

Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro

Evaluation of breastfeeding support:
meanings from mothers receiving care at primary health care units
in the State of Rio de Janeiro

Maria Inês Couto de Oliveira¹
Ivis Emília de Oliveira Souza²
Elizabeth Moreira dos Santos³
Luiz Antonio Bastos Camacho³

Abstract *This article aims at understanding the meanings expressed by women concerning the breastfeeding support received at primary health care (PHC) units. A study was conducted in 24 PHC units in the State of Rio de Janeiro for the purpose of investigating why pregnant women and mothers felt supported (or not) by these units regarding breastfeeding. Heidegger's phenomenological approach was used to develop five structures of meaning evincing the breastfeeding support provided as "none", "dubious", "incentive", "guidance", and "partnership". When the mothers were asked for suggestions about how the unit could help them breastfeed, their answers generated a new structure of meaning: "continuous support". Some women gave no suggestions, stating that they had none or were satisfied with the support provided. The women indicated possibilities for care based on the singularity of the clientele and on the authenticity of the health-care staff / user relationship. In that process, solicitude needs to be incorporated into the practice of PHC units, so that they can be an effective space for breastfeeding promotion, protection, and support.*

Key words *Primary health care, Breastfeeding Women, Evaluation, Phenomenology*

Resumo *O presente trabalho objetivou compreender os significados expressos por mulheres usuárias de unidades básicas de saúde acerca do apoio recebido para amamentar. Foi realizado um estudo em 24 unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro, para investigar o porquê das gestantes e mães terem se sentido apoiadas (ou não) pela unidade para amamentar. Utilizando a abordagem fenomenológica heideggeriana, a partir da fala das mulheres, foram construídas cinco estruturas de significação: "nenhum apoio", "apoio dúbio", "apoio como incentivo", "apoio no manejo" e "parceria". Perguntadas também quanto a sugestões sobre como a unidade poderia ajudá-las a amamentar, foi identificada ainda a estrutura de significação "apoio continuado", sendo que uma parcela das mulheres não emitiu sugestão, alegando não ter sugestão a dar ou já estar satisfeita com a atuação da unidade. As mulheres apontaram para possibilidades assistenciais calcadas na singularidade da clientela e na autenticidade da relação entre a equipe de saúde e as usuárias. Nesse processo, a solicitude necessita estar incorporada à prática das unidades básicas de saúde, para que estas possam se constituir em um espaço efetivo de promoção, proteção e apoio à amamentação. Palavras-chave Atenção primária à saúde, Amamentação, Mulheres, Avaliação, Fenomenologia*

¹ Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense. Rua Marquês de Paraná 303/3º andar, Prédio Anexo, Centro. 24030-210 Niterói RJ. marinesco@superig.com.br

² Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

A gestação, o parto e a amamentação são fases naturais do ciclo reprodutivo, porém são processos biológicos mediados pela cultura.

No Brasil, a amamentação, o aleitamento cruzado e a alimentação por mamadeira coexistem nas várias classes sociais. As amas de leite eram utilizadas pela nobreza brasileira desde os tempos do império¹, e esta prática se difundiu, sendo as “mães de leite” valorizadas pela população até hoje. Quanto à alimentação artificial, os serviços de saúde foram importantes veículos desta prática, devido ao relativo desconhecimento, na primeira metade do século XX, dos riscos do uso de leites heterólogos por lactentes².

Nos hospitais, os bebês eram colocados em berçários, a fim de afastar o recém-nato, visto como deficiente imunológico, do foco infeccioso materno³. A sucção dos bebês era testada com soro glicosado e quando o aleitamento materno se iniciava, doze ou mais horas após o nascimento, em geral era regulado em horários fixos. A complementação com leite artificial era comum, e muitos hospitais doavam às mães latas de leite em pó por ocasião da alta⁴.

Também as unidades básicas de saúde contribuíram para a ruptura da cultura da amamentação no Brasil. Durante as décadas de cinquenta e sessenta, agências internacionais como a Aliança para o Progresso e Food for Peace dirigiram excedentes da produção de leite em pó para o Brasil⁵. Nos postos de saúde e unidades da Legião Brasileira de Assistência, cada mãe recebia periodicamente, desde o nascimento de seu filho, sacos de leite em pó. A indústria apresentava a alimentação com mamadeira como uma expressão de modernidade.

Os níveis de mortalidade infantil nos países subdesenvolvidos foram aumentando até que em 1981 foi promulgado um código⁶, pela Assembleia Mundial de Saúde, regulamentando a propaganda e proibindo a doação destes produtos a serviços de saúde.

Porém, depois de tantas décadas de “desmame comercializado”⁷, a cultura da amamentação havia sido rompida também no Terceiro Mundo, e a alimentação por mamadeira passara a ser considerada como natural. Fatores macroeconômicos e sociais, como a crescente urbanização da população mundial, o ingresso de parcela do sexo feminino no mercado de trabalho e o movimento pela igualdade entre os sexos e pela liberação da mulher, consubstanciados no movimento feminista, contribuíram também para a adoção do aleitamento artificial.

No Brasil, em 1981, o Ministério da Saúde⁸ criava o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, conjugando ações nas áreas da saúde, comunicação e educação, em articulação também com a sociedade civil. A estratégia básica era a do incentivo ao aleitamento materno, divulgando-se os benefícios do mesmo para o bebê – “Aleitamento materno: seis meses que valem uma vida”, “Amamente: a saúde de seu filho depende de você”, com vistas à redução da mortalidade infantil.

A partir da década de oitenta, começaram a ser vislumbradas as especificidades da mulher – a questão de gênero⁹ – e iniciou-se um movimento de redefinição intrafamiliar dos papéis do homem e da mulher no processo de reprodução. Práticas como a da cesariana eletiva, da alimentação generalizada dos bebês com mamadeira e sua colocação em creches o mais precocemente possível – para que a maternidade não levasse à perda da “liberdade” da mulher e de seu espaço no mercado de trabalho – começaram a ser revistas. O parto natural com a participação do companheiro, a descoberta do prazer da amamentação e a luta pela prorrogação da licença maternidade deram a tônica.

Sheila Kitzinger¹⁰ refere que a amamentação, enquanto um processo psicossocial, deve proporcionar satisfação e estar baseada na confiança. A amamentação estabelece uma relação íntima, corporal, de conhecimento e reconhecimento mútuo, entre a mãe e o bebê. O recém-nato, que por ocasião do parto passou por uma ruptura, volta a estar ligado à mãe, não mais pelo cordão umbilical, mas pelo contato peito-boca, ambos órgãos que provocam prazer sexual, e pelo contato pele a pele, fonte de calor e segurança. A autora nos alerta que a medicalização da gestação e do nascimento levam a mulher a acreditar que é perigoso confiar no funcionamento do seu organismo, produzindo um efeito de alienação da mulher em relação ao próprio corpo. Essa perda da autoconfiança tende a se refletir também no processo de amamentação, levando a uma insegurança quanto à sua capacidade de amamentar.

Entre as mulheres das classes populares, a falta de acesso pleno à cidadania e o preconceito social introjetado levam a um sentimento de inferioridade que contribui para essa insegurança, e para interpretações como: “meu leite é fraco”, “meu leite secou”¹¹. As dificuldades encontradas neste processo, em geral decorrentes da ruptura da cultura da amamentação, manifestam-se na inadequação do posicionamento e da pega do bebê¹², na confusão de bicos¹³ e na falta de apoio familiar e social à amamentação.

No ano de 1991, foi criada a WABA (*World Alliance for Breastfeeding Action*), lançando a cada ano um tema para debate por ocasião da “Semana Mundial da Amamentação”¹⁴. Temas como o do ano de 1995: “Amamentação fortalece a mulher”, e de 1996: “Amamentação: responsabilidade de todos”, buscaram mostrar a amamentação como um ato de força e prazer para a mulher, resgatando que esta não é a única responsável pelo sucesso ou insucesso da amamentação, e enfatizando a importância do apoio social.

Em 1992, foi lançada pela UNICEF a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), mobilizando os serviços obstétricos para a adoção de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”¹⁵.

Em meados da década de noventa, começou a se difundir a percepção de que a principal protagonista da amamentação é a mulher, e que o uso de lemas coercitivos como: “Amamentação: um direito da criança, um dever da mãe”, pouco contribuíam, ou até prejudicavam, a retomada dessa prática¹⁶. A amamentação, até então vista como obrigação e dever da boa mãe¹⁷, passa a ser abordada como fenômeno¹⁸, como possibilidade do campo existencial¹⁹, que portanto envolve também a decisão de assumir riscos e garantir benefícios²⁰.

Já existia uma proposta de promoção, proteção e apoio à amamentação na rede hospitalar (IHAC) e de mobilização social por ocasião da Semana Mundial da Amamentação, porém não havia qualquer projeto voltado para o envolvimento da rede básica de saúde na questão. A partir de 1999, passou a ser desenvolvida uma iniciativa inovadora no Estado do Rio de Janeiro, com base em uma revisão sistemática²¹. Esta revisão identificou estratégias e procedimentos efetivos na extensão da duração do aleitamento materno, como os grupos de apoio à amamentação e as visitas domiciliares dirigidas a gestantes, mães e seus familiares, ouvindo-as e orientando-as sobre o manejo da amamentação e os riscos do uso de bicos e da alimentação artificial. As estratégias não efetivas identificadas se caracterizaram pela falta de interação face a face, por ações que contradiziam a mensagem, ou por serem intervenções pontuais.

Foram então estabelecidas as bases teóricas da “Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação” (IUBAAM), sendo desenvolvido um modelo de avaliação correspondente a partir da metodologia de avaliação da IHAC²² e da trilogia estrutura-processo-resultado²³. Este modelo foi testado e validado²⁴ em um estudo de campo que envolveu²⁴ unidades básicas de saúde de diferentes regiões do Estado do Rio de Janeiro.

Em cada uma destas unidades, foram entrevistadas dez gestantes e dez mães de lactentes, enquanto estas aguardavam a consulta. Explicava-se à mulher que o objetivo da entrevista era procurar avaliar como seria possível melhorar o serviço da unidade, e pedido seu consentimento para tal, sendo assegurado que a identidade de suas respostas seria mantida confidencial. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fio-cruz. O questionário de entrevista contemplou duas perguntas abertas, que investigaram o porquê das gestantes e mães terem se sentido apoiadas (ou não) pela unidade básica de saúde para amamentar e como elas achavam que a unidade poderia ajudá-las a amamentar.

O presente estudo investiga o sentido destes depoimentos, com o objetivo de compreender os significados expressos pelas mulheres acerca do apoio prestado pelas unidades básicas de saúde para amamentar. Entende-se que estes significados possam ser levados em conta tanto para o aprimoramento da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, quanto por outras políticas de saúde voltadas para a assistência primária à mulher gestante e mãe nutriz.

Método

Partiu-se de dados coletados para analisar o desempenho das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação em unidades básicas no Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa gerou dados que se prestavam a uma análise qualitativa. Assim, entendendo que a etapa da entrevista permitiu, na sua finalização com questões abertas, uma relação empática com as depoentes, considerou-se a fenomenologia como possibilidade teórica para discutir e interpretar a vivência do apoio recebido, expressa como significados nos depoimentos. A abordagem fenomenológica de pesquisa tem sido desenvolvida e utilizada em diversos estudos^{18,19,25,26} voltados para compreender a dimensão subjetiva, na perspectiva existencial, que envolve a problemática da prática de promoção, proteção e apoio à amamentação.

Foi realizada uma análise compreensiva dos significados expressos pelas mulheres acerca do apoio recebido das unidades básicas para amamentar utilizando-se o método em Martin Heidegger²⁷. A investigação fenomenológica interroga os entes, neste estudo, as mulheres – gestantes e mães, usuárias dos serviços da rede básica de saúde –; questiona o ser, a instância fundante que caracteriza o quem de cada uma das mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde como

uma pessoa única e singular; e procura o sentido do ser, a dimensão subjetiva dessas mulheres que doam significados às ações assistenciais de promoção, proteção e apoio à amamentação que recebem da equipe de saúde.

A etapa de análise se desenvolve em dois momentos metódicos: o primeiro corresponde à constituição dos significados expressos pelas depoentes em estrutura de significação denominada de compreensão vaga e mediana, porque ainda é a visão factual das depoentes sobre o processo assistencial e, portanto, “pode também estar impregnada de teorias tradicionais e opiniões sobre o ser, de modo que tais teorias constituam, secretamente, fontes da compreensão dominante”²⁷. Este movimento de tratar/agrupar os depoimentos é mediado pela redução fenomenológica, em que o pesquisador, de modo a compreender as estruturas essenciais do fenômeno que interroga, põe em suspensão (*epoché*) seus pressupostos, isto é, os conhecimentos já produzidos sobre o que trata a investigação, que se inserem na fala das depoentes como estruturas ocasionais e acidentais.

O segundo momento metódico representa a possibilidade de interpretação desta compreensão ainda vaga e mediana iluminada por um referencial teórico filosófico que permita desvelar facetas do fenômeno, isto é, captar o seu sentido ainda velado e obscuro na significação. Neste mostrar-se do fenômeno constrói-se um saber que é imanente porque é do e não sobre o essencial, também denominado de *eidós*. Em decorrência, o que pertence à essência do que é possui a possibilidade de generalização. Neste movimento, faz-se a redução eidética²⁷.

A hermenêutica, nesta investigação, fundamentou-se no pensamento filosófico de Heidegger²⁷, que considera a instância ôntica como referente aos fatos do dia-a-dia, incluindo-se aí o processo de gestar, parir e amamentar. Esta instância mostra-se na repetitividade cotidiana das ações e dos processos assistenciais de saúde no qual, na maioria das vezes e quase sempre, as usuárias são vistas como mais um número ou mais um caso, sendo tratadas como entes e/ou objetos no modo próprio de ser da cotidianidade. Fundamentou-se também na instância ontológica – fenomenal, daquilo que não se repete e que, neste sentido, refere-se aos humanos, seres singulares diante dos fatos diários – cada mulher/nutriz é uma, em sua experiência e vivência de amamentar. Para Heidegger²⁷, os entes, que somos todos nós, vivem na cotidianidade no

modo próprio de ser da inautenticidade – de todos, como todos e para todos. Assim, ocultam a sua singularidade de ser-aí e ser-aí-com como essência de sua humanidade e não se reconhecem e/ou não são reconhecidos como ser de possibilidades. Neste estudo, buscou-se então compreender como as mulheres usuárias de unidades básicas de saúde, abordadas de modo empático, puderam mostrar-se como ser de possibilidades, significando o apoio recebido para amamentar prestado pelos profissionais de saúde.

Partiu-se de duas perguntas abertas do questionário de entrevista a gestantes e mães. Logo após a pergunta fechada: “Você acha que este posto de saúde está apoiando/apoiou você para amamentar?”, era feita a pergunta aberta: “Por quê?”

As respostas das gestantes e mães, de uma ou duas linhas, foram anotadas literalmente à mão pelo entrevistador e posteriormente transcritas. A abordagem qualitativa foi conduzida com a construção de cinco estruturas de significação, a partir das falas das mulheres. A frequência de aparecimento de cada uma destas estruturas foi também quantificada. Apesar de algumas mulheres alegarem várias razões para se sentirem (ou não) apoiadas para amamentar, nesta classificação foi selecionada a estrutura de significação mais enfatizada no depoimento.

Em seguida à pergunta aberta “Por quê?”, era indagado: “Como este posto de saúde poderia ajudar (melhor) as mulheres a amamentar?”

As respostas foram também anotadas pelo entrevistador e transcritas, e a partir da análise qualitativa destas falas das mulheres, foram identificadas estruturas de significação coincidentes e construídas novas estruturas de significação.

Análise compreensiva

Unidades avaliadas e mulheres entrevistadas

Não houve recusas entre as unidades a serem avaliadas²⁴, ou as mulheres selecionadas, sendo entrevistadas 240 gestantes e 240 mães de lactentes. A maioria das mulheres entrevistadas residia com companheiro (81%), não trabalhava (81%) fora de casa (trabalho formal ou informal), e tinha baixa escolaridade (31% só haviam estudado até a 4ª série). Mais de um quinto era adolescente e mais de um terço, primípara.

Estruturas de significação quanto ao apoio recebido para amamentar

Os depoimentos das gestantes e mães, apesar de breves, expressaram com riqueza toda a complexidade envolvida na promoção, proteção e apoio à amamentação. As razões alegadas pelas mulheres para se sentirem (ou não) apoiadas para amamentar foram agrupadas em cinco estruturas de significação: “nenhum apoio”, “apoio dúbio”, “apoio como incentivo”, “apoio no manejo” e “apoio como parceria”.

Nenhum apoio

A unidade de significação nenhum apoio expressa, em princípio, a percepção das mulheres de ausência de qualquer apoio dado pela unidade. Foi a estrutura de significação mais frequente, referida por 42% das gestantes e mães. Estas falas exprimem sentimentos de abandono (com decaimento, com reação ativa ou com lamentação), de assistência fragmentada (e não integral) à mulher, de autculpabilização da mulher pela falta de apoio ou pelo insucesso com a amamentação, e de uso de material informativo em vez do diálogo. Assim, a estrutura de significação nenhum apoio, em suas subdivisões, incluiu falas eloquentes, como:

. Abandono (com decaimento):

Não chegam perto, não conversam, não explicam.

Até agora não falaram nada sobre isso, a única coisa que faço é vir na consulta e ir embora.

Não dão orientação de nada. Se sabe, sabe. Se não sabe, fica sem saber mesmo.

. Abandono (com reação ativa):

Não falaram nada disto, mas eu nem ligo, vou aprender por fora.

Sempre foi por mim mesma.

. Abandono (com lamentação) :

Eu reclamei que a criança não queria pegar o peito, mas não tive nenhuma orientação.

Por enquanto não falaram nada, tinha que ter reuniões pra explicar, no meu primeiro filho não explicaram nada, o leite empedrou e com dois meses ele parou de mamar.

Por que eu continuo com as minhas dúvidas e não sei como fazer pra dar mais tempo só no peito e não largar.

. Assistência fragmentada à mulher:

Sobre estas conversas comigo não, só pediu pra vir aqui medir a pressão.

Não estão falando sobre isso, só medem a barriga e escutam o coração do neném.

. Autoculpabilização:

Ela quase não falou de peito comigo, porque eu quase não tinha mais leite.

Acho que dão sim, eu é que esqueço.

. Material informativo em vez de diálogo:

Não falaram nada contra nem a favor, só o papelzinho que eu ganhei.

Nunca falaram nada, só deram o livrinho na reunião.

Apoio dúbio

Ao serem perguntadas por que se sentiam (ou não) apoiadas para amamentar pela unidade, a resposta de 6% das mulheres foi categorizada como apoio dúbio. A categoria apoio dúbio abrangeu tanto a dificuldade de caracterização do apoio, quanto a referência a uma mensagem conflitante ou contrária à amamentação.

. Dificuldade de caracterização:

Não sei explicar.

Não sei, acho que é porque acha que a gente já sabe.

. Mensagem conflitante:

Ela falou pra dar mamadeira, mas continuar com o peito.

Toda semana a doutora mandava insistir, mas se ele começar a tomar nojo, dar a mamadeira pra não perder peso.

Estar não está não, mas acho que se precisasse estaria, porque mostrou interesse, a doutora só passou suco de laranja porque ela passou dois dias sem evacuar.

. Mensagem contrária:

Falaram pra tirar do peito com seis meses e eu queria que meu peito desse mais leite pra ela.

Porque eu, quando vi, já estava com o peito rachado e com mastite, e mandou parar e passar pomada.

Apoio como incentivo

Para várias mulheres (29%), o apoio à amamentação é referido como incentivo que se configura como motivação ou persuasão para a prática de amamentar. Em geral, o incentivo foi referido positivamente, associado à resposta “sim”, mas também esteve relacionado à resposta “mais ou menos” e “não”, como em depoimentos que sinalizam a insuficiência do incentivo para o apoio efetivo à amamentação.

. Motivação:

Falam: “Ó que bom que ela está só no peito”.

Eles falam sobre o leite materno, mas quero saber mais um pouco, como devo fazer?

. Persuasão:

Dizem que é bom, que a criança não fica doente. Eles falaram que é bom pra mãe e melhor ainda pra criança, e o útero volta logo ao normal. A doutora falou preu insistir, mas não adiantou.

Apoio no manejo

A percepção de que a unidade tinha dado apoio à amamentação foi referida como recebimento de apoio no manejo da amamentação, que se configura em orientação sobre como amamentar, como lidar com intercorrências da amamentação e até sobre como gerenciar o cotidiano, por 14 % das mulheres, como nos depoimentos abaixo:

. Como amamentar:

Eles explicam bem como dar mamá à criança. Orientaram as dúvidas

. Como lidar com intercorrências:

Eu tava com o peito rachado e tirava na bomba, ensinaram que o neném sugando a ferida fecha. Eles sempre falam pra deixar ela sugar que o leite vem.

. Como gerenciar o cotidiano:

Aconselharam a não tirar do peito, eu ia tirar o peito porque ia trabalhar e aconselharam a levar ele pro trabalho e a patroa aceitou.

Eu não sabia nada sobre retirada do leite, ensinaram a tirar o leite e colocar no copinho.

Apoio como parceria

A unidade de significação apoio como parceria abrangeu referências ao diálogo, à facilidade de acesso, à ajuda, ao aumento da autoconfiança e à relação de afeto, tendo sido referida por 9% das gestantes e mães:

. Diálogo:

Eles conversam comigo.

Eles sempre conversam, explicam, incentivam a gente

. Acesso:

Eles explica e atende direitinho, é perto e pode vir mesmo sem hora marcada.

Na reunião apoiou, já vim em três reunião.

A atenção que eles dão, as explicações.

. Ajuda:

Está ajudando bastante coisa, na primeira tive problema, o peito rachou.

Eu sempre que chego aqui encontro socorro.

Eles ensinam e ajudam a superar muitas fases, mostrando que nem tudo é difícil.

. Autoconfiança:

Eles dão força para a criança não deixar de mamar.

Eu tive firmeza de acreditar que ele podia se alimentar só no peito.

. Afeto:

A equipe daqui é amiga. Eles são muito legal.

Grande parte (49%) das depoentes expressou uma compreensão vaga e mediana de que não se sentiram apoiadas para amamentar pela unidade básica de saúde, porque perceberam/significaram não terem recebido apoio algum, não se sentiram orientadas e nem puderam falar coisa alguma, apenas mandavam vir às consultas. Os profissionais como um todo, e as doutoras, são citados como ninguém, o que indica a impessoalidade do processo assistencial. Neste cotidiano assistencial, as usuárias se compreendem tratadas como objeto a quem tudo se fala e de quem nada se espera.

Parte das mulheres (29%) ouviram sobre a importância de amamentar, das vantagens de dar o peito para o bebê, mas algumas também se sentiram confusas (6%) com orientações contraditórias, que tanto indicavam a necessidade de dar o peito, quanto de introduzir a mamadeira. Segundo as depoentes, os profissionais falam da importância da amamentação, entretanto mandam complementar ou parar de amamentar quando surge algum problema e não procuram ouvi-las sobre como se sentem e até quando planejam amamentar.

Algumas mulheres (14%) expressaram como positivo o apoio direcionado a ajudá-las a amamentar e a resolver as situações de dificuldade neste processo, conjugando esta nova responsabilidade às suas outras atividades de dona de casa, companheira, trabalhadora, que fazem parte do seu dia-a-dia. Significaram também como muito importante (9%) a conversa, o diálogo e a recepção afetiva quando buscaram o serviço de saúde, de modo que o acesso à assistência ajudasse a adquirir confiança que irão dar conta do recado de amamentar seus filhos.

Estruturas de significação quanto às sugestões sobre como a unidade poderia ajudá-las a amamentar

Quando foi indagado: “Como este posto de saúde poderia ajudar (melhor) as mulheres a amamentar?”, a grande maioria das gestantes e mães (74%) emitiram sua sugestão. Algumas estruturas de significação identificadas nestas falas coincidem com aquelas construídas quanto ao apoio para amamentar, como o apoio no manejo da amamentação (como amamentar, como

lidar com intercorrências) e o apoio como parceria. Várias mulheres ressaltaram a necessidade da atuação da unidade de saúde ser contínua, dando margem à identificação da estrutura de significação apoio continuado (com equipe qualificada, utilizando diversas estratégias, compartilhando responsabilidades). Por fim, cerca de um quarto das mulheres não emitiram sugestão, alegando não terem sugestão a dar ou já estarem satisfeitas com a atuação da unidade.

Apoio no manejo

A sugestão mais frequente entre as mulheres (42%) foi o apoio no manejo da amamentação, que se configurou em orientação sobre como amamentar e em como lidar com intercorrências da amamentação, como nos depoimentos abaixo:

. Apoio no manejo (como amamentar):

Fazendo palestra, mostrando como fazer quando o bebê não quiser mais mamar; orientar melhor.

Explicar como é que é, ensinar como é que se dá o peito.

Ensinando a posição, eu quase não tenho bico, doeu, agora que tá calejado.

As mães vir e mostrar como amamenta.

Pegar uma boneca pra mostrar ou um neném de verdade, senão a gente não entende.

. Apoio no manejo (como lidar com intercorrências):

Passando sempre pras mulheres a orientação que não passaram pra mim. No primeiro filho eu dei mamadeira e tinha tanto leite.

Ter um banco de leite

Apoio como parceria

Uma parceria no apoio à amamentação foi sugerida por 14% das mulheres, que se manifestaram por mais diálogo e mais atenção:

. Parceria:

Sentando pra conversar.

Ter mais orientação, ter mais diálogo, só com o diálogo a gente se entende.

Dar mais atenção, explicar melhor, porque todos querem dar palpite.

Apoio continuado

Várias mulheres (18%) ressaltaram a importância do apoio à amamentação ser um trabalho continuado, utilizando estratégias variadas, em equipe, e compartilhado com as mães, como nas falas a seguir:

. Apoio continuado (com equipe qualificada):

Aconselhar mais, não só o pediatra.

Se tivesse um grupo de apoio, de orientação, seria o ideal, com pessoas qualificadas.

. Apoio continuado (utilizando diversas estratégias):

Com mais reuniões: uma vez por mês.

Orientar antes de cada consulta. A gente já fica esperando.

Podia ter uma palestra desde o início da gravidez e depois que ganhasse.

Explicando toda vez que fizesse a consulta do bebê e na vacina, numa palestra.

Na sala de pesagem ter sempre alguém orientando e esclarecendo dúvidas.

Ter um banco melhor pra amamentar; nessa posição a gente cansa e tira logo do peito.

Ver uma forma delas virem aqui.

Ir nas casas

. Apoio continuado (compartilhando responsabilidades):

Uma ajuda a outra.

Também depende do interesse das pessoas.

Fazer grupo de mães para orientação sobre aleitamento, mas sem criticar.

Sem sugestão

Cerca de um quarto das mulheres alegaram não ter sugestão a dar por falta de opinião sobre a questão (16%) ou por que a atenção prestada já era satisfatória (11%):

. Sem sugestão (falta de opinião):

Não sei dizer.

. Sem sugestão (atenção satisfatória):

Pra mim tá bom.

Mais do que eles ajudam?

Do jeito que tá, tá ótimo, gosto das pessoas daqui.

Na compreensão vaga e mediana das mulheres²⁷, emerge como sugestão para os serviços o apoio que ensina e demonstra como a mulher dá o peito para o bebê e o apoio que ajuda com as intercorrências. As mulheres indicam que esta abordagem pode ser melhor apreendida através do diálogo, da atenção e da disponibilidade dos profissionais de saúde, numa postura de respeito ao seu sistema de crenças e de resgate de possíveis informações equivocadas, fornecidas ao longo do tempo, em relação à amamentação e ao leite materno.

As gestantes e mães valorizam um contato continuado, de modo que se estreite a relação interpessoal e se propicie a aquisição de autoconfiança. Sugerem, entre outras estratégias, um melhor aproveitamento do tempo da sala de espera

com trabalho em grupo, destacando a necessidade de apoio do começo ao fim da gravidez e ao longo do período de acompanhamento do bebê.

Interpretação compreensiva

A análise hermenêutica em Heidegger²⁷ está calçada na etapa que lhe é anterior que corresponde, neste estudo, à compreensão vaga e mediana das depoentes expressa em estruturas de significação. A partir daí, para dar continuidade ao movimento de análise de modo a desvelar o sentido que funda esta compreensão das mulheres depoentes, busca-se interpretar esta compreensão que é ainda um fato, procurando aclarar a instância fenomenal velada pelos significados expressos. Então, entende-se que o projetar da compreensão possui a possibilidade própria de se elaborar em formas e chamamos de interpretação essa elaboração. Deste modo, para Heidegger, interpretar não é tomar conhecimento de que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas na compreensão.

As depoentes mostraram-se como ser-aí-com porque fizeram uso da linguagem para se expressarem em um discurso pleno da compreensão, que deve ser entendida primordialmente como poder ser da presença. Entretanto, no cotidiano, aqui considerado o cotidiano assistencial, a presença sucumbe ao impessoal e por ele se deixa dominar. Assim, as mulheres mostraram se sentir abandonadas e dependentes de um apoio assistencial que não receberam, porque nada foi conversado com todas, em geral há conversa apenas com aquelas que apresentam problemas. Sentem-se abandonadas à própria sorte e por causa disto se culpabilizam. Sentem-se dominadas pelo falatório²⁷ acerca das informações sobre as vantagens do aleitamento materno, que fazem parte da prática cotidiana dos profissionais de saúde.

Em Heidegger²⁷, falatório é uma expressão que significa um fenômeno que constitui o modo de ser da compreensão e interpretação, da presença cotidiana. No falatório, busca-se repetir e passar adiante a fala, assumindo um caráter autoritário. As coisas são assim como são, porque delas se fala assim. Repetindo e passando adiante a fala, potencializa-se a falta de solidez, e esta foi a forma pela qual as depoentes disseram ter sido orientadas. Considerando que a falta de solidez do falatório não lhe fecha o acesso à publicidade, mas o favorece e que o falatório é a possibilidade de compreender tudo sem se ter apropriado previamente da coisa, as depoentes mostram-se confusas e

afirmam terem recebido orientações contraditórias e conflitantes com o que realmente queriam ou buscavam de ajuda profissional na unidade.

Expostas ao falatório, as mulheres sentem-se também dominadas pela curiosidade que é uma tendência ontológica para “ver”, própria da cotidianidade, e desamparadas, em decorrência da impermanência no mundo circundante das ocupações e da dispersão em novas possibilidades de ser mulher, gestante, mãe, trabalhadora e nutriz²⁷. Isto porque não sabem o que devem fazer para amamentar e para continuar a fazer todas as coisas que têm como obrigação ou prazer.

Embora confusas, desamparadas e culpadas, porque regidas pela ambiguidade que indica que tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não o foi, as gestantes e mães deste estudo significam que o apoio como incentivo (de motivação e de persuasão) e como parceria (de acesso facilitado e atenção solidária) por parte dos profissionais de saúde da unidade básica, dirigido a cada uma delas, é importante no manejo da amamentação.

As depoentes foram estimuladas a expressar as suas verdades porque aceitaram participar da entrevista, que na sua etapa final continha perguntas abertas. É possível compreender que, mediadas pela empatia e pelo encontro fenomenológico com as entrevistadoras, não ocultaram nem dissimularam, apenas significaram ao se mostrarem como ser-aí²⁸. Considerando que a presença, enquanto ser-aí-com-os-outros é ser de possibilidades, entendeu-se também que a instância ontológica se constituiu pelas sugestões apresentadas às unidades básicas para o desenvolvimento de uma melhor assistência em amamentação. Portanto, sugestões são possibilidades e estão além da instância factual.

Assim, quando as depoentes expressaram a compreensão delas, que permitiu reconhecer sugestões sobre como a unidade poderia ajudá-las a amamentar, emergiu uma outra questão fenomenal em suas falas. Porque a instância ontológica do ser-aí se desvela no que foi dito e também naquilo que não foi dito e que foi silenciado, porque uma outra possibilidade constitutiva do discurso é o silêncio que possui o mesmo fundamento existencial²⁷.

Então, é possível apreender que muitas depoentes falaram e algumas se calaram, mas significaram que a atenção cuidadosa e afetiva permite encontrá-las como presença, isto é, como ser-aí-no-mundo. Esta análise permite reconhecer o sentido destas mulheres, que não querem ser tratadas como entes (objetos), e que ao anun-

ciarem que são ser-aí-com-os-outros carecem de um cuidado à maneira da singularidade de cada uma delas²⁸.

Nesta instância, onde o cuidado é solicitude, há um outro (que são estas mulheres), para quem cuidar com solicitude consiste em se antecipar a este outro, que é a mulher gestante ou nutriz. Este cuidado, que elas sugerem, se dá num modo em que não se protege o outro, mas em que, antes disso, faz-se com que ele se volte para si mesmo, autenticamente, como pela primeira vez. Este outro modo de solicitude pertence essencialmente ao autêntico cuidar – isto é, para com a existência do outro e não para um “o que” (objeto) ele cuida²⁸. A solicitude, na direção da paciência e da antecipação, se dá pelo diálogo e pela consideração constante, para que progressivamente o outro vá se libertando e reduzindo a dependência.

A solicitude não é uma atitude generalizada no cotidiano de assistência da rede básica de saúde; no entanto, esta rede já avançou em relação às décadas de cinquenta e sessenta, quando ainda se distribuía leite em pó às mães⁵. A solicitude pode tornar-se uma prática de modo a caracterizar o relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde, destes profissionais com a clientela e entre as gestantes e mães. As falas das mães apontam que a forma de abordagem às usuárias, quando sustentada na solicitude, garante o diálogo, estabelece uma relação de confiança e confere a estas mulheres uma posição de partícipes do processo de assistência. O espaço coletivo de troca de experiências e de saberes das salas de espera, dos grupos de apoio à amamentação, o espaço de troca individual das consultas e orientações na sala de pesagem, na sala de vacinação, já identificados enquanto efetivos na revisão sistemática realizada²¹, quando mediados por um comportamento cordial e de escuta atenta, oportunizam a vivência da solicitude.

Considerações finais

Foi possível compreender que a mulher que amamenta ou pretende amamentar busca ser sujeito neste processo. As depoentes mostraram-se como ser-aí, portanto como pre-senças dominadas pelo modo de ser do cotidiano assistencial. Neste cotidiano, predomina a impessoalidade, a atenção igual para todas ou a ausência de atenção.

As mulheres querem ser ajudadas no manejo da amamentação e consideradas em sua autenticidade e singularidade. Neste sentido, revelam que

houve pouco apoio como incentivo, no manejo da amamentação e como parceria. Assim, apontam para um modo deficiente na relação assistencial de ser-aí-com-os-outros²⁸. As unidades básicas de saúde, na maior parte das vezes, desenvolvem nenhum apoio ou apoio dúbio. As mulheres revelam sua insatisfação e apontam possibilidades assistenciais. Como presença que se mostra sendo, as mulheres estão em condições de falar e expressar em que precisam de ajuda ou como sentir-se-ão confiantes para amamentar seus filhos: pela parceria que se traduz em diálogo. Entretanto, nos serviços ainda estão expostas ao falatório sobre o aleitamento materno, que representa o excesso de informação e o autoritarismo do profissional de saúde para com elas. Não é isto que querem ou precisam.

Ao serem estimuladas à verbalização, mostram-se acessíveis. As gestantes e mães querem falar sobre como os serviços podem ajudá-las a amamentar e a manter a amamentação. A ajuda precisa ser contínua, efetiva e de qualidade. Na relação assistencial, sabem que são as atoras principais do ato de amamentar, por isso assumem a responsabilidade da amamentação. Entretanto, são consideradas as culpadas pela não amamentação ou por situações que dificultam o processo. As gestantes e mães querem e precisam de um cuidado solícito, respeitoso e paciente, que não as domine, que não faça por elas. Querem falar e querem ser ouvidas na forma de diálogo.

Assim, foi possível compreender, através da fala das depoentes, que a rede básica de saúde, para se constituir em um espaço efetivo de promoção, proteção e apoio à amamentação, necessita incorporar a solicitude ao modelo de atenção à saúde. As gestantes e mães, ao apontarem para possibilidades assistenciais calcadas na singularidade da clientela e na autenticidade²⁷ da relação entre a equipe de saúde e as mulheres usuárias do pré-natal e da pediatria, indicam um modelo assistencial a ser colocado em prática.

Esta análise aprofundada da fala das mulheres permitiu rever as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno praticadas na rede básica de saúde, da perspectiva das usuárias e beneficiárias. Ao induzir uma reanálise do programa, estes resultados podem contribuir para reforçar alguns aspectos e modificar outros, com implicações no cotidiano destas ações nas unidades básicas de saúde, bem como na capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à mulher gestante e nutriz.

Colaboradores

MIC Oliveira foi a responsável principal pela concepção geral do estudo, pela coleta dos dados, pela análise quantitativa dos dados e pela redação do artigo. Participou também da análise qualitativa dos dados. IEO Souza foi a responsável principal pela análise qualitativa dos dados e participou da redação do artigo. EM Santos participou da análise qualitativa dos dados e da redação do artigo. LAB Camacho participou da elaboração do desenho do estudo, da análise quantitativa dos dados, da redação do artigo e de sua análise crítica.

Referências

- Almeida JAG. *Amamentação, um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- Akré J. Infant feeding: the physiological basis. *Bull World Health Organ* 1989; 67(Suppl.):1-108.
- Figueiredo Jr. I. Alojamento conjunto: histórico. *Pediatr Atual* 1993; 6:89-91.
- Martins Filho J. *Como e porque amamentar*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1987.
- Scheper-Hugues N. Infant mortality and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in Northeast Brazil. *Soc Sci Med* 1984; 19(5):535-546.
- World Health Organization. *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. Geneva: WHO; 1981.
- Jelliffe DB. Commercialized Malnutrition. *Food Technology* 1971; 25:55.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Concepção, Evolução e Perspectivas*. Brasília: INAN; 1986.
- Oliveira RD. *Elogio da diferença: o feminino emergente*. São Paulo: Brasiliense; 1991.
- Kitzinger S. The psychology of breast-feeding. *Breastfeeding Rev* 1984; 5:45-47.
- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Resumo das características relevantes dos resultados da pesquisa de aleitamento materno. Brasília: UNICEF; 1981. [Mimeo]
- Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. *Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente*. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
- Victoria CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993; 341:404-406.
- Amin S. *Nurturing the future: our first five years*. Penang: WABA; 1996.
- Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breast-feeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996; 23(3):154-160.
- Arantes CIS. Amamentação - visão das mulheres que amamentam. *J. Pediatr.* 1995; 71(4):195-202.
- Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- Arantes CIS. *O fenômeno da amamentação* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1991.
- Souza IEO. O desvelar do ser gestante diante da possibilidade de amamentação. *Escola Anna Nery - Rev Enferm* 1997; 1(n.esp):135-142.
- Silva IA. Desvelando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. *Rev Bras Enferm* 2000; 53(2):241-249.
- De Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001; 17(4):326-343.
- World Health Organization. UNICEF. The global criteria for the Baby Friendly Hospital Initiative. Geneva: WHO; New York: UNICEF; 1992.
- Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring* Vol. I. Michigan: Health Administration Press; 1980.
- De Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. A method for the evaluation of primary care unit's practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the State of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact* 2003; 19(4):365-373.
- Souza KS. *O dito e o não dito da amamentação: o sentido de mães nutrizas na vivência do alojamento conjunto* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
- Alves VH. *O ato da amamentação: um valor em questão ou uma questão de valor?* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.
- Heidegger M. *Ser e Tempo*. Parte I e II. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1989.
- Heidegger M. *Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. São Paulo: Moraes; 1981.

Artigo apresentado em 27/07/2006

Aprovado em 29/09/2006

Versão final apresentada em 30/10/2006