

Reflexões sobre a trajetória do Aleitamento Materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e com a Política Nacional de Humanização

Reflections on the trajectory of Breastfeeding and its interfaces with the movement for the Humanization of Childbirth and the National Policy on Humanization

Reflexiones sobre la trayectoria de la lactancia materna en el Brasil y sus interfaces con el movimiento por la Humanización del Parto y Nacimiento y la Política Nacional de Humanización

Sonia Isoyama Venancio¹

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins²

Elsa Regina Justo Giugliani³

RESUMO

Apesar dos reconhecidos benefícios da amamentação, houve um declínio dessa prática no mundo todo. A partir da década de 70, em função das conseqüências do desmame precoce, verificou-se o início de um movimento mundial para a reconstrução da cultura da amamentação. Este artigo busca resgatar a trajetória das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação no País, implementadas desde o início da década de 80, buscando identificar algumas de suas interfaces com o movimento de humanização do parto e nascimento e, mais recentemente, com a Política Nacional de Humanização. Pode-se dizer que os movimentos pela retomada da amamentação e pela humanização do parto e nascimento têm em

seu ideário e em sua construção vários aspectos comuns. Dentre eles, destacam-se a incorporação da discussão sobre direitos e das recomendações com base em evidências científicas e a participação da sociedade civil organizada. Verifica-se, também, vários pontos de convergência entre as propostas trabalhadas no contexto do apoio ao aleitamento materno e as preocupações apontadas pela política de humanização, como a importância do acolhimento, do trabalho em equipe e do cuidado com o cuidador. Obviamente não se pretende esgotar essa discussão, mas levantar alguns pontos que permitam a reflexão sobre as possibilidades de articulação das diferentes estratégias para a promoção da amamentação, humanização do parto e implementação da PNH.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização do parto. Humanização em saúde. Amamentação.

ABSTRACT

Despite the recognized benefits of breastfeeding, a decline in this practice has been documented worldwide. Since the 1970's, because of the consequences of early weaning, a worldwide movement started in order to rebuild the culture of breastfeeding. This article aims to describe the

1 Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, Ministério da Saúde.

2 Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

3 Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Ministério da Saúde e professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

path of actions to promote, protect and support breastfeeding in Brazil, that were implemented since the early 80's, and to identify some of their interfaces with the movement of humanization of childbirth and, more recently, with the National Policy of Humanization. We could say that the moves for the resumption of breastfeeding and humanization of childbirth care have several aspects in common in their policies and construction. They include incorporation of the discussion about rights and recommendations based on scientific evidence, and the involvement of civil society organizations. There are also many points of convergence among the proposals worked in the context of breastfeeding support and concerns identified by the National Policy of Humanization, as the importance of caring, teamwork and care for the caregiver. Obviously it is not our intention to exhaust this discussion, but to raise some points that allow reflection on the possibilities for articulation of different strategies for the promotion of breastfeeding, humanization of childbirth care and implementation of the NPH.

KEYWORDS: Humanization of Childbirth. Humanization of care. Breastfeeding.

RESUMEN

A pesar de los reconocidos beneficios de la lactancia, hubo una disminución de esta práctica en el mundo. A partir de la década del 70, debido a las consecuencias del desmame precoz, inicia un movimiento mundial para reconstruir la cultura de la lactancia. Este artículo busca rescatar la trayectoria de las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia en el Brasil, implementadas desde el inicio de la década de los 80, buscando identificar algunas de sus interfaces con el movimiento de humanización del parto y nacimiento y, más recientemente, con la Política Nacional de Humanización. Se puede decir que los movimientos en pro de la lactancia y por la humanización del parto y nacimiento tienen ideales comunes. Entre ellos se destacan la incorporación de la discusión sobre derechos y de las recomendaciones basadas en evidencias científicas y la participación de la sociedad civil organizada. Se constata, también, varios puntos de convergencia entre las propuestas

trabajadas en el contexto de apoyo a la lactancia materna y las preocupaciones señaladas por la política de humanización, como la importancia de la calidez, del trabajo en equipo y del cuidado con el cuidador. Obviamente no se pretende agotar esta discusión, mas levantar algunos puntos que permitan reflexionar sobre las posibilidades de articulación entre las diferentes estrategias para promover la lactancia, humanización del parto e implementación de la PNH.

PALABRAS-CLAVE: Humanización del parto. Humanización en salud. Lactancia.

Introdução

A relação entre aleitamento materno (AM) e saúde infantil tem sido amplamente documentada na literatura. O AM é a estratégia que mais previne mortes infantis¹ além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher.

Os benefícios do AM para a saúde infantil são atribuídos especialmente a aspectos nutricionais e imunológicos. Sobre as vantagens do ponto de vista nutricional, pode-se dizer que o AM associa perfeitamente os três elementos da nutrição correta - alimento, saúde e cuidados, constituindo a principal alternativa de oportunidade nutricional após a gestação².

Com relação aos aspectos imunológicos, sabe-se hoje que o leite humano é uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora. Proporciona proteção exclusiva contra infecções e alergias, bem como estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê, além de possuir inúmeros componentes anti-inflamatórios³.

O AM ajuda a limitar a fertilidade, promovendo maior espaçamento entre as gestações, o que também tem impacto na redução da morbimortalidade infantil. O método de amenorréia lactacional (LAM), quando seguido apropriadamente, pode

conferir proteção contra nova gravidez com falha de apenas 2%⁴.

Além de todos os benefícios já citados, é importante lembrar que a amamentação propicia importante interação física e psicológica entre mãe e filho, o que influencia positivamente o desenvolvimento da criança e o estabelecimento do vínculo mãe bebê.⁵

Com base em evidências científicas, a OMS recomenda amamentação exclusiva até os seis meses e manutenção do AM, juntamente com alimentos complementares, por dois anos ou mais⁶.

Apesar dos reconhecidos benefícios da amamentação, houve declínio dessa prática em todo o mundo. Vários fatores influenciaram esse declínio, como o processo de industrialização no final do século XIX, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o marketing dos leites artificiais e as práticas dos serviços de saúde.

A partir da década de 70, em função das conseqüências do desmame precoce, verificou-se o início de um movimento mundial para a reconstrução da cultura da amamentação. Este artigo tem por objetivo apontar grandes marcos desse movimento no Brasil, buscando suas interfaces com o movimento pela humanização do parto e nascimento e, mais recentemente, com a Política Nacional de Humanização.

A trajetória do AM no Brasil

No Brasil, a década de 70 é caracterizada pelos altos índices de desmame precoce⁷ e pela ausência de ações de incentivo à amamentação, embora na literatura se identifiquem publicações que denotam a preocupação com o impacto do desmame sobre a mortalidade infantil. Podemos citar, no âmbito internacional, a publicação do livro *The Baby Killer*, em 1975⁸, e, no Brasil, a realização do primeiro estudo que documenta as práticas indevidas de marketing dos substitutos do leite materno⁹.

No final da década de 70, ocorre a Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena (1979), em Genebra. O encontro, que contou com representação do Brasil, teve como desdobramentos, entre outros, a decisão sobre a necessidade de se elaborar um código de conduta ética quanto à propaganda de produtos que interferiam na amamentação. O Código foi elaborado e aprovado em Assembléia na OMS em maio de 1981¹⁰.

Em consonância com a preocupação mundial com a retomada do AM, é criado no Brasil, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Pode-se dizer que, em decorrência do PNIAM, a década de 80 é marcada por uma intensa mobilização social em prol da amamentação, com a realização de campanhas abrangentes veiculadas em meios de comunicação de massa¹⁰.

Além disso, nos anos 80, também se verifica o desenvolvimento de um forte componente de proteção legal à amamentação, com base na concepção da amamentação como direito. Em 1983, foi publicada portaria tornando obrigatório o alojamento conjunto em todas as maternidades públicas¹¹ e, em 1988, o País adaptou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e aprovou a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)¹². A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, incluiu em seu texto o direito da mulher trabalhadora a 120 dias de licença maternidade e o direito ao pai de cinco dias de licença paternidade; assegurou, ainda, às presidiárias, o direito de permanecer com seus filhos durante o período de amamentação¹³. Vale citar também a portaria publicada em 1985, que institui a criação de Bancos de Leite Humano no Brasil e que anos seguintes se constituirão em um importante componente do incentivo à amamentação no País¹⁴.

Outro fato que merece destaque é a criação de um grupo nacional da IBFAN (*International*

Baby Food Action Network), com a finalidade de combater as formas de promoção comercial não éticas¹⁰. Certamente, a atuação de organismos não governamentais é relevante em toda a trajetória do movimento pela retomada da amamentação no país.

Não se pode deixar de citar que, ao final dessa década, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista nascida das lutas pela democracia no País, ganhou estatuto constitucional em 1988, fato que terá forte influência para a incorporação da promoção do AM nas políticas públicas de saúde.

Ainda no final dos anos 80, a OMS/UNICEF lançaram a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidade e nela definiram os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”¹⁵. Em 1990, o Brasil é signatário da Declaração de *Innocenti*, cujas metas são: criar coordenações nacionais de AM, assegurar que as maternidades cumpram os Dez Passos, implementar o Código e proteger a mulher trabalhadora¹⁰.

Em 1991, a OMS/UNICEF lançam a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, disponibilizando estratégia que revolucionou a atenção aos recém-nascidos saudáveis nas maternidades.

A IHAC, ao ser implantada no Brasil, ganhou novos contornos, com a criação de um incentivo financeiro para os hospitais credenciados e a inclusão de outros critérios para a certificação, que incluem, entre outros: comprovar cumprimento à NBCAL, dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto, permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto e apresentar taxa de cesarianas conforme o estabelecido por gestores do nível estadual/municipal ou comprovar que as mesmas estão em movimento de queda.¹⁶ O objetivo da criação de tais critérios foi o estabelecimento de uma articulação e sinergismo entre as diferentes estratégias e

políticas brasileiras voltadas à saúde materno-infantil. O primeiro HAC foi credenciado em 1992, sendo que atualmente o Brasil conta com 335 hospitais credenciados à Iniciativa.

As contribuições da IHAC foram – e têm sido – fundamentais para a mudança no paradigma da assistência ao recém-nascido, centrado na separação mãe bebê, uso de intervenções desnecessárias e alimentação dos bebês com leite artificial. É importante destacar que a IHAC tem como base evidências científicas que mostram influência favorável das mudanças propostas sobre as taxas de AM¹⁷.

Em 1992 destaca-se, também, em nível internacional, a criação da Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (WABA), que passa a coordenar uma importante atividade de promoção, intitulada Semana Mundial de Amamentação (SMAM). O objetivo da SMAM é mobilizar a sociedade, tratando, a cada ano, de diferentes temas relacionados à amamentação, na semana de 1 a 7 de agosto. No nosso país, a SMAM tem tido atuação destacada e está presente em inúmeros municípios brasileiros¹.

A década de 90 é também marcada pelo intenso envolvimento de profissionais de saúde em cursos de AM. Esse fato se justifica pela formação inadequada dos profissionais para o manejo do AM em “situações reais”, sendo a formação muito mais voltada aos aspectos teóricos relacionados ao tema¹⁸.

Vale destacar que, além do curso de 18 horas proposto para o cumprimento do Passo 2 da IHAC¹⁹, a OMS lança o Curso de Aconselhamento em Amamentação, um curso de 40 horas que propõe mudanças na abordagem dos profissionais para o apoio às mulheres que amamentam. Tal curso propõe reflexão sobre como melhorar a relação entre profissionais e mulheres e abordagem na qual o profissional de saúde oferece informação e apoio para que a mulher possa decidir o que é melhor para ela.²⁰

Lembramos que os anos 90 foram caracterizados, no âmbito do SUS, pelo movimento de descentralização, sendo fortalecido o papel dos municípios no planejamento, implementação e avaliação das políticas de saúde. Em 1995, o MS lança a publicação “O Aleitamento Materno e os Municípios”²¹, pontuando as atividades a favor da amamentação desenvolvidas nos níveis federal e estadual, e propondo que os municípios participem desse esforço nacional. Nessa perspectiva, surge a proposta de desenvolvimento de inquéritos de AM nas campanhas de vacinação, com o objetivo de disponibilizar aos gestores municipais informações epidemiológicas para o planejamento e avaliação de ações locais de incentivo à amamentação²². Analisando a última década, verificamos que, além da continuidade e fortalecimento das ações já citadas, duas importantes iniciativas nacionais devem ser mencionadas.

A primeira delas é a publicação em portaria, em 2000, da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru²³. A visão brasileira sobre o Método Canguru, na realidade, é uma mudança do paradigma da atenção perinatal em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos. O contato pele-a-pele, a posição canguru e o AM são importantes pilares dessa estratégia. A concepção que norteou fundamentalmente a proposta brasileira foi a de que, através da “prática canguru”, era possível associar todas as correntes mais modernas da atenção ao recém-nascido, incluindo necessariamente os requisitos da atenção biológica, dos cuidados técnicos especializados, com igual ênfase no aspecto da atenção psico-afetiva, da mãe, da criança e da família. Especial preocupação, também, houve com o estabelecimento da discussão acerca dos “cuidados com quem cuida”, ampliando a importância de cuidar da equipe de saúde como um princípio básico para uma boa atenção

perinatal²⁴.

A segunda iniciativa foi a criação, em 2007, da Rede Amamenta Brasil, uma estratégia para a abordagem do AM na Atenção Básica. A Rede Amamenta propõe um conjunto de ações que possam contribuir para o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, tendo como referenciais a Educação Crítico-Reflexiva e a Educação Permanente em Saúde, visando a uma prática integralizadora em AM²⁵.

Mas quais foram os resultados desses esforços pela retomada da amamentação, empreendidos ao longo dos últimos 30 anos no Brasil?

Pesquisas nacionais mostram que os índices de AM vêm aumentando gradativamente. Inquéritos domiciliares representativos do País mostram evolução da duração mediana do AM de 2,5 meses em 1975, para 5,5 meses em 1989²⁶, 7 meses em 1996²⁷ e 14 meses em 2006²⁸. Além disso, pesquisas realizadas nas capitais brasileiras e Distrito Federal durante as campanhas de vacinação, em 1999 e 2008, mostraram aumento de um mês na duração mediana do AM exclusivo, passando de 23,4 para 54,1 dias e na duração mediana da amamentação, a qual passou de 10 para 11,2 meses²⁹.

Apesar dos inegáveis avanços, a situação está longe do ideal, o que nos impõe o desafio de pensar em como fortalecer as ações já desenvolvidas e em novas ações que possam contribuir para aumentar os índices de AM no País.

Amamentação e humanização do parto e nascimento

A amamentação é tema presente nos textos e fóruns que discutem a humanização do parto e nascimento. O movimento social pela humanização do parto e nascimento, presente no Brasil pelo menos desde o final dos anos 80, foi rapidamente incorporado ao ideário do movimento pela retomada da amamentação.

É interessante refletir sobre os vários pontos comuns desses “movimentos”. A transição do parto domiciliar para o parto hospitalar, que ocorreu em meados do século XX, levou à incorporação de novas tecnologias e de um grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), inspiradas em um paradigma assistencial que privilegia a tecnologia e a impessoalidade. Isso levou, entre outros, ao aumento expressivo das taxas de cesárea, à separação de mães e bebês após o nascimento e à alimentação de bebês com leites artificiais. E foram incorporadas várias intervenções desnecessárias (tricotomia nas mulheres, aspiração de vias aéreas superiores dos bebês).

A institucionalização do parto pode ser considerada, portanto, uma raiz comum que deu origem a inúmeros problemas enfrentados até hoje pelos que trabalham com a atenção ao parto e a promoção do AM³⁰.

Em resposta ao abuso de tecnologias e intervenções desnecessárias, os “movimentos” incorporam as lições da medicina baseada em evidências, cuja origem se deve à proliferação de técnicas de diagnóstico e terapêutica. Após anos de uso, verificou-se que muitas eram inefetivas ou mesmo provocavam problemas maiores do que os que se destinavam a tratar.³¹ Adotam-se como referenciais as propostas da Organização Mundial de Saúde: o incentivo ao parto vaginal, ao AM na primeira hora de vida, ao alojamento conjunto, à presença do pai ou outro acompanhante no processo do parto e à atuação de enfermeiros obstétricos, entre outros³².

Outro ponto comum que merece destaque é o papel de organismos não governamentais. No Brasil, IBFAN, WABA, Amigas do Peito, ReHuNa podem ser citados como grupos com expressiva atuação em prol da amamentação e humanização do parto e nascimento. Esses grupos, não obstante, estabelecem frequentemente parcerias com os governos, marcando uma série de ações desenvolvidas no âmbito da Saúde Coletiva³³.

A questão do Direito também se faz presente nos dois “movimentos”. Assim como na amamentação, busca-se, por intermédio de leis, assegurar o direito da humanização do parto às mulheres. Segundo Diniz (2005)³⁴, um dos sentidos que o termo humanização assume é ligado à legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres, crianças e famílias na assistência ao nascimento – ou uma assistência baseada nos direitos, demandando cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”.

As tensões existentes em relação às concepções de natureza e cultura também estão presentes nos manuais de preparação para o parto e amamentação. Porém, na amamentação e na humanização do parto é crescente a discussão em torno da indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica e cultural da mulher³³

É interessante lembrar que, assim como a retomada da amamentação, que ocorre entre as décadas de 70 e 80, e se dá entre mulheres de maior renda e escolaridade, a valorização do parto natural também tem sua origem entre mulheres de classes médias intelectualizadas.

Dessa forma, está posto o desafio de garantir o direito, a toda população, a uma atenção integral, humanizada e baseada em evidências científicas, que promova o parto natural e a amamentação. E para tal, é fundamental o papel das políticas públicas.

Amamentação e a Política Nacional de Humanização

A dissociação entre aspectos biológicos, psíquicos, culturais e sociais, presente na área da Saúde, vem enfrentando, há alguns anos, uma crise de legitimação, por estar desconsiderando valores humanistas fundamentais para a atenção e para a gestão em saúde.³⁵ A percepção desse fenômeno foi dando origem a projetos e

ações de humanização nos serviços de saúde, alguns deles desenvolvidos em áreas específicas da assistência, como exposto anteriormente: parto humanizado, Método Canguru e Hospital Amigo da Criança. Além disso, iniciativas esparsas de humanização existiam em vários hospitais e unidades de saúde, como por exemplo, atividades ligadas à música, teatro, artes plásticas, lazer, recreação. A humanização no Brasil, enquanto ação programática, alcançou maior destaque no ano 2000, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH³⁶, que sistematizou e orquestrou as ações humanizadoras já existentes³⁷.

O PNHAH surgiu de um diagnóstico, realizado pelo Ministério da Saúde, que indicava insatisfação dos usuários no que dizia respeito à qualidade do atendimento que recebiam, principalmente no tocante aos aspectos do relacionamento com os profissionais de saúde. O PNHAH constituiu uma política ministerial bastante singular, se comparada a outras do setor, pois se destinava a promover nova cultura de atendimento à saúde³⁸. O Programa propunha um conjunto de ações integradas com o objetivo de mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados.³⁹ Tinha como metas fundamentais aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, profissionais entre si, profissionais e gestores, hospital e comunidade. Uma das diretrizes do programa era aliar, ao desenvolvimento técnico dos profissionais de saúde, o aprimoramento das relações assistenciais, aperfeiçoando, assim, o atendimento ao usuário. Os objetivos do programa³⁶ eram: fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS; modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de

modo a recuperar sua imagem pública junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de atenção à saúde que valorizasse a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais, de tal forma que viessem a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos e experiências nesta área; desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistema de incentivos à assistência humanizada, e difundir uma nova cultura de humanização na rede credenciada ao SUS.

Em 2003, o PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH)⁴⁰. Segundo seus formuladores, o termo *política* foi intencionalmente utilizado em substituição ao termo *programa*, associando-se, dessa forma, o primeiro termo à perspectiva transversal da humanização, junto às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. A humanização se traduziria, segundo a PNH, em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede, construindo trocas solidárias entre eles enquanto usuários e trabalhadores dessa rede. A PNH visa à consolidação de quatro marcas específicas: (1) redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; (2) informação a todo usuário do SUS sobre quem são os profissionais que cuidam da sua saúde e responsabilização dos serviços de saúde por sua referência territorial; (3). garantia, pelas unidades de saúde, de informações ao usuário, de acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e dos direitos do código dos usuários do SUS; e (4) garantia, aos trabalhadores e usuários, de gestão participativa nas unidades de saúde, assim como educação permanente aos trabalhadores⁴⁰.

A construção da PNH nasceu como um fomento aos princípios já existentes no SUS (integralidade, universalidade e equidade), cuja implementação estava comprometida por

vários problemas, entre eles: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; precária interação nas equipes; despreparo para lidar com a subjetividade dos atores envolvidos na assistência e na gestão; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; desrespeito aos direitos dos usuários; e modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta⁴⁰.

O PNHAH e a PNH, portanto, valorizaram a fundamentação ética, ao propor a valorização da dimensão humana na assistência e nas relações de trabalho, o que constitui mudança de cultura, em que, é importante marcar, há uma distância tanto de uma posição de um messianismo cientificista (que nega valores humanistas) como de um anticientificismo (que tende a negar o valor do desenvolvimento científico)⁴¹.

O PNHAH e, posteriormente, a PNH estão, assim, em perfeita sintonia com as propostas de promoção do AM e humanização do parto e nascimento anteriormente citadas, valorizando os aspectos subjetivos, culturais e sociais, sem se transformar em propostas anticientificistas.

Porém, o processo de humanização em saúde, na prática, impõe vários desafios, trazidos à tona com maior visibilidade a partir da definição da humanização como política. Ao refletirmos sobre a trajetória do movimento em prol da retomada da amamentação no Brasil, constatamos que alguns dos desafios apontados pela PNH tem sido também objeto de preocupação daqueles que trabalham no apoio à amamentação, e que alguns passos têm sido dados nos últimos anos para o seu enfrentamento e superação.

A necessidade de mudança na formação dos profissionais, bem como a formação dos profissionais inseridos nos serviços de saúde são questões centrais da PNH. O profissional de saúde, na sua formação, é ensinado a fazer um recorte do indivíduo, no qual o fenômeno biológico é a peça principal. O saber

técnico proveniente da formação pautada na fragmentação e na compartimentalização do homem não consegue ampliar o conhecimento a ponto de perceber que não é o objeto o cerne do seu trabalho, mas o sujeito inteiro, com sua singularidade, isto é, suas emoções, suas crenças e seus valores⁴². Há necessidade premente de iniciativas no sentido de formar profissionais crítico-reflexivos⁴³. Para isso, é importante familiarizar-se com a prática, desde o início da formação, pois o contato com casos e problemas tende a estimular o processo de aprendizagem por meio de perguntas e soluções das questões apresentadas.

Muitas experiências têm sido realizadas no âmbito da formação do profissional de saúde, no nível da graduação. No entanto, deve-se levar em conta que, apesar de as experiências docente-assistenciais caminharem para essa direção, os avanços são pequenos, devido ao fato de que a incorporação dessas práticas nos currículos formais da área de saúde depara-se com a rigidez dos modelos curriculares tradicionais^{44,45}.

No tocante a cursos e capacitações para profissionais de saúde, esses nem sempre cumprem sua função de aperfeiçoamento do trabalho e do trabalhador (sendo muitas vezes completamente descolados das necessidades locais, além de consumirem grande montante de recursos).⁴⁶ Essa percepção levou o Ministério da Saúde à criação de um novo olhar sobre o processo educativo: um olhar integral, contextualizado, condizente com a realidade, respeitador do conhecimento prévio dos profissionais e estimulador da construção do próprio conhecimento por esses profissionais⁴⁷.

Essa abordagem, que vinha sendo construída ao longo do tempo, consolida-se com a criação, em 2003, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão em Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), que constitui uma aproximação interministerial entre Saúde e Educação, com o objetivo de realizar uma *política de educação*

na saúde⁴⁸. Essa nova concepção parte do pressuposto de que os processos de capacitação devem eleger como referência as necessidades dos diversos grupos populacionais, da gestão setorial e do controle social.

Em relação à formação dos profissionais de saúde para o incentivo à amamentação, a mesma tendência de fragmentação e compartimentalização é verificada nos cursos de graduação. Além disso, pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS realizada no Brasil em 1994 constatou que os cursos de medicina, que contavam com cerca de 8.345 horas em média, dedicavam apenas 26 horas ao ensino do AM, sinalizando a necessidade de ampliação da carga horária e ao ensino do manejo do AM¹⁸. Em resposta a essa “falha” na formação dos profissionais, vários cursos de atualização e aperfeiçoamento têm sido propostos, a fim de desenvolver competências nos profissionais para o apoio às mulheres que amamentam. A partir da década de 90, especialmente após a introdução do Curso de Aconselhamento em Amamentação no País, uma nova abordagem é incorporada às práticas educativas na área da amamentação, na qual, além dos aspectos técnicos relativos ao manejo clínico do AM, o contexto em que se insere a mulher e o respeito às suas experiências, valores e crenças passam a ser igualmente valorizados. Vale ressaltar que esse novo olhar pode ser claramente percebido na formulação de algumas estratégias de incentivo à amamentação, como o Método Canguru e a Rede Amamenta Brasil.

É interessante observar que a mais recente estratégia de incentivo ao AM lançada pelo Ministério da Saúde em 2007, a Rede Amamenta Brasil, já incorpora em seus pressupostos a Educação Permanente e propõe que os cursos de AM sejam oferecidos em função de necessidades percebidas pelos profissionais de saúde em um contexto de mudanças necessárias à promoção do AM na Atenção Básica.

Outra preocupação da PNH relaciona-se

às diferentes formas do trabalho em equipe. Peduzzi⁴⁹ define duas modalidades de equipe: equipe integração e equipe agrupamento. Essas duas modalidades se diferenciariam segundo alguns critérios, entre os quais: comunicação entre os agentes do trabalho; formulação de projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. Para um projeto de humanização, portanto, é necessário caminhar na direção da construção e aprimoramento de equipes do tipo integração, que são as que agem de acordo com um horizonte ético.

O trabalho em equipe do tipo integração faz parte de um projeto transversal de humanização institucional, do qual participam também abertura e comunicação, e conexões intra e intergrupos.

Para o trabalho em equipe, deve-se levar em conta que cada profissão tem uma história e uma proposta de prestação de serviços; porém, essa condição não fornece a nenhuma das profissões a soberania sobre a terapêutica, o que faz com que surja a necessidade de trabalho e educação em equipe, visando a um processo de aprendizado e de consolidação de uma forma de trabalho em equipe matricial⁵⁰.

Mais uma vez percebe-se alinhamento das estratégias de incentivo à amamentação com as preocupações da PNH. O Método Canguru, em 2000, insere em sua proposta de normatização as reuniões de equipe como uma forma de integração e reflexão sobre as práticas assistenciais. Mais recentemente, a proposta da Rede Amamenta Brasil explicita a valorização do trabalho em equipe, ao propor que o planejamento das ações de incentivo à amamentação na Unidade Básica de Saúde seja feito pelo conjunto dos trabalhadores de saúde, que passam a ser os agentes formuladores das mudanças necessárias para o efetivo apoio às mulheres que amamentam.

A mudança na forma de compreender

e desenvolver a clínica também é uma necessidade apontada pelo PNH. A clínica, para ser coerente com a noção do cuidado integral, “precisa se configurar com um momento de interpretação, de percepção de signos e significados, em busca da criação de novas representações e novos significados terapêuticos para aqueles que estão sofrendo”⁵¹. Para tanto, precisa reconhecer e atuar sobre as necessidades de sujeitos que buscam o cuidado, levando em conta as características, crenças, valores, competências e limitações desses sujeitos.

Alguns trabalhos na área da amamentação também mostram a preocupação com a necessidade de mudança no olhar dos profissionais para uma atuação voltada às reais necessidades e demandas das mulheres e o abandono das práticas prescritivas⁵²⁻⁵⁴.

Outra preocupação da PNH é a inclusão do acolhimento nas atividades assistenciais. Acolhimento implica em relação humanizada, necessária no cotidiano dos serviços de saúde, em oposição a uma relação fria e impessoal. Implica, também, em postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades trazidas pelo usuário e discriminação de riscos, urgências e emergências, com o devido encaminhamento⁵⁵.

Uma das dimensões a serem trabalhadas no acolhimento relaciona-se à postura do profissional, caracterizada pela solidariedade com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas demandas. As reflexões acerca da postura dos profissionais, inseridas na proposta do Curso de Aconselhamento em Amamentação, estão em plena sintonia com o que se propõe nessa dimensão do acolhimento, especialmente quando são trabalhados com os alunos os conteúdos sobre “Como ouvir e aprender com a mãe” e a “prática da empatia”,

entendida como “colocar-se no lugar do outro”.

Da mesma forma, a valorização do vínculo como base da relação assistencial, presente na PNH, especialmente na dimensão da afetividade, faz-se presente nessa abordagem de apoio à amamentação.

Por fim, a necessidade de cuidar de quem cuida, intensamente trabalhada no contexto do Método Canguru, é também uma questão central da política de humanização. Sabe-se que a atividade assistencial costuma gerar uma intensa carga emocional para o profissional de saúde. O complexo processo adaptativo frente aos fatores estressantes inerentes à prática profissional pode tomar diferentes caminhos. O resultado final da exposição à radiação psicológica estressante depende do indivíduo e de seus mecanismos e recursos subjetivos. Assim, poderá haver tanto uma adequada adaptação do profissional dentro dos limites possíveis ou, ao contrário, uma inadequada adaptação cujas manifestações podem ser: humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo, embotamento emocional, refúgio da vida pessoal na atividade profissional, negação das limitações da tarefa profissional⁵⁶.

Na literatura, encontramos descrições de síndromes associadas às atividades profissionais em saúde. A síndrome do *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades em que está envolvido alto grau de contato com outras pessoas. Segundo Pereira⁵⁷, o termo *burnout* “é uma metáfora para significar aquilo, ou aquele que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental”.

Portanto, são importantes medidas no sentido de auxiliar os profissionais a lidar com

os aspectos subjetivos da prática assistencial; contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde dos profissionais, levando em conta os fatores estressantes da atividade assistencial; favorecer as relações do trabalho em equipe. O cuidado ao cuidador é de fundamental importância tanto para a prevenção de disfunções profissionais como para o aprimoramento da atividade assistencial.

Considerações finais

Este artigo buscou descrever a trajetória das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação no País, implementadas desde o início da década de 80, buscando identificar algumas de suas interfaces com o movimento de humanização do parto e nascimento e, mais recentemente, com a Política Nacional de Humanização.

Pode-se dizer que os movimentos pela retomada da amamentação e pela humanização do parto e nascimento têm em seu ideário e em sua construção vários aspectos comuns. Verifica-se, também, vários pontos de convergência entre as propostas trabalhadas no contexto do apoio ao AM e as preocupações apontadas pela política de humanização.

Obviamente não se pretende esgotar a discussão acerca das características comuns desses projetos, mas sim levantar alguns pontos que permitam a reflexão sobre as possibilidades de articulação das diferentes estratégias para a promoção da amamentação, humanização do parto e implementação da PNH.

Afinal, é desejável, como pontua Sá⁵⁸ o aperfeiçoamento do processo de humanização em saúde com sabedoria “para ser capaz de construir e reconstruir, cotidianamente, com o conhecimento e a experiência da realidade, aproximações possíveis (e sempre provisórias) aos projetos utópicos”.

Referências

1. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year. *Lancet*. 2003;362:65-71.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação Mundial da Infância; 1998.
3. Akre J, organizador. Alimentação Infantil: bases fisiológicas. São Paulo: Instituto de Saúde; 1994.
4. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet*. 1992;339:227-30.
5. Harfouche JK. Psycho-social aspect of breast-feeding including bonding. *Food Nutr Bull*. 1980;2:2-6.
6. Organização Mundial da Saúde. WHA54.2. Geneva; 2001.
7. Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiologia*. 1998;1(1):40-9.
8. Muller M. The baby killer. London: War on Want; 1974.
9. Goldenberg P. Repensando a desnutrição como questão social. Campinas: Editora Unicamp; 1988.
10. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 1):37-45.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 18/INAMPS/MS de 05.09.1983.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução 5 do MS; 1988.
13. Brasil. Constituição Federal de 1988.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 322, de 26.05.1988.
15. Organização Mundial da Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Declaração conjunta: o papel especial dos serviços materno-infantis. Brasília: OMS; UNICEF; 1989.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança [citado 2010 Set 1]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
17. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS; 2001.
18. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr*. 2004;80(Supl 5):126-30.
19. Ministério da Saúde (Brasil); Organização Panamericana de Saúde (OPAS); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Manejo e promoção do aleitamento materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Nova Iorque; 1993.
20. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: WHO;UNICEF;

1993.

21. Ministério da Saúde (Brasil). O aleitamento materno e o município. Brasília; 1995.

22. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):313-8.

23. Brasil. Portaria SAS/MS nº 72, de 02.03.2000.

24. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

26. Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol*. 1998;1:40-9.

27. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p. 125-38.

28. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 195-212.

29. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr*. 2010;86(4):317-24.

30. Venancio SI, Paiva R. Humanização da assistência ao recém-nascido: o papel das políticas públicas. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2003;30:20-1.

31. Rattner D. Humanizando nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunic Saude Educ*. 2009;13(Suppl.1):595-602.

32. Organização Mundial da Saúde. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.

33. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: ideário da humanização do parto. *Estudos feministas*. 2002;2:483-91.

34. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(3):627-37.

35. Miranda CI. Socialização e comunicação no ambiente de trabalho. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2006;39:18-20.

36. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: MS; 2001.

37. Urbano AS, Bógus CM, Nogueira-Martins MCF, Escuder MML. Humanização hospitalar: estudo sobre a percepção profissional quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento aos usuários. *Rev Paul Enf*. 2007;26(2):94-102.

38. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc e Saúde Colet*. 2004;9(1):7-14.

39. Nogueira-Martins MCF, Macedo PC. Programa de Humanização da Assistência em Hospitais. In: Knobel E, 140 // *Rev Tempus Actas Saúde Col*

Andreoli PBA, Erlichman MR, organizadores. *Psicologia e humanização*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 183-98.

40. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização (PNH): humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2003.

41. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2004;8(14):73-92.

42. Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

43. Ministério da Saúde (Brasil); Fundação Oswaldo Cruz. Caderno do especializando: curso de especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

44. Santos SMM. Formação continuada numa perspectiva de mudança pessoal e profissional. *Sitientibus*. 2004;31:39-74.

45. Nogueira-Martins MCF. Formação: saberes e fazeres humanizados. *Boletim da Saúde da Escola de Saúde Pública*. 2006;20(2):109-18.

46. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2005;9(16):172-4.

47. Ministério da Saúde (Brasil); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

48. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2005;9(16):161-77.

49. Peduzzi M. Trabalho em equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

50. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 259-78.

51. Favoreto CAO. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2004.

52. Rea MF, Venancio SI, Martinez JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing skills. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999;77(6):492-8.

53. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr*. 2004;80(Suppl 5):119-25.

54. Leite AM, Silva IA, Scochi CGS. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(2):258-64.

55. Silva Junior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade:

aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

56. Nogueira-Martins MCF. Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais de saúde. In: Deslandes S, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 141-61.

57. Pereira AMTB. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

58. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e humanização das práticas de saúde. Interface – Comunic Saúde Educ 2009;13(Suppl 1):651-64

Artigo apresentado em 20/07/2010

Aprovado em 30/08/2010