

# O MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PRESTADO À MULHER COM VISTAS AO ALEITAMENTO MATERNO (AM)

HEALTH ASSISTANCE MODEL AND NURSING CARE FOR WOMEN  
LOOKING FORWARD TO BREAST-FEEDING

EL MODELO ASISTENCIAL DE SALUD Y LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
PRESTADA A LA MUJER CON VISTAS A LA AMAMANTACIÓN

*Maria José Bistafa Pereira*<sup>1</sup>

*Marluce Maria Araújo Assis*<sup>2</sup>

*Márcia Cristina G. dos Reis*<sup>3</sup>

---

**RESUMO:** O presente trabalho procura mostrar que as práticas desenvolvidas no atendimento à mulher com vistas ao aleitamento materno, transcende uma ação técnica individual, pois, estas práticas estão inseridas dentro de uma organização institucional, pautadas em um modelo de saúde predominante determinado nas relações sociais e organizativas que se dão nas diferentes instituições e sociedades. **Objetiva** estabelecer relações entre o modelo preconizado pelo SUS e a prática realizada pelas enfermeiras ao atender à mulher na promoção do aleitamento materno, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da SMS-RP. Adotamos como **trajetória metodológica** depoimentos das enfermeiras que atuam nas UBSs através de entrevistas semi-estruturadas. O tratamento dos dados foi embasado na análise de conteúdo de BARDIN (1977). O estudo mostrou que há um descompasso entre o postulado teórico e o que é efetivado na prática cotidiana, uma vez que, na concretude dos serviços de saúde as ações de enfermagem se subordinam ao modelo biomédico, centrado na queixa do cliente, privilegiando ações médico assistenciais, reforçando o pronto-atendimento, não se detectando mudanças significativas no que diz respeito a integralidade das ações de saúde. É possível que as enfermeiras tenham se aproximado de uma outra forma de compreensão do lidar com a mulher, contudo as determinações que se fazem presentes no cotidiano as têm "impedido" de uma ação mais concreta no sentido de transformação desta prática.

---

**PALAVRAS CHAVE:** saúde da mulher, Modelo Assistencial de Saúde, aleitamento materno.

## INTRODUÇÃO

O estudo discute o modelo assistencial de saúde articulado às práticas desenvolvidas no atendimento à mulher com vistas ao AM. Adotamos a definição trazida por Campos (1989) acerca de modelo assistencial: "um modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-la e distribuí-la", e neste

---

<sup>1</sup> Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP (SMS-RP). Mestre em Enfermagem de Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Coordenadora do Programa de Aleitamento Materno da SMS-RP. Membro do Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA) da EERP-USP.

<sup>2</sup> Enfermeira, docente da Universidade Estadual de Feira de Santana - Ba (UEFS). Doutoranda do Programa Interunidades da EE/EERP-USP.

<sup>3</sup> Enfermeira SMS-RP, membro do Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA).

sentido, entendemos que a prática de aleitar transcende uma ação técnica individual, pois, esta insere-se dentro de uma organização institucional, pautada em um modelo de saúde predominante determinado nas relações sociais e organizativas que se dão nas diferentes instituições e sociedades. Modelo este, que estabelece intermediações entre o técnico e o político, na composição de interesses e necessidades da sociedade (especificamente da mulher e da criança), nas diretrizes políticas e nos modos de gestão dos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, a busca de construção de um modelo de saúde integral, parte do pressuposto de que a forma de produção dos serviços de saúde, operacionalizada na prática, não tem assegurado um atendimento resolutivo e um acesso universal e igualitário ao sistema público, enquanto princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O **objetivo** desta investigação, portanto, visa estabelecer relações entre o modelo de saúde preconizado pelo SUS (centrando as análises nos princípios da integralidade e da universalidade, ainda que, não negue a importância dos outros princípios) e a prática realizada pelas enfermeiras ao atender a mulher na promoção do AM, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP).

#### A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente trabalho constituir-se-á de pesquisa qualitativa "orientada para um problema específico", que, conforme argumentação de *Minayo* (1993), se caracteriza por problemas práticos e operacionais, sendo previsto que os resultados tenham como finalidade ajudar na intervenção destes problemas.

A coleta de dados foi desenvolvida durante o mês de março de 1995, sendo realizada através de entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras que atuam nas UBSs da SMS-RP e que desenvolvem atividades do Programa da Saúde da Mulher e/ou da Criança.

Na escolha da amostra tentamos nos aproximar das recomendações de *Minayo* (1993) com relação aos critérios básicos para a amostragem em pesquisa qualitativa, ou seja o critério não é numérico, preocupando-nos com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de: "...um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação". Nesta perspectiva, foram entrevistadas dez enfermeiras lotadas nas 30 unidades de saúde existentes na SMS-RP, em março de 1995, sendo escolhida uma por unidade. Este limite de enfermeiras foi estabelecido pela repetição e reincidência das informações.

As falas das entrevistadas, no corpo do trabalho, vêm seguida por uma citação (ent. nº ...), o que significa a ordem numérica da entrevista, do número um ao dez. A descrição dos discursos obedeceu, à ordem de importância do conteúdo frente a unidade temática analisada.

Para melhor compreendermos os dados obtidos utilizamos a técnica de análise de conteúdo, segundo *Bardin* (1977), que a define como: "um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens".

Este mesmo autor indica três etapas básicas -**pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e interpretação**-, no desenvolvimento da técnica de análise de conteúdo (adaptadas para a investigação):

Na **primeira etapa** procedemos a um levantamento bibliográfico extensivo sobre o assunto. A construção do instrumento de coleta de dados foi embasada no objetivo proposto e na experiência de duas autoras como agentes do processo, enquanto membros participantes do Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA) da ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO (s.d.).

A **segunda etapa** constituiu-se da organização dos dados, com uma leitura exaustiva e repetida das entrevistas. Em seguida, articulamos os conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas em cada um dos temas levantados. Esta

organização permitiu eleger uma unidade temática central **O MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PRESTADO À MULHER COM VISTAS AO AM** e duas sub-unidades temáticas: **o tipo de atendimento prestado à mulher no AM e o acesso da mulher na UBS com vistas ao AM.**

A terceira etapa constou da análise propriamente dita dos dados. Tomamos como ponto de partida as diferentes formas de expressão verbal, ao mesmo tempo em que, procuramos aprofundar a reflexão dos discursos com a teoria, na tentativa de desvendar o *conteúdo latente* que eles possuem, não se prendendo exclusivamente ao *conteúdo manifesto*, o que pode possibilitar, no pensamento de Triviños (1992), "descobrir ideologias, tendências etc., das características dos fenômenos sociais".

## DISCUSSÃO E RESULTADOS

UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL: O MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PRESTADO À MULHER COM VISTAS AO AM

O tipo de atendimento prestado à mulher no aleitamento materno

Ao se discutir o tipo de atendimento prestado à mulher, como parte da constituição de um dado modelo assistencial de saúde, quer seja nas instituições públicas ou privadas, é necessário que se tenha claro que este se dá em um determinado contexto social, onde "... determinações de diferentes ordens (sociais, políticas, econômicas) se fazem presentes, num jogo constante de forças e que encaminham a construção de determinada prática social, no nosso caso específico, a prática de saúde" (Mishima, 1994).

Estas questões, ainda que não totalmente elaboradas, aparecem nos discursos das enfermeiras, trazendo, de certa maneira, uma determinada conformação do modelo assistencial vigente.

*... a gente fica assim, mais na parte curativa, quando a paciente chega, ela já está com o problema... então eles (médicos) chamam a gente na própria sala que eles estão atendendo, mostram pra gente o problema que a mãe tá enfrentando, aí a gente examina, faz ordenha, orienta.. (ent. nº 10)*

*... geralmente a paciente chega na unidade no final de semana, ela chega com queixas, febre, muita dor na mama, mal estar geral, é encaminhada para o Pronto Atendimento Médico, e depois ele encaminha prá mim... (ent. nº 6)*

*... o médico detecta algum problema com amamentação, a mãe faz uma queixa dentro do consultório, ele pede prá mim ou chama a funcionária (ent. nº 5)*

Estes depoimentos revelam que o modelo de saúde é pautado no atendimento médico, centrado na queixa da clientela, sendo o trabalho da enfermagem complementar ao ato médico. Isto nos permite afirmar que a unidade básica de saúde tem se caracterizado por um nível de atenção individualizada, privilegiando ações médico-assistenciais, reforçando o modelo do Pronto Atendimento. Esta prática dominante é incorporada pela clientela, que solicita, com freqüência, serviços médicos especializados para atender às suas necessidades. As enfermeiras apontam, como uma das dificuldades de desenvolver ações independentes do ato médico, as matrizes incorporadas pela população, demonstrada através destes discursos:

*...a própria população tá ainda muito direcionada ao que o médico fala... muitas vezes a mãe chega aqui, ela quer uma injeção para secar o leite, e a coisa é feita assim, sem muito investimento (ent. nº 5)*

*um fator complicador são as pacientes procurarem o médico... (ent. nº 2)*

Na tentativa de nos aproximarmos destes conteúdos representados pelas enfermeiras, recorremos a *Oliveira (1972)*, que realizou um estudo sobre o papel das enfermeiras nas unidades de internação de um hospital universitário, considerando o processo organizacional desta instituição, no qual se identificam quatro zonas de atuação: "zona de atuação profissional independente; zona de atuação médico-delegada; zona de atuação administrativa; zona de atuação de suplência"<sup>4</sup>.

Ao estabelecermos uma relação com o fazer da enfermeira nas UBSs, identificamos que há uma predominância da zona de *atuação médico-delegada*, enfatizada nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, o que tem despertado observações do tipo: "*...um fator complicador são as pacientes procurarem o médico...*" (ent. nº2).

No entanto, reconhecemos que o modelo assistencial de saúde, vem utilizando o atendimento médico como a principal forma de resolutividade nos serviços. A atuação é pautada na terapêutica medicamentosa frente a um problema apresentado pela clientela. Essa prática parece ser absorvida pela própria população, ao solicitar a consulta médica e o tratamento baseado na medicina alopática, como sendo a via mais rápida para o restabelecimento das condições de saúde, que ameniza a dor e o sofrimento daquele momento.

Não há um aprofundamento da situação, "*...e a coisa é feita assim, sem muito investimento*" (ent. nº5). Aponta-se também como indicativo, o não estabelecimento de diálogos que valorizem a mulher como um ser integral, inserido em um contexto social, considerando-a na sua individualidade, anseios, emoções, dificuldades internas e história de vida anterior e atual. Talvez a solicitação de "*...uma injeção para secar o leite*" (ent. nº5), possa ser revertida através de uma conversa que possibilite a mulher refletir sobre suas dificuldades, neste momento tão importante de sua vida. O profissional de saúde poderia se colocar como facilitador do processo, tentando buscar alternativas pautadas na promoção e prevenção da saúde e, não como um mero executor de procedimentos técnicos.

*Almeida (1991)* aborda a enfermagem sobre outra vertente teórica, considerando-a "além de uma profissão com sua competência técnico-científico" e sim como uma prática social. Ao realizar observações sobre o trabalho da enfermeira, em três Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto indica que as ações desempenhadas pelas enfermeiras se dão em duas direções:

1ª- realização de procedimentos de enfermagem diretamente com a clientela e para ela, tanto de ordem técnica como de triagem<sup>5</sup>;

2ª- realização de atividades que envolvem a organização, coordenação e articulação, não só específica de enfermagem, mas desta com os outros setores da unidade.

As direções apontadas foram verificadas por aquela autora, através de entrevista e

---

<sup>4</sup>*Oliveira (1972) define as quatro zonas da seguinte maneira: - atuação profissional independente, inclui todas as atividades exercidas ou delegadas pela enfermeira independente da autoridade de outro profissional, conferindo-lhe um caráter de trabalho profissional; atuação médico-delegada, são atividades decorrentes do diagnóstico e do tratamento prescrito pelo médico para o paciente; atuação administrativa, refere ao provimento, controle e manutenção dos materiais necessários ao trabalho na unidade; atuação de suplência, diz respeito a tarefas mais específicas de outros setores, onde a enfermagem atua na falta de pessoal.*

<sup>5</sup>*Significa dar encaminhamento a clientela excedente. Nesta atividade, a enfermeira seleciona os usuários que necessitam de atendimento imediato, encaixando-os na consulta médica do turno em vigência, aqueles que têm condições de serem encaminhados para outros serviços de saúde, ou mesmo os que podem agendar uma consulta médica para outro dia na mesma unidade.*

observação sistemática direta. A primeira corresponde a ações que são complementares ao fazer médico; a segunda, é uma demonstração de atividades próprias da enfermeira, tais como: coordenação, supervisão e controle do exercício da prática de enfermagem; coordenação e articulação com o serviço médico, intercâmbio com outros profissionais de saúde, pessoal de apoio e outros níveis de atendimento na rede de saúde do município.

Ao estabelecermos uma relação do estudo de *Oliveira* (1972) com o de *Almeida* (1991), percebemos uma similaridade na prática de enfermagem no que diz respeito a função de coordenação, supervisão e cuidados diretos ao cliente. No entanto, temos clareza que as duas autoras adotam perspectivas teóricas diferentes e níveis organizativos diferenciados na análise dos dados empíricos coletados (a 1ª em um hospital universitário e a segunda em unidades de atendimento primário, respectivamente); assim como, realidades concretas específicas e períodos históricos distintos.

Gostaríamos de enfatizar, conforme nos lembra *Assis; Matos; Gonçalves* (1993) que esta forma de atendimento é fruto de um longo período histórico, processo esse que encontra suas raízes no conjunto de dicotomias que atravessa a organização das práticas de saúde.

Estas práticas (especificamente nas Unidades Básicas de Saúde) têm se configurado em uma rede de atendimento primário, onde os atos médicos são baseados no eixo "queixa conduta", desarticulados de outros níveis de complexidade. Esta situação vem sendo sustentada pela lógica do mercado, com o objetivo final de obtenção de lucro, ficando as necessidades de saúde da população num plano secundário.

A afirmativa acima foi pautada em vários autores, que pesquisaram sobre os serviços locais de saúde, pautados nos postulados teóricos da Reforma Sanitária brasileira, a saber: Campinas-S.P., (*Campos*, 1991; 1992); Rio de Janeiro, (*Bodstein*, 1993); Feira de Santana-BA, (*Assis*, 1994).

Ao situarmos na organização dos serviços de saúde de Ribeirão Preto, o projeto do NALMA (ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO, s.d.), percebemos que existe um duplo movimento: um teórico que objetiva o desenvolvimento de ações de promoção do AM, tendo como fio condutor a integralidade da assistência à saúde e um outro movimento que se dá na concretude dos serviços de saúde, que subordina a integração das ações ao modelo biomédico. Mesmo preservando algumas características que lhes são peculiares, não têm se traduzido em mudanças significativas, especialmente no atendimento à demanda em potencial, para permitir "assistência à mulher durante o pré-natal e no puerpério, quando estiver iniciando a lactação".

Este modelo integrado de assistência à mulher caberia às equipes de saúde lotadas nestas unidades, através de um atendimento programado, para evitarmos fatos como este, explicitado no depoimento a seguir:

*...geralmente a paciente chega na unidade no final de semana, ela chega com queixas, febre, muita dor na mama, mal estar geral, é encaminhada para o Pronto Atendimento Médico, e depois ele encaminha prá mim (ent nº6)*

Percebemos que há uma predominância do saber médico, saber este, que começa e termina no recorte do corpo anátomo patológico, norteador do modelo clínico, onde o processo saúde - doença, é tido como um fenômeno individual centrado no corpo do cliente, e fundamentado na visão biomédica. Estas questões vem sendo estudadas e discutidas por autores como: *Gonçalves* (1979, 1992), *Campos* (1989), *Campos* citado por *Cecilio* (1994), *Almeida* (1991).

Contudo, evidencia-se, mesmo timidamente, que já se vislumbram possibilidades de atuação de outros saberes, como o saber da enfermagem,... *então eles (médicos) chamam a gente na própria sala que estão atendendo, mostram o problema que a mãe tá enfrentando, aí a gente examina, faz ordenha, orienta...* (ent. nº 10).

No desempenho destas atividades (**exame, ordenha, orientação...**), supomos que a enfermeira recorre aos princípios da anatomia, da fisiologia, da educação sanitária e de tecnologia apropriada. Este discurso (representa a totalidade do grupo de enfermeiras entrevistadas), leva-nos a pensar que o atendimento pode estar sendo pautado em uma queixa momentânea, para atender a uma necessidade imediata, produzindo assim, um relativo impacto.

A intervenção da enfermeira deveria ser sistematizada se dando, portanto, não somente quando solicitada para resolver problemas, mas em todos os momentos da assistência à mulher, inicialmente durante o pré-natal, com a finalidade de promover saúde em defesa da vida e, num segundo momento, em ações voltadas para a prevenção e cura, sem deixar de tratá-la na reabilitação de sequelas. Estamos entendendo por sistematização, ações programadas e organizadas para grupos específicos, com a finalidade de atender demandas em potencial, sem perder de vista a demanda espontânea.

Com estas observações não estamos negando a importância de um atendimento quando há necessidade. As nossas preocupações vão no sentido de não tomar esta questão como única e unilateral e sim, a partir de um problema desencadear um **fazer** que possa satisfazer às necessidades da mulher na sua singularidade, estabelecendo relações com o emocional, o cultural e o social, canalizando para uma perspectiva coletiva, em busca de uma demanda organizada, em potencial, e não somente uma demanda espontânea.

Assim, neste atendimento, deve-se estabelecer um diálogo com a cliente, no sentido de conhecê-la na sua singularidade, seus valores, crenças, dificuldades físicas, emocionais e suas relações com o núcleo familiar e social. Ao **examinar**, deve-se proceder o exame físico da mulher, focalizando as mamas para identificar o tipo de mamilo, a coloração da região areolar, possíveis cicatrizes de agravos anteriores, a coloração e temperatura local, áreas de ingurgitamento e turgescência, presença de prótese, verificar a flexibilidade areolar e proceder a expressão ampolar se necessário.

A **ordenha** é um procedimento utilizado para remover a estase láctea, objetivando garantir a flexibilidade areolar, aliviar o ingurgitamento mamário e prevenir a instalação de um quadro de mastite puerperal e traumas mamilares.

Ao **orientar** a enfermeira explica e demonstra os cuidados que a mulher pode fazer de uma forma independente do profissional médico para a promoção do aleitamento materno, prevenindo o desmame precoce por intercorrências mamárias. Esta conduta permitirá o aprendizado do auto-cuidado com a mama, bem como estabelecerá uma prática que valoriza a integração do cliente com o profissional de saúde e o seu meio social.

O modelo assistencial que vem sendo efetivado na rede de atendimento à saúde toma como eixo principal de ação "...a doença e não o doente" (Almeida, 1991). O instrumento de trabalho médico é a queixa e neste sentido a enfermeira vem incorporando o mesmo instrumento o qual reproduz na sua prática cotidiana.

Tal tipo de atendimento tem despertado inquietações por parte das enfermeiras, demonstrada através desta fala: *...o paciente já vem com o problema ... particularmente, eu me sinto muito frustrada, porque eu acho que a gente poderia tá fazendo a prevenção, e isto tá ficando muito pra trás...* (ent. nº10).

Percebemos que há uma "vontade" de mudar a atual forma de atendimento à saúde da população, traduzindo-se em inquietações por parte do grupo de enfermeiras da SMS-RP, o que tem levado a iniciativas pontuais, porém significativas, em três unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto. Estas iniciativas têm sido desencadeadas junto a programas desenvolvidos na Secretaria, tais como: imunização, suplementação alimentar, busca ativa do recém nascido de

risco<sup>6</sup>, ginecologia, obstetrícia e pediatria, no sentido de atender às necessidades do binômio mãe-filho no pré-natal e no pós parto imediato e mediato.

*...a mãe vem trazer para o B.C.G., aí a gente já pergunta se a criança está mamando se ela tem alguma queixa...aproveita pra tá fazendo orientação, ordenha, o que for necessário... (ent. nº5)*

*...aqui a gente tem recebido aquelas fichas cor de rosa, são as notificações de nascimento que vêm dos hospitais, que registra o nascimento da criança. Então a gente manda uma cartinha, agendando essa mãe e no dia a gente faz avaliação a nível do puerpério, aí a gente vê a mama... (ent. nº5)*

*...todas as mães que vêm fazer o curativo, retirar ponto e cesária já me chamam prá olhar os peitos... (ent. nº 2)*

*...aqui nós desenvolvemos hoje um trabalho de grupo, onde as gestantes são orientadas nos cuidados com as mamas.... (ent. nº 9)*

*... muitas vezes a mãe relata que tá tudo bem, mas a gente tá sempre perguntando...posso dar uma olhadinha na mama, prá ver como tá e aí a gente vai olhar e muitas vezes já tá com ingurgitamento, já tá com início de fissura ou até com fissura, então a gente faz o que é necessário, orienta, ordenha e toma a conduta indicada... (ent. nº9)*

A partir dos discursos acima, observa-se que as enfermeiras tentam estabelecer alguma forma de contato com a clientela, em diferentes oportunidades de atendimento à demanda espontânea, na tentativa de resgatar ações que possam lhes permitir ir além, de responder exclusivamente à necessidade imediata da mulher.

Estas oportunidades estão sendo aproveitadas em vários momentos do processo de trabalho da enfermagem, como por exemplo: na sala de vacina - "*...a mãe vem trazer para o B.C.G...*" (ent. nº 5) -, no agendamento do RN de risco - "*...então a gente manda uma cartinha, agendando essa mãe e no dia a gente faz avaliação a nível do puerpério...*" (ent. nº 5) -, na sala de curativo - "*...todas as mães que vêm fazer o curativo...*" (ent. nº 2)-, em atividades grupais educativas - "*...aqui nós desenvolvemos hoje um trabalho de grupo, onde as gestantes são orientadas nos cuidados com as mamas...*" (ent. nº 9). Busca-se, também, uma aproximação com a cliente, procurando investigar possíveis intercorrências mamárias, mantendo um diálogo que possibilite estabelecer um **vínculo** entre profissional e usuária do serviço, "*...a gente tá sempre perguntando ...posso dar uma olhadinha na mama pra ver como tá e aí a gente vai olhar e muitas vezes já tá com ingurgitamento...então a gente faz o que é necessário, orienta, ordenha e toma a conduta indicada...*" (ent. nº 9).

Acreditamos que começa a haver uma inquietação na forma de se fazer saúde, ainda que de forma incipiente, de certa maneira construindo um novo olhar sobre as questões ligadas à saúde das pessoas, na busca de ações que possibilitem a integralidade da assistência.

---

<sup>6</sup>Esta denominação é pautada no Programa de Saúde da Criança da SMS que estabelece vigilância para RN de riscos. As unidades básicas e distritais de saúde, recebem do nível central, a ficha de notificação de nascimento dos RNs de sua área de abrangência para o acompanhamento programado destas crianças. Para um melhor entendimento do seu funcionamento ver SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 1994.

Fundamentamo-nos nas idéias de Campos (1994) para discutir este novo olhar sobre a saúde, tendo clareza que o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente, o que este mesmo autor denomina de "Coeficiente de Autonomia".

Acrescenta ainda, "a aplicação dessa diretriz não só revalorizaria a prática clínica, como estimularia o combate à medicalização, na medida em que ensinaria novos procedimentos terapêuticos mais ligados ao psíquico, à reeducação sanitária, instituindo novas formas de avaliação das práticas em saúde" (Campos, 1994).

A partir destas colocações, fariam parte fundamental de qualquer processo terapêutico, iniciativas que vislumbrem aumentar a "capacidade de autonomia" do paciente. Este conceito, que pode ser relacionado com as práticas alternativas adotadas por parte de algumas enfermeiras das UBSs e, com o Projeto do NALMA, que toma como eixo principal de ação O AUTO CUIDADO COM A MAMA PUERPERAL. Ao investir na independência da clientela, ampliam-se as condições individuais e coletivas de resistência à doença, entendendo a mulher como um ser capaz de cuidar de si própria, sem perder de vista as opções individuais, a singularidade de cada pessoa e a tomada de decisão de procurar o serviço, no caso de sentir esta necessidade.

Gostaríamos de ressaltar que ao defendermos a livre escolha da mulher, não tiramos a responsabilidade dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias que possam construir mudanças mais efetivas na prática cotidiana. Estas mudanças pressupõem o estabelecimento de **vínculo** entre o profissional de saúde e o usuário e, o **acolhimento** por parte dos trabalhadores de saúde em serviço (Campos, 1994; Merhy citado por Cecílio, 1994).

Ao falarmos de **vínculo**, nos remetemos a necessidade de construirmos uma concepção do trabalho em saúde onde a sensibilização pelas dificuldades e sofrimentos do outro seja um dos aspectos relevantes para a equipe de saúde. Implica em "refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com cada usuário de sua área de abrangência e com os tipos de problema que eles apresentam" (Merhy citado por Cecílio, 1994). Consideramos que o **acolhimento** pressupõe o estabelecimento de relações mais próximas entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços, em um processo de reflexão constante, que possibilite a humanização do espaço institucional.

Nesse processo de mudança, há que se observar o predomínio da visão medicalizante, apoiada nos ditames neoliberais, que tem como objeto a doença e o lucro decorrente dela. Tentar construir um modo diferente de **agir** na saúde significa romper com esta lógica, não no sentido de negar a intervenção terapêutica individual medicamentosa (a clínica) mas, sim de aproveitar este espaço existente, como uma forma de manter diálogos, que valoriza a fala e a escuta, os anseios, angústias e expectativas da clientela, buscando ações intercomplementares entre equipes de saúde, usuários e sociedade, na perspectiva de transformá-los em agentes ativos do processo, com consciência de seus direitos de cidadania.

Chamamos a atenção, no entanto, para o fato que os Programas de Incentivo ao AM, dentre eles: o Programa de Assistência à Gestante (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SP, 1975); o Projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984); o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991), de uma forma geral, têm investido na recuperação do ato de amamentar, como uma prática fundamental na redução da morbi-mortalidade infantil.

Concordamos parcialmente com as estratégias deste investimento, pois entendemos que na prática do AM devemos considerar, além da criança, a mulher inserida em uma sociedade complexa e contraditória, onde ela desenvolve papéis diferentes (enquanto mãe, mulher, esposa, trabalhadora), e que tem que desempenhar estes vários papéis ao mesmo tempo, a depender da sua necessidade e de sua situação social e psíquica-singular, o que muitas vezes pode levá-la a uma opção pela não amamentação.

As estratégias utilizadas que supervalorizam a criança e enfatizam a obrigatoriedade da mulher amamentar, como uma prática determinada biologicamente, não têm conseguido alterar

significativamente o tempo de duração da amamentação.

Por outro lado, as ações desenvolvidas pelas enfermeiras envolvem uma série de atribuições e competências de caráter assistencial e organizativo, com uma distribuição entre vários membros da equipe de saúde (médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem, escriturários, serventes, etc.). No cotidiano não cabe somente a enfermeira o papel de orientação e intervenção direta das questões específicas do AM.

Neste sentido, uma das limitações das estratégias do Projeto AM do NALMA, que tem como um dos objetivos capacitar enfermeiras para serem agentes de multiplicação das ações próprias do ato de amamentar, é que, na prática, o trabalho envolve uma equipe, tendo a frente do atendimento: a recepção, o contato com o auxiliar de enfermagem na pré e pós consulta e o médico. Este fluxo de atendimento nos parece ser o predominante na rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, cabendo à enfermeira fazer a intermediação, o que não acontece na maioria das vezes, pois a cliente nem sequer é vista pela enfermeira, a menos que a solicitem.

### O acesso da mulher na UBS com vistas ao AM

Gostaríamos de ressaltar que ao se falar de acesso aos serviços de saúde, este não pode reduzir-se à perspectiva geográfica.

Compreendemos que o **acesso** deve ser tomado no sentido mais amplo, ou seja, implica no conhecimento e utilização por parte da população, inserida em um espaço geográfico, delimitado social e culturalmente, dos recursos disponíveis neste espaço (como por exemplo: creches, unidades de saúde, programas de saúde, escolas, associações de moradores, entidades religiosas...) representando possibilidades de ajuda, que os distintos grupos sociais, podem lançar mão em situações que enfrentam na luta pela sobrevivência.

O acesso no sentido mais restrito, focalizando a mulher e o atendimento prestado pela enfermeira na UBS, no Projeto AM, significa verificar o caminho percorrido por esta mulher ao serviço de saúde e a forma de encaminhamento por parte da equipe de saúde à enfermeira.

*...a população chega, a porta de entrada é a recepção, então ela (mãe) chega já com o problema e ela conversa com a escriturária, aí a escriturária chama a gente... (ent. nº 10)*

*... as auxiliares de enfermagem, elas já sabem, assim, cauterização de umbigo e problema de mama elas já chamam a enfermeira (ent nº 10)*

*...na pré-consulta...a gente já tá junto e vai conversando sobre o Aleitamento Materno, isso não é feito assim todo dia.. (ent. nº 1)*

*...na pós-consulta, no último trimestre a gente já vai orientando né, a mãe que se tiver algum problema, pode procurar o serviço e já entrega o folheto que explica alguma coisa... (ent. 9)*

*... o médico detecta algum problema, a mãe faz uma queixa dentro do consultório, ele pede prá mim, ou a funcionária... (ent. nº 5)*

*... as mães chegam...e nós orientamos se elas tiverem algum problema com a mama, ou qualquer tipo de problema com o nenê ou qualquer coisa que elas queiram, elas procurem a gente, a gente mesmo divulga.. (ent. nº 7)*

*... a própria paciente referenciou o serviço, ou seja, a vizinha dela tava com problema*

*na mama, então ela falou - por que você não procura o posto? Lá eu fui atendida com esse problema* (ent. nº 10)

*...existe também a clientela que procura o NALMA e não está registrada na unidade, e o NALMA orienta a procurar a unidade de saúde mais próxima da casa da paciente* (ent. nº 3)

O acesso da mulher às ações voltadas para o AM ocorre de forma diferenciada. Ele se dá, não em função da prática desenvolvida pela enfermagem, mas a partir da dinâmica do trabalho do profissional médico, que possibilita um espaço de captação da clientela por parte da equipe de enfermagem, na pré, no transcorrer e na pós consulta médica. Esta diferenciação, toma como ponto de partida o modelo biomédico, percebida em diferentes formas organizativas do processo de trabalho.

De maneira geral, o acesso está associado ao atendimento médico individual ou Programas específicos (Suplementação Alimentar, Vacinação, Pré-Natal, **Aleitamento Materno**...), como necessidades sentidas pela população, quer seja uma necessidade básica, ou uma necessidade introjetada técnica, social e culturalmente.

A introjeção das necessidades técnicas e sociais são condicionadas social e culturalmente, difundidas ao longo do tempo, nos meios de comunicações, ou entre os grupos sociais, efetivadas na prática cotidiana, através de trocas de experiências entre as pessoas e grupos. Como também, por técnicos capacitados no exercício profissional, que tomam o campo da saúde como um locus de atuação, para responder parte destas necessidades, criando desejos e estimulando o consumo de novas idéias e práticas, como é o caso: da imunização no primeiro ano de vida; de um exame de ultrasonografia uterina, no período gestacional; do **ato de amamentar ao seio**, ou mesmo a opção por leite industrializado.

A equipe de enfermagem em determinadas unidades básicas da SMS-RP, utiliza mecanismos de busca da clientela, nos diferentes momentos do processo de trabalho em saúde, de uma forma aleatória, a depender da conduta individual-singular, da coordenadora do trabalho, tendo como um dos principais interlocutores do processo, a enfermeira. Estes mecanismos têm sido possíveis, através de estratégias que possibilitem a divulgação do que é realizado pela enfermeira "*... elas procuram a gente, a gente mesmo divulga...*" (ent. nº 7), assim como, pelas clientes que apresentaram alguma intercorrência mamária e foram encaminhadas por outras mulheres que já haviam sido atendidas anteriormente na UBS: "*... a vizinha dela tava com problema na mama, então ela falou - por que você não procura o posto? Lá eu fui atendida com esse problema*" (ent. nº 10).

A relação acesso/utilização do AM ocorre em duas direções. Uma direção que revela uma proximidade geográfica entre a instituição que oferece o serviço e o domicílio da mulher, fortalecida e reconhecida pelo centro de referência (o NALMA), quando orienta a mesma, a buscar o atendimento na UBS próxima a sua residência, "*...o NALMA orienta a procurar a unidade de saúde mais próxima da casa do paciente*" (ent. nº 3).

A segunda direção focaliza o espaço interno percorrido pela cliente na unidade, desde o primeiro contato com a equipe, até a ação terapêutica adotada com o objetivo de atender às necessidades sentidas naquele momento. O acesso à enfermeira tem início no primeiro momento do fluxograma estabelecido no serviço de saúde. O texto abaixo é representativo desta afirmativa: "*...a porta de entrada é a recepção, então ela (mãe) chega já com o problema e ela conversa com a escriturária, aí a escriturária chama a gente...*" (ent. nº 10).

Nesta realidade, percebemos que o acesso está respondendo a uma demanda espontânea e individual, não havendo uma organização do atendimento de uma forma sistematizada, para atender a uma demanda em potencial (gestantes-puérperas). Significa que o acesso/utilização tem se dado, tomando como foco principal, a resolutividade de um problema individual, já instalado

e não coletivo. Assim, as ações são direcionadas para o nível de prevenção secundária, não havendo um investimento na promoção e prevenção deste grupo social. "...Se tiver algum problema pode procurar o serviço" (ent. nº 9).

A promoção da saúde está intimamente vinculada a um modelo de saúde que valoriza a vida e não apenas a doença e implica em entender o acesso aos serviços de saúde como um direito de cidadania; direito este que, enquanto equidade, ou seja, justiça social, deve ser buscada no reconhecimento das desigualdades sociais existentes e no desenvolvimento de ações de saúde específicas, direcionadas aos distintos grupos de risco, no caso em foco, às mulheres.

Por outro lado, as ações pautadas na cura, ainda que com um poder de resolutividade restrito, têm possibilitado à enfermeira intervenções específicas nas intercorrências mamárias, reconhecidas por membros da equipe de saúde (escriturária, auxiliar de enfermagem e médico...) e clientela atendida, como um espaço "autônomo" de atuação da referida profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os princípios do SUS continuam sendo uma possibilidade inacabada, principalmente se entendermos que a legitimidade destes passa por mudanças no atual modo de produzir saúde no Brasil, que é pautado no atendimento médico, fragmentado em partes e centrado na queixa do cliente, sendo as ações desenvolvidas tomando como base esta queixa momentânea e a resolutividade termina obedecendo a uma lógica medicalizante.

Este modelo vem sendo incorporado ao longo do tempo pelos profissionais de saúde desde as suas formações e, nesse sentido, há um movimento questionador por parte de alguns profissionais que percebem lacunas no modelo predominante. É, portanto, um movimento contraditório que vem sendo construído e reconstruído no cotidiano dos serviços, nos remetendo à necessidade de uma articulação mais consistente e organizada entre os grupos que desejam estas mudanças, sem negar outros determinantes de ordem política, social, econômica e cultural, que se fazem presentes neste embate social de manutenção e transformação da organização institucional de saúde.

A partir destas colocações, a prática do AM ao tomar como principal postulado teórico a integralidade da assistência, tenta buscar alternativas para sua mudança, a qual não pode estar deslocada de um contexto maior, as relações sociais e organizativas que se dão na sociedade brasileira.

O modo de fazer saúde, onde não há uma organização da demanda potencializadora (no caso específico, da mulher no seu ciclo gravídico puerperal), tem se conformado num cotidiano onde o acesso se dá através de um problema individual já instalado.

De maneira geral, as enfermeiras entrevistadas focalizam algumas dificuldades de ordem operacional no dia a dia dos serviços, principalmente pela divergência de conduta entre a equipe de enfermagem e a equipe médica e por um atendimento que não valoriza um exame físico minucioso ou mais atento da mama durante o pré natal e o puerpério.

Finalmente, reafirmamos que a prática do AM não pode estar descolado deste contexto maior das políticas de saúde e a forma como vem se organizando na prática, de modo que, para que haja mudanças significativas no concreto dos serviços de saúde sejam necessárias estratégias que possibilitem uma revisão contínua e consciente do atual modelo assistencial de saúde; uma política de saúde local que privilegie ações de cunho coletivo, pautadas na integralidade assistencial, a partir das reais necessidades da população usuária; disponibilidade interna dos profissionais de saúde em (re)pensar este fazer cotidiano; investimento na capacitação de recursos humanos na área e avaliação sistematizada e periódica por parte dos atores sociais envolvidos.

Este (re)pensar vem se delineando incipientemente pela manifestação da insatisfação

dos profissionais de saúde com o modelo vigente. As enfermeiras explicitam bem esta preocupação no corpo do trabalho, o que nos possibilita acreditar que temos um caminho em aberto para esta construção.

---

**ABSTRACT:** The present study shows that the nursing practices used on women's assistance, looking forward breast-feeding, transcend an individual technical action. It is known that the kind of assistance practiced will depend on the guidelines set by each institutional organization. These guidelines are based on a prevailed health model which is determined by social and organizational relations that are part of different societies and institutions. The objective of this study is to analyse the relation between the model of breast-feeding assistance established by SUS ( Unique Health System) and the actual nursing practice within the Basic Health Units (UBS) of SMS-RP ( Municipal Health Office of Ribeirão Preto). Semi-structured interviews with nursing workers were adopted in order to have a report of their practices concerning breast-feeding assistance. The data was examined on the basis of the analyses of content of Bardin (1977). Results showed that there is a considerable difference between the theoretical postulate, and the assistance that is actually practiced. This happens because the nursing practices are submitted to a biomedical model, centered on patients' complaints, which favors medical assistance actions and reinforces prompt assistance. For this reason the study couldn't detect any significant changes regarding the uniqueness of health actions. It was observed that some nursing workers were closer to a better understanding of women care assistance, however the daily determinations have hindered more concrete actions that could transform this practice.

---

**KEYWORDS:** women's health, assistance model, breast-feeding

---

**RESUMEN:** El presente trabajo trata de enseñar que las prácticas desarrolladas por la atención a la mujer con vistas a la amamentación materna trascende una acción técnica individual, pues estas prácticas están inseridas dentro de una organización institucional, pautadas por un modelo de salud predominante determinado en las relaciones sociales y organizacionales que ocurren en las diferentes instituciones y sociedades. Objetiva establecer relaciones entre el modelo preconizado por el SUS y la práctica realizada por las enfermeras al atender a la mujer en la promoción de la amamentación, en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de la SMS-RP. Adoptamos como **trayectoria metodológica** testimonios de las enfermeras que actúan en las UBSs a través de entrevistas semiestructuradas. El tratamiento de los datos se basó en el análisis del contenido de BARDIN (1977). El estudio mostró que hay un descompás entre el postulado teórico y lo que en efecto se hace en la práctica cotidiana, una vez que al concretar los servicios de salud las acciones de enfermería se subordinan al modelo biomédico, centrado en la queja del cliente, concediendo privilegio a las acciones médico asistenciales, reforzando la atención de urgencias y no detectando cambios significativos en lo que se refiere a la integralidad de las acciones de salud. Es posible que las enfermeras se hayan aproximado de otra forma de tratar dicho tema con la mujer, sin embargo las determinaciones que se hacen presentes en lo cotidiano les ha "impedido" tomar actitudes más concretas en el sentido de transformar esa práctica.

---

**PALABRAS CLAVE:** salud de la mujer, modelo asistencial de salud, amamentación materna

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. de. *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1991, 297 p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ASSIS, M. M. A. *A Municipalização da Saúde em Feira de Santana - BA: Intenção ou Realidade?* Ribeirão Preto, 1994, 210 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ASSIS, M. M. A. ; MATOS, M. S. ; GONÇALVES, M. de L. Atenção Primária de Saúde x Sistema Único de Saúde: apontamentos para um debate. *Revista Baiana de Enfermagem*, v.6, n.2, p.78-88, 1993.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. (Tradução de ANTERO, L.; PINHEIRO, A.) São Paulo: edições 70, 1977.
- BODSTEIN, R. (Org.). *Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1993.
- CAMPOS, G. W. S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para o debate. In: CAMPOS, G. W. S. ; MERHY, E. E. ; NUNES, E. D. *Planejamento sem normas*. São Paulo: HUCITEC, 1989. Cap.4, p.53-60.
- \_\_\_\_\_. *A Saúde Pública em Defesa da Vida*. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- \_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.
- ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO. (EERP-USP). NALMA. Programa de Aleitamento Materno. Ribeirão Preto: EERP-USP, MISP, s.d. /Mimeografado/.
- GONÇALVES, R. B. M. *Medicina e história: raízes do trabalho médico*. São Paulo, 1979. 209 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. Práticas de saúde, processos de trabalho e necessidades. *Cadernos CEFOR*, São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.117-160.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 25p.
- \_\_\_\_\_. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno*. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1991. 43 p.

MISHIMA, S. M. *Modelos Assistenciais, formação de recursos humanos e qualidade da assistência*. Uberaba, 1994. /Conferência realizada na Semana de Enfermagem de Uberaba, em 15/05/1994.

OLIVEIRA, M. I. R. *A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente*. Análise sociométrica multirrelacional. Salvador, 1972, 87p.. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES-SP). *Programa de Assistência a Gestante*. São Paulo: Coordenadoria de Saúde da Comunidade, 1975.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO (SMS-RP). *Projeto de Busca Ativa de Recém-Nascidos de Risco*. Ribeirão Preto, 1994. /Mimeografado/

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.