

Parto Humanizado e Memória do Nascimento: uma reflexão sobre a produção de saúde desde os seus primórdios

Humanized childbirth and the memory of birth: reflections on the production of health from the beginning

Parto Humanizado y Memoria del Nacimiento: una reflexión sobre la producción de salud desde sus inicios

Liliane Penello¹

Liliana Lugarinho²

Selma Eschenazi do Rosario³

ações que desenvolve pela promoção da saúde, redução de iniquidades e construção da cidadania, considerando-as como bases de uma política pública de saúde voltada para os cuidados com a primeira infância.

RESUMO

A experiência do parto é um dos mais importantes eventos na vida dos seres humanos. A *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis - primeiros passos para o desenvolvimento nacional* é um projeto do Ministério da Saúde e Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) dirigido à primeira infância. Objetiva destacar ações intersectoriais com foco no desenvolvimento emocional primitivo para garantia da vida com qualidade sustentada na potência dos vínculos estabelecidos entre os bebês, suas mães e cuidadores nos primórdios da vida. Nesta oportunidade, discute-se a importância da humanização do parto nesta concepção estratégica, apresentando seus marcos teóricos, incluindo os determinantes sociais da saúde e as contribuições de Donald Winnicott, sua metodologia, dispositivos inovadores e

PALAVRAS-CHAVE:

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. Saúde Pública. Primeira Infância.

ABSTRACT

The experience of birth is one of the most important events in the lives of human beings. The “*Healthy Brazilian Kids Strategy – first steps for national development*” is a Brazilian Ministry of Health Project in partnership with Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) aimed at early childhood. Its main objective is to highlight intersectorial initiatives focusing early childhood development, to guarantee life and its quality, considering the special bonds between babies and their mothers or anyone who plays the role of care-provider in this period of life. In this paper, we discuss the determinants of health surrounding a “good-enough” delivery, using Donald Winnicott’s terminology, presenting the theoretical and methodological aspects that guide this strategy, its innovative devices and actions to promote health and reduce inequities for citizenship - the soil for the construction of an early childhood public health policy.

¹ Médica. Mestre em saúde pública; Coordenadora Nacional da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos saudáveis – primeiros passos para o desenvolvimento nacional (MS/Fiocruz). ebbs@saude.gov.br

² Médica. Mestre em saúde pública; Coordenadora Adjunta da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos saudáveis – primeiros passos para o desenvolvimento nacional (MS/Fiocruz). ebbs@saude.gov.br

³ Psicanalista. Mestre em estudos da subjetividade pela Universidade Federal Fluminense; Consultora para assuntos em desenvolvimento emocional infantil da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos saudáveis – primeiros passos para o desenvolvimento nacional (MS/Fiocruz). ebbs@saude.gov.br

KEYWORDS: Healthy Brazilian Kids Strategy –

first steps for national development. Public Health.
Early childhood

RESUMEN

La experiencia del parto es uno de los eventos más importantes en la vida de los seres humanos. *La Estrategia Brasileritas y Brasileritos Saludables - primeros pasos para el desarrollo nacional* es un proyecto del Ministerio de Salud y el Instituto Fernandes Figueira de la Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) dirigido a la primera infancia; busca destacar acciones intersectoriales con foco en el desarrollo emocional primitivo para garantía de la vida con calidad sustentada en la potencia de los vínculos establecidos entre los bebés, sus madres y cuidadores al inicio de la vida. En esta oportunidad, se discute la importancia de la humanización del parto a partir de esta concepción estratégica, presentando sus marcos teóricos, incluyendo los determinantes sociales de la salud y las contribuciones de Donald Winnicott, su metodología, dispositivos innovadores y acciones de promoción de la salud, reducción de inequidades y construcción de la ciudadanía, considerándolas como bases de una política pública de salud para los cuidados en la primera infancia.

PALABRAS-CLAVE: Estrategia Brasileritas y Brasileritos saludables. Salud Pública. Primera Infancia.

Memória e desenvolvimento emocional

“Hoje...temos um acúmulo de dados seguros sugerindo que a forma como nós nascemos tem conseqüências duradouras por toda a vida”¹

Sabemos que um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma pessoa é, sem dúvida, o momento do seu nascimento. As circunstâncias em que esse acontecimento se dá inauguram o momento de um contato maior com o que reconheceremos futuramente como ambiência externa. Experiência que adquire relevância porque diz respeito às primeiras vivências diante do outro, que lhe

provê cuidados e que, desde então, passa a apresentar o mundo tal como o sente e como nele intervém. A este conjunto de novas experiências relacionais, sensoriais, motoras, iremos chamar de primeiro território vivencial externo do bebê³.

A importância deste contexto ambiental inclui, portanto, as condições em que o parto acontece e o modo como essa experiência será “registrada” e terá influência na vida do bebê, de sua mãe e familiares. A qualidade dessa ambiência pode ser definida como questão primordial na configuração da *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis - Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional - EBBS*, uma iniciativa do Ministério da Saúde com a coordenação técnica do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, voltada para cuidados com a primeira infância, etapa da vida compreendida entre zero e seis anos em nosso país. Esta iniciativa vem se somar a um conjunto de esforços já realizados neste âmbito, desde o próprio campo da saúde aos marcos legais mais abrangentes como a Constituição Brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Entretanto, um dos eixos da EBBS diferencia-se pela importância que atribui aos fatores psíquicos e ao desenvolvimento emocional na produção de saúde e na qualificação da vida, com a lembrança de uma assertiva da Organização Mundial da Saúde de que não existe saúde sem saúde mental. A tentativa de descrever o “ambiente emocional” ao qual temos nos referido, como primeiro território vivencial do bebê, mostra a enormidade de fatores a interferir e a configurar o que Winnicott chamou de ambiente “suficientemente bom” ao desenvolvimento humano: podemos compreendê-lo como aquele ambiente que apesar das falhas, das intromissões, dos limites e da falta deles, ainda assim, permite o desenvolvimento do indivíduo e seu crescimento saudável, livre das violências que retardam, descontinuam, distorcem ou paralisam seu desenvolvimento. É desse modo

que queremos considerar essa ambiência também pela perspectiva da produção social e da cidadania. Dela faz parte a realidade das desigualdades sociais e iniquidades, expressa nas garantias, ou não, dos direitos do indivíduo em sociedade, o acesso à educação e aos bens culturais, as questões relacionadas ao trabalho, tais como geração de renda e emprego, dentre outros fatores. A capacidade de ampliação e usufruto destes novos territórios, como novos círculos vivenciais, ainda segundo Winnicott, ocorrem como apropriação saudável do sujeito ao se constituir para re-constituir criativamente o ambiente que se lhe apresenta – sempre vinculado e em interação com outros humanos que dele cuidam.

Com esta convicção, colocamos em discussão a relevância da apropriação destes fatores no conjunto de determinantes sociais da saúde, para construir as bases de uma política pública voltada para os cuidados com a primeira infância – momento especial na conformação de padrões saudáveis individuais e sociais para a vida de cada um e de todos os cidadãos. Ainda nesta perspectiva, associamos o aspecto fundamental da natureza intersetorial deste trabalho, para a construção compartilhada das intervenções que podemos realizar a fim de minimizar os efeitos nocivos acarretados por uma ambiência desprovida de cuidados essenciais ao desenvolvimento emocional primitivo. Assim, no terreno dos Direitos trabalha-se a garantia da vida da mulher e da criança, com os conceitos de maternidade voluntária, segura, prazerosa e socialmente amparada. Compreende-se que estes aspectos irão sedimentar o envolvimento suficientemente bom da mãe com seu bebê.

Dentro do referencial teórico utilizado, costumamos citar uma frase de John Bowlby⁴ que muito vem a calhar, em que ele diz:

“Bebês e crianças pequenas não são lousas das quais o passado pode ser apagado com um espanador ou esponja, mas seres humanos que trazem em seu

íntimo suas experiências anteriores e cujo comportamento no presente é profundamente afetado pelo que aconteceu antes”.

Também destacamos a contribuição trazida por D. W. Winnicott⁵ ao afirmar que indícios de memórias dessas primeiras experiências podem ser observados em situações clínicas através das manifestações verbais e principalmente afetivas de determinados pacientes. A esse respeito ele nos diz que:

“É raro encontrarmos médicos que acreditam ser a experiência do nascimento importante para o bebê, com implicações significativas para o desenvolvimento emocional do indivíduo, e que os traços mnemônicos da experiência poderiam persistir e suscitar problemas mesmo na vida do adulto”.

Essas experiências são relevantes, mas poderão ficar numa espécie de adormecimento psíquico, de modo invisível sempre que o nascimento se dá em condições favoráveis. Nesse caso a separação física do corpo materno – ainda que represente uma mudança radical em termos ambientais – não é percebida como ruptura. Freud⁶ afirma que *“há muito mais continuidade entre a vida intrauterina e a primeira infância do que nos permite saber a impressionante cisura do nascimento”.*

Winnicott⁷, sendo pediatra e psicanalista, ratifica essa idéia de manutenção de uma linha de continuidade da existência iniciada na ambiência intrauterina. Se tudo corre bem o bebê pode, então, “seguir sendo” porque as mudanças são gradativamente experimentadas como avanço de percurso de uma vida que se inicia. Ou seja, como conquista desse território vivencial e sem perda dessa linha de continuidade. Em contrapartida, quando o parto-nascimento não ocorre em condições suficientemente boas, esse acontecimento poderá se constituir como experiência traumática exatamente porque pode haver

uma vivência de descontinuidade para o bebê que nem sequer sabe que é um ser separado de sua mãe. A hipótese levantada é a de que “...o nascimento não é experimentado subjetivamente como uma separação da mãe (...) simplesmente porque o feto (...) sendo uma criatura inteiramente narcisista, não tem consciência alguma da existência de um objeto”.

Em síntese, Winnicott nos fala de uma memória do nascimento que não significa, necessariamente, uma experiência vivenciada de forma traumática como apregoam alguns autores que escreveram sobre o assunto, porém considera inegável que experiências tão precoces sejam significativas. Esse é um dos motivos para que se promova a idéia de que a qualidade do cuidado na assistência oferecida nesse momento da vida é bastante relevante para que aquele bebê dê os seus “primeiros passos” para o desenvolvimento em condições saudáveis.

O corpo como cenário de experiências sensíveis para a mãe e para o bebê.

Há pouco tempo atrás, ainda se acreditava que a criança, ao nascer, nem dor sentia, quanto mais que podia guardar de algum modo memórias dessa experiência crucial. São muitas concepções errôneas que contribuíram e contribuem para o tratamento inadequado da dor do recém-nascido. Muitos profissionais acreditam que os bebês ainda não tem a sensibilidade desperta para a dor. Podemos citar alguns exemplos, como o resultado da pesquisa de Chermont⁸ com médicos pediatras: os recém-nascidos e lactentes pré-verbais não sentem dor, apenas expressam ansiedade em situações que podem parecer dolorosas; a dor, caso sentida, não é recordada e, por ser subjetiva, não pode ser medida de forma confiável; acreditam também que a exposição a opióides predispõe as crianças a se tornarem dependentes na vida adulta e que o risco de depressão respiratória ultrapassa a importância do alívio da dor; a administração de uma medicação que alivia a dor provoca dor (como

por exemplo, anestesia para punção lombar) e que o esforço e os gastos requeridos para aliviar a dor não são justificados pelos resultados.

Ainda nessa linha de pensamento, que minimiza os efeitos da dor e do sofrimento no momento do nascimento e momentos subsequentes, encontramos as seguintes considerações que demonstram como alguns profissionais da área de saúde estão longe de chegar a um consenso sobre a dor e seu manejo. Chermont cita Schechter⁹ que, em 1989, relatou que 25% dos cirurgiões entrevistados acreditavam que o neonato sente menos dor do que um adulto em situações clínicas semelhantes, contrastando com apenas 6% dos pediatras. Apesar dessa diferença, ambos os grupos utilizavam pouca ou nenhuma analgesia para a realização de procedimentos potencialmente dolorosos.

Enquanto o conhecimento de que bebês e lactentes sentem dor está atualmente melhor estabelecido, o fato de que a expressão de desprazer do recém-nascido não é verbalizada contribui ainda mais para a dificuldade em reconhecer e tratar a dor de lactentes e neonatos.

Dessas considerações ainda inconclusivas, nos chama a atenção o fato de alguns acharem que a dor tem idade certa para se manifestar e mais ainda a afirmação de que a dor, caso sentida nessa fase da vida, não pode ser recordada. Porém, para a psicanálise e especialmente para aqueles que se interessam pelas questões ligadas às manifestações psicossomáticas, essa perspectiva de uma memória que é produzida a partir do que foi vivido é perfeitamente plausível desde sempre. São marcas mnêmicas que registram diretamente no corpo aquilo que está sendo experimentado no ato do nascimento mesmo antes de um ego existir, e tanto faz que sejam experiências de prazer ou de dor, pois os registros de nossa existência já estão lá sendo feitos como uma espécie de biografia psicossomática. Ainda que nada desse momento seja lembrado conscientemente e, talvez, nem esteja representado inconscientemente,

essa memória existe não de forma explícita e nomeada como tal: alguns dos seus traços podem estar presentes, por exemplo, em nossos sonhos, fantasias e brincadeiras no decorrer de nossas vidas. São experiências que podem ser expressas por essa memória corporal que é constitutiva do psiquismo, ou seja, faz parte do desenvolvimento emocional primitivo. São sensações e afetos presentes nas nossas vivências de prazer e de dor, nas expressões de fantasias e situações que nos angustiam e que nos são aparentemente inexplicáveis, mas que estão lá, registradas naquilo que reconhecemos como psicossoma. Experiências sensíveis que mesmo não estando plenamente visíveis, compõem uma espécie de fundo onde figuram as nossas experiências relacionais.

Mais recentemente estas construções vem sendo fortalecidas pelas pesquisas neurocientíficas, como podemos observar nesta fala de Damásio¹⁰:

“é perfeitamente legítimo perguntar se a tentativa de elucidar os sentimentos tem qualquer espécie de valor além da satisfação de nossa curiosidade... elucidar a neurobiologia dos sentimentos, e das emoções que os percebem, altera a nossa visão do problema mente-corpo, um problema cujo debate é central para nossa compreensão daquilo que somos. A emoção e as várias reações com elas relacionadas estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos estão alinhados com a mente”.

Esse autor segue dizendo que o principal valor prático desta nova perspectiva diz respeito a uma razão simples:

“o êxito ou fracasso da humanidade depende em grande parte do modo como o público e as instituições que governam a vida pública puderem incorporar essa nova perspectiva da natureza humana em princípios, métodos e leis... capazes de reduzir o sofrimento humano e

engrandecer seu florescimento”.

Tudo isso diz respeito também ao modo como iniciamos os nossos contatos com o mundo, procurando, nesse momento inaugural, nos expressar por outro tipo de linguagem que não pode ser feita pelo uso das palavras, porque estas são experimentadas em uma etapa da vida em que ainda não adquiram o sentido de expressão do que é vivenciado. Nesse tempo, a memória é como se fosse “esculpida” em nosso corpo e será dessa forma que essas vivências irão se manifestar, através de uma corporeidade que fala sem a mediação das palavras. Essas vivências fazem parte de nossa bagagem de vida e poderão ser determinantes no modo como nos relacionarmos com o mundo. Assim, podemos pensar que, essa parturiente tendo sido um bebê, um dia, e experimentado sensações singulares a partir de sua própria história de nascimento, ela também tem uma história pregressa a ser expressa na condição que ocupa naquele momento: “*a mulher preparando outra pessoa*”¹¹, nas palavras do poeta.

Winnicott fala que a gestante vai, conforme o avanço da gravidez, desenvolvendo gradativamente uma condição peculiar, onde o foco dos interesses fica concentrado na díade mãe-bebê. É o que o autor chama de preocupação materna primária, um estado que perdura até algumas semanas após o parto e que ele sugere que esteja ligado às memórias de maternagem. É claro que a mãe exerce a maternagem também sob a influência dos cuidados que ela recebeu e que estão registrados em sua memória de bebê, como anteriormente apontado, ainda que ela não tenha a menor consciência disso.

Comprendemos que este é apenas um aspecto da questão e não defendemos uma espécie de determinismo de causa e efeito. Mas, se as vivências predominantes são as de desamparo ou de falhas significativas da provisão ambiental a mulher pode se sentir insegura e desvalida para participar de

momento tão importante de sua vida e da seu filho que nasce. Daí a grande importância do suprimento ambiental que a cerca.

Dessa forma, fica claro que grande parte da provisão ambiental deverá ser dirigida à parturiente para que determinados fatos ou registros de memória não sejam a expressão de um destino imutável, na eventualidade das experiências difíceis que porventura tenha sofrido, tanto nos primórdios de sua existência como ao longo do seu percurso de vida, ou venha sofrer no momento do parto. Assim, percebemos que o contexto cultural também tem a sua considerável parcela de contribuição para que tudo possa correr a contento, pelo menos no que diz respeito a esse tipo de suprimento. A esse respeito Maldonado afirma que:

“A internalização das histórias terríveis com relação ao parto, o medo da morte simbolizado pela passagem da vida intrauterina para a extrauterina, a identificação com a imagem da mãe sofredora que padece para dar à luz são fatores que intensificam o medo e contribuem para a tendência a lutar contra as contrações, ao invés de acolhê-las como um novo ritmo do corpo que se prepara para dar ao bebê a passagem para uma nova vida. O clássico circuito do medo-tensão-dor se realimenta continuamente, gerando intenso desconforto e muita angústia”.

O contexto ambiental e os cuidados oferecidos

Podemos, então, compreender o quanto é relevante o cuidado que se deve ter com a ambiência em que a experiência do parto acontece. Na realidade, nós, enquanto profissionais cuidadores e envolvidos diretamente com essas questões, fazemos parte desse ambiente. Especialmente para o bebê que não se vê separado do mundo, somos também parte desse universo. Estamos com uma missão

mais nobre do que às vezes imaginamos: não só fornecendo as melhores condições materiais ou aplicando as melhores e mais avançadas técnicas de procedimentos; nesse contexto tem grande importância também o nosso gesto afetivo, o acolhimento que evidencia o devido suporte a ser fornecido junto com a nossa equipe, à família, ao conforto da mãe, para a melhor recepção ao bebê. E isto muitas vezes significa apenas fazer silêncio, condicionar as luzes e a temperatura ambiental, agir referenciados pelas boas práticas e intervir apenas e quando a necessidade nos convocar.

Importa-nos também refletir sobre o lugar que ocupa o filho que está sendo gestado em determinada constelação familiar, pois do ponto de vista da constituição do psiquismo daquele ser que chega ao mundo é preciso compreender o contexto em que o nascimento ocorre. Essa compreensão envolve entender, inicialmente, as condições que o antecederam, considerando histórias pregressas das famílias, dos pais, além das condições físicas, emocionais e desejanter em que foi concebido. Para cada caso torna-se importante esclarecer questões que ajudam a composição dessas histórias de vida. No traçado desse histórico importa também a nossa atitude diante do outro, especialmente a de saber ouvir privilegiando o protagonismo dos principais envolvidos de modo que a nossa função seja a de coadjuvante.

Essa investigação envolve questões que, quando esclarecidas, ajudam a configurar aquele contexto familiar e se for o caso, traçar um plano específico de cuidado. Trata-se, por exemplo, de observar se naquele cenário lidamos: com um casal que em algum momento e por algum motivo se encontrou, se amou e teve prazer? Esse encontro gerou uma criança desejada? Há uma mulher que engravidou numa relação amorosa/conjugal estável? Ou uma mulher que decidiu ter seu filho sem a presença do pai – porque este não habita seu universo? Ou alguém que foi abandonada pelo companheiro? Ou uma mulher que tendo sido estuprada e não desejasse aquele filho, não

conseguiu abortar? Ou ainda uma mulher ou um casal que consegue engravidar após inúmeras tentativas de inseminação artificial? Essas são apenas algumas das inúmeras questões cujas respostas contribuem para o delineamento desse contexto ambiental e que serve como cenário para os acontecimentos da concepção, gestação e nascimento de brasileiras e brasileiros.

Embora a sistematização dos procedimentos adotados na assistência à gestante/puérpera tenha o objetivo de oferecer a todas que estejam nessa condição uma rede de cuidados, é preciso não perder de vista esse olhar que diferencia e singulariza as histórias. Da perspectiva que estamos considerando, o acompanhamento de uma gestante pode envolver, portanto, a delicadeza de cada uma das possibilidades acima referidas, dentre tantas outras envolvendo aspectos socioafetivos tais como: sua identidade feminina, o exercício da sexualidade, ou o momento do ciclo de vida em que a gestação acontece (adolescência, jovem adulta, maturidade). Além disso, temos que considerar as circunstâncias socioeconômicas, diferenças de ordem cultural, dentre outros tantos determinantes de qualidade de vida e saúde que impactam também sobre o bebê que essa mulher carrega no interior de seu corpo e na sua mente. E o profissional de saúde envolvido na prestação desse tipo de assistência sabe que é necessário observar cuidadosamente cada contexto para que possa identificar as reais necessidades de cada qual. Neste aspecto, destaquemos o papel das doulas, mulheres que se disponibilizam, assentadas em suas próprias experiências de vida, a oferecer suporte àquelas outras que dele necessitam para garantir, por sua vez, acolhimento e afetos suficientemente bons aos pequenos cidadãos que chegam, por seu intermédio, ao mundo.

Conclusão

Podemos nos perguntar afinal, o que entendemos como uma brasileira ou brasileiro saudável? A EBBS sugere uma

construção ousada como tentativa de resposta. Como vimos, nesta perspectiva a garantia da vida biológica e psíquica de um novo ser humano e suas possibilidades de saúde e bem estar não se iniciam no momento do parto. Considera-se que ao lado do potencial genético e da hereditariedade, alinham-se inúmeros outros determinantes não só de saúde, mas de vida com qualidade. E é a interação absolutamente singular de todos estes determinantes, conduzida de forma mais ou menos criativa pelo bebê e a criança nestes primeiros anos de vida, que erigirá os padrões em torno dos quais irá responder aos desafios de construção de seu caminho no mundo.

A nossa contribuição maior consiste em lançar luz sobre os fatores psíquicos e emocionais aí presentes, indissociáveis da história pregressa e atual da mulher, que ao aproximar-se das questões da maternidade certamente revisitará sua história como bebê, seu desenvolvimento físico e emocional, sua condição desejante, e a construção que se apercebeu fazendo (ou não) de uma “morada” imaterial para seu filho, dentro de si, assim como projeções que sustentem um *vir-a ser* e a ocupação de um lugar no mundo real, compartilhado. Claro que a rede composta (ou não) pela presença do pai desde o universo da mãe, dos membros da família de origem da mãe e do pai, do arranjo conjugal ou familiar monoparental ou ampliado, onde o bebê e a criança irão “*conviver*” são de absoluta importância em termos de continente e sustentação deste território vivencial, adicionando uma contribuição geográfica ao eixo histórico-social do novo ser, que expande, com seu desenvolvimento, seus limites.

Assim, ao iniciarmos este artigo fazendo uma reflexão sobre o parto humanizado e a importância dos cuidados neste momento da vida para a produção de saúde, é porque entendemos com Michel Odent, que para viver uma vida com qualidade, é preciso modificar a forma de nascer. E por acreditarmos nessa assertiva, e no quanto podemos trabalhar

por um projeto civilizatório favorecendo sua construção a partir do campo da saúde, é que decidimos por tomar os seus determinantes sociais e especialmente a vertente de Promoção da Saúde, para a construção da EBBS.

O manejo destes inúmeros determinantes mostra o quanto esse trabalho demanda, para sua efetividade, dispositivos inovadores capazes de sustentar ações intersetoriais, sejam elas voltadas para a articulação com Educação, Assistência Social, Justiça, Políticas para as Mulheres, Direitos Humanos, Esportes, entre outras, como internas à própria área da saúde nos diferentes níveis, ou seja, para dentro do Ministério da Saúde, ou desenvolvidas nos estados e municípios. Dada a grandiosidade do desafio, a EBBS objetiva contemplá-las numa proposta piloto, tendo definido com o CONASS e a CONASEMS seis municípios pólos no país para seu início: Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ), Campo Grande (MS), Florianópolis (SC) e Araripina e Santa Filomena no Sertão do Araripe (PE).

Compreendendo o nosso Sistema Único de Saúde como a principal política social da área, a proposta é fortalecê-lo e aprimorá-lo investindo em inovações também de natureza relacional, privilegiando a atenção ao vínculo estabelecido entre seus principais atores: gestores, profissionais de saúde e usuários e seus familiares. A idéia de cuidado com o cuidador atravessa este trabalho, consistindo também em apoiar as equipes de Saúde da Família e profissionais dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs), com o auxílio de apoiadores locais, por sua vez sustentados e alimentados pelo dispositivo de apoio matricial, uma oferta da Política Nacional de Humanização do SUS, que aposta em novas formas de fazer e novas práticas de atenção e gestão da clínica e dos serviços. É neste sentido que sustentamos os dispositivos aglutinadores, e a transversalidade na comunicação, incentivando a experiência grupal, existente ou oportunamente concebida para os cuidados nas ações de planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério em cada

uma das unidades ou equipes de saúde da família destes municípios.

Humanizar este caminho de chegada ao mundo de um novo brasileiro consiste, portanto, em intervir no processo de produção de sua saúde favorecendo a associação de novas ofertas clínicas de cuidado com uma gestão de responsabilidades compartilhadas em equipes de referência e com espaço para a singularização da atenção - permitindo oferecer ao diferente, a necessária diferença para a promoção do seu bem estar. Isto pode evidenciar-se, e é apenas um exemplo, com a conquista aparentemente simples de efetivamente vincular a mulher, a partir da atenção pré-natal, à maternidade em que seu parto deverá ocorrer: quanta ansiedade aliviada... quantas crianças chegando ao mundo de forma mais segura... quantos direitos garantidos! Neste sentido, concordamos com Ayres¹² quando diz:

“Assistimos em tempos recentes à emergência de uma série de novos discursos no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como a da promoção da saúde, saúde da família, entre outros. Tais discursos revelam a vitalidade conceitual da saúde pública deste início de milênio e traz ao debate diversos convites à renovação das práticas sanitárias... que parecem depender de transformações bastante radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos”.

Busca-se, assim, manter em movimento e aprimorar a cada dia o conjunto de ofertas construídas com, para e pelo público, disponibilizadas através de diretrizes, dispositivos e ações do SUS, neste consolidado resultante das reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras. Temporão *et al*¹³ afirmam, entretanto, que:

“não se constrói um projeto político nesta área que assegure de forma sustentável e permanente o acesso

universal aos bens e serviços, e que garanta os direitos do cidadão, sem a decisão política de assegurar os recursos necessários ao financiamento do sistema de saúde que possibilite investimentos na infraestrutura, na aplicação de novas tecnologias, na manutenção de quadros profissionais de qualidade e no fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico. Para alcançar este objetivo, é preciso que a saúde seja pensada e priorizada nos planos de desenvolvimento como componente estratégico e não como um agente secundário. Tal posição recoloca as bases sobre as quais os determinantes de saúde devem ser equacionados”.

A ousadia consiste então não só em trabalhar pela inclusão da saúde como componente estratégico dos planos de desenvolvimento, como em lançar as bases para a construção de uma política de Estado voltada para os cuidados com a primeira infância, tomando-a efetivamente como os primeiros passos do desenvolvimento nacional.

Referências

1. Odent M. Parto e nascimento no mundo contemporâneo: conferência de abertura. Seminário BH pelo Parto Normal. Belo Horizonte: Rona; 2008.
2. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1996. p. 323-4.
3. Bowlby J. Maternal care and mental health. Genebra; 1961.
4. Winnicott DW. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 254-76.
5. Freud S. Inibições, sintomas e angústia (1926). In: ESB das obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
6. Winnicott DW. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 254-76.
7. Chermont AG. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. J Pediatr. 2003;79(3):265-72.
8. Schechter NL. The undertreatment of pain in children: an overview. Pediatr Clin North Am. 1989;36:781-93.
9. Damásio A. Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Schwarcz; 2004. p.

15-16.

10. Carlos R. Força estranha. 1968.

11. Maldonado MT. Psicossomática e obstetrícia. In: Mello Filho, et al. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 208-14.

12. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface – Comunic Saúde Educ 2003-2004;8(14):73-92.

13. Temporão JG, Penello LM. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância: política de saúde para a primeira infância. Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2010;34(85):198-8.

Artigo apresentado em 12/07/2010

Aprovado em 30/08/2010