

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Medicina Social  
Curso de Especialização em Saúde Pública

Ana Luiza Tonietto Lovato

**OBSTÁCULOS AO DIÁLOGO COMO FERRAMENTA  
PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO :  
UMA ABORDAGEM EDUCACIONAL**

Porto Alegre

2008

Ana Luiza Tonietto Lovato

**OBSTÁCULOS AO DIÁLOGO COMO FERRAMENTA  
PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO :  
UMA ABORDAGEM EDUCACIONAL**

Trabalho apresentado para  
obtenção de certificado de  
especialista em Saúde Pública.

Orientador Prof. Francisco Arsego Oliveira

Porto Alegre

2008

Para Arthur e Gustavo, provas vivas dos benefícios da amamentação.

E para Julio, cuja capacidade de dialogar tornou possível este exercício sublime da maternidade.

## Sumário

Resumo .....	5
Introdução .....	6
A Promoção da Saúde no Contexto do SUS .....	7
O aleitamento materno como tema na promoção de saúde.....	11
A promoção do aleitamento materno ao longo da história.....	13
Do leite artificial ao aleitamento como ato de amor.....	19
“Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar” .....	21
Pacientes e profissionais como sujeitos .....	24
Considerações Finais.....	27
Referências Bibliográficas .....	30
Anexo I .....	33
Agradecimentos.....	34

## Resumo

A preocupação em qualificar as ações de incentivo ao aleitamento materno na rede de atenção básica tem levado à reflexão a respeito das dificuldades da utilização do diálogo como um instrumento eficaz na promoção desta prática.

Este trabalho procura refletir, através de uma revisão bibliográfica, a respeito das características do aleitamento materno e de sua relação com a necessidade de aperfeiçoar a formação dos profissionais, em um contexto onde a promoção da saúde é uma premissa estruturante do Sistema Único de Saúde.

Acompanha o surgimento do SUS como uma resultante da redemocratização do nosso país, apresenta a promoção da saúde como uma das facetas da integralidade e analisa as falhas na formação dos profissionais de saúde, que aliena os sujeitos implicados nas relações necessárias ao incentivo da amamentação.

Tomando o ato humano de amamentar como um fator extremamente complexo, determinado por fatores socioculturais que se somam às condições biológicas, remete à necessidade de repensar a metodologia que vem sendo utilizada nos processos de capacitações para esta prática, que reproduzem os obstáculos ao diálogo como ferramenta da promoção do aleitamento materno.

## Introdução

O município de Porto Alegre, em consonância com a preocupação nacional e mundial em aumentar os índices de aleitamento materno, vem utilizando-se, atualmente, da implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) para este fim. Este programa, elaborado com o objetivo de qualificar as ações de incentivo ao aleitamento materno na rede de atenção básica, percorre os múltiplos aspectos que constituem esta prática, utilizando uma série de palestras como recurso para a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos com gestantes e nutrizas.

Tais palestras têm sido um profícuo espaço de reflexão, tanto para os que ali estão com o objetivo de encontrar ferramentas para a realização do seu trabalho, como para os que têm a missão de transmitir as informações necessárias para tanto. Depoimentos a respeito das dificuldades encontradas na realização deste ofício levam à constatação de que o diálogo entre os profissionais de saúde e as mulheres potencialmente aptas a amamentar ainda está longe de ser utilizado como um instrumento eficaz. A imposição do saber científico, ignorando os meandros subjetivos da produção láctea, ainda predomina no cenário das atividades destinadas à promoção do aleitamento materno, levando a uma anulação dos sujeitos envolvidos e resultando na frustração causada pelo insucesso mostrado nos índices de amamentação.

Partindo desta constatação, a presente revisão tem o objetivo de lançar alguma luz sobre os obstáculos à construção do diálogo, que até hoje permeiam a relação entre os profissionais e as mulheres que necessitam de apoio e orientação. Para tanto, serão tecidas algumas considerações a respeito da construção do Sistema Único de Saúde e de como a promoção da saúde se configura como uma premissa indispensável neste contexto. Com este pano de fundo colocado, serão feitas algumas reflexões sobre as características do aleitamento materno e de sua relação com a necessidade de aperfeiçoar a formação dos profissionais de saúde. Com isto, pretende-se repensar como os atores sociais envolvidos neste processo se constituem como sujeitos. Como os profissionais, assim como os pacientes, estão submetidos às vicissitudes da condição humana e o que é necessário ser

feito para que as relações constituídas resultem em qualidade de vida e vida com saúde.

Devido à sua complexidade, obviamente este tema não poderá ser esgotado neste trabalho, mas almeja-se apontar algumas direções, gerar novas inquietações, trazer à tona aspectos que necessitam ser reavaliados, colocando em evidência os elementos necessários à constituição de um diálogo, não apenas entre os profissionais e as nutrízes, mas entre os que se inquietam com o que constantemente necessita ser aperfeiçoado.

## **A Promoção da Saúde no Contexto do SUS**

O Sistema Único de Saúde, concebido na Constituição Federal de 1988 e trazido a efeito pela Lei Orgânica de Saúde em 1990 surgiu como resultante da redemocratização do nosso país.

A transição do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento, implicou a elaboração de um novo arcabouço jurídico – uma nova Constituição - capaz de explicitar uma nova política social, expressa “no discurso da superação da dívida social acumulada nos governos autoritários.” (MENDES, 2001, p.93) . Em tal cenário político e econômico, novos rumos foram traçados para as políticas de saúde. Movimentos iniciados nos anos 70, onde a medicina comunitária ensaiava os primeiros passos como proposta de atenção primária em saúde, culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Este evento, o mais importante da década, caracterizou-se pela representação significativa de quase todas as forças sociais interessadas na questão saúde e, com seu caráter democrático, desdobrou-se na implantação de um sistema social de saúde e na elaboração da nova Constituição Federal.

“A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever de Estado, como parte da seguridade social, como de relevância pública e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde” (MENDES, 2001, p. 96). O SUS, assim criado constitucionalmente, foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde,

integrada pelas leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trouxe amplas e profundas mudanças no cenário da saúde brasileira e apresentou um modelo de saúde democrático, em oposição ao modelo autoritário e excludente anterior.

“O SUS é aqui entendido como a expressão de uma política social que faz parte de um projeto democrático e popular mais amplo, que procura repensar as relações sociais, tendo como objetivo a universalização dos direitos e a radicalização da vida democrática” (CARVALHO, 2007, p. 31). Para tanto, este sistema sustenta-se estruturalmente nos pilares da universalidade, integralidade e equidade, permitindo o livre acesso de todos os cidadãos às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, resolvendo a dicotomia existente entre a assistência preventiva e curativa, e buscando, ainda, a redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas, através da criação de iguais oportunidades em saúde (VIANA, 2003).

A promoção da saúde, uma das facetas da integralidade, apresenta-se como uma importante estratégia da saúde coletiva, pressupondo ações que analisam e atuam sobre as condições sociais críticas, resultando em melhores situação de saúde e qualidade de vida das pessoas (MOYSES, 2004). Contrapõe-se à medicalização da sociedade a partir do entendimento da saúde como um direito social, implicando a participação livre e igualitária de todos os envolvidos, através do exercício da sua autonomia. A promoção da saúde, portanto, remete à construção da cidadania, através da oferta de subsídios técnicos para que as escolhas pela vida sejam calcadas em desejos genuínos, ancorados na subjetividade fundadora dos sujeitos.

A mudança de perspectiva acarretada por estes conceitos, tem reflexo no pensar e fazer dos profissionais inseridos no campo da promoção em saúde, agregando seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua condição de vida. As propostas de ação voltam-se, portanto, ao diálogo e à intermediação de práticas e saberes que dele resultam.

Neste sentido, é inevitável que sejam lembrados os pressupostos da teoria freireana, como eixo central de discussão na pedagogia da saúde. “Em especial,



chamamos a atenção aos princípios da dialogicidade, como exercício vivo de diálogo: transitividade da consciência, de ingênua à crítica; pedagogia crítico-reflexiva; transformação-ação e educação dialógica” (OLIVEIRA, 2007). Esses princípios subsidiam a discussão sobre a intermediação de saberes e práticas impressos nas vivências e experiências dos grupos humanos, sejam eles profissionais ou populares.

O primeiro estágio da consciência é aquele que circula espontaneamente, não tendo se movido da posição ingênua para a epistemológica. Este movimento se inicia pela tomada de consciência sobre a existência de uma dada realidade concreta e inacabada, culminando com a consciência crítica acerca do objeto cognoscível.

Ao transportar estes estágios de consciência para a complexidade da educação em saúde, vemos que a consciência em saúde é mediada pela ação-reflexão-ação, possibilitada pelo diálogo. Desta forma educadores e educandos, inseridos criticamente na história, assumem posição de sujeitos que fazem e refazem o mundo e não simplesmente reproduzem saberes e práticas científicas, frutos de um discurso monológico, concebido como verdadeiro e definitivo. Diante disto, surge situação desafiadora para o ato educativo dialógico em saúde: a de transformar a posição ingênua dos sujeitos educandos em posição crítica, diante desse suposto "acabamento", "completude" e "conclusividade" do conhecimento científico.

Neste sentido, a abordagem crítico-reflexiva é pertinente, porque discute a ação educativa de forma inovadora, centrada no diálogo entre o educador e o educando. Considera que o ser humano tem vocação para ser sujeito na medida em que se posiciona de forma crítica, comprometido com sua realidade e não como um mero expectador das ações de outrem. E, no momento em que ele se integra com o mundo e no mundo, recria sua própria história e decide sobre ela.

Nessa linha de raciocínio, como sujeito, o cliente coloca-se em posição crítica de maneira que vai tornando-se cada vez mais capaz de construir o seu próprio conhecimento e dele valer-se. Assim, a aprendizagem é a construção desse

conhecimento e a constatação da necessidade de transformação – a reconstrução. Esse movimento corresponde à passagem da consciência ingênua à crítica.

Vale lembrar que Malinowski (apud SOUZA, 2006) defendeu sempre e incontinentemente a necessidade de estarmos junto aos grupos que estudamos, "aprendendo-fazendo", além dos seus costumes, fundamentalmente a sua língua, condição indispensável para uma pesquisa etnográfica que propõe a complementaridade entre o saber científico ("daqui") e o saber comunitário ("de lá"). Nada mais coerente, portanto, com a premissa ética de tentar ao máximo perceber e respeitar diferentes visões de mundo sem querer lhes impor os nossos próprios valores.

Em face dessas reflexões, é importante na prática da educação em saúde considerar o modo de viver individual e coletivo das pessoas, respeitando suas concepções e práticas de vida e de saúde, incluindo todo o seu sistema simbólico. Essa forma de conduzir a ação é necessária para que não fiquemos no discurso idealizado de que uma ou outra prática de saúde é melhor para o sujeito, sem, entretanto, apresentar a menor coerência com suas reais expectativas, necessidades ou desejos. Nestes termos, amplia-se a participação da pessoa cuidada como co-responsável pelas ações de saúde, capazes de agir politicamente na escolha e na construção de um modelo que melhor satisfaça a saúde do ponto de vista de sua complexidade.

Considerando que a educação é um processo político, cujos métodos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, a educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, todavia levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim, como um direito social.

E, de acordo com o pensamento expresso no *Relatório Final* da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2000:165-166), a prática educativa em saúde não se restringe às ações no âmbito da atenção primária, como geralmente é entendida, mas se faz necessária nos três campos de atenção. No capítulo *Democratização das Informações*, vemos como a educação em saúde está relacionada à construção do SUS: "*As Políticas de IEC (Informação, Educação e*

*Comunicação) devem ... estar voltadas para a promoção da saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica, que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde".(PEREIRA, 2003).*

### **O aleitamento materno como tema na promoção de saúde**

O aleitamento materno tem despertado diferentes interesses, em diversos grupos sociais, ao longo da história e é inevitável que a evolução da ciência demonstre cada vez mais as inúmeras vantagens do leite materno, que beneficia indistintamente o bebê, a mãe, a família e o Estado.

Para a criança é produzido o leite que atende com exatidão nutricional suas necessidades fisiológicas. A perfeita sintonia biológica entre quem gera e quem é gerado, garante o aporte de macro e micronutrientes na proporção exata ao estágio maturacional do bebê. Proteínas, hidratos de carbono e lipídios, assim como os sais minerais, vitaminas e água, são fornecidos com tal precisão pelo leite humano que não resta dúvida de que é o mais adequado alimento para o bebê da espécie humana. Tais características do leite materno,

“em quantidade e qualidade necessárias para propiciar o desenvolvimento adequado ao lactente, assume uma dupla conotação: para a população de baixa renda trata-se de um importante elemento de prevenção de doenças carenciais no primeiro ano de vida, a exemplo da desnutrição protéico-energética. Para as comunidades ricas, assume um caráter preventivo em relação à obesidade e demais intercorrências resultantes da seperalimentação do lactente.”  
(ALMEIDA, 1999, p. 17)

Além disto, o leite materno contém componentes imunologicamente ativos, capazes de prevenir doenças infecciosas agudas na infância e crônico-degenerativas

na vida adulta (CARVALHO, 2007). Tais vantagens imunológicas estão comprovadas nos inúmeros trabalhos científicos publicados nas últimas décadas, o que permite sintetizar sua eficiência em uma única frase: “cada mamada é uma vacina.” (ALMEIDA, 1999, p.17).

Como não bastassem todas as vantagens nutricionais e imunológicas, também as necessidades psicológicas do bebê são atendidas pelo aleitamento materno. O imprescindível contato com outro ser humano e o estabelecimento de laços afetivos que lhe garantem a sobrevivência física e emocional parecem ter sido estrategicamente organizados pela natureza para acompanhar o leite produzido pelo seio materno. O encontro corporal da mãe com o bebê, bem como a ocitocina, hormônio responsável pela ejeção do leite e também pela necessidade humana de estabelecer laços afetivos, podem contribuir para a proteção do bebê, evitando seu abandono físico e emocional.

Para a mulher, além do seu aspecto de extrema praticidade, o aleitamento contribui para a retração e involução do útero no pós-parto, diminuindo a perda sangüínea e protegendo, portanto, as reservas maternas de ferro. Está associado também à prevenção do câncer de mama e colo uterino, além de ter um efeito contraceptivo e contribuir para o espaçamento entre as gestações. (HANDY, apud ALMEIDA, 1999).

Quanto à família, os benefícios acarretados pela amamentação dizem respeito tanto ao seu papel agregador, capaz de favorecer a nucleação familiar, bem como aos aspectos econômicos. Estudos neste sentido apontam que a família que opta pela amamentação necessita apenas 5% de um salário mínimo para suprir as necessidades vitais da criança (CARVALHO, apud ALMEIDA, 1999), o que é incontestavelmente benéfico às famílias de baixa renda.

E em relação ao Estado, “alguns autores reafirmam que o compromisso da criação de um estado-nação mais digno no futuro passa pela capacidade de construção de gerações saudáveis e com maior potencial intelectual, evocando, para tanto, a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês.” (ALMEIDA, 1999, p. 18).

Apesar de toda a comprovação científica das vantagens do aleitamento materno, ainda vivemos a contradição do desmame precoce. Mesmo à luz da ciência, a tendência latente ao desmame, historicamente presente na sociedade, não foi superada, levando gerações de mulheres a utilizarem precocemente outros alimentos para nutrir seus filhos.

É possível compreender este paradoxo a partir da constatação de que o ato humano de amamentar está determinado por fatores socioculturais que se somam às condições biológicas e que lhe conferem um caráter de exclusividade dentro da classe dos mamíferos. E em cada momento histórico é possível realizar uma análise compreensiva que torna evidentes os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que a transformam em um ato regulável pela sociedade. Sendo assim condicionada, depende de e resulta em condições concretas de vida, transformando esta faceta da maternidade em um processo socialmente compartilhado e regulado.

Estas constatações, elucidativas quanto ao paradigma da amamentação, nos convocam a refletir sobre como vem sendo tratada esta questão, enquanto um importante tema de promoção de saúde.

### **A promoção do aleitamento materno ao longo da história**

De acordo com Venâncio e Monteiro (1998), a partir dos anos 70 começaram a ser realizados estudos isolados a respeito da prática de amamentar. Uma pesquisa realizada em 1975 encontrou baixos índices de aleitamento materno, uma mediana de 2,4 meses. A mesma pesquisa, repetida em 1981 encontrou os mesmos índices de amamentação exclusiva, chamando a atenção para a falta de incentivo ao aleitamento pelos pediatras desta época, formados com a concepção de orientar a introdução precoce de fórmulas infantis na dieta da criança. Além disto, os substitutos do leite materno eram amplamente divulgados pela mídia e havia a distribuição gratuita de leite pelo governo, através dos chamados Programas de Suplementação Alimentar, onde a criança podia receber leite em pó desde o início da vida. O incentivo à amamentação se dava de forma isolada, impulsionada por profissionais pioneiros.

O aumento da desnutrição e da mortalidade infantil alertou as autoridades sanitárias para o uso de leite não-humano na alimentação de menores de um ano (SENA, 2007) e a preocupação com a propaganda de substitutos do leite materno começa a emergir, levando o estado de Pernambuco “a proibir mamadeiras e leite gratuito nas unidades de saúde e maternidades desse estado” (REA, 2008, p. 39). Iniciam, concomitantemente a isto, os primeiros estudos a respeito das práticas indevidas de marketing de substitutos do leite materno, veiculados tanto em revistas leigas quanto em científicas, dirigidas ao público médico.

Em 1979, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, em Genebra, elaborou um código de conduta ética quanto à propaganda de produtos que interferiam na amamentação. O Brasil, representado pela presidência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), colaborou na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, instaurando a decisão de um programa pró-amamentação neste país.

Em 1980, através do apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o governo brasileiro elaborou um audiovisual sobre amamentação, com a intenção de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação de massa, líderes comunitários e de igreja. Esta iniciativa que apelava para a necessidade de acumular divisas no país em um momento de crise, dando relevância aos aspectos do valor econômico do leite materno, foi a semente de onde brotou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981.

Resultante de uma situação internacional favorável e da análise dos determinantes do desmame precoce, o programa brasileiro pró-amamentação de 1981 teve uma coordenação nacional, mobilizou todos os atores possíveis no tema e contou com campanhas bem elaboradas na mídia. O resultado disso foi documentado em 1986, cinco anos após a primeira avaliação, detectando uma duração mediana de 4 meses de amamentação exclusiva.

Concomitantemente a isto, foi lançada a Portaria sobre Alojamento Conjunto, determinando que as maternidades com leitos pagos pela previdência social deveriam

oferecer leitões no mesmo quarto às parturientes e seus recém-nascidos. “Em geral, as maternidades adotavam até aquele período regras rígidas de separação mãe e filho no pós-parto, uso de soro glicosado como rotina de alimento pré-lácteo, horários fixos de mamadas, complementação com mamadeira e outras medidas inadequadas de manejo clínico da lactação .” (BERQUÓ et al. apud REA, 2008).

A segunda campanha, em 1982-1983, baseada no resultado de duas pesquisas, quantitativa e qualitativa, patrocinadas pela UNICEF, foi elaborada a partir de um planejamento estratégico. Estas pesquisas detectaram que o problema não era iniciar a amamentação, já que cerca de 90% das mulheres o faziam. Desta forma, a campanha focou-se na continuidade do aleitamento, abordando as causas do desmame precoce, como o temor de que o leite materno seja fraco, de que os seios possam cair ou que o retorno ao trabalho impeça a continuidade do aleitamento. Os pediatras ainda tinham como prática corrente o desestímulo à amamentação, trazendo em sua formação mais informações sobre como prescrever uma fórmula infantil do que como orientar sobre o manejo clínico da lactação, influenciando enormemente as mães.

Em 1985, a cidade de Porto Alegre sedia o primeiro Evento Nacional de Aleitamento Materno (ENAM), realizado pelo INAN. Também neste período, é iniciado pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz, um processo nacional de implantação de Bancos de Leite Humano (BLH), uma atividade antes esporádica em alguns hospitais do país.

No cenário internacional, uma resolução votada na Assembléia Mundial de Saúde, em 1986, torna desnecessárias as doações de substitutos do leite materno a maternidades, definindo que a alimentação para os bebês que deles necessitam deve ser adquirida pelos canais normais de compras de medicamentos. E no final da década de 80, o aleitamento materno exclusivo no início da vida tido como fundamental, leva autoridades da OMS, do UNICEF, de organismos bilaterais e técnicos a elaborar o IGAB (International Group on Action on Breastfeeding), como uma estratégia para dar conta dos inúmeros determinantes que interferem nessa prática, propondo trabalhar com os serviços de saúde, hospitais, grupos de mães e comunidade.

No Brasil, em 1988 foram aprovadas a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e as normas sobre funcionamento dos Bancos de Leite Humano, estabelecendo que não deveriam ser apenas locais de coleta, processamento e estocagem de leite humano, mas sim centros nucleadores de atividades pró-amamentação. Além disto, na nova Constituição Brasileira foi incluído o direito da trabalhadora a quatro meses de licença maternidade e o direito ao pai a cinco dias de licença paternidade.

Em 1989, a OMS e o UNICEF lançam a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades, onde se mencionam dez ações relacionadas a incentivar o aleitamento materno, com o resumo do que as maternidades deveriam fazer – os chamados dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Em um momento onde não havia textos internacionais disponíveis, este documento passa a ser de fundamental importância nas atividades programadas para capacitação de pessoal em aleitamento e orientação sobre rotinas de pré-natal e parto.

Em 1990, uma reunião realizada no Centro Innocenti da UNICEF em Florença, Itália, resultou na "Declaração de Innocenti", um documento que se propõe a orientar os países a alcançarem sucesso na promoção do aleitamento materno, através de metas e objetivos bem claros: fortalecer a mulher na sua decisão de amamentar exclusivamente até os 4 ou 6 meses de vida e continuar amamentando, com alimentos complementares, até o segundo ano de vida ou mais. Para tanto, propõe que todas as maternidades cumpram os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, além da proteção à maternidade e outras leis e regulamentos inovadores (LABBOK, 2007).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991, teve o objetivo de mudar as rotinas hospitalares a fim de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, através da mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades (LAMOUNIER, 1998). As mudanças nas rotinas e condutas, visando prevenir o desmame precoce, foram subsidiadas pelo cumprimento dos "Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação" e pela não aceitação de doações de substitutos do leite materno.



O UNICEF, profissionais independentes e diversas organizações não governamentais (entre as quais: IBFAN, La Leche League, ILCA – International Lactation Consultant Association –, Wellstart, etc.) preocupados em incentivar a implementação das políticas decididas no início da década de 90, decidem criar em fevereiro de 1992 a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA). Essa coalizão mostrou-se fundamental para instigar anualmente a participação de grupos e pessoas na Semana Mundial de Amamentação, quando temas diferentes são tratados, como a questão da IHAC, do trabalho da mulher, da educação, etc. “No Brasil, esta atividade tem tido atuação destacada e está presente em inúmeros municípios, tendo sido avaliada como importante mobilizador social, papel para o qual foi originalmente criada” (SIQUEIRA e TOMA, 2001).

As iniciativas implementadas a partir do final dos anos 80 resultaram em um incremento na duração da amamentação, de acordo com uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 1999. Tal pesquisa demonstrou que nas capitais do país a duração mediana da amamentação passou a sete meses e, sabendo-se que a amamentação costuma ser mais prolongada em cidades pequenas e em zonas rurais, admite-se que este dado esteja subestimado (REA, 2008).

A partir da segunda metade dos anos 90, capacitar pessoal passa a ser uma das atividades mais importantes do programa de incentivo ao aleitamento materno. Internacionalmente OMS e UNICEF colocam à disposição diferentes cursos de amamentação: para equipes de hospitais que querem fazer parte da IHAC; para formação de monitores; para os que lidam diretamente com mães e bebês e um curso rápido de sensibilização para chefias. Estes materiais são traduzidos para o Português por iniciativa da rede IBFAN e passam a ser utilizados pelo MS em todas as regiões do país, juntando-se a eles os cursos próprios para capacitar o pessoal de Banco de Leite Humano e o curso sobre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), ministrados pelos monitores da IBFAN. Apenas neste período estima-se que foram capacitados mais profissionais do que em toda a história do programa (REA, 2008).

Em 2002, a Estratégia Global sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena (GSIYCF) foi a resultante da revisão da Declaração de Innocenti, onde os organismos internacionais reafirmam a necessidade de incentivar a amamentação exclusiva por

seis meses, e buscar formas ótimas de promover a alimentação complementar adequada sem interromper a amamentação até pelo menos o segundo ano de vida. Neste momento é incluída a problemática de como trabalhar essas duas recomendações entre as mães HIV positivas e famílias em situações de emergência, através de cursos disponibilizados pela OMS e UNICEF tratando destas temáticas.

No Brasil, a necessidade de melhorar os índices de amamentação leva o Ministério da Saúde a intensificar a atenção humanizada ao recém-nascido, através do método mãe canguru e do uso de leite humano. O Estado do Rio de Janeiro idealiza, em 1999, a Iniciativa Unidades Básicas Amigas da Amamentação (IUBAAM). Criada com o objetivo de mobilizar as unidades básicas de saúde em prol do aleitamento materno, foi adotada por vários outros estados entre eles o do Rio Grande do Sul. Até então, apenas os hospitais vinham sendo capacitados na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da IHAC. Porém, o tempo de internação hospitalar por ocasião do parto é curto, cerca de 24 a 48 horas, sendo imprescindível a continuação deste trabalho nas unidades de saúde, visando a redução do desmame precoce. A rede básica de saúde envolvida nesta ação, pode apoiar as mães desde o pré-natal e ao longo do acompanhamento materno-infantil, incentivando a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos ou mais.

A IUBAAM destina-se a capacitar toda a equipe da unidade básica de saúde (médicos, enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e outros), através de um curso com duração de 24 horas, buscando implantar e implementar os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação da IUBAAM (anexo I). A metodologia utilizada para o desenvolvimento do curso é a problematizadora, permitindo ao participante construir o seu conhecimento, a partir da reflexão e análise de sua prática assistencial em aleitamento materno. Novos conhecimentos devem estar relacionados aos que o participante já possui, sendo tomados como o ponto de partida para a aprendizagem. “Este método de ensino-aprendizagem cria oportunidades de conhecimento nas áreas afetiva, cognitiva e psico-motora, favorecendo o desenvolvimento da dimensão crítico-social. Nesta dimensão se inserem as ações assistenciais em saúde nas quais se inclui a promoção, proteção e apoio à amamentação” (OLIVEIRA et al, 2006, p. 5).

Nesta proposta, o participante é construtor do seu conhecimento em um processo ativo, criativo e prático, uma vez que a problematização leva a novos conjuntos de conceitos e informações diante de uma situação que envolve múltiplas possibilidades ou alternativas de solução. Desta forma, informação, espírito crítico, reflexão e planejamento resultam em novas competências capazes de dar conta do problema apresentado.

### **Do leite artificial ao aleitamento como ato de amor**

A análise de como o incentivo à amamentação foi se construindo ao longo da história, deixa clara a transição de uma abordagem dirigida às questões econômicas e externas à mãe, como no cerco à indústria alimentícia e à comercialização de fórmulas infantis, até a proteção do binômio mãe-filho, através de direitos civis conquistados e estendidos ao pai, como os incluídos na Constituição Federal de 1988, que garantem a licença maternidade e paternidade, em um indiscutível apoio ao aleitamento materno.

As pesquisas realizadas a partir dos anos 70 mostraram a importância da amamentação para a prevenção de doenças e a melhoria do estado geral de saúde do bebê, associando o ato de amamentar a uma decorrência natural da maternidade, utilizando este apelo para alavancar as campanhas pró-amamentação nas décadas de 80 e 90. Boletins dirigidos às mães e aos profissionais e slogans de campanhas veiculadas neste período demonstram que o enaltecimento do amor materno foi tomado como mote para o incentivo da amamentação. “*Boas mães através da amamentação*”; “*Cartilha de amamentação: doando amor*”; “*A amamentação é uma das coisas mais naturais na vida. Naturalmente*”; “*A alimentação ao peito é algo natural, e o natural é algo que merece apoio, incentivo e defesa*”; “*Amamentar é um ato ecológico*”, são exemplos de títulos de boletins dirigidos às mães, entre 1982 e 1997, acompanhadas de slogans de campanhas como “*Amamentar é amar!*”; “*A saúde de seu filho depende de você, amamente*”. (REZENDE, 2002).

Os exemplos acima citados traduzem a essência da diretriz que norteou a grande maioria das atividades de capacitação de recursos humanos, ao longo deste

período. O discurso do profissional de saúde, emanado deste contexto, voltou-se unicamente à questão de como fazer as mães amamentarem, negligenciando a ameaça que tal tipo de incentivo representou às mães que não exercessem sua “função”. Esta visão “naturalizante” do aleitamento materno, tomando a questão pelo viés biológico e a reduzindo ao mundo natural dos mamíferos, simplifica em muito a abordagem do problema, pois permite tratá-lo como algo que se relaciona exclusivamente ao binômio mãe-filho. “Assim, um ato instintivo, inato e biológico pertence à mãe, mamífera, que detém a responsabilidade sobre a saúde de sua cria” (ALMEIDA, 1999, p. 73). Não lhes ocorreu que perguntar à própria nutriz sobre a atividade de amamentação daria informações interessantes sobre o modo de fazê-lo e que reorganizaria esta prática de acordo com valores humanos, em vez imputar-lhe a responsabilidade e a culpa por seu fracasso.

Tomar o amor materno como mote para incentivar a amamentação, como se o fato de ser mãe remetesse instintivamente à oferta instantânea do peito repleto do produto lácteo, produzido pela natureza exatamente na medida quantitativa e qualitativa necessária ao seu consumo, não deixa muito espaço para refletir sobre os demais condicionantes – sociais e culturais – desta atividade materna.

Aprendemos que toda mulher que dá à luz tem leite e que não existe leite fraco, mas existem as mulheres que desafiam a precisão biológica e, apesar de toda a exatidão da natureza, não conseguem amamentar. E quando a orientação é construída baseada na verticalidade que reduz a prática da amamentação a um atributo natural, freqüentemente vemos a frustração dos profissionais envolvidos nestas atividades ao constatarem a inocuidade de suas ações. Os profissionais, imbuídos do saber biologizante, sentem-se desafiados quando se deparam com uma mãe que “desnaturaliza” sua função, restando uma sensação de impotência diante do fracasso no que é o mais elementar da maternidade. A conclusão a que chegamos é que “todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame” (ALMEIDA, 1999, p. 19).

### **“Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar”**

A elaboração da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), parece ter levado em consideração a necessidade de tomar o aleitamento materno a partir de sua complexidade humana, preconizando a escuta das preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, como um dos dez passos preconizados para apoiá-las e fortalecer sua autoconfiança. Tal norma aproxima o profissional de saúde das crenças, hábitos e condições objetivas de vida da mulher a ser incentivada a amamentar, possibilitando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade em vez da imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde. Isto mostra-se imprescindível no processo de humanização da promoção do aleitamento materno, pois uma pesquisa realizada por Ramos e Almeida, em 2003, demonstrou que os sentimentos de insegurança, medo, conflitos e ansiedades vivenciados pelas mulheres, do pré-natal ao puerpério, não encontram o suporte necessário nos serviços de saúde. As mulheres, “preocupadas em garantir o seu atendimento, se recolheram à condição de pacientes e, como tal, se lançaram a compreender aqueles que deveriam compreendê-las” (p. 319).

Ainda de acordo com este estudo, desconfiança, desrespeito e conflito minam a relação entre os profissionais de saúde e pacientes, especialmente quando se trata de pessoas oriundas de camadas socioeconômicas desfavorecidas, dificultando a criação de um vínculo capaz de tornar eficiente a comunicação. A relação, assim constituída, proporciona um atendimento impessoal, apesar de todas as proposições normativas, tornando-se um impeditivo para o rompimento da distância entre o discurso científico e a prática vivenciada pelas mulheres, além de deixar intocadas as condições concretas de vida que as impede de amamentar.

Se por “um lado as mulheres reclamam a falta de apoio e do outro os profissionais percebem e reconhecem os anseios da mulher” (p. 320), as dificuldades em estabelecer uma postura de diálogo, no lugar da freqüente conduta basicamente prescritiva, continua vigorando nos modelos assistenciais. Poder acolher as dúvidas, medos, angústias e a fragilidade associados à grandeza da

maternidade, é uma das formas de possibilitar um desfecho mais favorável ao aleitamento materno.

E é neste ponto que nos deparamos com o profissional de saúde cuja obrigação é orientar a mãe para que tenha sucesso na amamentação. Profissional oriundo de um sistema educacional cuja formação ainda foi centrada em um modelo tradicional que “valoriza os aspectos biológicos, isolando os indivíduos, fragmentando-os, diminuindo o foco na pessoa e na sociedade” (OLIVEIRA, 2007) e que, diante de uma mulher que desafia o determinismo biológico, se vê tomado de uma impotência paralisante. Impotência, na maioria das vezes, retro-alimentada pelo seu sentimento correlato: a raiva.

Durante algumas palestras em capacitações para a implantação da IUBAAM, não tem sido incomum ouvir relatos a respeito desta situação, quando abordadas as dificuldades na relação do profissional de saúde com a nutriz. Um participante, por exemplo, descreveu o sentimento de raiva que lhe acometia quando constatava que as mães haviam deixado de amamentar. E, diante de uma mãe que quis conversar sobre sua dificuldade em manter a amamentação, indagando-o a respeito disto, sentiu-se perdendo a paciência, uma vez que, no seu entender, se ela sabia que o melhor era amamentar, por que não o fez? E uma vez não tendo cumprido sua obrigação, por que ainda queria falar sobre isto? Sua raiva se minimizou, segundo ele, quando chegou à conclusão de que ela não queria amamentar e que, portanto, nada havia para ser feito.

Este depoimento, oriundo de um pediatra instigado a relatar os entraves que se interpõem no diálogo entre o profissional e as nutrízes em potencial, demonstra a fragilidade da formação dos profissionais que trabalham no SUS. Este sistema que preconiza ações de promoção em saúde e que tem no acolhimento “a ferramenta que permite o acesso universal aos serviços, tornando-os humanizados, integrais, com resolutividade e qualidade” (OLIVEIRA, 2007), traz à tona a ainda necessária humanização da relação profissional-paciente.

E falar nesta necessidade não é pensar no sentido moral que isto pode implicar, mas “no embate metodológico pelo qual as ciências humanas e sociais têm passado nas últimas décadas” (AZEVEDO, 2006). As novas relações entre os

profissionais de saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde, instigados a portarem-se a partir de sua consciência como cidadãos e não como simples receptáculos de informações despejadas verticalmente, remete à necessidade de haver novas formas de produção de conhecimento. A compreensão de processos que não são acessíveis à experiência objetiva nos coloca diante da batalha entre o paradigma empírico/positivista, onde predomina a reprodução de conteúdos de natureza anátomo-fisiológicas e das práticas médicas dominantes, e o subjetivista/construtivista/interpretativo, que nos leva a considerar os fenômenos da saúde em toda a sua complexidade de inter-relações. É possível observar que os excessivos conteúdos de natureza anátomo-fisiológica conformam o futuro profissional em saúde, adequando-o para esquadrihar, seccionar, observar pontualmente e moldar indivíduos a serem medicalizados.

Ou seja, promovem, em conjunto, a separação do olhar técnico-especializado, com sua ação discursiva sobre a doença, das demais dimensões da experiência humana. Concomitantemente, contribuem para a construção dos corpos médicos disciplinados. O saber médico acaba por ser concebido e seu discurso enunciado como independentes do corpo que os produzem, superiores ao restante da vivência humana, bem como preparados para se dirigirem a órgãos e tecidos em si, absolutizados e isolados de um sistema mais amplo, de uma história pessoal, de uma cultura e de relações político-sociais (PEREIRA e ALMEIDA, p. 73, 2005).

Almeida (apud PEREIRA e ALMEIDA, 2005) ao recompor a história da educação médica no Brasil investiga sua relação com os serviços de saúde, levando à discussão sobre as mudanças no ensino diante da implantação do Sistema Único de Saúde e a da perspectiva mercadológica na área. A compreensão da natureza biopsicossocial e intersetorial da saúde surgem como saberes e práticas inovadoras, críticos à representação do ser humano enquanto mera complexidade biológica, auxiliando a identificar e a compreender determinados processos de subjetivação existentes na formação desses profissionais. A importância do resgate da subjetividade pressupõe “o reconhecimento da essência única do ser humano e da importância da apreensão desta realidade subjetiva no processo de construção e desenvolvimento de idéias, elementos imprescindíveis para o progresso da ciência.” (AZEVEDO, 2006).

Como se vê, o Sistema Único de Saúde incita o encontro humano entre os sujeitos envolvidos na busca da saúde, provocando possibilidades dialógicas de se

ver no outro e de se humanizar com ele. A ampliação da consciência da teia de afetos e conflitos que permeiam as histórias humanas e de como estão inseridas em complexas estruturas político-sociais, é a consequência da necessidade de promover saúde em vez de curar doenças. É neste processo, ainda incipiente, como se vê na análise da produção sobre aleitamento materno na pós-graduação em Nutrição, revelando uma tendência de se estudar essa temática abordando seus aspectos biológicos e epidemiológicos, sem se preocupar com as questões subjetivas à mulher no processo de amamentação (ARAÚJO e ALMEIDA , 2008), há muito a ser feito para que o diálogo reflita sua verdadeira natureza de pressupor a resposta e o respeito à vocação ontológica do homem, de ser sujeito. (FREIRE, 1983)

### **Pacientes e profissionais como sujeitos**

Falar na vocação humana de ser sujeito é remeter às características transcendentais do homem, que o coloca na posição privilegiada de ter autonomia a respeito de sua própria vida. Esta condição peculiar do ser humano, freqüentemente é trazida à baila quando vemos a desumanização na relação entre o profissional de saúde e o paciente, onde, em vez de haver o reconhecimento de uma pessoa, há uma intervenção clínica dirigida como a um objeto. Seguindo nesta linha, a pessoa a quem se dirigem as ações de saúde seria vista como um conjunto de necessidades padronizadas, submetida a relações hierárquicas que lhe destitui o poder de decidir sobre sua vida. Sua subjetividade e suas condições de saúde, nestas circunstâncias, não são reconhecidas, levando a uma ausência de reciprocidade com seus cuidadores.

O debate sobre a humanização ou desumanização do cuidado em saúde é antigo, tendo sido relacionado, há pelo menos 30 anos "com a relação médico-paciente; à formação médica; à comunicação e acesso à informação no processo terapêutico; às relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões; aos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos" (DESLANDES, 2006, p. 35). A reflexão sobre a humanização remete também à sua dimensão de política pública e à sua relação com o Estado, pois o



reconhecimento do valor intrínseco da vida humana traz ao foco do debate as questões de igualdade, equidade e a discussão sobre a saúde como um direito de todos.

A relação entre o profissional de saúde e o paciente traz como ponto fundamental o fato de que o homem é um ser de relações e não apenas de contatos, suscetível a um comportamento dialógico que se dá no domínio inter-humano e consiste na possibilidade de os membros de uma relação se reconhecerem como influenciadores mútuos (BUBER apud CAPRARA, 2006, p. 90). A comunicação, instrumento imprescindível para que o comportamento dialógico se dê, não se restringe a contatos verbais, mas implica processos de compreensão entre os que estão se relacionando. De acordo com Mehry (1995), escutar, trocar informações e sabedorias coletivamente, comprometer-se e responsabilizar-se pelas pessoas é o que dá início a um processo de trabalho em saúde, caracterizando uma relação entre o usuário e o trabalhador que resulta na qualificação para o enfrentamento dos problemas. É quando se estabelece um espaço de escuta entre usuário e trabalhador que a qualidade de uma política de saúde se exprime., tanto pelo impacto nos problemas dimensionados pelos saberes em saúde, quanto pela efetiva contribuição na produção de novos sujeitos- cidadãos. O conceito de saúde, assim ampliado, se estrutura a partir do reconhecimento do outro como sujeito e organiza a prestação de serviços e a aprendizagem em saúde a partir das necessidades do usuário.

Reconhecer o outro como sujeito é condição *sine qua non* para o estabelecimento de um diálogo e este só acontece como consequência da escuta. Tal situação nos remete à formação dos profissionais de saúde e é inevitável a constatação de que as escolas ainda refletem e reproduzem a lógica fragmentada própria do cientificismo, deixando de potencializar o que há de mais rico no campo da educação: as relações interpessoais entre quem cuida e quem é cuidado. O modelo biomédico, ao enfatizar a formação dos especialistas de forma dicotômica, na qual se separa o biológico da subjetividade, dificulta a compreensão integral do ser humano. E o descaso com a área das relações vem sendo expresso, dentre outros resultados, nos baixos índices de resolutividade do Sistema Único de Saúde,

na insatisfação dos usuários e de muitos profissionais dos serviços, frustrados com a inocuidade de suas ações.

Pode-se supor que, como garantido constitucionalmente, o SUS como ordenador de recursos humanos na área de saúde (Art. n. 200) ainda se restringe à dimensão teórica. Reconhecê-lo como ordenador da formação exige uma profunda reestruturação nos currículos de Medicina, especificamente, a ser realizada por meio de sucessivas e permanentes inovações curriculares, orientadas pelo princípio da integralidade – noção complexa que articula concepções e práticas de saúde - e pela revisão do processo de trabalho e de gestão em saúde. Para isso, fazem-se necessárias as rupturas do paradigma biomédico, que ainda sustenta as práticas em saúde e grande parte dos currículos de Medicina no Brasil; e da concepção simplista de que "ter saúde é não ter doença", o que implica retirar o foco das ações assistencialistas e entender que o cuidado, e não mais a assistência, deve conjugar ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, além da cura e da reabilitação - todas exigindo pluralidade de saberes - e o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional, preferencialmente em rede. (CIUFFO, 2008, p. 126).

É inevitável que na discussão sobre a necessária mudança na educação dos profissionais de saúde esteja em pauta a capacidade de produzir saúde por parte dos profissionais formados. Os desafios da formação, portanto, estão ligados aos desafios da capacidade para reconhecer a determinação, ao mesmo tempo social, subjetiva e biológica dos processos saúde e doença e, uma vez realizado este reconhecimento, a capacidade de criar projetos terapêuticos que combinem recursos destas três esferas conforme o caso e as possibilidades existentes. Dentro desta perspectiva é inevitável pensar também na capacidade de construir vínculos e de assumir responsabilidades frente à cura ou reabilitação dos seus pacientes, superando a tradição contemporânea de concentrar quase toda responsabilidade em procedimentos tecnológicos e voltando-se para a clínica do trabalho-humano concentrado. As reformas no processo educacional dos profissionais de saúde estão estreitamente vinculadas à reforma dos saberes e práticas que deveriam reorientar a clínica e a saúde pública clínica (CAMPOS, 1992).

A medicina social, cujas raízes remontam 1848, quando Virchow afirmou que as doenças eram causadas pelas más condições de vida, vem se entremeando a uma hegemonia que instala um pensamento estruturado ideologicamente no terreno da unicausalidade. "Behring, em 1893, (...) sintetiza a ruptura com o movimento da medicina social, dizendo que graças à descoberta das bactérias, a medicina não precisaria mais perder tempo com problemas sociais" (DA ROS, 2004,

p.229). Os progressos da ciência rapidamente pautam a medicina como ciência exata, onde o biológico, pela possibilidade de ser convertido em dado matemático, passa a ser o único pensamento aceitável. A construção de uma modalidade de ensino cuja base diagnóstica é a orgânica e biológica, onde não há menção à saúde mental, saúde pública ou ciências sociais, resulta em um sistema de saúde hospitalocêntrico, onde foram formados todos os professores dos atuais cursos de medicina.

A criação de um sistema público de saúde garantindo, através da constituição federal, a saúde como um direito de todos, trouxe a necessidade de rever o modelo de intervenção curativa, formador de um tipo de profissional desprovido de conhecimentos a respeito da atenção básica. A partir de 1990, quando a ênfase ministerial volta-se à atenção primária e integral à família, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), esta contradição torna-se evidente e mais do que nunca é preciso repensar o tipo de profissional que está sendo formado pelas universidades. Da formação de técnicos especializados para, com a mais precisa tecnologia, reverter um processo biológico anômalo, ao resgate do profissional capaz de uma prática humanizada, crítica, reflexiva, que veja a pessoa como um todo em suas relações e que amplie as possibilidades de resolubilidade. Em suma, um profissional capaz de “contribuir para que o povo reaja às situações de opressão física, mental e social, e possa ser mais feliz. E isso inclui as possibilidades para que o médico também possa ser” (DA ROS, 2004, p. 242).

### **Considerações Finais**

Falar na felicidade do profissional de saúde como consequência do resgate da relação humanizada com os pacientes, diz respeito ao reconhecimento de que o profissional também é um sujeito e, como tal, suscetível às vicissitudes da subjetividade humana. A falta de instrumental teórico e técnico pode levá-lo à frustração de perceber que uma ação própria não afetará significativamente um resultado. A falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato, pode levá-lo a se distanciar desses afetos através de mecanismos de negação, isolamento ou descrença. Diante disto, pode ter sua

capacidade de empatia impedida de proporcionar aos pacientes uma situação de segurança e de proteção, condição sem a qual não pode se dar a expressão da ansiedade e dos sentimentos de vulnerabilidade (EIZIRIK, 2006). E se o diálogo entre o profissional de saúde e o paciente é o resultado de uma relação humanizada, cujo aprendizado ainda não é proporcionado pelo ensino formal, vê-se a criação de um círculo vicioso, onde pacientes e profissionais são atingidos pela frustração. O profissional, porque sua incapacidade de ouvir o impede de ser o receptáculo das angústias do paciente; o paciente, porque sem poder expressar-se, não encontra alívio para seu sofrimento. Se um não pode ouvir, o outro não pode falar. E se não pode falar, não há como encontrar uma solução para seus problemas, causando frustração ao profissional que percebe suas ações como não resolutivas e que, para aliviar-se desta frustração, isola-se de seus sentimentos agindo como um autômato, realimentando, como tal, a incapacidade de ouvir e o impedimento de falar.

Romper este círculo vicioso é o desafio enfrentado por quem tem como ofício a promoção do aleitamento materno. A complexidade a que remete este tema, nos dizendo, a um só tempo, de questões biológicas, sociais, culturais e emocionais, pressupõe que o apoio e o incentivo à sua prática devem ser o resultado da emergência dos sujeitos envolvidos neste processo. E falar em sujeitos é pensar em desejo e temor, em amor e ódio, no sublime e no primitivo. É pensar que a mãe pode vivenciar o aleitamento como um fardo e que o profissional de saúde pode sentir-se impotente diante de uma mulher que desafia seu saber sobre as indiscutíveis vantagens do aleitamento materno. É pensar que a mãe deseja ser apoiada para superar suas dificuldades e que nem sempre o profissional sabe como fazê-lo.

Por isto, falar nos obstáculos ao diálogo como ferramenta da promoção do aleitamento materno, remete à necessidade de repensar a metodologia que vem sendo utilizada nos processos de capacitações para esta prática. Não estariam reproduzindo o impedimento da reflexão sobre a condição humana e todas as suas contradições? Estão criando oportunidades para que o sentimento de impotência profissional possa ser discutido e transformado em conhecimento a respeito das próprias capacidades?

Normalmente nos programas de capacitação para o aleitamento materno, leva-se em consideração os aspectos emocionais, culturais e sociais da mulher que receberá o apoio de que necessita para ter sucesso em sua empreitada. No entanto, esquece-se que o profissional da saúde também tem seus impedimentos em relação à tarefa que lhe é exigida e, em momento algum, lhe é dada a oportunidade de refletir a respeito de sua condição de sujeito diante desta tarefa tão grandiosa - em magnitude, impacto e empenho - que é educar para a saúde.

Em última análise, os programas preconizam o que deve ser feito e utilizam metodologias que reproduzem a transmissão vertical de conhecimentos, alheios à condição de sujeito de quem está sendo capacitado. E, assim como as mulheres que não conseguem amamentar, os profissionais não encontram a oportunidade de refletir a respeito das condições que os impede de desempenhar sua atribuição de forma eficaz. Por isto, quando fomos capazes de readequar estes conteúdos às necessidades dos de precisam ser formados/reformados para esta tarefa, talvez seja possível modular a raiva com empatia e, em vez do desinteresse que a seguiria, construir uma espécie de relação onde a fragilidade humana possa ser manifestada e acolhida. E o diálogo decorrente disto certamente produziria os resultados que tanto se almeja.

## Referências Bibliográficas

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

ARAUJO, Raquel Maria Amaral; ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. O aleitamento materno na pós-graduação em nutrição no Brasil: um perfil das dissertações e teses de 1974 a 2004. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** , Recife, v. 8, n. 1, 2008 .

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A.R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.** , Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2006 .

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saude soc.** , São Paulo, v. 1, n. 2, 1992 .

CAPRARA, A; FRANCO, A.L.S. Reação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: **Humanização dos cuidados em saúde**. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CARVALHO, Sérgio Resende. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde. Sujeito e Mudança. Ed. Hucitec. São Paulo, 2007.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. **Interface (Botucatu)** , Botucatu, v. 12, n. 24, 2008 .

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil de 1988.

DA ROS, M.A. A ideologia nos cursos de medicina. In: **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

DESLANDES, S.F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: **Humanização dos cuidados em saúde**. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

.

EIZIRIK, M. et al . Contratransferência e trauma psíquico. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** , Porto Alegre, v. 28, n. 3, 2006

FREIRE, Paulo . **Educação e Mudança** . Ed. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1983

LABBOK, Miriam H. Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Abr 2007, vol.83, no.2, p.99-101.

LAMOUNIER, J.A.. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , São Paulo, v. 44, n. 4, 1998 .

MERHY, E.E. Universalidade, equidade e acesso sim. Mas, não bastam. Campinas, março de 1995. < <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/> >

MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS. Salvador. Casa da Qualidade, 2001. 2 v.

MOYSES, Samuel Jorge; MOYSES, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004 .

OLIVEIRA, D.C. et al. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm.** [serial on the Internet]. 2007

OLIVEIRA, M.I. et al. Manual de Capacitação de Multiplicadores da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação. Secretaria do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública** [periódico na Internet]. 2003.

PEREIRA, O.P; ALMEIDA, T.M.C. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. **Interface (Botucatu)** , Botucatu, v. 9, n. 16, 2005 .

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Breast-feeding: the way it is experienced by women assisted at a Pediatrics and Maternity Hospital in Teresina in the State of Piauí. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** , Recife, v. 3, n. 3, 2003.

REA, Marina Ferreira. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, 2008.

REZENDE, Magda Andrade; Sawaia, Bader Burihan; Padilha, Kátia Grillo. “Mãe Boa Amamenta” Ou A Força da Ideologia. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.4, n.2, p.154-162, jul./dez. 2002.

SENA, Maria Cristina Ferreira; SILVA, Eduardo Freitas da; PEREIRA, Maurício Gomes. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do século XX. **Rev. bras. epidemiol.** , São Paulo, v. 10, n. 4, 2007 .

SIQUEIRA, S. R. & TOMA, T. S. As Semanas Mundiais de Amamentação. In: *Aleitamento Materno* (J. D. Rego, org.), pp. 367-384, Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2001.

SOUZA, M.R. Por uma educação antropológica: comparando as idéias de Bronislaw Malinowski e Paulo Freire. **Rev. Bras. Educ.** , Rio de Janeiro, v. 11, n. 33, 2006 .

VENANCIO, S. I. & MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 1:40-49, 1998.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspec.** , São Paulo, v. 17, n. 1, 2003 .



## **Anexo I**

### **INICIATIVA UNIDADE BÁSICA AMIGA DA AMAMENTAÇÃO DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO**

Todas as unidades básicas de saúde que oferecem serviço pré-natal e de pediatria e/ou puericultura devem:

1. Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
2. Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
4. Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
5. Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
7. Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
10. Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, ao orientador deste trabalho, Prof. Francisco Arsego Oliveira. Suas críticas, apoio e compreensão comprovaram o acerto desta escolha.

Agradeço aos meus colegas da Saúde da Criança e do Adolescente, da Secretaria Municipal de Saúde, incansáveis em sua parceria.

E aos colegas do Curso de Especialização em Saúde Pública, pelo conhecimento construído através de tão agradável convivência.