eu lhe disse: -Se cair é porque é da natureza, se tiver estrutura, musculatura, não cai assim. Se for da natureza, vai ser. Porque quantas mães a gente vê aí que amamentou um, dois, três, quatro, o seio continua aí, e a outra que amamentou um só, ou nunca amamentou, e o peito caiu.[...] essa nossa conversa com elas também ajuda bastante. Porque você mostrando até sua vivência, pelo menos comigo, ajuda. (N)

[...] no Pré-natal já trabalha nessa parceria com o Banco de Leite. [...] tem até uma atuação direta com o Banco de Leite, [...] Na consulta de matrícula a gente incentiva muito o residente a fazer a abordagem, o exame físico e abordar essas questões de amamentação, a gente tem impressos, tem a consulta de enfermagem que aborda esses temas todos. [...]vai falar bastante sobre amamentação[...] A gente realmente trabalhou muito mais esse lado, de mostrar as vantagens da amamentação. Vejo como muito positivo. [...]a mulher quer muito amamentar, ela precisa de uma boa estrutura. [...] e aqui elas têm essa possibilidade, isso enriquece muito,

porque dá muita segurança, pois você às vezes vê mães que querem amamentar e que na verdade não sabem, e elas estão conduzindo aquilo de maneira errada. E no momento em que elas aprendem, flui que é uma beleza. A gente sabe o quanto isso é importante mesmo. Não fortalece só a alimentação, mas fortalece realmente esse elo, de mãe-filho, de família, de estrutura familiar. Eu vejo essa atuação aqui muito boa, um dos pontos positivos que tem no Pré-natal é ter essa possibilidade, até de ter o Banco de Leite tão próximo nos dando esse apoio,[...] o grupo, a consulta da amamentação. [...] oitenta por cento do nosso Pré-natal de baixo risco é de antecedente de malformação. A paciente vive até vinte semanas, o drama de fazer o morfológico, e descobrir se o bebê dela é malformado. De vinte a quarenta, duvidando da possibilidade de ter dado errado o morfológico. [...] ela passa a gestação inteira achando que ela vai passar de novo por algum problema. (MO)

No Pré-natal elas são preparadas, elas estão ouvindo falar da amamentação, reconhecendo como é. Recebendo as orientações. [...]um Pré-natal daqui, que é como a MO falou, que a gente sabe que é bastante orientador nesse sentido. (EO)

O meu maior insucesso agora, são as mães que fazem o Pré-natal fora, e que não receberam nenhuma orientação. Elas nunca participaram de um grupo, elas não sabem como colocar para mamar. Como faz? Quanto tempo vai demorar? A ansiedade delas de não verem o leite descer, faz com que as coisas comecem a dar errado. As mães que participam de grupos aqui, sabem que a apoiadura vai se fazendo, sabem que no início é aquele pouquinho e que aquele pouquinho é suficiente. Aquilo tudo deixa a mãe tão mais tranquila. O meu sucesso nessas mães é muito maior. [...] o trabalho durante a gestação acaba tendo um peso muito grande. É se elas já conhecem o que fazer. Agora a gente pode trabalhar outra coisa, o desejo, a vontade, o momento, a forma melhor para que ela possa fazer isso. [...]você recebe uma mãe sem nada e ter que trabalhar todo esse conhecimento acaba sendo muito desgastante pra ela. Era quase que impossível bebês com síndromes serem amamentados. Porque essa mãe desconhecia. Ela via que estava diante de um problema enorme. Agora não, ela já sabe até que esse neném pode mamar, vai devagar, mas que ele é capaz de mamar. Então todo esse trabalho que consegue fazer, muda. (MN)

[...] eu concordo com a MN que o Pré-natal faz o diferencial. Ela consegue visualizar e ela consegue ter essa avaliação legal, porque ela recebe as mães que vieram de outro lugar. (AS)

Quando eu vejo as mães com muita dificuldade na amamentação, eu começo a observar. Essa mulher não deve ter feito o Pré-natal aqui? Aí eu perguntava, e realmente não fez o Pré-natal aqui. Porque a gente percebe quando não fazem aqui, a diferença é gritante, é muito gritante em relação com as que não fazem aqui. Elas se sentem mais preparadas. (TECN)

Nessa categoria, se aproximam os entendimentos de profissionais e mulheres no que tange a desenvolver ações assistenciais voltadas para o aleitamento materno. Ambos apontam para uma relação EU-TU no fazer cotidiano dessas atividades no Pré-natal, que se caracteriza fundamentalmente por ações de promoção da amamentação.

As atividades desenvolvidas no Pré-natal para promoção da amamentação são apresentadas às mulheres de forma bem diversificada com palestras, material instrucional, grupos e demonstrações. Profissionais e mulheres ratificam outro acontecimento relacional a destacar, e no que tange às ações desenvolvidas neste setor, a temática amamentação não é explorada de forma isolada, outras questões de interesse das gestantes são abordadas em associação. Tal fato amplia a possibilidade de tornar o outro presente.

Vale ressaltar que tais atividades estão concentradas nos domínios da enfermagem e da nutrição. O sucesso da amamentação em mulheres que vivenciaram o encontro dialogal, participando de consultas de enfermagem, de nutrição e atividades de grupos, se consolida na vivência desta com o filho recém-nascido. Assim, essas ações são reconhecidas pelos profissionais, que também conseguem perceber o diferencial ao assistirem mulheres que não puderam usufruir de tais atividades.

As mulheres reconhecem nessas atividades a oportunidade de novos conhecimentos e a possibilidade de partilhar os mesmos com outras gestantes e familiares. As mesmas percebem também, ao vivenciar essas ações, a valorização pelo companheiro a oportunidade de ter sido integrado nas atividades. Ainda nessa categoria, pode-se compreender que a presentificação da amamentação pode ocorrer a partir do momento em que a mulher se sente esclarecida, apoiada, compreendida em suas questões. Como afirma Buber (2006), somente aquele que conhece a relação e a presença do TU está apto a tomar uma decisão, e aquele que toma uma decisão é livre, pois se apresenta diante da Face.

Para tanto, as inter-ações onde a relação EU-TU se estabelece em clima de plena reciprocidade, requer sensibilidade constante para a compreensão dos significados perceptíveis pela pessoa. Isso implica também disponibilidade para entrar no mundo perceptual da mesma e experienciar a relação também do lado do outro, sem contudo abdicar à especificidade própria, com característica do genuíno encontro humano no voltar-se um para o outro. Nesse sentido, os profissionais que se abrem para esta possibilidade permitem, com suas ações, benefícios para as mulheres assistidas, seus filhos e família. Tal benefício se torna evidente não só por profissionais envolvidos no processo assistencial, como por mulheres que usufruem dessas ações.

O cotidiano da assistência ao aleitamento materno no Pré-natal da instituição se estabelece fundamentalmente no diálogo autêntico da relação profissional-gestante e assim possibilita desenvolver um processo educativo para a promoção da saúde da mulher e da família.

5.1.3. Manifestações da relação primordial e a amamentação no parto e nascimento: expectativas, possibilidades e limites.

Eu estou muito ansiosa é com ao pré-parto. Eu já vi parto, já fiquei na sala de pré-parto. Então é meio complicado. Estou com medo mesmo. Até eu ver uns dois partos normais. Porque o médico dava uma amordaça pra mulher morder porque ela não pode fazer o barulho que ela quer. Eu acho assim, que é um momento que não é assim só do filho sair. Entendeu, é um parto. Ela estava gerando um filho pra nascer. (GEOVANA)

Como eu já fui na Sala de Parto eu estava reparando. Você tem o neném aqui, ali tem a caminha do ladinho. Isso antigamente não existia pelo menos lá onde eu moro não era assim. Não sei hoje, nunca tive bebê lá, mas na época da minha mãe ela disse que antigamente tinha o filho aqui e levavam a criança pra outra sala, deixavam a criança lá e ela morria de medo de perder a criança. Aqui é tudo próximo da gente é tudo, uma proximidade muito grande do bebê com o pai com a mãe. [...] eu acredito que é isso daí, por ser amigo da criança. Eu acho interessante a criança ficar junto no corpo, porque ainda mais quando não é parto normal. É como acordar a criança. O parto cesáreo é assim, como um susto. A criança está lá quietinha e vup [...]! A criança não está acostumada com o mundo aqui fora. Já saiu daqui que ela estava acostumadinha, quentinha e já vem pra cá junto da gente, ela não se sente tão, “onde eu to?” Porque a criança ela sente. Aqui está quentinho, mas aqui fora por mais que o clima esteja favorável, não é pele, não é? Não é contato com a mãe. Então eu acho interessante. Quando é primeiro filho, que você não sabe nada, tudo é inédito pra você. Você já ouve aquele monte de coisas ruins, durante os nove meses. Quando chega no dia de ganhar, é aquele desespero. (GRACE)

Eu perguntei vão me trazer o bebê logo, não é? Aí a doutora - Não deixa dar uma limpádivinha nele, aspirar, já vou levar ele para você. Mas está tudo bem com ele.- Aí eu ouvi meu filho chorando, chorando. Aí depois eles enrolaram e me mostraram. (olhando para o filho no colo com sorriso e expressão de felicidade). Não fizeram o contato pele a pele, porque põe aquele roupão assim na nossa frente aí enrolou ele e me mostraram. Não puseram para mamar não (no Centro Obstétrico). Aí ele veio depois que limparam e pesaram. (MARIA)

Não gosto nem de me lembrar, sofri muito. Era normal, só que com cinco de dilatação a bolsa não estourou. Tentaram, tentaram, tentaram muito, a bolsa não estourou. Aí por último deram uma anestesia, para ver se tentava normal de novo, só que não estourou a bolsa nem com anestesia. Aí partiu para a cesárea. Mas eu sofri tanto que eu na hora [...] Eu desmaiei. [...]eu acho que eu desmaiei de dor. Eu só escutei, ele chorando e ela me mostrou ele assim (demonstrando com as mãos como se o bebê estivesse em uma bandeja). Eu falei: -Eu não acredito!- Não puseram na pele não. Só me mostraram assim (repetiu o gesto). Eu gostei do rostinho dele. Gostei, beijei e depois desmaiei. (MICHELE)

Ontem no parto, a anestesista super carinhosa, eu tomei anestesia, que eu nem senti. Foi todo mundo super carinhoso. Quando viram que eu estava nas últimas. Porque foi parto normal, então quando viram que eu estava sentindo muita dor, eles deram a opção de colocar anestesia. Todo mundo assim muito [...] todo mundo muito carinhoso. (MARIANA)

Eu imaginava que eu ia ter um troço na mesa do parto. Eles deixaram meu marido ficar na sala de pré-parto comigo. Que meu marido é tudo, depois da minha família, vem ele. Então ele ficou comigo o tempo inteiro. Na hora de entrar para a cirurgia. O sonho dele e meu era ele ver o parto. Mas ele não pode ver porque seria muito delicado e de risco. Ficou desesperado lá fora e tal. Mas na hora que a gente entra, para dentro da sala, eu tenho certeza, é Deus que passa a mão na gente, e tira todo medo, todo nervosismo. Mas aquele anestesista que me atendeu é tudo de bom, gente! Eu não senti nada, eu fiquei.(chorou) O meu sonho era ficar acordada, porque eu falei:- Eu não vou ouvir meu filho chorar porque ele é muito novinho.- Mas eu ouvi o choro dele. A médica falou assim: -Você quer ver ele?- Eu achei que não [...] Para mim ia ser tudo diferente. O meu filho de repente até ia nascer morto ou então[...] Eu me preparei para não ver[...] Só não foi assim[...] O meu marido que não viu ele nascer. O resto tudo eu tive. Eu queria o meu marido ali perto de mim, mas o resto eu tive. Aí veio a médica com ele: -Você quer dar um beijinho nele?- Eu quero! Quero! Aí, trouxe ele pertinho de mim eu beijei. Do jeito de Deus, mas eu estou me realizando. (MARLEIDE)

O meu parto até nisso ele foi abençoado, porque eu não senti nada. Só fiz ver o bebê sair, e ouvir ele ainda dar um chorinho. E depois vi rapidamente e ele foi direto para a incubadora. (MARISOL).

E ele nasceu com 2,40 kg e ficou direto comigo. Aquele cheirinho, como você falou, sentir o cheirinho dele na hora. Nossa é fantástico! Ouvir o chorinho, sentir o cheirinho dele. Não tem como descrever essa emoção! Não tem como descrever isso! Só que ele tem uma cardiopatia. Fizeram contato de pele sim, foi a coisa mais maravilhosa que já existiu na minha vida. (MARIS).

Eu praticamente botei minha filha para fora sozinha, porque os médicos ficaram: -Ah, você já teve três filhos, já teve um filho de[...] [...]eu ia fazer cesárea, eu não podia ter normal porque viram que a minha filha tinha excesso de líquido no abdômen, não ia ter passagem. No dia decidiram que eu podia ter normal. Aí eu fiquei lá sentindo dor. Eu falei assim para o médico: - Olha eu estou sangrando e sentindo muita dor. - [...]como eu já tinha três filhos e tive um filho muito grande de parto normal,[...]. Eu acho que ele pensou: - Ah, ela já é acostumada, isso deve ser manha. - E ele falou assim: -Isso é normal. Isso acontece.- Eu falei: -Jesus!- Estava eu e meu esposo. [...]senti a cabeça da minha filha encaixando, eu falei: -Está nascendo. - Quando a bolsa estouro. A médica veio e falou: - Não é só a bolsa que estourou.- E me mandou deitar. Mas eu já tinha certeza absoluta que a minha filha estava nascendo. [...] eu deitei na cama e falei: -Ah, eu não vou esperar o médico vim olhar, porque eu não estou mais aguentando. - Quando eu senti a cabeça encaixar de novo, eu respirei e empurrei e a minha filha saiu toda. Deitada mesmo. Aí quando a médica veio, ela até me pediu desculpa. [...]Jeles não acreditaram quando eu gritei que a minha filha estava nascendo. Não tinha pediatra. Eu pensei que minha filha estava morta. Estava todo mundo preocupado comigo de tirar a placenta, e eu pensando se a minha filha estiver viva vai morrer, porque não tinha nem pediatra ao lado da minha filha. Aí a pediatra veio correndo e eu ouvi dizendo: - Não, neném, não faz isso.- Tentando reanimar a minha filha. E no momento todo que eles estavam me preparando, me arrumando, me limpando, a minha cabeça a mil, eu só pensando: Minha filha morreu. Minha filha morreu. (MARLENE)

Levar o bebê direto do parto hospitalar para mamar. É complicado. Pensa bem, é difícil. Um momento que você esta extremamente esgotada, estressada e você já ta com aquele bebezinho e daqui a pouco ele vai começar a chorar e se não tiver alguém ali do meu lado. (EN)

Aqui não acontece. Numa cesárea é muito difícil você botar o bebê no peito. Até por conta do perfil da nossa clientela. É eu observo no CO (Centro Obstétrico), duas técnicas no CO, uma enfermeira por plantão. Quase não entra enfermeira no CO. Você acha que pra 3 salas. É fato. Atualmente lá na Sala de Parto é raro mesmo poder botar o bebê no peito logo. (EO)

No Centro Cirúrgico a oportunidade que eu tenho, nem sempre, às vezes não dá. [...] a oportunidade que eu tenho de botar ele, deixando botar criança no peito, a que está liberada eu coloco. [...] eu acho fundamental. E aqui muitas das vezes a gente não tem oportunidade. Porque como eu vim de outra instituição lá os pediatras colocavam imediatamente. [...] também não tinha muita malformação como tem aqui. Eu vi alguns já fazendo, mas nem todos fazem. Fica mais por encargo de nós técnicos, A gente vem lá do Centro Cirúrgico, tira a criança lá de dentro junto com a mãe. (TECO)

Mas pelo que eu vejo a maioria não tem colocado para amamentar na Sala de Parto. (TECB).

Não, ainda se coloca. Depende das condições do profissional que está lá dentro, da mãe, se ela não é HIV positivo. Do médico, que às vezes são dois, para duas, três cesáreas tudo ao mesmo tempo, não tem como. Quando dá. [...] porque como é de risco. (TECO)

Não, espera aí [...]. Quem pega primeiro a criança é o pediatra? Eu acho que isso tem que partir principalmente do pediatra. (TECN)

É isso que eu estou falando, quando o pediatra já dá o incentivo você acaba fazendo. Quando a pediatra pega a criança, praticamente ela se apossa daquela criança. (TECO).

Eu estou falando isso porque às vezes, entra as crianças bonitas lá dentro, grandonas. A criança vai lá por causa de uma taquipneia transitória ou porque uma criança que entrou lá com a frequência cardíaca alta. Mas que dava para ter ido ao colo daquela mãe. Eu perguntei para ela. Doutora, essa criança foi no colo da mãe? Não colocou no peito da mãe não é? - Não, não tive tempo. - Hoje em dia praticamente elas não valorizam isso mais não. Hoje mesmo eu estava falando para a doutora, chegou uma criança lá malformada, aí eu perguntei até ao doutor X, aquela criança a mãe sabe o estado? Sabe como é essa criança? Aí ele falou: - Ah, sabe. - Mas aí eu falei: - A mãe chegou a ver? - Não. Aí eu falei assim: -Porque uma coisa é você saber, outra coisa é você ver.- [...]será que perguntaram para ela na Sala de Parto? Se quer ver. Eu não sei? É possível que o vínculo se inicie ali naquele momento. Ah, mas naquele momento ela vai estar fragilizada, naquele momento[...] Ele estava falando isso pra mim. Mas talvez ela se amarrasse nele naquele momento. É mais fácil do que depois com sonda, isso e aquilo. Talvez seja pior ainda quando ela chegar dentro da UTI. Ver o bebê com sonda, cheio de esparadrapo no rosto, entubado, grave, com soro, feio [...]. Vai ficar muito mais feio ainda de se ver lá dentro com isso tudo. Vai chocar muito mais, ela não vai ter aquele momento só com o bebê dela. Não vai ver só o bebê dela, vai ver uma porção, vai ver 12, 14 bebês lá dentro, um com problema maior que o outro. Talvez choque menos. [...]parte mais do pediatra nesse momento, que de qualquer outro profissional. Quando o pediatra dá o incentivo tudo continua. Porque ele se

apossa mesmo da criança nessa hora. Aí pegou a criança, enxuga, aspira, tira a criança e sai com a criança. (TECN)

Eu não tenho visto os residentes da Neonatologia, estimulando a amamentação na Sala de Parto. Não estou vendo não. Mesmo com os recém-nascidos que nascem bem. Não tenho visto. [...] nesses anos todos, já teve fase que não se fazia nada, depois começou a Iniciativa, foi estimulado, e de um tempo para cá passa de passagem. Para o obstetra que faz uma cesárea, não atrapalha, nada. Tem espaço para ela amamentar, ter o primeiro contato. Não tem nenhum problema, para pelo menos ter o primeiro contato. Não atrapalha. Nessa hora o anestesista ajuda, puxa daqui, dali, a camisola. Não vejo problema nenhum. Contato eu não vejo, nem em parto normal. [...] não tem tanto parto normal, mas tem, dá para fazer, não tem sido feito. Não tem sido muito estimulado. Não é culpa do residente, não estarem estimulando a amamentação na Sala de Parto, é que os estafes foram abandonando essa prática, e o que eles fazem é o que o estafe deles faz. Aí eles se preocupam mais em aspiração, e aqueles cuidados lá [...]. Mas se a criança está bem. Não tem porque não. O problema é que o estafe não está fazendo. Então é uma coisa que tem que ser lembrada sempre, com o tempo aquilo cai. (MO)

O Centro Obstétrico, para algumas mulheres, representou a possibilidade de uma experiência difícil, um momento de nervosismo, temor, distanciamento da família e preocupação com as atitudes de profissionais diante da manifestação da dor, que pode ser expressa pela necessidade de emitir sons (gritos).

Outra preocupação marcante para a mulher em relação a este espaço institucional diz respeito à anestesia e seus efeitos. Entretanto, ao vivenciar a parturição, a maioria dessas mulheres percebeu na figura do anestesista o companheiro daquele momento, presente, atencioso, que conversa e acaricia, transmitindo-lhe tranquilidade. A relação estabelecida entre as mulheres e os anestesistas é tão significativa para algumas, que as mesmas não associam os sintomas (náuseas e cefaléia intensa) ocorridos no pós-parto com os efeitos adversos da anestesia.

Algumas gestantes, mesmo sem terem ainda vivenciado a parturição na instituição, constroem uma expectativa positiva da atenção ao parto a partir da visita ao Centro Obstétrico, realizada como uma das atividades desenvolvidas pelo Pré-natal. Demonstram satisfação ao saberem da possibilidade de permanecerem próximas do filho e de ter com ele um contato íntimo, pois compreendem a necessidade e importância desta relação EU-TU para ambos. Ainda nessa linha, notou-se que, para alguns profissionais, este contato precoce não é benéfico à mulher, que pode se encontrar extremamente esgotada e estressada, bem como a possibilidade de sentir preocupação com o choro do bebê. O contrário foi observado nos

diálogos das poucas mulheres que tiveram oportunidade de fazer o contato pele a pele. Para algumas, este acontecimento significou a melhor vivência da vida.

Ouvir o filho chorar também significou um momento importante na vivência dessas mulheres. O choro leva a mãe a entrar em relação com o filho e a força de sua exclusividade apodera-se desta. Nessa relação interpessoal, acontece num clima de mistério o diálogo entre ambos.

Para outros profissionais, a ação que aproxima precocemente mãe-filho num contato íntimo é fundamental. Contudo, a possibilidade de fazê-la tem-se tornado quase que inexistente diante de uma diversidade de fatores. Os técnicos de enfermagem atribuem aos neonatologistas esta responsabilidade tendo em vista serem os mesmos que iniciam os procedimentos e recebem a criança das mãos do obstetra. O perfil da clientela foi justificado como uma das impossibilidades de realização do contato pele a pele, o que não se revelou no diálogo das mulheres, pois algumas tiveram seus filhos em perfeito estado de saúde e não usufruíram deste cuidado.

Mesmo ao considerar o perfil de crianças nascidas no Instituto, onde muitas apresentam malformações, vale refletir que ainda que seja uma breve visão do filho, esta ação poderá ajudar a mãe a perceber a realidade da situação e dissipar possíveis fantasias sobre a aparência da criança, que por vezes pode ser pior do que a realidade. Nessa linha de pensamento, alguns técnicos de enfermagem defendem a importância de se realizar este primeiro contato, sobretudo quando se trata de crianças que serão internadas em UTI-neonatal, pois tal ação permitirá um momento de intimidade entre mãe-filho e poderá influir favoravelmente no vínculo, considerando que essa criança, ao entrar na UTI-neonatal, geralmente terá sua aparência modificada para pior diante dos procedimentos e das colocações de artefatos (tubos, prongas, esparadrapos, cateteres, eletrodos).

A preocupação em não permitir o contato precoce mãe-filho na Sala de Parto em nome da fragilidade da mulher, vivida neste momento, pode ser um equívoco se não se abrir para o diálogo na busca de saber o que para ela é importante e o que ela pensa a respeito da ação, caso esta seja possível. Tal atitude poderá ajudar a superar os dilemas vivenciados por profissionais em situações difíceis. Para Buber (2006), o homem está apto ao encontro na medida em que ele é totalidade que age.

Esta categoria evidenciou as (im)possibilidades das ações que favorecem o contato íntimo e precoce mãe-filho e a valorização destas ações para uns profissionais e a não

valorização das mesmas para outros. Proporcionar um momento de encontro mãe-filho-profissional logo após o nascimento, mesmo que a amamentação não aconteça neste instante, além de benefícios outros, poderá viabilizar sua concretude.

Buber (2006) ressalta que o instinto de relação é primordial e esta acontece ainda de forma primitiva e não-verbal do dizer-TU. A mulher-mãe, ao viver essa relação, realiza-se neste TU, encontrando a presença do TU inato. O TU inato atua bem cedo, na necessidade de contato tátil, e em seguida visual com o ente e assim, em seu desenvolvimento, passa a expressar cada vez mais claramente a reciprocidade e a ternura.

Ainda no cotidiano do Centro Obstétrico, a maioria das mulheres se sente acolhida pelos profissionais. Entretanto, esse cenário foi também lócus de abandono profissional para uma das mulheres participantes do encontro em seu momento de parto. Mesmo sendo uma única situação observada, esta é tão relevante quanto as outras. Nessa perspectiva, o EU de EU-ISSO utiliza a palavra para fazer conhecer o mundo institucional e este conhecer serve de guia para transformá-lo.

5.1.4. A relação profissional-puérpera no assistir em aleitamento materno no Alojamento Conjunto: possibilidades de desvanecimento e de conversão.

Depois que eu operei que eu achei complicado o Alojamento. Porque as pessoas: - Ah, você fez cesárea ontem ainda está assim, toda botando a mão na barriga, andando desse jeito? Você tem que se esticar, andar bem.- Eu falei: -Nossa! Está doendo!- Não te dão nem um comprimido, nem uma água para você beber. (MARINA)

Depois que eu vim do parto [...], já começaram a dar o copinho. Nesse dia eu só vi[...].Ele só ficou no copinho. Eles não me ajudaram a por no peito, não. Pegavam ele e davam copinho. Só pus, ele no peito no outro dia. No outro dia eles falaram para tentar no peito. E eu não conseguia sozinha. E a senhora também me ajudou muito a dar mama. A X e a Y (do BLH) também! Todos eles foram maravilhosos, a X(BLH), teve uma paciência, graças a Deus eu consegui amamentar o Cristiano. (MARIA)

Eu passei por um pouquinho de dificuldade. Aqui a maioria das pessoas, não é todo mundo, mas a maioria é bacana, é atenciosa. [...]as pessoas ajudam, tem pessoas que não fazem. E algumas pessoas, têm que ter mais paciência. Porque não tive ajuda para amamentar. Eu senti muita dor. E a gente fica sozinha ali, não é? Não estava conseguindo dar o peito. Ele perdeu um pouco de peso. Porque ele não estava conseguindo mamar direito, mas graças a Deus, eu consegui. [...] você veio me orientou, ele está mamando pra caramba certinho. Senti falta. Eu precisava de ajuda pra

amamentar, mas tem umas aqui que não querem dar essa ajuda. [...] foi falha da enfermagem. E as pessoas tinham que ter um pouco mais de paciência. Ajudar. Não é querer explorar ninguém não. Eu via que não dava para elas ver tudo ao mesmo tempo. Eu estava me esforçando, [...]se me ajudassem um pouquinho na hora dele amamentar. [...]todo mundo falava: - Ah, que você vai ter neném lá. É muito bom, você vai ter apoio, vão explicar tudo.- Então, não foi o que eu pensava. Mas tem umas pessoas boas, que me ajudaram aqui. Mas também tem outras aqui[...] Foi muito ruim, para mim, pelo menos. Foi um plantão só. Tive ele, saí de lá, vim para cá. Não sabia nada. Então eu achei até que eu não ia aguentar aquela dor, mas eu consegui. Eu fui me virando. E eu achava que ele estava mamando bem, só que não estava. A médica vinha [...]. Media a glicose dele, estava baixa. O que é que eu estava fazendo? Não estava mamando nada? Porque eu não estava ajudando ele com meu leite. Eu não estava fazendo nada direito. Eu achava que estava dando mamar, e ele não estava mamando direito, porque estava bem baixa. Ela (a médica) me explicou (mostrou-se emocionada, lacrimejou os olhos). Mas agora está mamando direitinho. (MICHELE)

Ele não mamava, estava tomando a complementação, não é? Eu ainda ajudei na complementação. Depois que foi mamando direitinho, foi saindo à complementação. (MARIA)

Poxa! Se não fosse ela. Graças a Deus que me botaram aqui para ficar junto com ela, porque senão eu não sei o que ia acontecer. O que eu podia ter feito com meu filho? Elas só traziam a complementação e eu queria dar o meu leite direito. (MICHELE)

As meninas do Alojamento, praticamente doidas comigo. Porque a cabeça estava doendo, não conseguia comer, só com vontade de vomitar. E as meninas: - Você precisa se alimentar por causa do leite do seu filho. - Toda aquela preocupação, toda hora uma ia lá. Eu não consegui dormir, me ajudavam a botar compressa d'água na cabeça. Porque a enxaqueca ataca. (MARTA)

E ele nasceu com 2,40 kg e ficou direto comigo. [...] foi interrompido com 36 semanas. Ele foi direto para o quarto comigo [...]. No mesmo dia a enfermeira o pegou e botou no peito. (MARIS)

E vim para o Alojamento e toda hora eu falava para o meu esposo: - Vitor, vai lá saber. - Toda hora ele ia e voltava. A pediatra mandou esperar. A pediatra mandou esperar. Até que graças a Deus passou a primeira noite eu falei:- Gente, a minha filha não morreu. Se não eu já saberia. (MARLENE)

No Alojamento a gente percebe que a enfermagem é a grande responsável pela amamentação, é que pega a coisa, faz, assume. Todo o dia, vê a mama, vê pega, vê tudo. Existem mães lá, que não só a gente, como elas também começam a ter certa antipatia, porque elas pensam. Lá vem essa mulher falar de amamentação[...] (EO)

Você tem que ter um cuidado. Hoje, tinham cinco mulheres com problema de amamentação. Fissura nas mamas, problema de pega, de orientação [...]. De manhã a primeira coisa que eu fiz, foi à amamentação de todo mundo. Duas eu não dei conta, chamei o Banco de Leite. [...] é complicado, além disso tudo, entra a questão da complexidade. Uma delas o bebê estava em fototerapia na sexta, e ela falando que a criança na foto a noite toda e chorando, não queria ficar ali, e ela botava no peito. A criança mamava de qualquer forma e com cefaleia pós-raque, pra piorar. O mamilo uma coisa horrível. Ai eu fiquei em cima dela agora, botei a luz pra vê se diminui. Talvez se a gente tivesse uma equipe um pouco mais perto, o problema dela

teria diminuído. Vai depender do profissional. Tem uma que outro dia ela, falou mesmo que não tinha amamentado os anteriores e não queria amamentar esse. [...] eu recebi o plantão, olha, conversa com a fulana que ela não quer amamentar, coitada da criança e nan, nan, nan, nan. Fui conversar e realmente senti que ela não queria. Respeitei. Falei com a pediatria e a pediatria também parece ter respeitado. Prescreveu o complemento. [...] fui ver outras mulheres e tal. Daqui a pouco veio uma técnica feliz da vida. Consegui! Eu perguntei: - O que?- A Mãe que não queria amamentar. Conversei com ela. Cheguei a chorar, contando pra ela a história do meu filho, ela chorou também e está amamentando. [...] eu entrei numa crise ética. Porque a mulher não queria. A nossa estratégia tem que ser convencer? Não sei? Eu fiquei meio frustrada. Ela ficou toda orgulhosa, que conseguiu, e eu fiquei mal. (EO)

[...] quando chega na enfermaria faz-se os primeiros cuidados e coloca-se a criança no peito. Tendo colostro ou não tendo colostro, a não ser uma situação excepcional. Estando pronto vem logo pra cá e a gente coloca logo no peito e está sendo rotina. Um ou outro caso é que não vai no peito, no pós imediato. (EO)

[...] no Alojamento Conjunto, o que deixa a gente, mais tranquila exatamente é respeitar o desejo da mulher porque ela tem uma história, ela tem um pensamento, uma situação social, familiar, cultural. [...] atualmente a gente trabalha muito enfocando realmente a necessidade dela. [...] o desejo que ela tem. [...] lá no Alojamento a gente vive a amamentação, no [...] Alojamento, tudo acontece. [...] é completamente diferente, e vem o desespero, a fragilidade, vem o choro, me sinto incapaz porque não estou conseguindo amamentar meu filho. Por mais que a equipe esteja próxima, que todos os profissionais passem todos os dias, reforcem, orientem, ensinem, vejam pega, posição, vê a mama, faz massagem, faz ordenha, quer dizer, isso é uma prática constante do dia-a-dia do Alojamento Conjunto. [...] para ela esse momento é muito difícil. Tudo que foi dito para ela, ela vai colocar em prática e nem sempre sai tudo como a gente fala, não é? Às vezes, sai da Sala de Parto cansada, com fome, vamos deixar ela descansar primeiro, deixar ela comer. Às vezes, tomar um banho, às vezes está louca para tomar um banho e diz - deixa eu tomar um banho primeiro. - [...] e aí depois bota o bebê no peito. [...] chegou da Sala de Parto, fica direto com o bebê. [...] não pode tirar o bebê de perto da mãe, a gente só retira para qualquer procedimento que vai fazer, [...] A gente sabe, são raras, [...] - Não quero amamentar.- [...] mas essas são raras, a maioria, tem o desejo muito grande. Primeiro de ter o bebê, porque elas vêm realmente com tantos problemas que querem esse bebê, e amamentar o bebê. Apesar de todas as dificuldades que a vivência da amamentação apresenta, principalmente para essa mulher que acaba de ter esse bebê. Ela tem o sonho de amamentar [...] Mas, logo nas primeiras horas é muita dificuldade e assim mesmo elas querem amamentar [...] a equipe, de um modo geral, dá muito apoio para ela. (EO)

E quando o bebê está mamando, e ela (neonatologista) quer examinar e faz a mulher tirar o bebê do peito. Menina, eu fico danada. Às vezes, está lá tudo direitinho, aí vem alguém e diz: - Olhe, vou lhe examinar. - Aí, tira o bebê. E eu falo: - não, você não vai tirar o bebê, porque eu fiquei aqui quarenta minutos com essa mulher. O bebê agora que pegou o seio. - Ah, mas eu preciso examinar.- E eu respondo. -Passa pra outra. Porque agora é hora do bebê mamar e essa mãe tem que aproveitar esse momento. - [...] isso é falta de sensibilidade. (EO)

É, isso sim, isso é falta. Mas agora a questão de você trabalhar, você trabalha na hora em que a criança solicita. Então isso atrapalha. Não tem esse andamento, você tem outras atividades. O pediatra, ele vai sair dali, vai para outras atividades, vai atender no ambulatório [...]. (MO)

Eu vejo lá no Alojamento tem pacientes que tem certa resistência com a amamentação. Não quer de maneira nenhuma amamentar, mesmo a gente orientando, esclarecendo, explicando as vantagens do aleitamento materno, elas não querem amamentar seus filhos. Até é uma carga que elas já trazem do ambiente familiar, da convivência com as avós, com as mães, com tias. Todo mundo falando que tem que dar um leitinho, uma aguinha, não sei o que, um chazinho, etc. Às vezes eu uso o meu exemplo para elas e dá certo. Porque eu tenho dois filhos. O mais velho ele mamou no peito [...] e só Leite Materno até sete meses. A partir dos meses que começou a introduzir sopinha, para ele começar o contato com alimento salgado. [...] mesmo assim ele continuou mamando até um ano e oito meses. E a minha filha mais nova de dois anos mamou só 3 meses. Ela teve muita dificuldade depois com mamadeira, copinho, leite de peito, nada disso ela queria. Eu tinha que voltar a trabalhar e nada disso ela queria. E aquilo foi me dando um estresse tão grande que meu leite secou. Aí foi que ela pegou a mamadeira e mamou, mas, hoje você percebe a diferença. Você conta nos dedos quantas vezes meu filho ficou doente.[...] ele não tem alergia, ele não tem nada. Agora, a minha filha não pode mudar o tempo, ela já está resfriada. Ela é cheia de alergias [...]. Então normalmente eu dou meu exemplo para as mulheres para elas saberem disso. Eu falo: - Olha como realmente o Leite Materno é tão bom. Você vê o que fez de diferença na vida do meu filho e como é na vida da minha filha que quase não mamou no peito. (TECO)

[...] talvez seja mais complicado esse artifício que muitas vezes se usa. [...] principalmente quando deixa para o dia seguinte, que a mulher está com a sonda, não pode dar de mamar agora e fica dando complemento a noite inteira [...]. A gente observa que existe um retardo sim, na apojadura, na amamentação. É verdade, existe um prejuízo sim para a mulher. Talvez o que essa mulher precise mais nessa hora, seja de muito apoio, não é? Teria que ter alguém disponível para ajudá-la, colocar a criança se ela não consegue. E às vezes dizem que vai deixá-la descansar, mas na verdade, a deixam lá, abandonada. Na verdade não é deixá-la descansar é dar o copinho que é muito mais rápido. (MN)

Tá, mas em contrapartida tem aquelas mulheres que desejam amamentar, mas pedem, por favor, para descansar um pouquinho, e a vontade dela é respeitada. Essa mulher descansa um pouquinho e depois ela está até mais motivada a amamentar esse bebê do que se ela não descansasse. Não para o dia seguinte, mas um pouco depois. É uma situação diferente, a gente concorda com isso.” (EO)

Mas as mulheres não falam isso: - Quero descansar. Vou amamentar só amanhã, ou depois. (MN)

Então na verdade o que tem que ser feito é dar a voz a protagonista, não é? (P)

[...] na realidade é assim, eu vou até dizer pela minha prática. Eu acho que acaba virando uma rotina da mulher principalmente pós-parto cesárea. Acaba de nascer o recém-nascido inicia com complemento. [...] acaba virando uma rotina da equipe, aquela coisa de não tentar estimular, [...]. No caso o RN após cesárea, copinho, já é rotina, 10 ml de LHO (Leite Humano Ordenhado) copinho. Então eu acho que dependendo do caso você tem como

estimular sim. Ajudar a mulher. Dá logo o copinho. É mais prático. Perguntar, de preferência nas primeiras horas se ela deseja? O que ela precisa? Será que a mulher está segura para essa decisão? A gente até brinca lá na nutrição que é assim:- Quem quer copinho? Não tem aquela coisa de você realmente ter aquele horário para chegar. A gente sabe que não é intenção do profissional. É e por conta de estrutura, isso tudo. É a intenção é de ajudá-la, com certeza, mas acaba que vira uma rotina. Eu acho que isso não ajuda. (N)

Hoje no Alojamento. [...] eram duas horas da tarde e a última mamada que o neném teve foi às nove horas da manhã no copinho. Ela estava com dificuldade, não conseguia colocar o neném para mamar e ninguém tinha ido ajudá-la. Ela estava lá comentando. De longe eu estava vendo, tinha as pessoas que chegavam lá:- Ah, a X (do BLH) vai aí. No caso, eu estava lá perto cuidando de outra e as meninas falando:- Não, a X vem aqui. Mas sei lá! De repente um envolvimento maior no geral. Se eu não pudesse ir, eu não sei quanto tempo mais, a criança ia ficar sem mamar por falta de ajuda à mulher. Aí quando eu pus esse neném no colo da mãe ajeitei, deixei lá, fiz todo o procedimento[...] tirando as dúvidas dela, esperando[...]daí a pouco o neném estava mamando. Mamou bem. Mas isso já por volta de duas e meia da tarde. (TECB)

Na passagem de plantão me falaram dessa mãe. [...] ela estava com queixa de muita dor a noite toda. Aí preferiram esperar um pouquinho. Por isso que deram o leitinho no copo à noite. E antes do banho que foi oito e meia, mais ou menos, eu dei um pouquinho de leite. Por quê? Ela estava com a sonda, ainda não havia bebido nada, aí eu falei:- Vamos botar a neném logo na mama?- Aí ela falou: - Posso amamentar depois que eu tomar um banho? Que eu estou me sentindo mal.- Eu falei: - Então ta.- E ele estava chorando, é um menininho, eu fui ofereci mais um pouquinho de leitinho para ele. Mas durante esse tempo que ele ficou sem mamar foi isso, essa mãe estava com muita queixa, de dor, preferiram oferecer o leite. Porque a gente falar, é tudo na teoria, mas quando elas estão ali, não é? Sentindo dor, querendo tomar um banho e descansar, eu acho que [...]. A última coisa que elas pensam é em amamentar, sabia? Se estiver tudo certo, correto, está livre demanda na prescrição. [...] vamos lá para botar o neném para mamar e isso acontece sempre. Mas quando acontece isso da mãe não está nada bem, ficaram 12 horas lutando para ter aquele bebê normal, chega você olha ela está assim, não tem como. Mas não é sempre, mas é de equipe para equipe. (TECO)

E de mulher para mulher. Tem algumas mulheres, que eu já vi lá, quando chegam lá, o neném já está mamando, elas nem tomaram banho, nem nada, são mulheres que às vezes tiveram mais filhos e às vezes nem tiveram filhos, mas têm iniciativa. E tem mães que são mais assustadas. [...] você pergunta se quer tomar banho: - Não, primeiro tenho que botar o neném no peito.- Independe se a mama está direitinha, está limpinha. Não, tem que colocar o neném no peito. (TECO)

Outro dia eu fiquei lá no Alojamento porque o chefe estava querendo conversar com as meninas e como eu não estou lá direto, eu estou mais na Admissão, fui entregar o complemento que estava prescrito e tinha chegado. Aí vira a mãe: - Não, eu estou com leite, eu tenho tanto leite.- Ela estava questionando o porquê do complemento. Aí eu falei assim: -Mãe, depois eu vejo com as meninas, mas só que o pediatra anotou aqui para dar o complemento. Depois as meninas te explicam direitinho.- Aí ela ficou questionando,ela não estava querendo dar o complemento, porque estava

com as mamas cheias. Ela estava querendo dar o peito ao bebê dela.
(TECO)

Os profissionais que atuam no contexto do Alojamento Conjunto concordam que a mulher necessita ser confortada (descanso, banho, alívio de dores, alimentação) para realizar a amamentação de forma mais prazerosa. Entretanto, o pós-parto para essas mulheres foi um momento de muita dor e necessidade de ajuda para realizar de forma satisfatória a amamentação e a maternidade. Elas perceberam que, de modo geral, os profissionais foram atenciosos, mas para algumas mulheres existem os que não demonstraram paciência para atender a suas necessidades e assim se ressentem da descontinuidade do cuidado e se veem como um EU carente de relação.

No Alojamento Conjunto, também foi evidenciado pelos profissionais, embora de forma rara, que este setor recebe mulheres que não desejam amamentar, mesmo com toda a orientação. Nesse sentido, são favoráveis a respeitar essa decisão. Os profissionais identificam muitos ISSOS expressos no cotidiano da mulher, interferindo no ato amamentação. Ainda nesse cotidiano, enquanto um profissional se mostra feliz de ter ajudado na mudança de decisão da mulher que não desejava amamentar, expondo as consequências de uma alimentação artificial a partir da própria vivência, outro entra em crise ética, pois acredita que esta atitude é uma forma de convencimento, que não respeita a decisão da mulher.

A partir do pensamento de Buber (2006), pode-se refletir essa vivência considerando que o homem livre busca ir ao encontro da atualidade com todo o seu ser. Nessa busca não acontecerá aquilo que sua resolução imagina, mas o que acontecer não ocorrerá senão na medida em que o Ser resolve querer aquilo que ele pode querer. Assim, ele consegue sacrificar aquele querer escravo, regido pelas coisas em favor do grande querer que se afasta do “ser determinado” e espreita aquilo que por si mesmo se desenvolve, o caminho do Ser no mundo, não para se deixar levar por ele, mas para atualizá-lo, como ele deseja ser atualizado por meio do ato humano, o que equivale a se oferecer ao encontro. Ainda nessa perspectiva, para o autor, a crise e o desespero são também lócus de regeneração e isto já seria o início da conversão.

Alguns profissionais, imbuídos de fazerem o melhor, acreditam que o oferecimento de leite em copo ao recém-nascido, logo após o parto, ajudará a mulher se recompor favorecendo a amamentação numa condição física melhor para a mesma. Observa-se a consolidação de uma rotina de utilização do copo com complemento de LHO. A mulher-mãe que muito deseja

amamentar precisa se impor para que este não seja oferecido ao seu filho. Fica claro, no diálogo das mulheres, o desejo de obter êxito na amamentação do filho e o complemento para algumas significa a não conquista deste sucesso, e assim assumem um sentimento de culpa e de incapacidade para amamentar.

A percepção do contexto Alojamento Conjunto, por mulheres e profissionais, se coaduna no que tange ao excesso da utilização de copo com complemento de LHO para a alimentação do recém-nascido, em substituição ao seio materno, por falta do apoio oportuno e adequado à mulher para a amamentação. Dessa forma, gera-se em alguns momentos uma dificuldade maior para a mesma estabelecer o aleitamento materno, como também complicações clínicas para o filho e emocionais para a mãe. Nessa perspectiva, pode-se ressaltar a importância de uma atenção que dê voz à mulher numa relação EU-TU, para a compreensão de suas reais necessidades.

Vale destacar que, logo após o parto, a maioria das mulheres se encontra em estado de alerta e a amamentação pode então desencadear um relaxamento mãe-filho, promovido pela fisiologia da lactação. A atitude EU-ISSO não é algo negativo, desde que seja orientada para fornecer o poder de decisão, responsabilidade e disponibilidade para o encontro com o outro. Assim, EU-ISSO é a atitude do homem face ao mundo, que nos permite compreender todas as aquisições das atividades científicas e tecnológicas. É necessário suprir as necessidades da mulher puérpera, sobretudo de reposição hídrica, nutricional, alívio de dor, bem como de segurança, para que esta não tenha a preocupação de se sentir abandonada, caso necessite de ajuda e para que consiga de fato seu bem-estar. Em geral o estresse materno afeta consideravelmente a fisiologia da lactação, fazendo com que a mulher não obtenha êxito na amamentação.

Algumas mulheres, que chegaram ao Alojamento Conjunto e que tiveram o bebê levado para a Neonatologia, viveram um longo período de angústia, sem obter notícias do filho. Mesmo diante do drama, por vezes este fato teve um significado confortante, pois se não foram informadas imaginavam que o filho ainda vivia. Assim, foi possível notar que o cotidiano do Alojamento Conjunto revelou acontecimentos marcantes, em que o face a face aparece e se desvanece, os eventos de relação se condensam e se dissimulam, e nesta alternância as relações envoltas numa trama tendem para o TU sem ainda ser o TU. O TU da relação desvaneceu-se em determinados momentos, porém na maioria das vezes não chegou a se tornar o ISSO de um EU.

5.1.5. *Visões do assistir em aleitamento no mundo da UTI neonatal: relação profissional-mãe demandada pela rotina ordenada.*

Ali na UTI é complicado. Dificilmente eles têm a mesma posição. O Leite Materno é o melhor que se tem, tanto é que ela toma leite artificial. E o que acontece? A minha filha está com o intestino meio complicado. Ela hoje está complicada. Todos os dias eu falo: - Oh, essa menina hoje não evacuou-. Ah, é porque ela evacuou ontem. - Eu acho que o certo é todos os dias. [...] no início quando ela nasceu ela fazia todos os dias. - Ah porque o leite ainda não tinha mexido com essa parte.- Disseram que eu não poderia amamentar porque ela tem as costelas. Fraturas nas costelas e é complicado para pegá-la. (MARINA)

Não tenho que reclamar de nada, sou muito bem tratada aqui, todo mundo me respeita, respeita o meu filho. E meu filho também é muito bem tratado, apesar de todas às vezes d'eu ir para minha casa eu fico com o meu coração na mão e ao ir. A minha ansiedade é de pegar meu filho. Já teve momentos aqui d'eu querer surtar aqui dentro, pegar meu filho e levar para a minha casa, desejo forte de levar o filho pra casa. De não aceitar, não sair com meu filho nos meus braços. Mas isso eu sei que todo mundo entende porque isso é coisa de mãe. (MARA)

Eu tenho que agradecer aqui. A assistência que eu tenho aqui lá fora eu não teria, porque são 96 dias, várias operações. Peito não. A gente botou para sugar a mamadeira. Eu desisti. Eu me desanimei. Porque eu queria muito dar o peito. Não foi uma coisa que, não foi opção minha. Por mim eu daria até hoje, faço questão de dar, mas ele não pegava muito e foi me desanimando, e tentando. E eu me desanimei, e como eu queria ir embora logo, eu falei: -Ah! Vamos na mamadeira.- E o pessoal falava que a mamadeira seria mais fácil. Mas a mamadeira também foi um sacrifício, muito. Até ele pegar a chuquinha. E ele não consegue beber o leite puro que ele engasga. Então ele passou a tomar o leite com espessante. (MÔNICA)

O meu filho já é um milagre. Isso que o meu filho teve não se opera. E quando opera, chega a óbito. E eles falam mesmo, abertamente. Eles sentam com os pais, mostra todo o problema. O porquê seu filho nasceu com aquilo, fala tudinho. E se seu filho chegar a viver, eles falam, que nosso filho vai vegetar, não vai fazer isso, não vai fazer aquilo. Já teve médico aqui de dizer que meu filho não vai sair daqui de dentro vivo. Eles falam. Médico daqui da UTI. - Olha, o seu filho não vai sair daqui vivo.- Eu falei. - O meu filho vai sair daqui, em nome de Jesus. Ele vai sair daqui porque o meu Deus quer. A gente já está passando por uma situação. Por um momento tão difícil que abala todo mundo, mexe com a estrutura da família toda, principalmente a gente mãe. A gente planeja aquela coisa toda e dizer, na sua cara: -Oh, o seu filho não pode chegar aos nove meses.- Dói! Então eu acho que a forma que eles falam poderia ser diferente. É por isso que estou falando que quem é especial somos nós. Porque às vezes quando a gente chega à UTI, e olha para o rosto do nosso bebê e vê que a criança está reagindo. A gente sai dali, renovada. (MILENA)

[...] vou ser sincera. Eu estou ainda me acostumando. Estou quase chegando lá com a idéia de ter que entrar (na UTI). Eu antes entrava lá, olha só a situação. Eu entrava [...]. Louca para ver meu filho e ficar 24 horas do lado

do filho, mas eu botava o pé lá dentro, vinha o mal estar na minha cabeça. Eu acho que a pressão já subia. Voltava lá pro Alojamento chorando. (MARLEIDE)

Eu senti isso. Quando o seu filho passar para o lado de lá no Berçário Intermediário. Quando ele passar para o BI você não vai sentir mais nada disso, o BI é mais tranquilo. (MILENA)

Isso. Aquele lado é muito barulhento é uma tortura realmente. (MÔNICA)

[...] falou assim: - Oh mãe, você quer pegar ele no colo?- Eu virei para trás... Eu virei e falei: -Você está brincando? Você está falando sério?- Estou falando sério. Eu falei: -Pode?- Ela falou: -Pode.- Mas o meu vestido está sujo-. Aí ela falou: -Não, tem problema.- Aí pegamos o cueirinho, botamos aqui, botei no colo. Gente! Ele abriu o olho e ele olhou para mim! Aquilo sabe? Vocês não imaginam o tamanho da alegria. (chorou). Muito bom! Eu ponho a minha cabeça no travesseiro tranquila que eu vim, convivi aqui [...]. Eu sei que ele está em boas mãos. Se não fosse isso, eu não ia ter sossego lá. Às vezes dá uma louca, pego o telefone e ligo para cá, às onze horas, meia noite (risos) para saber notícias dele. Que às vezes dá um estalo no coração da gente. (MARLEIDE)

Só que eu escutei tantas coisas assim, que ia morrer. Que eu deixei tudo isso me sufocar. Eu me preparei para minha filha nascer e morrer. Tanto que eu não comprei nada para a minha filha. Eu não quis receber nada, presente nenhum para minha filha. [...] eu acreditei no meu coração que a minha filha ia nascer e morrer. Eu passei 21 dias de tormento na minha vida. Eu cheguei ficar louca. Hoje a menina até comentou comigo: -Eu olhava para você, via você desesperada.- Eu não sabia nem o que fazer?- Porque eu não ouvia ninguém, eu não entendia nada. O médico falava comigo eu não entendia. Eu fiquei praticamente louca, lesada. Tinha dias d'eu chegar aqui eu não sentia nem a vontade de ficar perto da minha filha igual todo mundo. - Ah, meu filho!- Eu não sentia. Sabe? Porque eu a via, parecia que estava sofrendo tanto, era uma dor tão grande que eu preferia não ver. Eu vinha ficava 20, 30 minutos. Eu falava: - Ah, eu vou embora.- Porque eu não aguentava. Mas graças a Deus, minha filha tem um mês e cinco dias, está fazendo hoje, já venceu todas as barreiras possíveis e impossíveis. (MARLENE)

Eu já vi crianças saírem bem, eu já conheci crianças que chegaram a falecer. E isso dói. Dói muito. (MÔNICA)

[...] quando entrou lá para a UTI eu fiquei pensando: - Ah, agora a gente vê uma eternidade pela frente, meu Deus! Até quando? Aquilo eu fiquei sufocada e tal. E nisso eu vendo as mães amamentando lá no Alojamento. Aí eu ficava pensando. Isso vai demorar, para eu fazer. Eu queria tanto que meu filho recebesse meu leite. Ele não vai receber tão cedo, [...]. Até uma delas falou? - Marleide, você já está dando leite para o seu filho? -Não. Mas já estou estimulado. - Ah, vai demorar! Eu tinha acabado de falar isso, veio uma enfermeira. - Marleide, vamos lá para você dar leite para o seu filho. - Eu falei? -O que?! Eu?! Você não está enganada não?- Não, é você mesma. (Risos). Eu saio de lá chorando por qualquer motivo, sou a chorona do corredor. [...] ele hoje já está com 8 ml. (MARLEIDE)

Eu sempre falo isso lá dentro, a gente valoriza pouco porque você é tão patológica. A gente tem que dar passinho, por passinho, para começar a estimular. Mudar essa visão, de que[...] Ah, eu ponho mamadeira, eu ponho, copinho e pronto. O importante é que ele sugue? Não! O importante é que ele mame. Eu estava muito incomodada, o bebê ta mamando mamadeira,

mas nunca teve contato com o peito. Você pensa na punção venosa, na glicemia, nam, nam e esquece dessas coisas. Esquece dessa humanização da assistência, apagar a luz, de colocar pra mamar. Eu falo isso pra elas quando ta cheio eu vou entender perfeitamente. Mas estão todas sentadas ali. Todas as mães olhando, babando nas incubadoras. Por que eu não posso por no colo? Vocês estão fazendo o que? Vamos colocar esses bebês no colo. Vamos apagar a luz. Vamos fazer um canguru. Então, é isso que você falou, é tudo muito corrido. Mas quando não é eu também não faço. (EN)

Incentivar a mãe a ordenhar o leite do lado da incubadora a gente faz isso. Eu sempre falo para elas: - Procura trazer uma roupa mais confortável onde você possa ordenhar e que não fique tão exposta. (TECN)

[...] essa coisa da amamentação dentro da UTI é isolado. Você encontra algumas pessoas que tão ali batalhando, mas não é a fala de todo mundo. Ela tem outros filhos, tem vários problemas sociais envolvidos nisso aí. Quando ela chega e vê o bebê vizinho com a mamadeira, e ela quer ir embora, ela não quer mais nem copinho, ela quer logo uma mamadeira e ir embora. Então a influência disso ali. (F)

[...] na Neonatologia, essas mães ficam mais inseguras ainda. Com maior apreensão, elas ficam mais receosas. Existe um pouco de rejeição, de culpa. Existem outros sentimentos envolvidos. Então o profissional de saúde, é fundamental que todos estejam mais sensibilizados. (EO)

Essa vontade esse desejo é fundamental, porque se ela não quiser, pode vir quem for. Não vai conseguir convencê-la de fazer diferente. Mas, associado a esse desejo, tem que ter uma rede de apoio senão ela não consegue. (EO)

[...] nós temos uma grande maioria de malformados. [...] chega às vezes, ter oitenta por cento dos bebês malformados e o grupo dos prematuros. Hoje mesmo tem três hidroencefalos, um com mielomeningocele, são mães preparadas na verdade pela medicina fetal, pela Dra X, que o bebê vai nascer e vai morrer. Nós temos uma bebezinha, uma anencefalia que foi para casa e viveu nove meses. [...] a primeira coisa que você resgata é a mãe, para ficar próxima ao bebê e para levar esse bebê para casa, foi um sufoco. Não vinha, não vinha, e ligava todos os dias para saber se esse bebê já tinha morrido. Não estava preparada para isso. E é uma forma mesmo de não sofrer. Nós temos um bebê com anencefalia que eu pensei que fosse nascer e morrer. [...] E o bebê agora já está começando a sugar mamadeira, [...]. As dificuldades não só com as mães dos malformados, mas dos prematuros, depois de três, quatro dias, elas vão embora. Não tem condição de vir. Durante o período em que a mãe está internada a gente tem incentivado bastante. Até já conversei com a Beth sobre a ordenha ao lado da incubadora em colocar isso. E isso é assim, fantástico! Na nossa experiência eu comecei fazendo e hoje as enfermeiras todas já incentivam. A gente que não tinha o hábito, a rotina mesmo de orientar a mãe a dar o leite cru. Era só o leite que vinha do Banco de Leite, do lactário. Depois que a Beth me ajudou e a gente tem feito e tem funcionado super bem. Tem sido um incentivo para as mães no aleitamento. E chega um período que a mãe vai embora. [...] não tem dinheiro de passagem. [...] o prematuro que nasceu com vinte e oito semanas, coitado. Fica lá dois meses para conseguir receber leite por via oral. A mãe não tem uma frequência de ordenhar e a produção já diminui muito. Junta a ansiedade da mãe. A preocupação dela, não é com o aleitamento, é engordar, com a apneia é com o [...], sei lá, com a infecção. É, a sobrevivência do bebê. Quando o prematuro começa a

sugar, lá com dois meses, a gente tem dificuldade de tentar colocar. [...] a mãe já não tem mais o leite. [...] a mãe vem sendo preparada para o bebê ir à óbito, e o bebê fica e vai ficando e chama a psicóloga. [...] ela consegue resgatar um pouquinho disso [...]. Você imagina a mãe que não queria nem ver o anencéfalo, que já está sugando a mamadeira. Ela antes quase nem tocava no bebê. [...] antes não ia nem sugar porque ia morrer e agora já está sugando a mamadeira. Agora tem que tentar resgatar a mãe. (EN).

Por conta de ser uma clientela muito específica e de saber que a gente atende pessoas de outros Municípios, muitas vezes essas mães ficam de alta obstétrica no Alojamento, porque o bebê está na UTI neonatal. Então, elas tem acesso livre, direto, a todo o instante e a Neonatologia pode fazer um trabalho melhor em relação à amamentação, mas tem momentos que não tem como. E tem que escolher qual a mãe que mora mais longe e que o bebê está com mais necessidade de mamar, e a gente permanece essa mulher no Alojamento. (EO)

Eu tive uma experiência com uma paciente, na época que eu estava no Alojamento, e ela tinha muita vontade de amamentar, mas o bebê estava na Neonatologia, era prematuro. Ela ficava ansiosa, todo dia ela ia lá e perguntava se podia amamentar. Aí ela se satisfazia só com o fato de tirar o leite no vidrinho, para poder levar lá na Neonatologia para o bebê. É elas se sentem realizadas. (TECO)

Mesmo a questão do amamentar, quando a criança da Neo começa ir ao peito. Essa criança perde peso. Aí começa outra frustração. Quantas gramas já perdeu? Eu digo: - Olha só, [...] Quando você vai para a academia, a tendência não é você fazer exercício e perder peso? Para ele isso está sendo um exercício enorme. [...] depois ele vai recuperar tudo isso. Até elas colocarem isso na cabeça, e se sentirem conformadas é complicada a questão da amamentação. - Ah, será que meu leite está fraco? Por que ele perdeu peso? - E não é fácil elas tirarem isso da cabeça. (TECN)

Pra elas é importante, muitas mães sentem que é prazeroso amamentar. Elas querem fazer uso do amamentar? Querem. Só que elas não querem que a criança perca peso. E dão o complemento. (TECN)

A UTI lotada fica muito difícil de trabalhar. Porque com muitas crianças prematuras, malformadas e que exigem, requerem muito tempo. [...] é complicado para você ainda dar informação para a mãe e ajudá-la. À medida que dá, nós até fazemos, mas é complicado. [...] fica tão corrido que a mãe não absorve. (TECN)

Como é que é a estratégia no atendimento dessas mães? Como a MN falou, elas às vezes param. [...] tem que esperar, depois no BI tem que estimular e não tem uma continuidade. [...] realmente tinha que ter uma estrutura de ordenha. [...] às vezes elas estão lá ordenhando no meio da UTI neonatal, é absolutamente constrangedor. Com o bebê prematuro, numa situação já super estressante, isso não funciona. O estimular o aleitamento particularmente dessa população é fazer com que elas possam falar, falar do que elas estão vivendo, falar do que elas estão sentindo, e claro, está implicado o desejo. A gente não vai obrigar uma mulher dessas. E é a equipe como um todo que não dá lugar, espaço para essa mãe se posicionar. (P)

A gente sabe disso. Então tudo na vida é direito, inclusive o amamentar, é direito. Agora, o que não pode é uma pessoa não fazer porque não conhecia, não soube colocar. (AS)

Ou se negar a fazer porque desconhece a forma correta de fazer, não tem clareza dos benefícios, das possíveis repercussões na saúde e na vida. Não tem apoio. (MN)

Exato. Defender o que você acredita o que você trabalha, de como que é bom, os aspectos positivos disso. Enfim, você tem que favorecer uma construção de decisão dela [...] (AS)

É dar condições de decisão. Não é? É mais fácil falar simplesmente a mãe não deseja, mas é mais difícil descobrir o que tem por trás. (N)

[...] na UTI é assim, até a mãe pegar às vezes o primeiro contato de amamentar. A mãe, primeiro tem que ter o contato do toque. Quando a criança sai da mãe e vai lá para dentro da UTI. Aí que a mãe vê aquele bebê que parece que não é o dela que estava ali. Ela vê como ele está transformado. [...] o bebê fica ali dias e dias e foto, e soro, e veem aquelas transformações. [...] tem necessidade de ajudar as mulheres a construir o desejo de amamentar. (TECN)

É tão importante para essa mãe amamentar. No momento para ela aquilo ali é o mais importante, ela precisa daquilo. E a outra mãe está me esperando, tenho que trocar dez hidratações, porque o filho da outra está morrendo. Entendeu? Eu tenho que me dividir em duas. (TECN)

Porque eu vejo a necessidade, eu sei que é importante, mas quando eu olho as mães e o incentivo que você tem que dar para elas amamentarem seus filhos, não é fácil. Não é fácil você ter um filho ali dentro. É estresse, é muito complicado. [...] existe uma dicotomia de trabalho. E esse afastamento. [...]um corte injusto. Essa mãe fica desestimulada, sofrida. Tem problema com passagem, com distância, ela já vem para cá a maioria das vezes, com muito problema. Essa mãe acabou de ter um filho. [...]o fator assistência à amamentação na UTI não é ainda aquela coisa. A menina dos olhos da UTI. Eles não priorizam. Eles não dão aquele valor. Eu não vejo isso. Quantas vezes eu vejo a mãe amamentando uma criança e alguém chega para examinar a criança naquele momento. Tem uma preocupação com a amamentação? Eu acho que não. Chegar, levantar a blusa da criança, colocar o estetoscópio, aquela coisa gelada. Acabou com aquele momento de amamentação. Eu penso que seria importante valorizar mais. Principalmente a mulher, precisa ser mais valorizada na UTI neonatal. Ainda me colocaram duas crianças bem em vista daquela criança que está super grave, a mãe estava amamentando de frente para aquela criança super grave. Tem noção? Aquela barulheira ali dentro, amamentando. Como eu posso ajudar uma mãe dessa amamentar diante disso tudo? Eu me sinto algemada. A gente hoje em dia, ajuda uma criança sair mamando no seio, uma criança sair bem. Você imagina quantos mais não saíram? [...]os resultados seriam bem maiores. As mães sairiam mais satisfeitas. (TECN)

[...] eu acho que é coisa do choque da UTI. [...] elas entram ali dentro, a gente vê, não há mãe que vá conseguir, tem que colocar uma venda nos olhos para amamentar. Se amamentar já é difícil imagina para essa mulher que já está preocupada com o filho e ali vendo tudo aquilo em volta, a outra mãe que chora e outro que piora. A mãe está amamentando, tem um óbito [...] (TECN)

À medida que dá. Eu dou copinho. [...], nós estamos fazendo, o copo como oferenda, mas é mais demorado. É uma questão de tempo. [...] agora de

repente você pega a criança posiciona ela toma um copinho de uma hora para outra, mas de repente no outro horário ela não está mais identificada. Mais sonolenta, não consegue tomar com a mesma agilidade que tomou anteriormente. [...] você está contando o tempo. Você tem tantas crianças para cuidar, tem tantas medicações para fazer, é muito corrido o trabalho. Nós fazemos? Fazemos, mas é muito complicada essa parte. (TECN)

Tem a questão também que ela sai com o leite e que pra gente é uma complicação, porque a gente não tem como tirar [...]. Esses leites são doações quando a gente tem. E quando surge. Por isso que essa alta na Neo a gente trabalha junto, porque quando tem essa necessidade que a equipe apresenta. Que essa criança vai ter que tomar esse complemento para casa. [...] vai ter que correr atrás que ela consiga ter esse complemento pelo menos para sair na alta com ele na mão. Porque às vezes sai à tarde, anoitecendo, no fim de semana, não vai conseguir e não tem dinheiro para comprar. Então as realidades sociais são muito fortes. É eu adio o problema meu. Eu continuo com o problema também no Follow-up, porque ela me volta na primeira quarta-feira e aquele leite já acabou. Não tem. Eu explicar para ela que não existe um programa formal, que a única forma dentro das Políticas Públicas dela conseguir é procurando a Secretaria de Saúde do Município. Que vai negar de cara e que eu vou ter que mandar para a defensoria para judicializar esse direito. Até isso acontecer se a criança depender só desse leite está perdida. (AS)

Garante a primeira semana e se dane. (MN)

É um caos. Hoje nós comentamos: - Nossa! Esse plantão de hoje está um caos!- Muito confuso. As pessoas se desencontram. Ninguém fala a mesma linguagem. Você está vendo uma criança, a criança não está no mesmo lugar. A mãe entra você não conhece a mãe. Aí já entrou uma senhora ali que é avó[...]. É aquela confusão. Pára tudo para observar aquela situação. Vira o caos. Quem está do lado de fora, uma mãe sentada para amamentar ela está observando aquilo tudo. O profissional comenta: -Pô, a mãe chegou aqui não ficou nem 10 minutos, mal olhou a criança e saiu.- A questão não é a mãe, que não queria ficar ali, com o filho não. É porque ela leva um choque muito grande quando entra na UTI. Nós parecemos umas[...] É um para cá, um para lá. É o monitor que alarma daqui, dali. Tanto é que quando a mãe entra você pode reparar a primeira vez, ela não consegue olhar para o bebê dela. Gente, pelo amor de Deus, o que aconteceu hoje?! Vieram os avôs, aí vinha o avô, vinha um sobrinho, vinha não sei quem [...]. Nada contra, mas eu acho que tem que ser uma coisa organizada. Ficou aquela coisa, parecia que tinha uma procissão. É o mesmo corredor, vinha o “round” de lá, as avós entrando de cá, os rapazes do lactário entrando, as pessoas da faculdade lavando a mão para poder entrar. Quase 50 pessoas dentro da UTI com bebês gravíssimos. Bombas, NPT. Mas era uma coisa que a gente teve que parar para respirar e olhar o que estava acontecendo. (TECN)

[...] elas absorvem. Quando elas vão ordenhar lá no Banco de Leite elas falam: -Nossa! Lá em cima hoje está demais! Caramba! Está demais!-(risos). Uma mãe falou para mim: -Eu não estou aguentando ficar lá dentro não, aquilo é puro estresse.- eu disse: -Mas você sai um pouquinho, não precisa ficar lá dentro o tempo todo. Dá um tempinho, vai lá fica uma horinha, meia horinha, dá umas saidinhas. (TECB)

UTI é assim, mas a visão realmente dela não é nada romântica no que diz respeito ao espaço ideal para amamentação e para a proteção da amamentação. (MO)

Principalmente essa consciência de que algumas mulheres estão ali na UTI neonatal em um momento muito especial da vida e às vezes não paramos para pensar nem nesse aspecto biológico que elas se encontram, de puerpério, que elas podem estar debilitadas ainda pela grande perda sanguínea, com dores, pós-operadas, com limites para deambularem, tendo que subir em ônibus. Enfim, tudo isso que nós mulheres, que já passamos por um parto sabemos. É um período que exige repouso, boa alimentação e tudo mais e essas mulheres estão aí, enfrentando uma situação difícil, sem tempo de pensar em si, se alimentando mal e nós estamos fazendo muito pouco para ajudá-las nessas questões. (TECN)

No ambiente da UTI-neonatal, mulheres e profissionais são tomados por muitos sentimentos; ambos vivem um cotidiano repleto de situações envolvendo sofrimento, tristeza, angústia, estresse, temor, mas também momentos de alegria. As mães valorizam o trabalho realizado por esses profissionais e quase não se queixam, pois têm consciência de que não conseguiriam tal assistência em outro local e vêem nas mãos dos mesmos a possibilidade de recuperação do filho. Entretanto, reconhecem quando são afetadas por determinadas ações; percebem um desencontro e a falta de integração entre os profissionais da equipe.

Algumas dessas mães, em suas dramáticas vivências de ter um filho necessitando de cuidados intensivos, se fortalecem para continuar seu destino com a ajuda do próprio filho, que nesse encontro com a mãe tem a capacidade de renová-la para seguir em frente – ou seja, possibilitando-a a realizar a conversão.

Para alguns profissionais e mulheres, frequentar inicialmente a UTI neonatal é muito difícil para as mães e ambos percebem a necessidade de um suporte para o momento da primeira entrada neste setor, bem como um tempo para adaptação ao contexto. As mulheres-mãe também evidenciam que, nessa dinâmica assistencial, os profissionais noticiam o diagnóstico/prognóstico da criança abertamente, porém de forma tão pessimista, fazendo parecer que nem mesmo um milagre poderia atuar sobre o problema. A maioria dessas mulheres não aceitou tais palavras como protesto e mecanismo para se fortalecer na fé em Deus. Outras se apresentaram transtornadas mesmo diante da não ocorrência da realidade proferida e, para as mesmas, foi maior a dificuldade de iniciar o estabelecimento do vínculo mãe-filho.

O olhar viciado e concentrado na patologia que alguns profissionais têm não permite enxergar para além do tratamento e recuperação momentânea da saúde da criança. Nesse sentido, muitos integrantes da equipe se mostraram preocupados e incomodados com a realidade atual, pois também perceberam de forma nítida as repercussões das ações/omissões.

Os profissionais percebem nas mulheres o desejo e o sonho da amamentação. Sentem que elas não só necessitam, como solicitam ajuda para realizar o aleitamento materno. Diante da mulher, alguns profissionais não conseguem dar a elas o apoio necessário, pois precisam atender às prioridades imediatas e não disponibilizam tempo para aquelas que são mais de longo prazo.

Ainda em decorrência do tempo, a priorização pela utilização da mamadeira é defendida por alguns profissionais, pois a mesma estimula o desencadear do reflexo de sucção mais acelerado. Assim, por vezes a criança consome todo leite ofertado de forma rápida, permitindo agilizar o procedimento e liberando com menos tempo os profissionais de enfermagem para realização de outras atividades. E embora a utilização do copo para alimentar a criança que não está podendo ser amamentada possa ser mais benéfica, pois preserva o mecanismo de sucção ao peito (distinto da sucção de bico), evita que um grande número de crianças iniba esta forma de sugar. Tal ação demanda o tempo ditado pela necessidade coordenada da criança em sorver o leite, respirar e deglutir.

Mais uma vez, a pressão do tempo é culpada pela assistência que não reconhece a abordagem aos seres (criança e mulher-mãe) como foco de um cuidado para além da execução de tarefas. Nas colocações da equipe, evidencia-se que são reais as questões ligadas ao acúmulo de atividades por profissional, tornando de fato o tempo escasso para muitos. Contudo, para alguns profissionais, o que talvez não seja real é o tempo como principal responsável pela limitação nos cuidados.

Nessa perspectiva se transfere o problema de qualidade para a quantidade de tempo, pois o que pode ser essencial no cuidado, abrir-se para o encontro EU-TU, é por vezes possível de se realizar num instante, ou no momento em que os procedimentos estão sendo realizados – isto é, estar pessoalmente presente na relação que envolve o cuidado ao ser que se apresenta. Segundo Buber (2006), a temporalidade é a presença da atitude.

O olhar para o cotidiano da UTI neonatal, de mulheres e profissionais, é coadunável com um contexto agitado, ruidoso, de vida, de morte e por vezes até torturante. Alguns profissionais acreditam que esta visão nada romântica para a promoção da amamentação pode ser um grande obstáculo a esta prática para muitas mulheres. Assim, muitos profissionais defendem com veemência a criação de um espaço acolhedor para que a mãe de criança da UTI neonatal possa ter condições de estabelecer uma relação com o filho na ação de amamentar. Outros profissionais vislumbram a possibilidade de buscar tecnologias leves para tornar este ambiente acolhedor, ampliando este benefício para todos (profissionais, mulheres e

crianças) no viver cotidiano deste setor. Como diz Buber (2007), todo caos espera pela ruptura, e onde quer que o homem perceba e responda, está ele contribuindo para este fim.

Os profissionais conhecem os problemas vivenciados pelas mães que frequentam a UTI neonatal e revelam as dificuldades sociais, físicas, econômicas e emocionais enfrentadas por estas para estarem na UTI com seus filhos. Mesmo diante desta realidade, alguns profissionais talvez tomados pelo mundo do ISSO, realizam ações que contribuem para que a amamentação não se estabeleça.

Embora os profissionais reconheçam que o cotidiano da UTI neonatal esteja pouco implicado com as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, os mesmos expressam uma necessidade de mudança para uma assistência que valorize mais a mulher no interior da UTI neonatal e que dê condições para desenvolverem o apoio à mulher que pretende amamentar ou que está no processo amamentação. São favoráveis a que a equipe trabalhe de forma a dar espaço para a mulher se posicionar, como também dê maior atenção e condições de decisão, possibilitando o exercício de seu papel de protagonista da amamentação. O homem que vive de forma responsável certamente pode executar adequadamente suas decisões (BUBER, 2007).

Ainda nesta categoria, pode-se compreender que a presentificação da amamentação pode se dar a partir do momento em que a mulher se sente esclarecida, apoiada, compreendida em suas questões. Com afirma Buber (2006), somente aquele que conhece a relação e a presença do TU está apto a tomar uma decisão, e aquele que toma uma decisão é livre, pois se apresenta diante da Face. “E que mais são os ‘problemas éticos’ do que questões do homem a respeito do seu próprio agir e o sentido deste!” (BUBER, 2007, p.125)

5.2. Atitudes reveladas nos encontros dialogados: construção das decisões, propostas e estratégias

A tipificação desta pesquisa (PCA) permitiu – a partir dos pesquisadores participantes – construir decisões, propostas e estratégias de intervenção para resolução ou minimização de problemas da prática assistencial, bem como atitudes de solidariedade e apoio mútuo. Assim, a análise interpretativa das categorias deste evento foi conjugada com o pensar e o fazer, visando a assistir a mulher como protagonista da amamentação no contexto de uma instituição que atua com a alta complexidade.

Para Trentini e Paim (2004), a dança da PCA se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, criando espaços de superposição com a assistência. Assim, minhas intervenções nos grupos foram no sentido de solicitar maior esclarecimento sobre determinado aspecto, informar ou esclarecer questões emergidas no diálogo, bem como me colocar à disposição para qualquer necessidade no decorrer do processo assistencial.

A partir da interpretação dessa dialogicidade, o segundo evento, valorizou os encontros “entre”, espaço de construção das convergências assistenciais, contemplou três categorias constituídas nos diálogos de gestantes, de mães e de profissionais.

5.2.1. Diálogo entre gestantes: expressão das necessidades

Os GCs de gestantes foram iniciados com a seguinte questão: como vocês percebem a assistência com relação à amamentação na Instituição, no Pré-natal? A partir desse questionamento, as gestantes iniciavam suas falas e se reportavam a diversos aspectos assistenciais vividos dentro e fora da Instituição.

Eu to aprendendo tudo de novo e para mim esta sendo assim, muito bem assistida. Igual a questão do peito, do bico do peito.[...]eu ouvi na palestra que se ensinava daquele jeito e agora não pode passar a toalha que vai tirar a proteção. [...]tudo que é para aprender, pra melhorar a nossa vida e a vida das crianças é válido. Eu achei estranho o toque, que toda a consulta tem que dá toque. Eu até perguntei. [...] eu fiz o pré-natal da minha filha e não era assim. Ela disse (médica):- é obrigatório. - Eu achei estranhíssimo! (GUILIA)

É eu não tinha me ligado de falar do aleitamento, eu pensei que era a assistência como um todo. Ah! A parte que eu mais gostei foi da visita na maternidade. Eu achei isso muito legal. E na ultra[...] Eu estava esperando na emergência, e ai saiu uma menina com a mãe (exame de ultrasonografia). A mãe estava assim (expressão de pavor com olhos bem abertos), ai a menina – Hããann (som de sufocamento) e entrou no banheiro desesperada. Falei. Meu Deus! Ai a mulher hãnr, hãnr. Sabe uma pessoa congestionada, parecia que o rosto dela estava crescendo. Eu falei: A senhora está bem? Ai a filha saiu com o olho da cor dessa caixinha, vermelhão. Eu falei pronto! Ai ela sentou na minha frente e eu assim (expressão de preocupação). Ai ela virou pra mim e falou assim:- Meu neném vai morrer! Meu neném vai morrer! Meu neném não tem como viver! Não tem como viver!- Acho que também não gostaria de sair sem, sem ter [...] (GABRIELE)

É [...]. Um profissional. Tem que ser um profissional preparado pra isso.
(GUILIA)

Ah! Uma coisa muito difícil é colher urina para exame nesses banheiros. Menina! A gente segura a bolsa a gaze e fazer a higiene pegando água[...]. Oh! Vai lá e vê. Não tem ducha, não tem onde por a bolsa. (GABRIELE)

Eu estou gostando muito da assistência em relação à amamentação tudo.
(GERMANA)

[...] tenho só elogios [...] Então esta sendo, pra mim pelo menos, maravilhoso. Me tranquilizou pra caramba! Fiz a translucência em [...] (respirou fundo) não tem problema (voz embargada) graças a Deus! Sem problemas. Tudo bem (chorou). Desculpa gente, é que me dói. Eu me emociono. Eu sofri muito quando perdi o primeiro, me senti culpada também por não ter procurado o tratamento adequado. (GRAÇA)

Eu estou muito ansiosa é com o pré-parto [...] eu fiz o técnico de enfermagem. Então no meu estágio eu acabei indo pra maternidade e se eu soubesse que ia ser tão cedo (olhou em direção a barriga). Com certeza eu não teria visto. Eu já vi parto, já fiquei na sala de pré-parto. Então é meio complicado. Estou com medo mesmo.” (abaixou os olhos e fez um longo silencio e lágrimas umedeceram seus olhos). (GEOVANA)

Nesse momento, Geovana que estava sentada entre duas gestantes, sentiu que ambas a tocaram com as mãos em seu ombro, demonstrando que estavam ali pra ampará-la com carinho e solidariedade. Em seguida, Graça falou sobre sua estada na instituição com o intuito de tranquilizá-la.

Olha, eu já conheci isso aqui muito. Fiz a cerclagem, na época, eu também fui primeiro lá na sala de pré-parto, eles me prepararam. O anestesista que me acompanhou foi maravilha. Entrei, tanto a doutora X como o outro doutor fizeram a cerclagem, o anestesista lá o tempo todo. Todo mundo muito atencioso. Passavam a mão na minha cabeça, conversavam, falavam alguma coisa. Quer dizer te passa essa tranquilidade. Mesmos as mulheres que tiveram filhos aqui, a gente acaba conversando, e acaba comentando. Até hoje não vi nenhuma delas reclamar que algum médico foi ignorante.
(GRAÇA)

No decorrer do encontro nessa relação com os integrantes do GC, Geovana se mostrou mais confiante e animada. Denota-se assim um dos efeitos positivos da dinâmica promovida pelos próprios integrantes.

[...] na segunda consulta como foi doutor homem, eu já fiquei mais constrangida. Principalmente porque eu não estava acostumada com toque, toda vez que vem na consulta ter toque. Isso deixa a gente bastante constrangida. (GIL)

E as consultas também foram pra mim, maravilhosas. Explica bem melhor, fala claramente as coisas e sobre o aleitamento materno. Eu amamentei só duas filhas, porque a de 4 aninhos ficou internada e não pode ser amamentada. Então eu dava a elas, peito até os seis meses, depois oferecia outras coisas. [...] a mais velha mamou até dois anos e oito meses e a outra até dois anos, aí engravidei desse aqui e tive que parar de amamentar ela, se não ela estaria mamando até hoje. [...] da mesma forma eu queria fazer com esse mais [...] (HIV), os remédios que eu estou tomando, eu sei que não vou poder. Vontade eu tenho. (GERLAYNE)

Como moderadora, senti necessidade de saber o que significava para Gerlayne a impossibilidade de amamentar, participar das atividades de promoção da amamentação. Assim, questioneei: e como é para você, que já sabe que não vai poder amamentar, participar das atividades que falam do aleitamento materno? Você que já participou disso. Como você se sentiu?

Posso dizer que assim, um pouco diferente e um pouco não. Um pouco fora d'água e um pouco dentro d'água, mas eu prefiro estar nesse meio, porque eu posso estar ouvindo coisas e saber mais das coisas eu prefiro, do que não estar participando. (GERLAYNE)

Nessa interação, percebi que para Gerlayne era importante se sentir incluída nas atividades e o que isso significava para a mesma. Estar “entre” é estar no mundo com o outro e a possibilidade de integração como ser de relação que não se exclui. Assim, foi possível compreender, a partir desta fala e à luz de Buber, que o instinto de relação é primordial e é nos eventos de relação que a consciência do EU se esclarece, aumenta cada vez mais.

Com relação à amamentação eu tive uma palestra no Pré-natal que foi marcada aqui no BLH mesmo, inclusive meu marido gostou muito, ficou todo bobo. Eu acho interessante a criança ficar junto no corpo, porque assim, ainda mais quando não é parto normal. O parto cesáreo eu acho que é assim, como um susto. A criança não está acostumada com o mundo aqui fora. Já saiu daqui que ela estava acostumadinha, quentinha e já vem pra cá pra junto da gente, ela não se sente tão, “onde eu to? Porque a criança ela sente. [...] aqui fora por mais que o clima esteja favorável, não é pele, não é. Não é contato com a mãe. Estou sendo assistida com todo o carinho graças a Deus. Apesar do diagnóstico do meu exame, mas assim, estou me sentindo muito bem atendida aqui. (GRACE).

Esta modalidade de produção dos dados permitiu trocas muito ricas. As gestantes nos ensinam que a vida pré-natal das crianças é, segundo Buber (2006), um vínculo natural, um

fluxo de um para o outro, uma inter-ação corporal na qual o horizonte vital do ente em devir parece estar inscrito de modo singular no horizonte do ente que o carrega e o TU inato atua bem cedo, na necessidade de contato tátil, e em seguida visual, com outro ente.

Tive probleminhas no bico sim, machucou um pouquinho, mas o prazer de dar de mamar a ela era tão grande, que eu nem ligava para a dor. Tudo que me ensinaram. Ah! Bota casquinha de mamão, eu botava. Depois lavava na hora de dar de mama. Eu queria era amamentar, não me importava se tava doendo ou não estava eu queria amamentar assim mesmo, pra mim era muito prazeroso. Aqui tenho orientações que eu nunca tive, a gente fica só ouvindo. (GIL)

Na simultaneidade do exercício profissional e da coleta de dados, característica da PCA, foi importante minha intervenção no sentido de esclarecer ao grupo o risco do uso de cascas de frutas para tratamento de fissura mamilar, pois se trata de uma prática cultural, utilizada por muitas famílias. Apesar do efeito cicatrizante promovido por essas cascas (mamão e banana), hoje se sabe que as mesmas contêm inúmeros microorganismos patogênicos que podem causar uma futura infecção mamária (NOVAK; ALMEIDA; SILVA, 2003). Vale ressaltar que esta informação foi realizada de forma empática, ao final das falas e após parabenizar Gil pela sua determinação e superação de suas dificuldades.

Fora isso com as outras foi tranquilo a gravidez e depois do parto eles colocaram para eu sentir, assim, pude curtir mais. Espero que com esse seja a mesma coisa. (GERLAYNE)

Ainda nesse movimento, no qual os papéis de pesquisadora e de enfermeira se superpõem, senti necessidade de conversar com Gerlayne (HIV+), pois percebi a expectativa de viver com o filho esperado o contato pele a pele logo após o parto. No diálogo, reforcei que, embora ela não pudesse amamentar, poderia fazer outras coisas boas e importantes para ambos. Esclareci que o contato pele a pele não seria feito imediatamente após o parto, mas ela poderia fazê-lo depois e que isso seria importante, tendo em vista a impossibilidade de amamentar. Disse também que a amamentação era importante, como ela própria reconhecia a partir de sua vivência, mas um dos maiores benefícios que a amamentação proporciona é a troca afetiva, e isso ela poderia estar fazendo ao utilizar uma mamadeira para alimentar o filho, olhando nos olhos, aconchegando-o no colo. Ressaltou-se, então, que o não amamentar é também um ato de amor e a troca de amor e carinho que ela poderia viver em sua relação com o filho, independentemente da amamentação, seria o mais importante.

Nesse processo de pesquisa, um vínculo entre pesquisadora/enfermeira e clientes se formou. Diante deste fato, por vezes fui procurada por elas, em alguns momentos na Instituição, o que levou a vivências outras no campo assistencial. Para ilustrar, vale mencionar um desses encontros que foi muito significativo. Uma das gestantes participantes pediu a um profissional que me chamasse no BLH para que fosse vê-la logo após o nascimento de sua filha, que tinha hidrocefalia e mielomeningocele. Ao me aproximar de seu leito, fui abraçada e após conversar emocionadamente sobre a situação, a mesma solicitou que a acompanhasse até a UTI-neonatal para que ela pudesse ver a filha, pois precisava desse apoio para conseguir entrar naquele local.

Esta mãe permaneceu na Instituição por três dias e meu contato com ela era diário, mesmo após a alta hospitalar. Após 12 dias, recebi em casa um telefonema por volta das 23 horas, de uma mulher que chorava em desespero e dizia repetidamente que queria morrer, pois sua filha havia morrido. Tive dificuldade por algum tempo de entender o que estava acontecendo e reconhecer quem estava do outro lado da linha. Preocupada com a situação e sem saber como ajudar, aos poucos, ao trocarmos algumas palavras, a pessoa foi se tranquilizando, assim a situação foi clareando para nós duas. Conversamos por mais de uma hora e no final percebendo-a mais calma, comprometi-me a esperá-la no Instituto para juntas vermos o corpo de sua menina e assim o fizemos. Essa cliente permaneceu sob meus cuidados e orientações ainda por algum tempo após o óbito da filha.

Para Buber (2006), o homem é potencialidade que pode ser tolhida pelos fatos e, nesse sentido, é importante saber que ele está ligado a diversos aspectos, entre os quais: sua história, sua família, seu espaço e a grupo ou pessoas que compartilham das suas convicções e/ou vivências. Para que a resposta responsável esteja presente, é necessária a realidade da pessoa atingida pela palavra no acontecimento. O encontro (GC) com as gestantes proporcionou momentos de muita emoção, lágrimas, risos e apoio solidário trocados entre participantes e moderadora/pesquisadora/enfermeira.

A partir desses encontros, no papel de pesquisadora e enfermeira, encaminhei à direção do Instituto as queixas sutis das gestantes no que diz respeito ao toque vaginal em todas as consultas de pré-natal, a condição dos banheiros, que muito dificultava a realização de uma adequada higiene para a coleta de urina. Também foi apresentada, para discussão junto ao Departamento de Assistência, a falta do suporte profissional à mulher e família após o impacto causado pela notícia do diagnóstico ultrassonográfico na Medicina Fetal. Outra necessidade apontada, que não foi posta no momento de gravação das falas no GC, foi a

solicitação de um lanche após a retirada de sangue, pois algumas mulheres comparecem apenas com o dinheiro da passagem e muitas moram fora do Estado do Rio de Janeiro ou em locais distantes da Instituição, situação que gera um alto custo de locomoção e longo tempo em jejum.

Em relação ao toque vaginal, após receber informação do diretor que fizera contato com o médico responsável pelo serviço de Pré-natal, no sentido de rever a conduta do toque em todas as consultas, resolvi me aproximar das gestantes no espaço de espera para o referido atendimento e observei na conversa com as mesmas que tal procedimento não era mais realizado com a periodicidade que as incomodava.

Quanto à adequação do banheiro para a necessidade das mulheres, este foi resolvido com o empenho da equipe de manutenção da Instituição quase que imediatamente após a solicitação.

Para minimizar o problema vivido por mulheres e familiares na hora da notícia de um diagnóstico sombrio, a Comissão de Cuidados Paliativos do Instituto propôs realizar capacitação para os profissionais envolvidos lidarem de uma forma melhor com tal situação, bem como dar um suporte afetivo e acolhedor a essas ações.

O fornecimento de um lanche após coleta de sangue ficou prometido para o momento de renovação do contrato com a empresa responsável pelo fornecimento da alimentação para clientes da instituição que, segundo informações, se dará no segundo semestre do ano de 2010.

5.2.2. Diálogo entre mães: demandas para o enfrentamento das dificuldades

Com as mulheres que se encontravam com os filhos nascidos, a dinâmica nos grupos foi semelhante à dos grupos de gestantes. Entretanto, com essas mães a questão inicial foi diferente: como vocês perceberam a assistência prestada, a vocês, passando pelo Pré-natal, Sala de Parto até o momento atual, no que tange à amamentação?

Embora tenha se utilizado também uma questão diretiva, as mulheres-mães colocaram, em seus relatos, expressões de sentimentos, apoio mútuo, indagações e críticas num clima de interação, em que a reciprocidade da relação estabelecida entre os integrantes foi uma

constante. Assim expuseram suas vivências como mães na Instituição. Vale ressaltar que a maioria era mãe de bebê que necessitava de cuidados especiais, fato que talvez tenha contribuído com a predominância de eventos relacionados com a UTI-neonatal.

Ali na UTI é complicado, um fala uma coisa, outro fala outra. E assim, nos primeiros dias eu tinha muito medo em tocá-la: Porque, todo mundo: - Olha! Bebê frágil-. Eu pegava o papel lá dela da UTI e estava escrito: - Cuidado! Cuidado! Pouco manuseio. Cuidado! - Aquela coisa em excesso, aquilo me assustava muito também. E eu nem colocava a mão na minha filha, nem no pé eu colocava. Porque eu tinha muito medo. Às vezes eu ligo nos finais de semana eu ligo: - Ah como que está minha filha? - Ah, está na mesma! Está na mesma. Ninguém fala mais nada. Então eu falo: - Está na mesma como? Está saturando quanto? - Então eu tenho muito medo... Aí a médica falou assim: - Marina, você é uma mãe cuidadosa, mas você é chata. - É. Eu quero saber se está dormindo, se está chorando. Ela está dormindo ou está acordada? Está na mesma, está na mesma? Na mesma como?! (riso inconformado). Eu fico forçando. - Na mesma como? - Tem hora que [...]
(MARINA)

Marina foi uma das mulheres ouvida no período gestacional. Dias antes do nascimento de sua filha, ela me procurou querendo conversar sobre o problema da filha (osteogênese imperfeita). Durante a conversa, percebi-a muito tensa e perguntei se ela estava com apoio psicológico, ao que respondeu afirmativamente, mas ressaltou que gostava de ir ao BLH para conversar conosco e que a atividade de grupo, da qual participou, tinha sido muito boa para ela. Marina voltou a frequentar o BLH dias após o nascimento de Clarinha com o mesmo propósito, conversar. Seu leite não chegou a fluir, havia desistido motivada pela informação, dada na UTI, de que sua filha não poderia ser amamentada. Ao atendê-la no BLH, percebi que seu interesse não estava focado na lactação ou amamentação, parecia necessitar de um espaço para colocar suas preocupações. Nessa relação, ouvia e tentava encontrar palavras que pudessem transmitir-lhe forças para enfrentar seu problema. Em suas próprias palavras, observei que Marina transitava entre se preparar para a perda da filha e o sonho de levá-la para casa. Ao mesmo tempo que parecia acreditar neste sonho, se dizia sem fé neste futuro. Sua estada na Instituição infelizmente findou com o falecimento de Clarinha e seu marido foi seu grande apoio neste momento difícil. Em nossa última conversa após o óbito da filha, agradei, num abraço muito emocionado, tudo que pude aprender com ela e sua grande contribuição no sentido de repensarmos nosso fazer assistencial em diversos aspectos para melhor apoiar as mulheres que vivem momentos especiais. O TU da relação desvaneceu-se

com nosso afastamento, entretanto não se tornou o ISSO de um EU, um objeto de uma percepção ou experiência sem ligação com um evento de relação.

Queriam me levar para outro hospital, mas eu não quis, eu falei: “Eu vou para o Fernandes Figueira”, porque o médico falou qualquer coisa era para eu vir para cá, [...]. Aí vim para cá, ganhei, graças a Deus. Eu fui muito bem atendida por todos eles. Pela enfermagem, pelos médicos, pela genética, pela psicóloga. Eu achava que a gente que fez cesárea, pelo menos nas primeiras 24 horas, tem que ter um acompanhante. A gente às vezes não quer incomodar. (MARIA)

Também acho. Eu pelo menos sabia trocar fralda e as que não sabem nem trocar fralda? Só nas primeiras 24 horas de quem fez cesárea. Eu acho que a gente tinha que ter essa pessoa para nos ajudar. E eu acho assim, foi o meu primeiro neném, então não tinha experiência nenhuma. Eu passei por um pouquinho de dificuldade. (MICHELE)

As minhas duas primeiras mamaram até os quatro anos. E ele, eu pensei que ele não fosse pegar. Porque ele estava assim. Assim, porque ele tem que ser tudo de vagarzinho por causa da síndrome. Porque eu quero deixar ele mama até não querer mais. Até aguinha, essas coisas assim, enquanto estiver mamando no peito, nada de água. Eu só fico pensando [...] Mas quando eu começar a trabalhar? Assim, um meszinho antes tem que dar alguma coisa, não é? (MARIA)

Minha intervenção foi provocada no momento em que Maria demonstrava a percepção de incomodar ao solicitar apoio/cuidados assistenciais, pois era importante esclarecer que elas estão ali para serem assistidas no que necessitarem, independentemente de terem a seu lado um acompanhante e que de forma alguma solicitar qualquer tipo de ajuda seria incomodar, ao contrário, é direito de cada mulher assistida e um compromisso nosso, como profissionais. Mas também compreendi a necessidade expressa nesse diálogo, de ter próximo um ente querido para compartilhar a vivência dos primeiros momentos de pós-parto.

Com referência ao questionamento de Maria no que tange à amamentação e retorno ao trabalho, no papel de enfermeira, informei sobre a possibilidade, caso fosse seu desejo, de manter a exclusividade da amamentação até os seis meses, compatibilizando-a com o trabalho. Para que isso fosse possível, seria importante saber retirar o próprio leite, saber oferecer leite em copo para o bebê, saber como degelar e conhecer o tempo de validade do leite armazenado (24 horas na geladeira e 15 dias em congelador/freezer), bem como os cuidados para esse armazenamento (limpeza, esterilização e recipiente adequado). Maria, que foi assistida por profissionais do BLH e do Alojamento Conjunto, já dominava com orgulho as técnicas de retirada do próprio leite e o oferecimento deste em copo ao bebê. Diante de tal

constatação, orientei sobre os cuidados que envolvem o degelo e o armazenamento do leite materno. Reiterei a informação de que a mesma poderia comparecer ao BLH em torno de 15 a 20 dias antes do retorno ao trabalho, pois estaríamos à sua disposição para orientações mais específicas, tais como cálculo de volume de leite para consumo do bebê, a depender do peso atual, e tempo de afastamento entre mãe e filho.

Eu sou a mãe do Carlos. Ele está aqui há 96 dias, são três meses e seis dias lutando muito. Tanto eu quanto ele. Eu acho que ele é um guerreiro, porque tudo que ele já passou até hoje. Ele não nasceu com a perfuração do ânus. Ele teve uma [...] Você Sabe como é o nome daquele negócio no rim? Hidronefrose. Que mais? E ele é um cardiopata, que é um CIV, tem uma tetralogia de Fallot. Estou até quase decorando tudo isso. E são 96 dias e ainda tenho leite. Eu acho até que é muita coisa. Para quem não amamenta. Mas a outra parte que eu achei assim questionável foi a da médica dizer que o Leite Materno não serviria para nada. Mas, eu até comentei com a X do BLH no outro dia. (MÔNICA)

Parece que você não acreditou nisso? (MODERADOR)

Não. Não acredito. Tanto que quando eu resolvi tirar um pouco do leite artificial e colocar o Leite Materno, meu leite voltou a vir mais, e eu vi que meu filho estava melhorando. Aí depois eu parei de novo, porque ele voltou a sugar. Eu parei de novo, ele piorou. Agora, eu estou voltando tudo de novo porque ele passou para a sonda. (MÔNICA)

Segundo seu relato, Mônica estava se referindo ao sugar a mamadeira e não ao seio materno. Essa forma de alimentar seu filho tinha sido indicada pela equipe da Neonatologia e Mônica foi levada a acreditar que este processo aceleraria a alta. Dessa forma, aceitou investir no uso deste utensílio. Entretanto, tinha consciência do valor de seu leite e burlava a prescrição, desprezando o leite artificial que vinha para ser colocado na sonda e substituindo-o pelo seu próprio leite retirado minutos antes. Quando a criança estava na mamadeira não fazia o mesmo porque este leite era espessado, mas tinha planos de ir para casa e “engrossar” o leite de seu peito para seu filho mamar. Segundo a mesma, a piora do quadro clínico da criança quando recebia o leite artificial espessado era nítida.

Até agora não saiu não, mas eu estou tentando. É isso que eu ia perguntar. Porque eu tive neném e falaram que assim que ela nascesse o leite já ia vir no meu peito. E assim não tem nada no meu peito. (MARIANA)

[...] no começo igual a Mônica falou eu não tinha leite. Eu ficava nervosa e a X do BLH também falou:- Calma, vai vir, vai vir. Porque também aquela expectativa de querer botar o filho no peito logo para ele poder mamar. Aí até que depois d'eu ter operado, 4 dias depois eu comecei a ficar igual uma vaca (risos). O leite vazava para tudo quanto é lado, acordava na madrugada já estava com a blusa toda suja. Aí eu ordenhava sempre de 3 em 3 horas, retirava, dava o tanto que ele precisava. (MILENA)

Então, é o conselho que eu dou para vocês pela minha experiência de 96 dias, ainda com leite. É estimular, retirar o leite, mesmo que o bebê não esteja sugando. Foi a orientação que me deram e isso está surtindo efeito comigo. Não é? E, para vocês que estão com criança internada, eu acho assim, o meu conselho é paciência, fé. Eu acho que tem que ter muita fé em Deus. (MÔNICA)

É porque a opção das doutoras, dos médicos pelo leite artificial é quando vê a criança não está pegando peso. Ai vai para leite artificial um pouco. (MILENA)

Meu modo de pensar, o que pega peso, e o que tira a criança mais do risco é o Leite Materno. Bem, no meu modo de pensar, pelo pouco que sei. (MÔNICA)

Mas será que recebendo os dois não ajuda? Não é? Recebendo o leite artificial e o materno? (MARLEIDE)

Eu lembro esses cartazes lá embaixo falando que o Leite Materno ele não engorda. Ele faz a criança crescer saudável no peso que ela tem que ter. Não aquele peso daquela criança bojuda. Até tem algumas crianças que conseguem isso porque tem uma estrutura sim. Nascem gorduchas,[...]. Tem umas que ficam na média, e tem umas que até ficam magrinhas, mas tem saúde. São muito mais saudáveis as crianças que tomam leite de peito. (MÔNICA)

No diálogo promovido pelo encontro no GC, as mães expuseram suas percepções acerca do leite humano e Mônica, ao observar os efeitos do leite materno na saúde do filho, parece ter sido levada a entrar em relação com este alimento, que já não significa mais um ISSO, a força de sua exclusividade em sua vivência constituiu um vivido de reciprocidade. Suas colocações quanto à manutenção da lactação e importância do leite materno contribuíram no sentido de ajudar as demais mães presentes no GC a encontrarem, nas palavras de apoio e estímulo, forças para transporem seus obstáculos.

Diante do exposto, minha intervenção foi elogiar o esforço empreendido por estas mulheres-mães, demonstrando a compreensão da influência na lactação no que tange às dificuldades que elas enfrentam no dia a dia, bem como o desejo das mesmas em querer o melhor para o filho. Também foi reforçado que a grande maioria dos profissionais está empenhada em fazer o melhor que podem e que os mesmos têm uma forma particular de entender determinadas situações. Como o ganho de peso é importante e valorizado tanto para as mães como por eles que almejam o restabelecimento do bebê, vêem no leite artificial a possibilidade de acelerar o ganho ponderal. Há também situações em que o uso de outro leite é necessário por motivos outros e isso também é importante considerar. Ao mesmo tempo, sabemos também que este não é o alimento mais seguro no sentido de dar mais saúde e resistência a doenças, sem contar a satisfação materna de poder oferecer um alimento

produzido por ela própria. Então, quando não há contraindicação do leite materno e a mulher tem desejo e possibilidade de alimentar o filho com o próprio leite, este é o alimento ideal.

Eu estou desesperada com o meu, eu já chorei foi muito. (MARCELA)

Não se desespere não. É paciência como ela estava falando. As três semanas que eu fiquei internada aqui foram três semanas chorando (MARTA)

O meu eles falaram para mim, que ele nasceu com um quilo. Com seis meses e com um quilo devido a essa anemia que teve por causa do sangue. Aí eles falaram: “Olha, a gente vai tentar, mas esse probleminha, que ele está, pode ser que ele venha amanhecer vivo, e venha a morrer. Igual aconteceu com a outra, que eu tive um neomorto também. O mesmo problema, mas só ninguém me orientou, lá de onde eu vim. (MARCELA)

É o meu Senhor que me renova cada manhã que eu levanto. Todas as vezes que eu vou para a igreja, quando eu dobro o meu joelho mesmo sem saber qualquer um tipo de problema aqui de cada um, eu sempre oro por todos os bebês. Porque eu acho que aqui não tem ninguém nem melhor e nem pior. (MILENA)

E eu sofri muito, muito, muito. E foi só a minha fé que trouxe ele e é ela que vai tirar ele daqui, porque ele estava totalmente condenado (em prantos, respira e continua a falar). Chegaram para mim e falavam assim: “Mãe, o seu filho vai nascer para morrer”. Aí falavam: “Não, ele vai nascer, e vai ficar em estado vegetativo”. (chorando muito) E ele está aí. Ele está lindo. Não, eles aqui não me prepararam para falar que ele ia morrer. Eles chegaram e falaram assim. Não me prepararam. Ele só estudou lá. Ele falou para o médico da genética e falou isso: “Oh. É isso, isso e acabou. (MARISOL).

Agora, os médicos têm que falar a realidade talvez de outra forma, mas tem que falar. Porque a gente tem que saber a realidade do nosso filho. A gente tem que estar preparada para o que der e vier. Porque depois, a gente mesmo vai questionar isso, a atitude que ele tomou. Todas as palavras que você disse, foi tudo que aconteceu comigo. (chorando) mas eu botava o pé lá dentro, vinha o mal estar na minha cabeça. (MARLEIDE)

Quando o seu filho passar para o lado de lá no Berçário Intermediário(BI). [...] você não vai sentir mais nada disso, porque o BI é mais tranquilo. Aquele lado é muito barulhento é uma tortura realmente. (MÔNICA)

É verdade. Vocês não têm noção da força que eu estou recebendo aqui [chorando]. (MARIS)

Aqui está parecendo até a novela das oito. [risos] (MILENA).

A abordagem reflexiva do ISSO é levada a efeito na medida em que passa pelo lugar ontológico do encontro entre estas pessoas. Nesta relação, as mulheres buscam fortalecer umas às outras, no diálogo que explica o fenômeno inter-humano, que implica a presença no evento de encontro mútuo. A coparticipação dialogal é fundamento ontológico do existir e de suas manifestações. A compreensão do ser é tributária desta participação dialogal no eixo EU-TU envolvidos na vibração recíproca do face a face. Dessa forma, o compartilhar de vivências e

expressão de sentimentos proporcionou a essas mulheres atitudes de apoio umas às outras, bem como de fortalecimento para o enfrentamento de suas situações.

Eu estava ouvindo todo mundo falar e achei engraçado, porque o pessoal falava de leite, Banco de Leite eu dizia assim: - Não sei para que, eu vou ao Banco de Leite, eu já tive três filhos, eu sei como que é - (risos) Só que eu passei tanto sufoco. (risos) Eu passei muito sufoco. Eu estava acostumada o bebê mamar e o leite vir. Mas fiquei tranquila porque já tinha três filhos, já tinha noção de como era. No terceiro dia o peito começou a inchar. E eu não conseguia tirar. Comecei a entrar em desespero, tive febre e eu não queria vir porque eu estava com vergonha. Eu disse para a garota que não ia vir. [...] Eu já sei como que é. Eu me viro sozinha. Mas eu não conseguia. Não teve jeito, eu tive que vir ao Banco de Leite. [risos]. Cheia de vergonha, com o peito deste tamanho, cheia de febre. E graças a Deus. Eu vim. Também vim só umas três vezes. [...] Eu comentei com a X (BLH) que meu leite agora não está mais querendo sair porque eu ainda não amamenteei a minha filha. Agora, minha filha veio receber leite pela sondinha com uns 25 dias. Eu não sou acostumada com esse negócio de ordenhar[...]. [risos] Mas a verdade é que eu desanimei. Não tenho mais paciência de ficar ali. Hoje eu consegui tirar mais um pouquinho. Tudo que os outros falam Ah, toma isso que dá leite. Eu vou lá e tomo. Tudo eu vou lá e faço, só não gosto de tirar. Mas o leite não quer vim, e eu estou cada, dia mais desanimada. (MARLENE)

Eu estou um pouquinho, desanimada, desde quando eu fiquei sabendo que o meu filho não recebe o meu leite. Eu não estou desfazendo do leite. Todas somos mães. Mas a gente quer que o filho receba o nosso leite, não é? Eu sei que eu não estou produzindo tanto quanto deveria. Mas a gente chega lá. Então eu estou sabendo que ele não tomou o meu colostro que é o melhor que ele podia receber, ainda mais no caso dele. Estou sabendo que ele não recebeu e eu queria que ele recebesse. Não exijo também não, mas eu queria que ele recebesse... Eu não tomo refrigerante, procuro saber o que eu posso e o que eu não posso comer. Cuido dos remédios que eu tomo. Entendeu? Evito ficar tomando remédios, qualquer coisa que possa fazer mal. Tomo água. Eu faço tudo de bom para preparar o meu leite para ele. Aí eu fiquei sabendo que ele não recebe. Eu não tenho certeza se a outra mãe come de tudo, bebe refrigerante, água gasosa, se fuma, ou até outras coisas? Sem contar que o nosso amor vai na energia do nosso leite pra ele, não é? (MARLEIDE)

Este espaço de diálogo aberto a manifestações de sentimentos, críticas e solicitação de respostas constitui também a oportunidade para compreender determinados problemas, conhecimentos novos, esclarecimentos e repensar as atividades assistenciais no sentido de vislumbrar mudanças para melhor atender às necessidades dessas mulheres.

No papel de moderadora/enfermeira, Marlene foi compreendida, pois vive uma dramática situação com a maternidade atual, sem contar a dificuldade em ter que se dividir entre os a fazeres domésticos, três filhas, mais a que se encontra hospitalizada. Dessa forma, a

manutenção de uma frequência de retirada de leite se torna realmente difícil, além da não adaptação a esta prática. Contudo, Marlene e as outras que mencionavam a mesma dificuldade em manter a lactação foram estimuladas por nós e outras mulheres a tentarem realizar a prática na medida do possível. Foi importante reforçar que todas poderiam contar com nossa ajuda (profissionais do BLH). Entretanto, diante do entendimento da dificuldade de Marlene outras sugestões foram oferecidas no sentido de também contribuir com a manutenção da lactação, tais como colocar a filha no colo expondo os seios e deixá-la lambe os mamilos, bem como gotejar o leite na boquinha da filha.

Também foi possível apreender, na fala de Marlene, a existência de uma cultura em que a mulher com vivências anteriores estaria automaticamente apta a lidar com as questões que envolvem a maternidade atual, incluindo a amamentação. Essa influência cultural fez com que a própria sentisse vergonha por necessitar de ajuda do BLH, o que poderia ter gerado problema maior em sua saúde caso não tivesse buscado esta assistência.

Marleide fez uma observação relevante acerca da valorização do próprio leite, coletado no BLH, que não havia sido enviado para o filho internado. Este fato favoreceu a percepção que, por vezes, não informamos à mulher sobre o processo pelo qual o leite humano é tratado para ser um alimento seguro e de qualidade. Foi importante concordar com sua colocação e ressaltar que esta é também a preocupação do BLH, priorizar o envio do leite materno ao próprio filho. Foi esclarecido que, para o leite ser processado (pasteurização), é necessário um volume mínimo de 50 ml. Também foi informado que todo leite humano, inclusive o da própria mãe para o filho, passa por um controle de qualidade, que implica a necessidade de aguardar um tempo de 48 horas para checar a eficácia do processo. Após a garantia desta segurança, seu colostro seria enviado a seu filho na UTI-neonatal. Marleide compreendeu então o motivo de seu filho ainda não ter recebido seu próprio leite doado no BLH. Na oportunidade, foi reforçada a possibilidade de se oferecer leite fresco no momento da alimentação do filho e a superioridade do leite humano, comparando-o com o leite artificial, mesmo não sendo o da própria mãe.

A partir deste diálogo, foi possível entender a importância de uma orientação para o oferecimento do leite materno fresco diretamente ao bebê, bem como o envio da sobra deste, ou do leite retirado em momentos que este não pode ser oferecido diretamente ao bebê (quando possível), ao BLH, para ser processado e encaminhado posteriormente ao filho, oportunizando maior aproveitamento deste alimento e maior satisfação materna. Assim, foi possível compreender que a qualidade da assistência também está relacionada àquilo que o

outro (pessoa assistida) compreende da assistência prestada e o quanto o desconhecimento pode prejudicar a assistência. Na relação assistencial entre profissional e usuárias do serviço, dá-se a importância de promover uma atenção que objetive conhecer o que as mulheres assistidas compreendem acerca da assistência recebida.

[...] o dia que eu passei mal, uma emergência. Eu não aguentei ficar em casa, eu e meu marido viemos. Demoraram mais de três horas para me atender, e me pediram para eu voltar no outro dia. Ah! Nesse dia eu fiquei P. eu tive uma perda de sangue, mas assim, eu pensei que ele fosse nascer, mas foi uma varize que rompeu. [...] eu fiquei mais chateada porque eles nunca dão atestado pra gente. Ainda bem que eu trabalho dia sim e dia não, eu sempre procurava marcar tudo no dia da minha folga para não precisar pegar o dia, mas tinha dia, um sangramento, tinha uma coceira, eu pedia pelo menos o dia, eles não davam. Aqui a gente ficava a metade do dia. Eu chegava de manhã, aqui era o que? Vinte para as sete, seis e meia. Saía daqui uma e pouco, duas horas. Até chegar ao trabalho. Aí como que eu ia trabalhar ainda? (MARIA)

Eu tenho muitas faltas no trabalho por causa disso. Porque eu moro longe, e eu trabalho em mercado, então eu vinha pra cá pra consulta de manhã, saí de casa às quatro e meia da manhã para tirar sangue duas vezes, mais consulta para ir trabalhar, não tinha como. E eles não davam o atestado. Declaração de comparecimento no meu trabalho é falta. Falta desconta, não adianta de nada levar. Para mim não tinha como. Ia bater o ponto quatro e 20. E eu ia bater o ponto já em cima da hora de sair. Então não adianta mais nada. - Não posso dar porque você não estava aqui no hospital- Ele falava isso, - só dou o horário que você esteve aqui comigo- uma horinha só. E o exame que a gente fez? E a hora que a gente teve que chegar? E daqui para onde eu moro, de ônibus, duas horas dependendo da Brasil como que anda. Eu moro lá em Pedra quase em Santa Cruz. O patrão não quer ver isso. Empregado só é bom quando está trabalhando. Os médicos também não têm essa consideração. E lá no meu trabalho ainda perde a cesta básica. Então desde que eu engravidei que não recebo cesta básica. Desde que eu vim para cá. [...] tentei trabalhar algumas vezes quando dava um tempinho, mas é muito cansativo, eu sou operadora de caixa. Então isso não é cômodo, ainda mais quando tirava sangue duas vezes, fazia essa viagem toda [...] Poxa! A gente fica acabada. (MICHELE)

Aí depois que eu tive que ir embora, que eu até brinco que me expulsaram praticamente daqui. (rindo). Que eu não pude ficar aqui, que a maternidade lotou muito. Aí eu fui para casa. Aquele estresse que eu digo assim, aquela corrida do dia a dia, de casa para arrumar, marido para cuidar. (MILENA)

Aqui também fui muito bem tratada, infelizmente eu tive que ir embora. (riso desconsolado) E assim [...] (silêncio). Porque eu tive que ir embora e deixar meu pequeno aqui, porque ele está internado na UTI. O meu filho ele teve uma [...]. Ele estava com uma dilatação na cabeça, estava aberta. Aí ontem, por falta de vaga, eu tive que ir embora, e foi o pior dia da minha vida. Porque eu tive que ir embora sem ele [chorou] (MARISOL)

Sair daqui. Você entrar aqui, você já pensa que vai demorar sair da internação. Sair daqui é a pior sensação que eu já tive na minha vida. Desde que meu filho nasceu eu já tive várias sensações. A de sair daqui é você sentir um vazio, em todos os dias. (MÔNICA)

Nos relatos, a dor vivida ao sair da instituição e ter que deixar o filho internado em uma UTI é, para a maioria dessas mulheres, um dos momentos mais difíceis. As questões sociais também estão imbricadas com a assistência e podem afetar diretamente sua condição de saúde.

A partir das falas e vivências dessas mulheres, é possível compreender que, para que o processo de amamentação se estabeleça, em algumas situações, as orientações com base em aconselhamento e apoio técnico à amamentação podem não ser suficientes. É importante pensar num apoio ampliado que também dê conta de minimizar ou sanar os problemas de ordens psicológicas e sociais, ou ao menos, não corroborar o aumento dos mesmos. É preciso uma atenção que contemple estas questões, desenvolvendo ações de cuidados para que rotinas e condutas, frente ao diagnóstico sombrio, não impossibilitem a relação mãe-filho. Nesse evento, implementar ações que fortaleçam a mãe como TU, evitando que se torne o EU impotente, frágil e destruindo sua capacidade de superação das adversidades; desenvolver o acolhimento à mulher e família em todas as unidades institucionais; buscar dentro de sua realidade as possibilidades efetivas de suporte para o comparecimento da mulher para visitar o filho internado; possibilitar o direito da mulher de permanecer ao lado do filho internado em UTI-neonatal pelo tempo que desejar, são ações favorecedoras do protagonismo da mulher frente à amamentação.

Ao perceber que uma das mães observava os cartazes de promoção da amamentação, me senti motivada a perguntar o que aqueles cartazes significavam para elas, pois veio à lembrança a posição de alguns profissionais contrários a este tipo de propaganda, considerando o perfil de nossa clientela.

Ah, esse aí fala da amamentação não é? Fala do leite, do quanto o leite para gente é importante e para o nosso filho. (MARLEIDE)

Incentivando a amamentação. É. Eu vejo isso. Ah, eu acho ótimo. Dá um desejo maior de amamentar. (MARIANA)

É um incentivo a amamentação. Eu também gosto e tanto é que eu já li aquelas frases ali, várias vezes para vocês, não é? Dá mais vontade de amamentar. (MARTA)

Ah, eu acho gostoso. Mas eu não gosto. Estou brincando, eu adoro. Não. Porque eu queria dar o peito para o meu filho, mas ele não quer. (risos) Ele quer é ficar mastigando o peito ao invés de sugar. Não, eu estou brincando. Porque é uma coisa assim [...]. Olhando o cartaz, para mim significa que está incentivando tanto você dar o teu leite para teu filho como também doar o leite. Porque eu acho assim até eu trouxe para a X do BLH. Quando eu

trouxe, eu não estava trazendo para meu filho, eu estava trazendo para doar, já que ele não estava sugando. Ela falou: -Não, o leite vai para o seu bebê. Aí falei: -Ah, mas se tiver criança precisando, me fala que pelo menos enquanto eu estiver aqui eu doo. (MÔNICA)

É na verdade a gente olha meio revoltada, na hora que a gente entra no hospital e vê que o cartaz [...] Eu baixo a cabeça, finjo que não estou vendo (risos). (MARLEIDE)

Dá um pouco de inveja também, não é? (MILENA)

É. No fundo, no fundo dá um pouco de inveja, da gente não poder fazer isso. Eu acho que no fundo todas nós temos a vontade. Mas eu acho importante ter. A primeira coisa que eu olho é aquele potinho ali com leite. Igual eu falei com a mãe hoje. Eu falei: - Mãe, eu ainda vou chegar lá (risos). - É tipo novela. Entendeu? Igual a nossa história de querer formar uma família, o nosso sonho. E aí na novela é tudo bonito, tudo colorido. Ah, entendeu? Ainda mais essa vivendo a vida, não é? Agora que ela está lá invalida em cima de uma cama, mas era tudo bonito, Paris e tal. A vida não é assim. Então esse cartaz é como se fosse uma novela, entendeu? A gente olha, ali está tudo bonito, tudo perfeito, mas [...]. E ainda nos cartazes são atrizes. (MARLEIDE)

Eu acho bom porque tem esse incentivo para a amamentação e para as pessoas doarem o leite. (MÔNICA)

É, incentiva também muita mãe a amamentar, porque tem mãe que não gosta de amamentar e olhando esse cartaz mexe um pouco. (MARIANA)

Nesse diálogo, parece que os cartazes promovem uma relação EU-TU; estas mulheres demonstraram compreender seu conteúdo. Para algumas, o significado destes, expresso como algo distante e irreal, diante de suas vivências, causa por vezes algum incômodo ao admirá-los. Contudo, essas mesmas mulheres também os consideram válidos, diante da importância de suas mensagens.

Também perguntamos se elas já tinham observado pelos andares os quadros referentes à Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Eu fui saber disso aqui. Realmente ninguém me falou nada. Vejo os cartazes perto do BAR (berçário de alto risco). É no Alojamento tem. Lá embaixo no Pré-natal tem. Então falar ninguém me falou. Eu sou curiosa, aonde eu vejo cartaz quando eu estou à toa, eu vou lá e leio. Então eu li essa parte. Fala que a criança tem direito a ficar com a mãe. Fala nessa parte, ao Leite Materno. Aquela parte só básica que eu lembro [...]. Mas eu não presto muita atenção não. Só mesmo por curiosidade. Que aqui é um Hospital que diz que é Amigo da Criança. Não é? (MÔNICA)

Ah, quando eu li isso, a primeira coisa que eu pensei é que é Hospital Amigo da Criança porque é um lugar especial para cuidar da criança prematurinha, foi isso que eu enxerguei. Na verdade, não cheguei a ler tudo. Cada hora que eu vou pegar água eu leio um trecho lá, mas foi isso que eu pensei. São aqueles cartazes que tem a criança com a mãe. (MARLEIDE)

Eu, particularmente, nunca nem li cartaz nenhum. (risos) Eu só passo assim. Só vejo aquela coisa assim [...] Aquela foto, aquele bebê assim, representando nós que somos mães, mas eu nunca parei para ler. Eu acho interessante. Eu achava que era porque aqui é uma maternidade. Então aquela foto representava aquilo, não é? A gente quando pega o nosso filho. Eu nem sabia que aqui que era o Hospital Amigo da Criança. (MILENA)

Eu também pensei nisso. Nem sabia. (MARTA)

Apesar de os quadros da IHAC serem grandes e distribuídos pelos andares com informações a esse respeito, foi possível notar que a maioria revelou desconhecimento acerca da iniciativa e nem sabia ao menos que o hospital tinha tal certificação. Embora algumas tenham lido pequenos trechos dos quadros, não demonstraram muito nexos de conhecimento. Entretanto, a figura de um contorno de mulher segurando uma criança foi marcante e representou para essas mulheres o momento de estarem com os filhos nos braços.

A estrutura clara da relação EU-TU permitiu que, nesses encontros repletos de emoção, os integrantes do grupo não fossem um conjunto de rostos, nomes e biografias; as pessoas se compreenderam como pessoas ao viver uma realidade através de uma atitude interpessoal. Para Buber (2006), toda relação atual no mundo é exclusiva; ao penetrá-la, o outro percebe sua inclusividade e a relação repousa sobre a individuação, para permitir o conhecimento mútuo daqueles que são diferentes. Ainda para o autor, o meu TU engloba o meu si-mesmo, sem, no entanto, ser o si-mesmo. Assim, meu reconhecimento limitado expande para a possibilidade ilimitada do Ser, ser reconhecido.

5.2.3. Diálogo entre profissionais: construção de alternativas para superação de obstáculos

Os profissionais participaram de dois encontros. A dinâmica com os grupos de profissionais também foi iniciada a partir de uma questão realizada no primeiro encontro: como é para vocês desenvolverem as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno neste cenário como o nosso, onde a assistência é de alta complexidade?

Nestes GC, a dinâmica de discussão foi semelhante no primeiro e no segundo encontro com os profissionais; o que diferenciou foi que no primeiro momento houve uma questão inicial e no segundo foi apresentado ao grupo; uma síntese das informações produzidas no primeiro encontro e pré-analisadas, para serem validadas, bem como para ajustarem, se

necessário, as propostas de intervenção para a melhoria assistencial. As informações pré-analisadas foram organizadas em quatro grupos de categorias: a) Ações/práticas realizadas na instituição, que podem favorecer a assistência à mulher como protagonista da amamentação; b) Ações/práticas realizadas que podem não favorecer a assistência à mulher como protagonista da amamentação; c) Fatores geradores de obstáculos para uma assistência à mulher como protagonista da amamentação; d) Ações/práticas necessárias para favorecer a assistência à mulher como protagonista da amamentação. A partir desta apresentação, tiveram início as discussões e outras estratégias/propostas surgiram.

No papel de facilitadora/moderadora nos GC de profissionais, minha intervenção foi quase sempre no sentido de ordenar as falas, tendo em vista que em alguns momentos todos queriam falar ao mesmo tempo. As perguntas foram respondidas adequadamente pelos integrantes e por vezes a pessoa ao fazer a pergunta, refletia e respondia ela mesma a própria pergunta. Em alguns momentos, senti vontade de intervir para colocar minha opinião sobre determinado assunto em discussão, mas ao mesmo tempo pressentia que esta ação poderia prejudicar a espontaneidade que emergia dos participantes ao fazerem suas falas. Assim, acreditei ser importante deixar de lado, por algum momento, nossos pontos de vistas e valores para, no encontro com o outro, ouvir e aprender. Com isso, percebi também que os participantes, ávidos em falar, puderam dispor de mais tempo para fazer suas colocações e minha visão sobre o assunto foi sendo expressa por alguns integrantes do grupo. Vale registrar que os encontros com os profissionais também foram marcados por sensibilidade e emoção entre os presentes nessas relações.

Os profissionais participantes do GC mantiveram uma atitude de interesse e se colocaram de forma aberta, não só para discutirem as implicações assistências a partir de um olhar crítico para a assistência em aleitamento materno, como para perguntar e ouvir as informações/orientações dos presentes e propor caminhos para resolução ou minimização dos problemas identificados.

Quando a criança já tem qualquer condição de inviabilidade, a gente não trabalha, [...]. Não vamos tocar em aleitamento, nem vamos mexer nessa mama. - A nossa postura em relação a isso é extremamente cuidadosa, porque a gente sabe que se essa criança vier a óbito vai ser um problema sério porque você já estimulou, já conversou com ela. O bebê quando é prematuro extremo, a gente não estimula. (EO)

Então, o prematurinho que vai precisar depois desse leite e eu não trabalhei inicialmente porque eu achei que talvez ele fosse inviável ou eu declarei no Pré-natal que ele era inviável e ele está lá no BI, pré-alta e eu preciso de

novo, recriar um vínculo que foi desconstruído, nem só pela Maternidade, às vezes pelo Pré-natal ou pela própria Neonatologia. Então, assim, a gente está se falando pouco, tanto o Pré-natal como o Berçário, a Maternidade como a UTI. Eu acho que fórum como esse aqui, precisa ser mantido para a gente estar mais regularmente conversando. Como existe essa coisa até colocada aqui: Ah, o profissional não fala com a mãe quando interna na UTI. Isso é muito comum. Criança internou grave está consumindo o profissional, mas em algum momento nem que seja, às duas da manhã, vê lá se mãe está acordada, para dar um informe, seja qualquer que seja: - Oh, mãe a gente não pode ainda te dar os detalhes, mas o neném está assim e está assado-. Esse tipo de coisa existe, eu acho que denota uma falta de comunicação, e essas situações todas já aconteceram, eu já presenciei no meu plantão isso. A criança que tinha ido a óbito e a mãe foi lá para saber da amamentação. Então, o problema é nosso também. Nossa relação com cada mãe. (MN)

[...] Aqui é diferente aqui é risco fetal. [...] a nossa orientação para as mães às vezes fica um pouquinho difícil. A gente não entende, a gravidade da criança que está lá no Berçário, se é uma criança para poder vingar, ou se é uma criança que não é para estimular a amamentação. Então às vezes, eu quando estou no Alojamento Conjunto [...] é um pouquinho difícil. Até que ponto você pode dar esperança para aquela mãe para fazer todo um trabalho, ou inibir a amamentação e tudo? (TECO)

O que aconteceu [...], no relato essa mãe sabia que essa criança era inviável, não iria sobreviver. Só que essa criança vive [...] (TECN)

Exatamente. Só que aí, os médicos pecam. Porque eles não são Deus. Nós não somos Deuses. Só Deus sabe de todas as coisas. Nós podemos saber pela literatura que a criança ela tem tantos minutos de vida, mas eu não posso colocar isso assim para os pais, afirmar isso. Só Deus é quem sabe das coisas. A medicina em relação a isso ainda está muito atrasada. Eu digo que é um atraso. Porque você não pode. Será que eles ainda não perceberam isso? (TECO)

Eu vou amamentar para que, se o meu bebê vai morrer?- É o que a gente vive ali todos os dias. Você tem desejo de amamentar?-Tenho, mas eu vou amamentar para que se o meu bebê vai morrer?- Eu já ouvi, muitas delas, falarem isso aí. (TECO)

Os profissionais percebem que a maioria das mulheres tem o sonho de amamentar. Entretanto, mesmo diante destas, alguns se sentem desencorajados a estimular o aleitamento materno para aquelas que estão com filhos gravemente enfermos ou com pouca possibilidade de sobrevida.

A partir desses diálogos, foi importante a reflexão dos participantes dos grupos no sentido da atenção para uma ação (negação do estímulo e do apoio à amamentação) pautada no pressuposto da inviabilidade. Percebe-se uma forma de pensar, entre alguns profissionais, de que o sofrimento materno será maior se a mulher alimentar esperanças. As dificuldades

enfrentadas pelos profissionais diante de situações dramáticas são compreensíveis, mas temos que estar atentos para que uma ação não se comporte como omissão e a omissão como ação.

Até é chato eu estar falando isso, mas fica uma situação muito complicada, porque lidar com a esperança do povo. A esperança do pessoal aqui é que melhore. Igual hoje eu cheguei perto dela, essa paciente que vai de alta amanhã, ela falou assim: - Minha filha vai ter alta amanhã. E graças a Deus, porque os médicos não deram [...] Deram horas para ela e ela, já vai fazer um mês. - Eu falei: - É isso aí. Você crê em milagre? Ela: - Não, o milagre já está tendo, porque minha filha está há um mês aí já. Eu falei: Então, pegue e leve que vai dar tudo certo. (TECO)

Para Buber (2006), o pensamento biologicista do nosso tempo colabora para formar uma fé na fatalidade. Esta fé é a própria fatalidade, pois não dá lugar à liberdade para a revelação e desconhece a força do homem que pode vencer a luta pela conversão. Vale ainda ressaltar que esta crença pode ser fatal para nós homens-profissionais no papel de promotores da saúde, retirando de nós o poder de resposta àqueles que necessitam de nossos cuidados. É importante que o homem sustente seus esforços na esperança de atingir o fim, pois sem a esperança não se encontrará o inesperado, o inacessível, o não encontrável (BUBER, 2006).

As necessidades profissionais, percebidas para desenvolverem a assistência à mulher como protagonista da amamentação e as necessidades das mulheres assistidas, foram ressaltadas em todos os encontros. Assim, a maioria das sugestões estratégicas no sentido de melhoria desse assistir foram construídas também neste lócus, com a participação ativa dos membros dos GC.

E final de semana? Final de semana você fica. Por que você tem que restringir algumas coisas nos finais de semana? Final de semana a criança não mama? Então assim, tipo assim, fono, a gente não tem uma fono final de semana. Assim como não tem outras coisas até o BLH. Se uma criança precisa de continuidade de um trabalho ela não tem. (TECN).

Nem todo mundo é preparado, nós mesmos enfermeiros lá, para fazer a relactação e conseguir. [...] que outra grande dificuldade é o fato de não ter um Alojamento de Nutrizes. (EN)

Mas falta ainda, gente como profissional, para orientar, ajudar, estimular, por que é disso, que ela vai conseguir na UTI, precisamos desse suporte. (EN).

Não temos um local que a mãe possa ordenhar o leite diretamente pro seu filho. Então ela está exposta ao ambiente ali. Ela fica muito exposta, ela fica constrangida de estar ordenhando todo mundo passando. (TECN).

Aí ela vai pro BI. O BI tem crianças com problemas de genética. Aí quando ela vê essa criança do lado parando, parando não, mintu. Piorando o

quadro dela [...] Essa mãe fez o que? Chorava compulsivamente que queria ir embora. E ela falou: - Gente, se eu não for embora, não adianta meu filho não vai conseguir sugar. - Olha só, uma mãe nesse desespero. [...] talvez se essa mãe tivesse o espaço ali dentro para amamentar, um lugar bem aconchegante que preserve essa intimidade dela, onde ninguém tem que ficar interferindo: Bota a mão, e mexe no monitor, e sobe em cima dela, e vem um e mexe, e outro mexe. Se amamentar já é difícil imagina para essa mulher que já está preocupada com o filho e ali vendo tudo aquilo em volta. A outra mãe que chora e outro que piora. A mãe está amamentando, tem um óbito [...] (TECN)

Tem mães lá com 15 dias, voltam a fazer faxina em dois apartamentos aqui na Rui Barbosa. Quando ela me falou isso eu falei: A sua patroa sabe que o seu bebê está internado? - Ela sabe.- É de partir o coração. Mãe que vem a pé da Pça XV até aqui. Então assim, a realidade delas... Tem que ouvir a mulher. (TECN)

Mas a rede de apoio como um todo a gente não tem, e muitas vezes essa mulher, ela não tem essa figura do companheiro, mas tem a figura de alguém que é da rede de apoio dela. E essa figura de rede de apoio para entrar é um complicador, tem que pedir autorização do A, do B e do C. Se você já firmou com algumas partes, mas às vezes aquele plantão do outro dia não sabe que você firmou com o anterior e a enfermagem põe para correr. Enfim, a rede de apoio social ela é muito importante. Porque é ela que vai dar retaguarda quando ela for embora. É ela que vai dar retaguarda nesse momento também que ela está aqui dentro. E é muito difícil trabalhar isso no contexto da saúde aqui. Porque é pai e mãe e olhe lá, muito obrigado já está de bom tamanho, a avó naquele horário certo, determinado tem gente que se irrita [...] (AS)

Dessa forma, os profissionais apontaram uma diversidade de obstáculos ligados ao contexto institucional (estruturais e conjunturais) e ao contexto social da mulher assistida. A partir desses diálogos, foi possível também construir propostas/estratégias para uma atenção à mulher que favoreça a assistência ao aleitamento materno, viabilizando seu papel de protagonista neste ato.

Atendendo às solicitações e propostas implícitas e explícitas nos diálogos, como enfermeira e pesquisadora, foi possível realizar algumas intervenções com vistas a minimizar ou resolver alguns dos problemas apontados, tais como: foi providenciado o suporte de profissionais do BLH para a assistência ao aleitamento materno no interior da UTI-neonatal; a assistência ao aleitamento materno promovida pelo BLH estendeu-se para os finais de semana e feriados; foi encaminhada à direção solicitação da construção de um espaço para hospedar as mulheres nutrizas que necessitam acompanhar os filhos internados na UTI-neonatal. Segundo informações do diretor, esse espaço deve ser concluído em outubro de 2010.

Foi muito, muito legal de vocês, subirem aqui (UTI-neonatal), que não tinha antes. É que agora o pessoal do Banco de Leite vem, como você falou, vem aqui em cima, é fundamental mesmo. Porque uma coisa é mandar descer só aquelas pacientes que a gente observa. Como a mãe de prematuro ou outras, orienta e manda descer. Só que muitas das vezes ela não quer sair de perto do filho. (TECN)

Isso é muito importante. Eu sentia muita falta dessa oportunidade. Você está orientando a mãe, mas está olhando para o relógio que tal hora você tem que fazer tal coisa naquela criança. Então você não dá aquela atenção. E a mãe percebe quando você está ali galopando. Querendo botar logo a criança no peito, rápido, que você tem que fazer outra coisa. Então esse tempo falta para o profissional da UTI neonatal. (TECN)

Essa atividade de pesquisa tem como característica a mobilização dos envolvidos na busca de soluções para os problemas identificados, aqui não foi diferente, dado que alguns profissionais se comprometeram diretamente a resolver questões emergidas nos GC. Como exemplo, a assistente social providenciou a normatização para entrada de uma pessoa apontada pela mulher para ter acesso livre na UTI-neonatal, em substituição à ausência da figura paterna, no sentido de fortalecer a rede de apoio à mulher.

Os temas polêmicos também vieram à tona e, apesar das divergências de opiniões, os profissionais se mostraram abertos ao diálogo, aceitaram as colocações dos demais e aos poucos a discussão se encaminhou para um clima reflexivo.

[...] A gente vê nos prematurinhos, mesmo os que não conseguem amamentação, que no início essa mulher tenta e às vezes não vai conseguir a amamentação plena, às vezes vai consegui aquela amamentação por um mês ou dois meses, mas desde que seja prazerosa. Aquilo é bom. E aí eu falo para as mães:- Olha o pouquinho de leite que você deu está ótimo. O resto vai no complemento. Então existe uma mudança no desejo das mães, elas querem. (MP)

O bebê prematuro, numa situação já superestressante, isso não funciona, principalmente essas mulheres elas já estão tão angustiadas. Essas crianças vivem em um limiar de vida e morte. Elas, não produziram o bebê que elas sonharam um dia. Além de ela está se sentindo mal, porque não foi capaz de gestar o filho perfeito ou de levar a gestação a termo, ela ainda se sente culpada porque ela não consegue amamentar. Isso só vai num crescente e faz com que, aí não vai ter aleitamento nenhum mesmo. Então isso claro que vai refletir na história da amamentação. Eu já ouvi aqui dentro - Ah! Mas então, se eu não consigo amamentar, meu bebê não vai gostar tanto de mim?- De jeito nenhum. O vínculo se constrói com ou sem o aleitamento. Porque se não elas começam a incorporar uma ideia que [...]. Tudo bem, tem toda pesquisa e tal, mas o vínculo vai se estabelecer por outros canais, o aleitamento é um. (P)

Todo esse estresse que acarreta esse período de internação é importante esse seguimento também nessa fase, esse apoio psicológico, essa orientação.

Porque muitas vezes é isso, ou essa colocação é num momento, que ela não está preparada algumas vezes, e é como se fosse uma coisa assim: - Você vai amamentar agora? Vai botar no peito? - Então esse trabalho é muito delicado. [...] esse primeiro momento em que ela vai pegar o bebê, que saiu de uma incubadora e que vai ser colocado nos braços dela. [...] tem que ser colocado antes para ela já ir sentindo esse bebê, e depois ela começar a amamentá-lo. A questão que vocês colocaram sobre o leite. Porque eu fiquei muito tempo lá no follow-up e a gente que trabalha lá no ambulatório, vê os absurdos em relação ao aleitamento artificial, as modificações que são feitas no leite, os problemas que o leite acarreta. A forma que ela tem que preparar, até a compra daquele alimento, também tem que ser pesado. Elas não conseguem comprar aquele leite. E é feito uns absurdos e isso gera complicações. Essa questão do complemento não é simples. É uma coisa que poderia prolongar um pouquinho mais o início deste leite, para o bebê. Eu sei que é difícil por causa da lotação, mas essa coisa do complemento na alta é uma coisa que tem que pensar. (F)

Então assim, a gente tem que começar a raciocinar para que no nosso proceder tente minimizar e não intimide. A gente tem que valorizar. [...] mas porque é importante. E aí você vai raciocinando. A gente trabalha com esse pensamento, dentro dessa nossa estrutura diferenciada, com essas crianças diferenciadas e consegue perceber quando vir num atendimento, uma receita de uma criança para tomar leite artificial com a mãe, é complicado. Ela com toda fome dela, ela tinha leite no peito. (AS)

O grande impasse é [...] nós percebendo essas questões dessas crianças que passaram pelo berçário, pela UTI e que estão com dificuldade e tal. Em alguns casos é preciso indicar a fórmula, mas vai bater nessa questão. É aí, como é que fica o lado social? Como é que fica a fome? Então, isso também para o profissional é muito frustrante. É muito difícil lidar com isso, você quer ajudar para o aleitamento, mas às vezes não dá tem limites para essas questões todas que nós discutimos aqui. Então indicar a fórmula, mas a fórmula ela não vai ter dinheiro para comprar, e aí o que a gente faz? (P)

[...] Elas não têm a menor condição de manter o aleitamento quando não é natural. A compra desse leite é completamente absurda e a gente vê isso. Fornecer uma ou duas latas, não resolve nenhum problema dessa mãe. É uma ilusão para nós. Ah, eu tenho aqui duas latas, estou dando alta, tudo bem. Eu fiz a minha parte. Daqui a duas semanas essa mulher não tem mais nada para alimentar e volta essa criança muitas vezes desnutrida pra gente. Então se a gente pesar. Acho que falta. Há coisas que eu gostaria de mudar aqui, uma sala de ordenha, para que a mãe tivesse tranquilidade para ordenhar e dar o leite para o seu prematuro, isso tudo ia ser benéfico. [...]fica difícil, falar para uma mãe:-Ah, ele está perdendo muito peso, a gente vai começar com complemento.- E depois a gente quer retomar essa outra atitude e está começando com leite artificial. Não, não, agora vamos dar o peito. Então, faltam algumas coisas que incentivassem essa mulher. [...]. Acaba que pra população que a gente lida, tem problemas. É uma população de malformados e tudo mais, mas também tem o outro lado, que é uma população carente. [...] talvez esse esforço leve a uma coisa boa para os bebês no futuro. (MN)

Às vezes tá na mamadeira e querem voltar pro peito, pra amamentação. [...] no ambulatório a gente vê a dificuldade que é. Um bebê que saiu na mamadeira voltar pro peito. [...] tem uns que dizem que não existe confusão

de bico. Mas na prática o que a gente vê é que existe e acontece mesmo. Mas meu filho saiu de alta com mamadeira e largou o peito. Ai você vai ver [...]. Essa coisa da quantidade de mamadeira, que está sendo introduzida na Neonatologia em bebês que poderiam ta sendo amamentados. (F)

[...] a gente precisa mudar muitas coisas ainda, desses complementos que são prescritos sem nenhuma indicação. É uma loucura! Não tem por que. Tem um artigo, até eu li agora, quais são as justificativas para prescrição precoce do complemento? A maioria, agalactia, agalactia. Poxa! Nenhuma mulher! [...] a gente atrapalha um pouco esse processo, de uma coisa mais natural, do aleitamento natural. (MN)

Como é a questão da chupeta lá na UTI? (EO)

É, porque sugar acalma. Isso é uma coisa que eu já discuti muito. Porque eu era extremista. Eu vim de um hospital. Uma neonatologia lá em São Paulo, que, não entrava de jeito nenhum. Eu digo, poxa! Dá pra esperar mais um pouco? Vamos fazer uma sucção não nutritiva, na hora que o bebê ta nervoso, mas que não seja a chupeta. (EN)

Eu posso voltar para a IHAC e criar uma polêmica? É a proibição da chupeta. Eu não sou contra a chupeta. Eu vejo criança, eu sei que isso é polêmico, mas estou levantando de propósito, está lá, não é? “Não dar chupeta”. É, nenhum tipo de bico ou chupeta. Eí, eu até peguei alguns trabalhos. [...] eram trabalhos do uso da amamentação. Um trabalho dizia que não interferia absolutamente em amamentar e não amamentar. Na minha prática eu vejo crianças no peito com chupeta e que não aceita mamadeira. Ela aceita chupeta, ela mama no peito e não pega o bico da mamadeira. Eu pego outra que toma mamadeira e chupeta e peito. Eu tenho outras que estão no peito e não pegam chupeta de jeito nenhum e eu tenho umas que estão só no peito ou só na mamadeira. Eu não saberia afirmar se larga o peito por causa da chupeta. Eu não posso afirmar, sei que vejo essa coisa de ter as duas coisas, a chupeta e o peito. Em relação à chupeta, um bebê mais agitado, um bebê com uma síndrome de irritabilidade, ou um bebê mais prematuro, mais desorganizado. Quando a gente coloca a chupeta, dá uma coisa prazerosa para a boca daquela criança, que foi muito manipulada aqui dentro, com sonda, com tudo, com várias coisas. Eu vou ter que organizar aquela criança, botar ela num jeitinho que ela fique mais tranquila. Então eu posso favorecer outras coisas. (MP)

A criança que mama no peito ela normalmente sacia a vontade dela de sugar, porque ela suga o peito e depois ela larga e fica saciada. Então, a necessidade dela com o tempo de saciedade no peito em geral fica atendida. A criança que mama na mamadeira ela acaba com o líquido muito rápido, então ela tem esse tempo ainda de sucção que ela necessita para se sentir saciada. E ela chupa a chupeta porque ela não tem esse tempo. [...] a chupeta ela deforma também a boquinha da criança. Nós como fonoaudiólogos, a gente não proíbe a chupeta. A chupeta ela não é indicada aleatoriamente. A gente não orienta a chupeta ela deforma mesmo o palato, deforma a arcada, favorece a respiração bucal, favorece o atraso na fala. [...]além dela dormir com aquela chupeta pendurada na boca. Os microorganismos que ficam ali também. A chupeta que bate no vidro da incubadora e vai para tudo quanto é lugar, o que favorece um processo infeccioso. Então são questões. Agora existem situações em que se deve indicar a chupeta? (F)

Ah, a chupeta na questão da deformação, é aquela chupeta que prolonga. Está claro que para criança, que depois já está chegando a começar a fala, com a chupeta, ela não vai falar. Vai alterar a arcada e tudo mais. A chupeta de bolinha na realidade quando a mãe chega, eu falo: -Essa, vou ser realista, ou ele usa a chupeta adequada, que é a chatinha, ou então ele vai ficar chorando.- Porque esta chupeta [...]. Eu explico a mãe e aí a mãe diz: - Ah, ele não gosta dessa-. Eu sei que ele não gosta, a outra encaixa direitinho e ele gosta mais da de bolinha, mas a de bolinha, eu digo[...] A criança quando está chegando em torno de um ano tem que tirar a chupeta, é óbvio. Para criança muito pequenina é isso que eu estava voltando, é a questão que às vezes a gente consegue tranquilizar, mas tem crianças que a gente não consegue acalmar. (MP)

Eu acho fundamental o que a MP está falando. [...] eu, claro, sou psicóloga, psicanalista e já fiz muito, por quê? Porque eu vejo que o bebê vai passar por aquelas fases. O bebê recém-nascido até os seis meses, ele está justamente atravessando a questão da fase oral. (P)

Deixa eu te perguntar uma coisa? Em que momento estaria indicado você fazer chupeta numa criança na UTI grave? Em que momento que a criança? (MN)

No BI (Berçário de Cuidados Intermediários), por exemplo. (P)

Dentro do BI? Mas ela não está no colo da mãe? Ela não pode mamar no peito da mãe? (MN)

Muitas vezes, a gente vê que a criança precisa da chupeta e a mãe não quer a chupeta. Quantas vezes eu vi a mãe falar não. (F)

A gente está discutindo não forçar essa mãe a amamentar se ela não deseja, enquanto que a chupeta [...]? (MN)

Eu acho que está errado. Está errado. Tem aquela historinha com luva para a criança ficar quieta, a gente está fazendo uma condução que não é uma condução correta. Temos que pensar nas consequências. (AS)

Eu não estou nem falando a questão da família. Tem crianças que você precisa, tem crianças que estão extremamente desorganizadas. Porque é que eu estou falando [...] (MP)

Essas, a maioria das vezes terão uma dificuldade grande para sugar a chupeta. Que a irritabilidade é tão grande, a desorganização é tão grande, que ela nem faz a sucção para sugar a chupeta. Você diz que em alguma criança, você percebe que ela até aceita, mas algumas crianças. Acontece que se você der o bico antes de você oferecer o peito, a uma criança muito precocemente, ela terá uma grande chance de não mamar. Não mama. (F)

Eu acho que tudo pode ser possível desde que a gente tivesse muito mais tempo para ficar com essas mães. [...] o processo de amamentação ele é demorado, não é um minuto que eu vou sentar ali e falar: - Mãe, coloca assim-. Você tem mais dez para atender ali do lado. Então o tempo que vocês dispõem naquele momento para fazer uma atenção com qualidade, tanto no BI, quanto na UTI, como no Alojamento, são vitais. (MN)

Mas eu já cheguei à seguinte conclusão. Eu já trabalhei uma época num lugar que ficou uma criança durante tanto tempo. Se você disponibilizar de tempo para essa criança você consegue sem introduzir chupeta, sem porcaria nenhuma acalmar ela, posturar, tudo direitinho. Eu já fiz isso. Como é que ela se acomoda melhor [...] eu que recebi essa informação falo pra mãe: - Mãe, a criança tem que estar posturada assim, pela fisioterapia

para que futuramente ela venha a pegar as coisas direitinho.- Você consegue. [...] mas você tem que ter tempo para isso. Você com cinco crianças todo dia. (TECN)

A reflexão sobre esses diálogos se deu em virtude do benefício proporcionado por essa discussão, que permitiu compreender mais profundamente o processo de formulação das escolhas. Como profissionais de saúde, estamos quase sempre diante de importantes decisões. Frente a essas discussões polêmicas, compreende-se, ao prestar a atenção aos fatores que determinam ou influenciam a escolha, que a mesma por vezes está ligada a necessidades e objetivos limitados. Quando se opta por uma ação/conduita de forma responsável, essa escolha refletirá o melhor e não aquilo que parece mais fácil ou menos doloroso naquele momento. Dessa forma, o profissional de saúde, ao assumir determinada ação com responsabilidade, não se exime de auxiliar, cuidar e compartilhar experiência, informação e conhecimento sobre as possíveis consequências relacionadas à ação numa relação EU-TU, ampliando assim os benefícios de suas ações.

[...] muito importante que todos falem a mesma linguagem, não há condição de promover a amamentação se todos nós, não falamos a mesma linguagem. (N).

[...] nossa orientação para as mães às vezes fica um pouquinho difícil. Porque às vezes as opiniões se desencontram, às vezes as coisas aqui, não são passadas realmente. [...] isso é uma coisa que tinha que ser mais interligada, mais comunicada. (TECO)

A enfermagem não se comunica com a fono e a fono não se comunica com a enfermagem. (F)

Mas essa questão da comunicação acho muito válida. Nós mesmos, o Pré-natal e a Maternidade, não tem essa comunicação. Muitas vezes a gente manda à paciente subir e a paciente não interna e a gente não sabe. [...] vai descobrir isso ao longo do tempo. (MO)

[...] chega lá no Alojamento, uma puérpera com ene perguntas, nervosa, ansiosa, fechada, chateada, querendo acabar com todo mundo. E a gente ouve, tenta contornar. Aí ela falou: -Eu não aguento mais. Um fala uma coisa, outro fala outra, um fala que tem que dar o copinho de um jeito, outro fala que tem que dar de outro jeito (TECO).

Eu acho super importante porque com isso a gente pode tentar resgatar muitas coisas que são faladas ao longo dos anos e não foram tomadas atitudes. Por exemplo, comunicação é uma falha eterna nesse hospital, desde que eu entrei aqui há 32 anos, (rindo) existe essa falha de comunicação e continua. E a gente sabe, que a comunicação é inerente ao bom trabalho. Se não há comunicação a coisa fica truncada. (MP)

Enfim, uma série de questões acontece, e todas elas são ligadas na minha percepção à falta de comunicação, que ainda impera. Que ainda existe. E eu acho que tem que ver que mecanismos a gente pode criar. Até porque num momento como este a gente senta e coloca problemas, que a gente sabe, mas ele inexistente fora de um ambiente de pesquisa, sei lá! Então, o que deveria

ser uma rotina e não é. A gente acaba percebendo quando se encontra, e raramente a gente se encontra, então, muitas das vezes a gente não se dá conta. (MN)

Observou-se que a falta de comunicação entre os profissionais foi constante no contexto assistencial, bem como as contradições de informações para as mulheres que, diante deste fato, se mostram confusas e com dificuldades para tomar decisões. A partir do olhar de Buber (2007) e com base nas colocações postas nos GC, vale assinalar a importância de o homem não perder a confiança na força do diálogo, pois este pode orientá-lo para novos caminhos. Caminhos que exijam a destruição das distâncias através da encarnação do EU-TU e, assim, poder encontrar o sentido de comunidade, que possui metas e atividades em comum, valorizadas em si mesmas. Os limites de possibilidade de diálogo são os limites de possibilidade de tomada de conhecimento íntimo.

Para Buber (2006), a crise no mundo dos homens, onde a controvérsia e cisões imperam, pode ser aliviada pela esperança no poder de relação, na força do diálogo, que faz do homem uma pessoa livre e responsável diante de seu destino. Ainda para o autor, a verdadeira comunidade é aquela cujos membros formam um “Nós” e não meramente um “A gente” e pertence a uma dimensão no espaço social do inter-humano que se situa entre o par EU-TU; dimensão na qual se estabelecem relações humanas “essenciais”, em que o verdadeiro diálogo suplanta o mero debate como forma de comunicação básica entre os indivíduos.

Nessa perspectiva, a integração das equipes em encontros para discutirem e construir ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, conjugadas com as especificidades da assistência no contexto da alta complexidade e do perfil das mulheres assistidas, foi mais uma das propostas elaboradas a partir dos encontros com os profissionais nos GC.

Cada vez tem mais coisa e é uma clientela diferenciada, sim, que não dá para você passar e falar rapidinho. Às vezes você está fazendo o exame físico e você olha, ela está com os olhos deste tamanho. Você tem que desarmar tudo que você tem prontinho na cabeça. E aí? O que está acontecendo? [...] Já são quarenta minutos que você tinha se programado para passar uma visita em todas as pacientes. Aí você tem vinte pacientes para olhar, e você já utilizou quarenta minutos com ela. (EO)

Então você está contando o tempo. Você tem tantas crianças para cuidar, tem tantas medicações para fazer. É muito corrido o trabalho. Fazemos, mas é muito complicada essa parte. (TECN).

Você não tem esse tempo. Você está passando a visita, a mulher está com a mama túrgida, só que aquele bebê não está disponível para mamar naquele

momento. Então tem que ter um tempo pra ficar ali, [...]. Não é você botar ele no peito. (MO)

Eu penso que eu poderia ser mais presente, mas por conta de eu ter um andar todo [...] eu não consigo. E aí, eu sempre falo: - Olha, fulana está precisando de uma orientação. - Paro um enfermeiro, ou alguém do BLH. [...] tem falta de estrutura, de pessoal, de tempo disponível para cada paciente. (N)

Muitas vezes eu não consigo resolver um problema que eu sei que eu poderia resolver se eu tivesse mais tempo, como eu não tenho, acaba tendo que chamar o BLH para ajudar. Eu até sei, eu preciso de horas sentadinha com aquela mulher, e eu não tenho todo esse tempo. Ou como ela falou, ela tem a enfermaria inteira, como que ela vai tentar[...] E acaba, que cada profissional tem só um pouquinho de tempo para dedicar a cada mulher, e a amamentação é um processo enorme, não pode ser feito em um minuto. (MN)

Sim, mas por conta disso, a gente aproveita a situação, porque, quando pode já tá na mamadeira. Existe a alta complexidade, mas existem os que não. E os que não a gente tá deixando passar, comendo bola. A gente sempre culpa o tempo. Tudo é falta de tempo. E quando tem também não faço. Eu sempre falo isso pra elas, gente agora nós estamos sentadas e aí. Vamos colocar o bebê no colo? Vamos colocar aquele para mamar? A gente realmente tem um dia muito corrido. Só que a gente percebe assim. Você começa virar, rotina daquilo, e deixa passar [...] (EN)

A assistência em aleitamento materno, para a maioria dos profissionais, requer uma demanda de tempo que, segundo os mesmos, falta para desenvolvê-la. Para alguns, esta assistência é mais uma em meio a tantas outras que também se configuram no mundo do ISSO. No mundo onde não há tempo para o encontro EU-TU, percebido por muitos profissionais como necessário e essencial para este assistir. Diante dessa impossibilidade, encaminhar as mulheres para serem assistidas por profissionais do BLH tem sido uma opção para alguns.

Alguns profissionais refletem também sobre a possibilidade de nos esquivarmos, refugiando no hábito de não prestar essa assistência. Indiscutivelmente, aumenta na nossa época o condicionamento dos homens pelas circunstâncias em curso, onde por vezes o ser por ele codeterminado está, a cada momento, face à concretude do mundo que ele quer se integrar e dele receber uma resposta (BUBER, 2006). Apesar de toda multiplicidade e complexidade, o homem pode esquivar-se ou enfrentar o desafio da resposta. Para Buber (2006), é necessário renunciar à mania ou aos hábitos pantécnicos, que podem nos levar ao automatismo, para acolher o poder do diálogo.

Eu acho que a gente [...]. Porque isso é histórico, quem cuida de criança que está amamentando é pediatra e enfermeira. O obstetra na cabeça dele

cuida mal porcamente da amamentação durante o pré-natal. Então a assistência do puerpério, exame da mama, ver o mamilo, até mesmo vê a pega da criança, não, a gente da mucosa já cai direto para a cicatriz e já vê como que está o fundo uterino. Como que está lóquios. Porque já está subentendido que isso é papel do pediatra ou da enfermeira. Esse tipo de crença, essa cultura, isso tem que ser quebrado, isso tem que ser mudado. (MO).

É um número muito pequeno que eu percebo. Tem ações que eram feitas no Alojamento Conjunto, que não são feitas hoje até pelo número de profissionais e quantidade de pacientes. Você não dá conta. Há muitos anos atrás, fazia grupo falando de aleitamento. Uma vez na semana fazia esse grupo que falava da amamentação com as mães ali dentro era muito positivo. As mulheres tiravam dúvidas nos grupos, elas gostavam. Hoje não tem como. (EO)

A outra coisa em relação ao leite fraco é o complemento, que acabam se viciando no complemento, o copinho que vem para elas no Alojamento. (TECO)

Eu acho que acaba tendo pouco espaço para essa mãe. Então a mamadeira é muito mais fácil. O tempo é muito pequeno pra ensinar, então dá uma mamadeira. Pra apoiar essa mãe, ouvi-la, ver realmente a sua sensibilidade, quais as dificuldades no aleitamento, que exige um maior tempo, maior disponibilidade e que a gente não vê com tanta frequência nos profissionais é uma questão mesmo de cultura, de haver uma mudança de cultura dos profissionais, de ter maior disponibilidade de tempo, de ouvir essa mãe, não é? De falar com ela, apoiá-la. É nesse sentido que eu vejo, e aí vai dando um crescimento maior no aleitamento. [...] a gente tem que ter essa cultura. (MP)

Como é uma UTI-neonatal, fica muito complicado e o que eu tenho percebido é a necessidade da valorização do aleitamento lá dentro. Eu sempre falo muito isso a gente valoriza pouco. Pouco porque você é tão patológico, você tá preocupado tanto em salvar aquela criança, que você esquece que ela já está com 33 para 34 semanas corrigida, e que, já é um bebê que dá pra uma dieta plena e que eu poderia colocar pra mamar. (EN)

Eu penso que a gente está tão longe de conseguir atender algumas situações que favoreceriam isso e que já surgiram aqui, de certa forma, que é a estrutura. É ter onde ela sentar para ordenhar que não tem, é ter o Alojamento de Nutrizes. Eu acho que o Instituto na sua estrutura, está tirando leite das pedras. (AS)

Tem algumas que a sensação de estar longe do filho é muito ruim. Então elas dormem no hospital porque é uma sensação de estar perto. Eu às vezes chegava cedinho no hospital eu via, elas ali fora. - Ah, meu filho está internado aí eu não consigo a ideia de ficar longe dele. (TECN)

Muitos profissionais participantes do GC reconheceram a necessidade de mudança para avançar na qualidade da assistência à amamentação que pode ser desenvolvida na instituição. Reconhecem que, por vezes, a assistência se volta mais para as questões de maior urgência e gravidade, como ocorre principalmente na UTI-neonatal. Assim, a ênfase assistencial se consolida nos aspectos curativos e as ações promotoras ou protetoras de saúde

se distanciam e não se coadunam com as demais, neste cenário que exige um ritmo acelerado para a realização das atividades de intervenção terapêutica.

Os profissionais observam com clareza as condutas que não beneficiam mães-filhos. Percebem a necessidade de retomar atividade que atualmente não é feita assim, como mudar a cultura que gera uma atitude profissional desvinculada do compromisso com a responsabilidade de suas ações. A partir dos diálogos, pode-se também compreender que uma atenção com o foco voltado apenas para a patologia e intervenções técnicas para a cura, para o diálogo técnico movido unicamente pela necessidade de um atendimento objetivo, pode levar o profissional a não perceber a necessidade de ações promotoras de bem-estar e capazes de contribuir com a ampliação da saúde daqueles que são assistidos. Deixa-se assim de fornecer o poder de decisão e de disponibilidade para o encontro com o outro.

Para Buber (2006), só é possível compreender o que significa um evento na relação dialógica EU-TU, relação que compreende o outro na sua alteridade, na sua independência na sua realidade própria. Nesses diálogos de múltiplas vozes, múltiplos foram os problemas identificados pelos profissionais no cotidiano deste contexto hospitalar de alta complexidade para a assistência em aleitamento materno, com foco na mulher como protagonista deste processo. Entretanto, este espaço de encontro foi profícuo não apenas para as reflexões das ações, que se constituem como obstáculos à promoção e ao apoio à amamentação, mas também para aquelas que fazem da assistência um autêntico diálogo no encontro EU-TU.

Tem Banco de Leite ou não tem. Eu vou orientar. Eu vou sentar do lado ali. Eu vou olhar nos olhos dela e saber. - Como é que você tá? Como é que tá a decida do seu leite?- Trazer essa mãe pro aleitamento e não dizer: não ela não conseguiu; não o bebê é hipoativo. (EN)

Bom, eu trabalho no Pré-natal dentre as atividades [...] eu falo e pergunto sempre, desde questões sobre: O que é o amamentar para ela? Para eu ver até aonde elas sabem e acrescento alguma coisa. Então trabalhar com isso, pra mim é muito tranquilo. Então essa nossa conversa com elas ajuda bastante, não é? Porque você mostrando até sua vivência. Às vezes quando eu subo na maternidade, o pessoal pensa até que eu sou do Banco de Leite [...]e as pessoas me dizem: - Ah, essa mama [...] - E eu digo, não, eu sou da nutrição[...] - Mas eu não me importo, porque eu posso fazer isso[...], vou lá, e as pessoas dizem: -Ah, eu pensei que você fosse do Banco de Leite.- Eu penso, primeiro eu trabalho com a questão aleitamento, fiz mestrado, doutorado, e estou na questão “Leite Materno” de novo. [...]qual é o problema? Não, porque a mama está ingurgitada [...]. Espere um instantinho, e vou lá, trabalho um pouquinho, dou um jeito e[...] paro um pouquinho, e digo:-Olha, eu só não posso ficar muito.- Mas o que eu puder ajudar, eu vou ajudar, e depois se for o caso, desce mesmo para o Banco de

Leite, mas esse momentinho que a gente pode ceder do tempo é super importante. (N)

[...] A paciente ficou comigo [...]. Adolescente, 16 anos. [...] eu fazendo a minha rotina, devia ser umas 10 horas da noite [...] estou vendo ela chorando, e ela tinha acabado de desligar o telefone [...] fui perto dela: - Você está sentindo alguma coisa? - Aí ela: - Não. Balançou a cabeça e virou para o lado. Eu sabia que tinha alguma coisa errada. [...] eu acabei sentei do lado dela: - O que está havendo? Pode falar. Se quiser falar eu estou aqui para te ouvir. - Aí ela foi virou pro meu lado, segurou na minha mão e falou assim: - Aquele safado, sem vergonha, cachorro, canalha, terminou comigo pelo telefone. Ele falou que estava pegando a roupa dele e estava indo embora, pelo telefone (não queria o filho com síndrome). Como técnicos, ali que fica junto com elas, a gente fica meio [...], você não tem muito, o que falar. Nós desenvolvemos vínculos, com elas. Não tem muito, o que fazer a não ser ouvir, dar um apoio assim [...] (TECO)

[...] A pressão dela era 18, 19. Aí o que acontecia, ela não estava dormindo, ficava o tempo com ele aqui, na verdade ele não estava mamando, estava na quentura da mãe, e ela não dormia, não comia, com ele no colo [...]o que eu fiz, peguei o bebê.- O bebê vai ficar aqui comigo, aqui pertinho. Você vai deitar agora e vai dormir. Tem que melhorar essa pressão, não pode ter alta com a pressão assim.- Dormiu. Aí a pressão estava 18 por 10, quando ela acordou estava, 13 por 7. [...] Tudo ficou bem. [...] Na verdade, ele não estava mamando direito. Aí eu: -Já que você não quer dar outro leite.- Sentei com ela, a opção foi ordenhar, tirando o próprio leite dela, e dando para ele no copo. Aí o dextro começou a melhorar e a pressão dela também. (TECO)

Hoje, na UTI neonatal eu passei por uma dificuldade com a criança com o teratoma do tamanho da criança. A criança ia para a cirurgia no dia seguinte, e eu perguntei para mãe: - Você já segurou seu bebê no colo? - Não, nunca, por causa do teratoma. - Eu falei: - Quem te falou que ele não pode? - Não, porque o pessoal falou para mim que não dá para pegar, eu até pedi, mas me falaram isso. Botei o bebê no colo da mãe e falei: Mãe, já viu galinha pisar no pintinho e matar? Então, peguei com teratoma com tudo. Porque antes eu tinha posto no colchão, [...]. Não, está à mesma coisa. [...] Mãe, senta na cadeira como se tivesse relaxada. Eu o peguei com o corpinho e tudo, coloquei assim jogadinho, o teratoma se ajeitou no meio dos peitos dela, a criança foi se ajeitando, não vazou, não fez nada. A criança ficou bem ali. A mãe com uma cara de felicidade, mas tive que fazer um malabarismo [...] Levei quase uma hora e meia para fazer isso. Tive que enrolar colchão, botar em baixo do braço dela, pegar uma cadeira colocar embaixo das pernas, tudo isso para ela se sentir confortável para segurar uma criança enorme e pesada. (TECN)

Com esses exemplos, apreende-se que tais ações transcendem as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que lidam com um cotidiano de doenças graves, situações sociais críticas, pressão do tempo, demanda elevada para assistir e tensões diante das cobranças profissionais e institucionais. Ainda assim, muitos profissionais encontram dentro de si uma força que permite uma abertura, uma doação que se forma na estrutura da relação

EU-SER. A essência do SER se comunica no fenômeno assistencial e o evento acontece em virtude do encontro “entre” o EU e o TU na reciprocidade da ação.

Nessa relação dialógica, a atividade de GC foi rica e tocou a alma de cada participante. Os profissionais se envolveram, ousaram olhar face a face os problemas enfrentados e causados por “Nós” no fazer de nossa assistência. Na perspectiva de Buber (2006), reconhecer os problemas é o primeiro passo na direção de solucioná-los. O passo seguinte é sabermos onde queremos ir. Que tipo de assistência se pretende oferecer à mulher.

Nesse caminhar, tendo como idéia-guia a responsabilidade ética para buscar a forma mais precisa, ou seja, tendo em mente as consequências das ações, as contribuições dos envolvidos na pesquisa (profissionais e mulheres assistidas), além das já mencionadas, foram consolidadas. Tais contribuições foram construídas a partir da participação ativa dos envolvidos nas atividades de grupo, nos encontros ocasionais ocorridos no momento assistencial e através de envio por escrito de sugestões pensadas após o encontro com o grupo, por alguns profissionais. No entrelaçamento da reflexão e ação / pensar e fazer direcionado pela PCA, foi possível elaborar estratégias de ação para a assistência de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no contexto hospitalar, tendo como foco a mulher como protagonista deste processo.

As ações estratégicas, de ordem institucional, foram discutidas e encaminhadas à direção da instituição, que demonstrou interesse em oferecer todo o apoio para a viabilização de todas, a saber:

- Permissão para as mulheres-mães durante as primeiras 24 horas de pós-parto terem uma acompanhante de sua escolha ao seu lado para que a mesma possa se sentir mais confiante e para que a rede de apoio familiar seja fortalecida.
- Disponibilização de um lanche nos intervalos do almoço e jantar, para as mulheres-mães que amamentam/nutrem os filhos que estão internados na instituição. Segundo a direção, esta proposta está na dependência de inclusão deste item no momento da renovação do contrato com a empresa fornecedora dos alimentos para a instituição, que se dará no segundo semestre de 2010.
- Disponibilização de um lanche para as gestantes, após exames que exijam jejum. A resolução desta proposta também se encontra na dependência da renovação do contrato com a empresa fornecedora de alimentos.

- Construção de um espaço físico na instituição para hospedar a mulher que deseja e necessita permanecer na instituição para realizar a amamentação do filho internado na UTI-neonatal. Este espaço se encontra- em construção com previsão de inauguração para outubro de 2010.
- Criação de um espaço acolhedor, vinculado à UTI-neonatal, para a mulher realizar a amamentação do filho internado no setor, ou para poder fazer a retirada do próprio leite, que será oferecido diretamente ao bebê, quando esta não desejar se afastar do filho para fazer tal prática no BLH. Este espaço ainda não foi planejado, pois a estrutura física da instituição é bastante restrita e precária, entretanto essa ideia será rediscutida com a equipe da Neonatologia para a busca de sua viabilização.
- Estruturação das atividades de informação do diagnóstico sombrio à mulher e a família, no sentido de oferecer amparo afetivo/emocional no momento da notificação do resultado de exames. Em discussão com alguns integrantes do grupo e direção, emergiu a proposta de esta estruturação ser realizada pela Comissão de Cuidados Paliativos da instituição. Tal comissão deu início aos trabalhos, priorizando uma capacitação profissional para ampliar a compreensão da dimensão desta assistência.

As demais estratégias de ação estão diretamente ligadas ao corpo de profissionais que atua nos Departamentos de Banco de Leite Humano, Neonatologia e Obstetrícia. Estas estratégias estão voltadas para a práxis e podem dar sustentação às ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

- Oferecimento de um suporte assistencial ao aleitamento materno às mulheres-mães no interior da UTI-neonatal. No que tange a esta ação, os profissionais do BLH estão realizando este suporte em todos os dias da semana desde o mês de novembro de 2009, após a identificação da necessidade apontada pelos participantes do GC da equipe de enfermagem do setor. Esta parceria ampliou a oportunidade de os profissionais destas unidades desenvolverem um trabalho mais integrado e voltado para a integralidade da assistência em saúde.
- Realização de dinâmica de grupo, três vezes por semana, com apoio dos profissionais do BLH e da Obstetrícia, para as mulheres que estão internadas no Alojamento Conjunto, com objetivo de promover a troca de

informações/conhecimentos entre as mesmas, bem como favorecer um espaço para as colocações de suas inquietações.

- Realização de atividades de grupo, em parceria com os profissionais do BLH, Neonatologia e Obstetrícia, para gestantes e mulheres-mães, com o objetivo de favorecer a troca de experiências, a troca de conhecimento/informação, o apoio mútuo e a expressão dos seus anseios, desejos e necessidade.
- Desenvolvimento de mecanismos assistenciais para a continuidade do apoio à mulher no que tange ao aleitamento materno do pré-natal a pós-alta. Atualmente, esta atividade é desenvolvida pelo BLH. Algumas mulheres mães de crianças que necessitaram de cuidados especiais, após alta, não eram encaminhadas para este acompanhamento no BLH. Com a ida frequente dos profissionais à Neonatologia, esta continuidade passou a ser garantida para todas as mulheres.
- Realização de capacitação continuada em parceria com os profissionais dos Departamentos envolvidos para desenvolver competências capazes de permitir que os profissionais atuem na busca criativa de esforços para efetiva comunicação entre os membros da equipe e atendam à necessidade assistencial da mulher como protagonista da amamentação.
- Manutenção da atividade de grupo iniciada com GC, com o objetivo de:
 - Integrar as equipes envolvidas no processo assistencial para discutirem, construir e implementarem ações outras que amplie a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno conjugadas com as especificidades da assistência no contexto da alta complexidade e com o perfil das clientes assistidas numa perspectiva de trabalho multi e interdisciplinar.
 - Elaborar e/ou implementar tecnologias voltadas para a atenção humanizada (como as ações de acolhimento no encontro inicial com as mulheres em todos os setores de interface com a assistência perinatal e atuação pautada nos preceitos do aconselhamento) nos processos assistenciais no sentido de contribuir com a qualidade assistencial.

- Desenvolver atividade de discussão multiprofissional com embasamento técnico-científico para apoio a decisão alimentar do recém-nascido considerando a posição materna, bem como verificar formas de reduzir ou eliminar os meios que se interpõem como obstáculos ao aleitamento materno tendo como premissa, a informação à mulher para uma tomada de decisão e respeito à mesma.
- Desenvolver instrumentos tecnológicos para a realização de registro e monitoramento, para dar visibilidade às contribuições institucionais de melhoria das taxas de aleitamento materno e suas possíveis consequências no cotidiano das mulheres assistidas.

Neste estudo, a palavra se tornou vida e a vida é ensinamento. Os ensinamentos possibilitados pelos coparticipantes, copesquisadores (mulheres e profissionais) foram os mais importantes para engendrar as ações. Participação, ensinamentos e ações tomados em conjunto apontam para a interdependência essencial e inseparável que une reflexão e ação. Contudo, para Buber (2006), não são as prescrições que nos ensinam a saída. Isso só se pode demonstrar na medida em que se estabelece um círculo que exclui tudo que não é a saída do mundo do ISSO. Ou seja, que inclui, valoriza e promove a aceitação da presença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções de mulheres e profissionais emergem a partir do encontro dialogado na dinâmica do GC. Nesse sentido mulheres e profissionais se abrem para esta possibilidade de participação ativa e permitem encontrar perspectivas benéficas para o processo assistencial no contexto hospitalar de alta complexidade.

Para as mulheres, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno não as afetam negativamente como às vezes pensam alguns profissionais diante do perfil de risco vivenciado por elas. O que as afetam, segundo percepções das mesmas e de profissionais, é o contexto, mundo institucional da alta complexidade no campo da saúde da mulher e da criança. Caracterizado pela circulação de um quantitativo considerável de crianças com problemas, as gestantes se assustam e se preocupam com seu futuro próximo, pois se veem na possibilidade quase que concreta de estar naquele lugar como mães dessas crianças.

As mulheres em suas vivências de expectativa do risco envolvem-se, solidarizam-se e compartilham os dramas vividos por outras no viver do dia a dia institucional.

No contexto institucional, os quadros com informações acerca da IHAC presentes pelos andares, não são captados em seus conteúdos textuais, mas as imagens marcam o sentido do sonho em ter o filho nos braços. Quanto aos cartazes que promovem à amamentação, tiveram seus conteúdos captados de forma clara e significou para algumas uma realidade teatral, de novela. Imagem essa reforçada pela figura de atrizes na maioria dos mesmos. Ainda assim, a imagem impressa por esses cartazes é algo agradável de ser visto e remete ao estímulo em direção à conquista deste sonho, amamentar. Neste aspecto há também mulheres que percebem a importância dos mesmos na vida de gestantes e puéperas, mas em alguns momentos necessitam desviar o olhar, para reduzirem o sentimento de inveja e impotência à realização do ato amamentação.

No Pré-natal as mulheres vivem com entusiasmo a relação EU-TU da primeira consulta. Embora conscientes de sua condição de gestar em risco se abrem para o conhecimento de coisas novas, e no movimento da reciprocidade compreendem que fazem parte de uma Instituição de ensino onde seu SER por vezes se põe como objeto no mundo do ISSO. Em sua vivência dialógica do dia a dia do Pré-natal ouvem dramáticos depoimentos de outras gestantes e se deparam com situações de difícil enfrentamento principalmente por ocasião do conhecimento de um diagnóstico sombrio. A amamentação para algumas dessas

mulheres, principalmente as de “primeira viagem”, embora menos preocupante do que sua gestação, também se constitui como um temor pautado nas experiências de pessoas próximas. As gestantes captam e reproduzem as orientações apreendidas nas atividades de grupos nas quais vivenciam a relação EU-TU caracterizada fundamentalmente por reciprocidade e respostas.

O período gestacional também é marcado pela vivência dramática do problema fetal anterior e atual. A maioria das mulheres pesquisadoras participantes deseja saber sobre a saúde do concepto para se preparar para a chegada do filho. Entretanto ressentem-se da forma como a notícia é proferida, sem oportunidade para uma relação EU-TU, assim, o diagnóstico da impossibilidade da vida é posto como certeza para muitas mulheres. Para Buber (2006) a única coisa que pode vir a ser fatal para o homem, é a crença na fatalidade, pois esta crença impede o movimento da conversação.

Diante do Centro Obstétrico as mulheres presentificam a apreensão de não poder expressar suas dores de parto, acerca dos efeitos provocados pela anestesia e da possibilidade de solidão familiar que as impedem de compartilhar a unicidade do momento de parir. Ao passar por esse setor, múltiplas marcas são por elas evidenciadas. Algumas presentificam uma relação EU-TU com enfermeiras, anestesistas e com o filho recém-nascido. Também houve um relacionamento EU-ISSO e uma relação EU-TU, a sós com o marido. Mas a maioria guarda uma breve percepção de ouvir o choro do filho e vê-lo muito rapidamente, mesmo este não apresentando nenhum impedimento à sua saúde para ser entregue ao contato pele a pele mãe-filho. No mesmo foco os olhares dos profissionais também foram capazes de captar que o contato pele a pele é quase que inexistente neste ambiente.

No Alojamento Conjunto as mulheres percebem a carência de um apoio contínuo e sentem-se inseguras para realizar sua maternidade nas primeiras horas de pós-parto e reivindicam a necessidade de acompanhante nas primeiras 24 horas após o nascimento do filho. Alguns destes pontos se coadunam com as percepções dos profissionais. Ainda neste contexto houve a percepção de que a prática da utilização do copo no Alojamento Conjunto tornou-se culturalmente aceita na vivência dos profissionais que atuam neste setor, bem como na das mulheres-mães. Também se observou o sentido de seu uso abusivo para administrar Leite Humano ordenhado em substituição às mamadas ou como complemento desta, no referido ambiente, dificultando por vezes o desenvolver do processo amamentação.

Vale chamar a atenção que na relação EU-TU, que se consolida “entre”, espaço onde mulheres-mães e profissionais de enfermagem se confrontam, se trava o diálogo EU-TU na experiência de um vínculo onde o apelo da mulher para permanecer no Alojamento Conjunto

após alta, para estar mais próxima ao filho internado na UTI Neonatal, é respondido na maioria das vezes com o consentimento da equipe da obstetrícia. Nessa reciprocidade a mulher, quando não pode mais permanecer hospedada neste setor, compreende a necessidade de sua saída, porém o faz com grande pesar. Diante deste vivido cotidiano, evidenciou-se a necessidade de criar um espaço para hospedar a mulher que deseja e tem a possibilidade de permanecer na Instituição para acompanhar o filho hospitalizado na UTI neonatal. No ambiente da UTI- neonatal, mulheres e profissionais são envoltos em uma avalanche de percepções e sentimentos. As mães sofrem com o vazio promovido pela separação, ao terem que sair da Instituição deixando o filho desejado. Enfrentam dificuldades de diversas ordens para estarem com seus filhos na UTI Neonatal. Vivem o drama de ser mãe-de-criança que necessita de cuidados especiais com profunda dor ao verem a problemática do filho. Ao mesmo tempo encontram forças ao presenciar a luta deste, para superar os obstáculos do viver em situação de risco.

Identifica-se também uma proximidade de percepção entre mulher-mãe e profissional, onde ambos consideram um contexto hostil, o da UTI Neonatal, concentrando ruídos, movimento frenético de muitas pessoas, falas, vozes e acontecimentos inusitados de impacto na saúde mental destas pessoas que ali partilham esse viver. Nesse mundo o ISSO se impõe ao TU. Os profissionais pesquisadores participantes desta unidade, no movimento de encontro com alteridade, apontam para a necessidade de um ambiente mais harmonioso e acolhedor para que essa mulher possa viver mais dignamente o processo do aleitamento materno.

Quando existe a possibilidade de se fazer presente, as mães de crianças que necessitam de cuidados especiais se confinam no ambiente da UTI, perdendo por vezes a noção do tempo. Nessa vivência cotidiana na UTI Neonatal, a mulher percebe a necessidade de ir ao encontro de uma força transcendente (Deus) para não se desestruturar como pessoa.

Nesse assistir em UTI neonatal os profissionais muitas vezes se direcionam para o relacionamento EU-ISSO. Alguns profissionais de enfermagem aceitam a utilização da mamadeira como possibilidade de agilizar suas ações próprias desse fazer (múltiplas e complexas) tendo em vista ser o mundo do ISSO coerente no espaço e no tempo, fazendo pressão sobre os mesmos.

Alguns médicos neonatologistas, no desenvolver de suas atividades, não se dão conta do ato de amamentar e realizam sua intervenção sem perceber o EU que se defronta mãe e filho em amamentação. Alguns defendem a tese de que o importante para a criança se recuperar se funda no ganho ponderal e para atingir esse objetivo opta pelo leite artificial em detrimento do leite humano. O profissional subjugado pelo mundo do ISSO é obrigado a ver

no decurso uma verdade que esclarece a confusão (BUBER, 2006). Dessa forma, não fazem nexos do valor leite materno para além do ganho ponderal da criança hospitalizada e muito menos para a mulher-mãe que vê nesse alimento a possibilidade de fazer algo valioso para seu filho.

Neste sentido, alguns ignoram que o alimento ideal para a criança internada em UTI neonatal é o leite materno quando não há contra indicação de seu consumo e a mulher tem desejo e possibilidade de alimentar o filho com seu próprio leite. Nessa perspectiva, a profecia baseada unicamente na objetividade tem valor apenas para quem ignora a presença.

Segundo Buber (2006), é poderosa a continuidade do mundo do ISSO e são frágeis as aparições do TU. O profissional quando entra nesse movimento não vê os entes que estão à sua volta, senão como máquinas capazes de diversas realizações, que devem ser avaliadas e utilizadas para o bem de sua causa. Assim também ele vê a si mesmo, pondo à prova seu próprio poder de realização através da experiência sem experimentar o próprio limite. Ele próprio usa a si mesmo como um ISSO.

Os profissionais, imbuídos de fazerem o melhor para essa clientela, se ressentem de seus limites e da carência da dialogicidade em seu cotidiano assistencial. Percebem dificuldades ao lidarem com a vivência que cada mulher apresenta. Uma multiplicidade de eventos de vida. Na relação EU-TU, os profissionais com grande sensibilidade compreendem como uma marca na maioria dessas mulheres os dramas sociais. Também se incomodam com a possível expectativa criada no campo assistencial que ora prepara a mulher para o óbito do conceito/filho e ora a prepara para levar o filho que embora sem possibilidade, confirmada (pela biologia), de sobrevivência com todas suas limitações biofísicas, vive.

Vale ressaltar que as atividades desenvolvidas pelo Banco de Leite Humano, são denotadas por todos os grupos convergentes. A presença de suas ações se faz marcante em todos os departamentos envolvidos neste estudo. As mulheres percebem neste assistir, acolhimento, paciência, apoio e segurança. Os profissionais dos demais setores qualificam os trabalhos desenvolvidos pelo BLH como fundamental, essencial e com contribuição de parceria e suporte. Em sua relação transversal com os profissionais e mulheres, o BLH também é visto como presença em ações educativas e assistenciais. Assim, realiza uma intercessão com as mulheres em seu ciclo-gravídico-puerperal e com os profissionais dos setores institucionais. Tais ações, realizadas por pessoas que em suas relações inter-humanas exploram os espaços onde se efetua o diálogo, o encontro entre EU e TU.

Outro ponto marcante no olhar de profissionais e mulheres está no sentido de que existem hiatos e controvérsias na comunicação, há carência de uma inter-ação profissional-

profissional, profissional-cliente, bem como a necessidade de construção de ações, capazes de engendrar uma práxis que se consolide como uma cultura que permita a essa mulher o status de protagonista no cenário assistencial, considerando-a como ser de fundamental relevância para a promoção de sua própria saúde, como para a saúde do conceito/filho. Ao conferir este *status*, reafirma-se a mulher como protagonista da amamentação.

O assistir em amamentação as mulheres no contexto hospitalar de alta complexidade que busca desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno se dá em diferentes enfoques nas unidades hospitalar por onde ela percorre. Este assistir se distancia mais da relação EU-TU, à medida em que se complexifica a assistência, ou seja, quanto mais a situação da mulher, diante da gravidade clínica, exige assistência de alta complexidade, a relação EU-ISSO torna-se mais preponderante.

O enfoque assistencial ao aleitamento materno na perspectiva de profissionais e mulheres revela que a entrada da mulher na Instituição é marcada pelo impacto do mundo institucional diferenciado que é amenizado pelo encontro dialogal quando esta participa das atividades de acolhimento. No Pré-natal as gestantes vivem a relação EU-TU nessa assistência. As parturientes presentificam a relação EU-ISSO e a EU-TU, entretanto a assistência em aleitamento materno na sala de parto é quase inexistente. No cotidiano do Alojamento Conjunto o face-a-face aparece e se desvanece e os eventos de relação nesta alternância tendem para um TU. O contexto da UTI neonatal revela que os profissionais estão subjugados ao mundo do ISSO, pressionados pelo tempo, pelas rotinas, o relacionamento EU-ISSO se impõe à relação EU-TU e assim a assistência ao aleitamento materno considerando a mulher como protagonista se distancia ainda mais.

Esse movimento de relação dialogal constituído pela presença do encontro na Pesquisa Convergente Assistencial permitiu compreender que as ações com base na promoção, proteção e apoio à amamentação em instituição que lida com a alta complexidade e a referência para risco fetal, são práxis de possibilidades numa construção dialógica, que podem se firmar como cultura institucional.

Nesse sentido, o grupo de sujeitos elaborou um conjunto de estratégias/propostas para dar início a construção dessa cultura institucional. Acredita-se que a rede de intenções significativas para os membros dessa pesquisa abre-se para um modo possível de unir a consciência e a ação. Efetua-se assim o fenômeno resposta essencial à relação e direcionamento para a revelação de reciprocidade.

Este estudo defende que no processo de construção com o outro num diálogo autêntico que possibilita desenvolver o desejo de uma participação total com o Ser e a pessoa toma

consciência de si como participante do Ser como um Ser com, como um ente. Nessa construção, é possível romper com ações que não respondem a um compromisso ético, bem como realizar a conversão. A compreensão do Ser é tributária desta participação dialogal no eixo EU-TU envoltos na vibração recíproca do face a face. É nesse movimento que as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, tendo em foco a mulher como protagonista, podem se consolidar. A **tese** deste estudo encontra sustentação no processo que presentifica o ato de amamentar, como encontro dialogal entre mãe-filho e na construção de possibilidades de amamentação estabelecidas a partir do encontro dialogal EU-TU, entre mulher, profissional, família e rede de apoio.

Os limites fazem parte da vida concreta e a possibilidade de superá-los se funda no partilhar do encontro dialógico orientado para o compromisso ético do inter-humano.

A mudança pode ser difícil e pode não ser obtida de um dia para o outro, mas somente através de um processo de construção, tendo em mente que o poder de uma idéia não consiste em uma “força”, mas sim na força que o diálogo autêntico é capaz de exercer.

O fato de eu transformar em vida minha atitude de alma diante do mundo significa que estou em uma vida que atua no mundo, ou seja, uma vida atual. Em uma vida atual podem cruzar-se caminhos que provêm de almas bem diferentes. A reflexão sobre questões reais são aquelas que envolvem um compromisso atual com a totalidade da pessoa em todas as suas manifestações. (BUBER, 2006).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Ester. Fundamentos éticos e filosóficos da humanização na atenção ao parto e nascimento. In: SEMINÁRIOS NACIONAIS SOBRE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL HUMANIZADA BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICA, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. MS, 2005. p.11-14.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de; COUTO, L. S. – Amamentação: um dilema entre amamentar e promover. In: PRIMEIRO CONGRESSO DO CONE SUL DE ALEITAMENTO MATERNO. (Compact Disc Data Storage). **Anais...** 1 [CD, color, Sonoro]. Joinville: Videolar – Grupo Origem, 1996 a.

_____, João Aprígio Guerra de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1999. 120 p.

_____, João Aprígio Guerra de; NOVAK, Franz Reis. Aleitamento materno, amamentação, relação entre natureza e cultura. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, s. 5, p. 80, 2004.

ALVES, Angelina Maria Aparecida. **Amamentação de pré-termo em um hospital amigo da criança – contribuições da enfermagem a partir de história de vida das mães**. Rio de Janeiro 2006. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de; SCHMITIZ, Bethsáida de Abreu Soares. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amiga da Criança no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2007; 22(2): 91-9.

ARAÚJO, Maria José de; REIS, Verônica. Projeto para realização de Seminários Nacionais sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas In: SEMINÁRIOS NACIONAIS SOBRE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL HUMANIZADA BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICA, 2005, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2005. 88 p.

ARMSTRONG, H. Breastfeeding as the foundation of care. **Food Nutr Bull**. 1995; 16:299-312.

BASILE, Anátalia Lopes de O.; YMAYO, Marcos Roberto. Assistência Humanizada ao Parto. In: SEMINÁRIOS NACIONAIS SOBRE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL HUMANIZADA BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICA. 5, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2005. 88 p.

BATISTA M. R. **História natural da morte materna à luz do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal do Estado do Rio de Janeiro**. 2004. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ. MS, Rio de Janeiro, 2004.

BERETTA, Maria Isabel R.; FRASSON, Dalcilene A.; PACÍFICO, Lúcia Helena R.; DENARI, Fátima Elizabeth. **Rev. Latino-americana Enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8, n. 3, p. 59-66 – jul. 2000.

BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: _____. **Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas - A vivência da Mulher no Período Reprodutivo**. Ed. Guanabara Koogan S.A., 2006. Cap. 9, p.81-91.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

_____. INAN/Ministério da Saúde. Guia de avaliadores externos. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento**. Grupo de defesa da saúde da criança. Apoio OMS/OPAS/UNICEF, MS 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações de Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 80p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 164 p.

_____. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Normas para identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétricos e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. **Semina**. Brasília, n. 7, p. 361-76, 2000.

BRAUN, M. L.G.; GUIGLIANI, E. R. J.; SOARES, M. E. M.; GIUGLIANI, C.; OLIVEIRA, A. P.; DANELON, C. M. M. Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. **American Journal of Public Health**. v. 93, n. 8, p. 1277-1279, 2003

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. 10ª ed. São Paulo: Centauros; 2006.

BUBER, Martin. **Do diálogo e do dialógico**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2007. 158p.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALDEYRO-BARCIA, 1973. Citado por MS (Ministério da Saúde), 2000. **Manual Técnico de Gestação de Alto Risco**. Brasília. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher, Ministério da Saúde, 2000.

CANDEIAS, Nelly Martins F. Assistência pré-natal: conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres internadas no Serviço de Obstetrícia de um hospital do município de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, Dez. 1980.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, 204 p.

CASTRO, Lilian Mara Poli de; ARAUJO, Lylian Dalete Soares de. Aspectos sócio-culturais da amamentação. CapII. **Aleitamento Materno**: manual prático. 2 ed. Londrina: PML, 2006.

CHEN, C.H.; WANG, T.M.; CHANG, H.M.; CHI, C.S. The effect of breast- and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. **Journal of Human Lactation** 16(1): 21-27, 2000.

COSTA, Humberto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil. **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 306 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf#page=15>. Acesso em: 22 abr. 2008.

COUTINHO, Sonia B.; LIMA, Marília de C.; ASHWORTH, Ann; LIRA, Pedro I.C. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p. 471-7, 2005.

CRIVARO, Elizabeth Timotheo. **Estudo da prevalência de aleitamento materno exclusivo em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal de Hospitais Amigos da Criança do Município do Rio de Janeiro**. 2002. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ. MS. Rio de Janeiro, 2002.

CRIVARO, Elizabeth Timotheo; ALMEIDA, Inez Silva de; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 248-254, abr/jun. 2007.

DIAS, Marcos Augusto B. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. 188f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

FALCETO, Olga G. **A influência de fatores psico-sociais na interrupção precoce do aleitamento materno**. 2002. 187f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FEKETE, Maria Cristina. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. Disponível em HTTP://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_2.pdf. Acesso em: 01 dez. 2007.

FRANÇA, Adson. ARAÚJO, Maria J. de O.; NETA, Tereza de J. C. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal é Política de Estado. Brasília. In: Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científica. Brasília. **Anais...** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2005.

FUSTINONI, Suzete M.; MERIGHI, Mirian A. B. As necessidades de cuidado da parturiente: Uma perspectiva compreensiva da ação social. In: _____. **Abordagens Teórico- Metodológicas Qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 107-119.

GIANINI, N. O. M. **Práticas nutricionais nos recém-nascidos com menos de 1500 gramas**. 2001. 72f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ. MS, Rio de Janeiro, 2001.

GOMELLA, Tricia Lacy; CUNNINGHAM, M. Douglas & col. **Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 864 p.

GOMES, Romeu; CAVALCANTE, Ludimila Fontenele; MARINHO, Alice Salgueiro do Nascimento; SILVA, Luiz Guilherme Pessoa da. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001.

GONÇALVES, Roselane; MERIGHI, Mirian A. B. Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto. In: _____. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 121-133, 2003.

LAMONIER, Joel Alves. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 72, n. 6, p. 363-8. 1996.

_____, Joel Alves. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev Assoc. Med. Brás.** São Paulo, v. 44, n. 4, out/dez, 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301998000400011&script=sci_arttext&tl. Acesso em: 05 set. 2007.

LAURENTI, Daniela. **Reprodução social, prática alimentar e estado nutricional de crianças (estudo populacional no Município de Itapeva, SP)**. 2003. 102f. (Mestrado em Enfermagem Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LEVIN, A. Iniciativa cuidada neonatal humanizada. **Acta Pediatrics**, n. 88, p. 353-355, 1999.

LIMA, Bruno Gil Carvalho. **Efetividade do pré-natal sobre a mortalidade materna e a morbi-mortalidade neonatal no Brasil**. 2004. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2004.

LONGO, Giana Z.; SOUZA, José Maria P. de; SOUZA, Sonia B. de; SZARFARC, Sophia Cornbluth. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 109-118, jan. / mar. 2005.

LORENZI, Dino Roberto Soares De; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta; BOZZETTI, Mari Clarisse; RIBAS, Flávio Elias; WEISSHEIMER, Leonardo. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./fev 2001

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Thales; REIS, Adolfo Franklin F.; COSTA, Tomaz P. da. In: _____. Tratado de Obstetrícia Febrago, reimpressão 2001. **Abordagem de risco em obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 138-42.

MAIA, Paulo Ricardo; ALMEIDA, João Aprígio; NOVAK, Franz Reis; SILVA, Danielle Aparecida. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: Gênese e evolução. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 6, n. 3, p. 285-292, jul./set. 2006.

MARTINEZ, F. E.; CAMELO, J.S. Alimentação do recém-nascido pré-termo. **Jornal de Pediatria**, 77, p.532-534, 2001 Suplemento 1.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**, 2001. Disponível em http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf. Acesso em: 28 abr. 2008.

MELLEIRO, Marta M.; TRONCHIN, Daisy M. Rizatto. Saúde materna e perinatal: uma abordagem assistencial humanizada. **Rev. Med. HU-USP**, v. 9, n. 2, p. 49-53, jul./dez. 1999.

MINAYO, Maria Cecília S. *et al.* **Salud colectiva**. Serie didáctica. 1º ed. Buenos Aires: Lugar, 2003. 64p.

MONTEIRO, C.A.; ZUNIGA, H.P.P.; BENÍCIO, M.H.; REA, M.F.; TUDISCO, E.S.; SIGULEM, D.M. The recent revival of breast-feeding in the City of São Paulo, Brazil. **Am J Public Health**, v. 77, p. 964-6, 1987.

MONTEIRO, Juliana C. dos S.; GOMES, Flávia A.; NAKANO, Ana Márcia S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 4, p. 427-32, 2006.

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

NAKANO, Ana Márcia S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 (Sup. 2), p. 5.355-63, 2003.

NOVAK, Franz R.; ALMEIDA, João Aprígio Guerra de; VIEIRA, Graciete O., BORBA, Luciana M. Colostro humano: fonte natural de probióticos? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 4, p. 265-70, 2001.

NOVAK, Franz R.; ALMEIDA, João Aprígio G, SILVA R.S. Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. **J Pediatr**. Rio Janeiro, v. 79, p. 221-6, 2003.

OLIVEIRA, Luiz Roberto de; RIZZATO, Águeda B. P.; MAGALDI, Cecila. Saúde materno-infantil. Visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 17, n. 3, jun. 1983.

OLIVEIRA, Tiago Luiz T. de. **A intersubjetividade em Martin Buber**. 2005. 42 f. Monografia (Bacharelado e Licenciatura em Filosofia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. **Declaração Conjunta OMS/UNICEF**. Genebra: OMS, 1989.

_____. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. **Declaração Conjunta OMS/UNICEF**. Genebra: OMS, 1991

_____. **Evidências Científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno/** Organização Mundial de Saúde. Tradução Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. 134 p.

PADOIN, Stela M. de Mello. **O cotidiano da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar: um estudo na perspectiva heideggeriana**. 2006. 184f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RATTNER, Daphne. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anais dos Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científica**. Cap. 8. Situação da Cesariana no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 34–36.

REHDER, Bernadete Vieira de S. **Mortalidade Infantil no Município de Alfenas-MG1998-2000: perfil de risco e vitalidade**. 2002. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2002.

ROTENBERG, Sheila. **Práticas alimentares e o cuidado da saúde da criança de baixo peso**. 1999, 207f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, MS. Rio de Janeiro, 1999.

SANCHEZ, Rita de Cássia. In: **Tratado de Obstetrícia Febrasgo**, reimpressão 2001. Malformações fetais viáveis.. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 834-40.

SANTOS, Inês Maria M. dos. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência enfermagem neonatal**. 2009. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, T. F. Amamentação e mortalidade infantil no Nordeste. In: SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR. **Pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste**. Rio de Janeiro, 1994.

SCHAURICH, Diego; PADOIN, Stela M. de M. Experienciando um marco conceitual para o cuidado em enfermagem ao ser-familiar e/ou cuidador e ao ser-criança. **Cogitare Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 34-43. 2003.

SILVA, Isília Aparecida. Atuação da enfermeira no projeto de incentivo ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. esp. p. 57-61, jul. 1996.

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

_____, Isília Aparecida. O significado de amamentar para a mulher. In: **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 135-151.

SILVA, Marcela Maria B. da. **Aleitamento materno exclusivo e o estado nutricional de crianças aos quatro meses de vida na Zona da Mata Meridional de Pernambuco**. 2006. 58f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2006.

SIMÕES, Sonia Mara F.; SOUZA, Ívis Emília de O. Parturição: Vivência de mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 168-180, jan./abr. 1997.

SIQUEIRA, Siomara R. de. **Aleitamento Materno: teses e dissertações produzidas em São Paulo e as Políticas Públicas**. 2005. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Coordenadoria de Controle de Doenças) – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2005.

SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. **O desvelar do ser - gestante diante da possibilidade de amamentação**. 1993. 114 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação. **Rev. de Enfermagem**. Rio de Janeiro, ano 1, n. de lançamento, p. 135-143, jul. 1997.

SOUZA, Kátia Sydrônio de. **O dito e o não dito da amamentação: o sentido de mães nutrízes na vivência do alojamento conjunto**. 2000. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SOUZA, I.E.O.; PAZ, E.P.A.; LOPES, R.L.M., ABREU, A.S.G.T.; CAMARGO, T.C. Fenomenologia: moda ou modo de pesquisar e de compreender a realidade do cuidado de enfermagem. In: Macedo RMS, Berthoud CME. **1st Brazilian International Conference on Qualitative Research**: 24-27 março 2004. Taubaté (SP), Brasil. Taubaté: Tec Art Editora e Núcleo de Pesquisa da Família; 2004.

SOUZA, Luciana Maria Borges da Matta. **“Promoção, proteção e apoio.” Apoio? Representações sociais de aleitamento materno**. 1996. 158f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira/ Fiocruz. MS. Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, Luciana Maria Borges da Matta. **Do leite fraco à biologia da excepcionalidade** – as múltiplas faces da mesma moeda. 2003. 174f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. MS. Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, Maria Helena do N. **A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio**. 2006. 156f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SPYRIDES, Maria Helena Constantino; STRUCHINER, Cláudio José Claudio; BARBOSA, Maria Tereza Serrano Barbosa; KAC, Gilberto. Efeitos das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 2, p. 145-153, abr./jun. 2005

SYDRÔNIO, Kátia. **A enfermagem brasileira tecendo as redes do conhecimento no assistir em amamentação**. 2006. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1988.

TRENTINI, Mercedes; DIAS, Lygia Paim M. Ser mais - uma possibilidade de promover saúde pela prática educativa. **Acta Paul. Enf.** v. 10, n. 1, p. 53-61, jan/abr. 1997.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª ed. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

UNGERER, Regina Lucia S. Começar de novo: **Uma revisão histórica sobre alojamento conjunto**. 1996. 166f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

VACHOT, Luiza. **Ambivalência e medo um estudo das representações das gestantes Hipertensas**. 1996. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

VANUCHI, Marli Terezinha Oliveira. **Implantação e avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na unidade de neonatologia do Hospital Universitário Regional do norte do Paraná, Londrina**. 2002. 158f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

VENANCIO, Sonia Ysoyama; MONTEIRO, Augusto Carlos. Tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 1, n. 1, p. 40-49, 1998

ZUBEN, Newton Aquiles Von. **Diálogo e existência no pensamento de Martin Buber**. <http://ww.fae.unicamp.br/vonzuben/dialogo.html> Acesso em: 08 maio 2010.

ZAGONEL, Ivete Palmira S.; MARTINS, Marialda; PEREIRA, Karen F.; ATHAIDE, Juliana. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério.

Revista Eletrônica de Enfermagem, v.5, n. 2, p. 24–32, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 12 out. 2007.

APÊNDICE

ANEXOS

1. Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno (OMS, 1991)

1. Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda equipe.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se estiverem separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mãe e bebê permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno e encaminhar as mães aos mesmos, por ocasião da alta hospitalar ou ambulatorial.

2. PARECER