

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE, COM ÊNFASE NA
FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM
SAÚDE

RISÂNGELA PEREIRA DE ARAUJO

PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO ATRAVÉS DA SHANTALA: O TOQUE
FORTALECE O VÍNCULO

RECIFE

2019

RISÂNGELA PEREIRA DE ARAUJO

PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO ATRAVÉS DA SHANTALA: O TOQUE
FORTALECE O VÍNCULO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Educação em Saúde, com ênfase na formação de preceptores de residências multiprofissionais, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Especialista em Educação na Saúde.

Orientadora: Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

A663p Araujo, Risângela Pereira de.

Promoção ao aleitamento materno exclusivo através da Shantala: o toque fortalece o vínculo /Risângela Pereira de Araujo. – Recife: [s.n.], 2019.

48 p.: gráf.; tab.

Monografia (Especialização em Educação em Saúde, com ênfase na formação de Preceptores de Residências Multiprofissionais em Saúde) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

Orientadora: Paulette Cavalcanti Albuquerque.

1. Aleitamento materno. 2. Relações mãe-filho. 3. Massagem. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti. II. Título.

CDU 614.39

RISÂNGELA PEREIRA DE ARAUJO

PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO ATRAVÉS DA SHANTALA: O TOQUE
FORTALECE O VÍNCULO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Educação em Saúde, com ênfase na formação de preceptores de residências multiprofissionais, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Especialista em Educação na Saúde.

Aprovado em: 13 de julho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Ma. Karla Adriana Oliveira Costa
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

ARAUJO, Risângela Pereira de. **Promoção ao aleitamento materno através da Shantala: o toque fortalece o vínculo.** 2019. Monografia (Especialização em Educação em Saúde, com ênfase na formação de preceptores de residências multiprofissionais) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

A amamentação constitui um dos temas mais importantes para a saúde humana, sendo recomendada de forma exclusiva até seis meses de idade e complementar até dois anos. O aleitamento materno é essencial para os lactentes, visto que apresenta benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais. O desmame precoce pode causar graves problemas, de forma inadequada do ponto de vista nutricional expõe a infecções, produzindo prejuízos à saúde da criança. Este trabalho objetivou promover o AME, através um projeto de intervenção junto às puérperas de uma unidade de saúde da família, utilizando o método de massagem Shantala com origem indiana e difundido no ocidente, aplicado em bebês, com benefícios para as crianças em desenvolvimento, além de fortalecer os laços afetivo. O projeto foi desenvolvido desde março de 2018, em oficinas, com a participação de estudantes de enfermagem e residentes, mensalmente, envolvendo entre 5 e 12 mulheres e seus filhos. O projeto foi avaliado através de uma pesquisa de campo de caráter pesquisa ação com abordagem quanti-qualitativa em um grupo de gestantes e puericultura numa Unidade Básica de Saúde, situada no município de Jaboatão dos Guararapes, com a aplicação da Shantala como uma das estratégias para aumentar a adesão ao AME. Os dados revelaram uma redução do desmame precoce e colocaram em evidência a importância dos profissionais de saúde em promover o aleitamento materno empregando as Práticas Integrativas Complementares como ferramenta facilitadora na rotina em saúde. A conscientização e o empoderamento das gestantes e puérperas foi observada, bem como a importância da aplicação da massagem Shantala nesse processo, evidenciando a diminuição do desmame precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade numa Unidade de Saúde da Família (USF), destacando a promoção do AME através do vínculo materno infantil e visando uma intervenção para o aumento da adesão amamentação exclusiva.

Palavras chaves: Aleitamento materno. Relação mãe e filho. Massagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Momento I: Reunião de Equipe	32
Quadro 2 – Momento II: Reunião de Equipe	32
Quadro 3 – Momento III: Reunião de Equipe	33
Quadro 4 – Momento IV: Reunião de Equipe.....	33
Gráfico 1 – Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo Pré Shantala	38
Gráfico 2 – Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo Pós Shantala.....	38

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AMC – Aleitamento Materno Complementar
- AME – Aleitamento Materno Exclusivo
- AMP – Aleitamento Materno Predominante
- APS – Atenção Primária à Saúde
- ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
- EP – Educação Permanente
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PICS – Práticas Integrativas Complementares em Saúde
- PMAC – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
- PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SAM – Sem Aleitamento Materno
- SGTES – Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- USF – Unidade de Saúde da Família
- UNIFG – Universidade dos Guararapes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO GERAL.....	11
2.1 Objetivos Específicos	11
3 MARCO TEÓRICO	12
3.1 Gravidez	12
3.2 Pré-Natal.....	12
3.3 Humanização	14
3.4 Consulta de Enfermagem na Atenção Básica.....	16
3.5 Amamentação	17
3.6 Práticas Integrativas Complementares no SUS – PICS	20
3.6.1 Shantala	22
3.7 Educação Permanente em Saúde	23
4 METODOLOGIA	28
4.1 Local de Estudo.....	30
4.2 Aspectos Éticos.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

Muito se discute em relação a amamentação como Estratégia Global para a alimentação de lactantes e crianças de primeira infância, proporcionando-as um início de vida saudável.

O objetivo central da Estratégia Global é melhorar através da alimentação as condições nutricionais de crescimento, desenvolvimento e saúde e, assim a sobrevivência, do lactante e crianças de primeira infância (BRASIL, 2009).

A amamentação constitui um dos temas mais importantes para a saúde humana, sendo recomendado de forma exclusiva até seis meses de idade e complementar até dois anos. O aleitamento materno é essencial para os lactentes, visto que apresenta benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais. O desmame precoce pode causar graves prejuízos à saúde da criança, pois alimentos introduzidos de forma inadequada do ponto de vista nutricional expõe a infecções, produzindo reflexos no crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2009).

Um marco do desenvolvimento da atenção integral e do pré-natal foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentada como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da atenção básica. Propõe-se que a assistência pré-natal ocorra nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), caracterizadas como a principal porta de entrada do sistema, onde são firmados os vínculos do setor com a comunidade. A partir de sua implantação, percebeu-se uma procura maior das gestantes para realizar as consultas de pré-natal (BRASIL, 2000).

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas (XIMENES et al., 2008). Ao entrar em contato com uma gestante, cabe à equipe de saúde da família saber compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez até o puerpério, a qual passará por mudanças físicas e emocionais (VASQUES, 2006).

É em uma ótima ocasião para que seja estimulada a amamentação e se façam orientações de ordem higiênico-dietéticas. Isso inclui conhecer a fisiologia da lactação, entender que os estímulos advindos da sucção, produção e manutenção do leite e não se deixar surpreender com eventuais dificuldades, tornando-as

capazes de prevenir e superar tais obstáculos (FREITAS, 2006). O profissional de saúde tem um papel importante na prevenção e manejo dessas dificuldades, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicos (GIUGLIANI, 2004).

É importante, sobretudo enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar, portanto, para se atingir o objetivo de oferecer uma assistência pré-natal mais global, é necessário pensar não apenas em termos de “mulher grávida”, mas também de “família grávida” (MALDONATO, 2005).

O termo “humanizar” e seus derivados têm adquirido sentidos diversos. O conceito de humanização adotado pelo movimento feminista é o de atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica. Isso inclui: o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência ao parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; e a proteção contra abuso e negligência (DINIZ, 2005).

No âmbito da atenção básica, uma possibilidade de prevenção são as Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS), as quais trouxeram uma nova perspectiva sobre prevenção, recuperação e promoção em saúde, essencialmente porque está relacionado às ações na unidade básica, possibilitando usá-las como ferramenta de transformação quando insere as PICS como forma de cuidado diferente do cuidado medicamentoso, sendo uma forma de aproximar a comunidade do centro de saúde (RUAS, 2017).

Ao viver o cotidiano na USF em Jaboatão, detectamos o problema de baixa adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o 6º mês de vida, o que nos levou a refletir sobre a razão para o desmame precoce, o que poderia ser feito e como estimular o AME nas Gestantes e Puérperas para aumentar a adesão até o 6º mês de vida na USF.

Dentro desse contexto, nos perguntamos se adotar práticas que favoreceram o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), mediante o fortalecimento do vínculo mãe e filho e do toque através da massagem Shantala, poderia atuar na redução do desmame precoce. Cabe lembrar que a Shantala integra o conjunto das Práticas Integrativas Complementares do SUS e que outras práticas e diálogos poderiam também atuar na redução do desmame.

2 OBJETIVO GERAL

Incentiva a promoção do Aleitamento Materno Exclusivo, através da Shantala, em um grupo de gestantes na Atenção Básica.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Fortalecer os grupos de gestantes e puérperas, na perspectiva do empoderamento feminino e da valorização do aleitamento materno exclusivo;
- b) Possibilitar às gestantes, puérperas e usuários conhecer e experienciar a Técnica da Shantala;
- c) Avaliar a adesão ao AME após a introdução da Shantala na rotina da ESF;
- d) Capacitar residentes e graduandos na Técnica da Shantala como agentes multiplicadores de promoção em saúde.

3 MARCO TEÓRICO

A gestação, o parto e o puerpério são experiências marcantes na vida da mulher (BARROS, 2002).

3.1 Gravidez

A gravidez é um estado especial em que a mulher reage orgânica, psíquica e socialmente de forma diferente. A saúde da gestante é, portanto, a sensação de bem-estar físico, psíquico e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

A utilização da estratégia de grupos de gestantes demonstra a importância de sua elaboração na abordagem de temas que levantariam curiosidades, interesses e preocupações e, com a possibilidade de gestante e familiares discutirem com os profissionais de saúde, buscando o conhecimento (BRANDEN, 2000).

Nessa fase, a mulher tem de alguém que escute e que lhe auxilie em suas angústias, medos e ansiedades. O profissional que ali atua, deve ajudá-la a encontrar soluções para sua dúvida ou oferecer condições para minimizá-las, dispensando-lhe um atendimento de qualidade e respeitando sua individualidade (BARROS, 2002).

A gestação, o parto e o puerpério são experiências marcantes na vida da mulher e a sequência de fatos, às vezes, fazem-na lembrar que está em busca de uma conquista, de um grande sonho e o desejo de ter um filho perfeito e com saúde em um hospital (BARROS, 2002).

A gravidez envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verificam-se mudanças na sua identidade, associadas a uma nova definição de papéis; a mulher passa a olhar e a ser olhada de uma maneira diferente. No caso da primigesta, além de filha e mulher passa a ser mãe (MALDONATO, 2005).

3.2 Pré-Natal

A assistência pré-natal é definida pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como os cuidados da saúde dispensados à mulher visando assegurar a higidez de seu organismo e o crescimento e desenvolvimento

adequado do seu conceito, reduzindo assim a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2003).

Nada é mais definitivo para o autoconceito de homens e mulheres do que o desafio de gerar e criar um filho. As alterações fisiológicas e psicossociais ajudam a mulher a adaptar-se à gravidez, manter sua saúde durante toda a gestação e preparar-se para o nascimento de seu filho (BRANDEN, 2000).

Para implementar as atividades de normatização do controle pré-natal dirigido às gestantes é necessário dispor de um instrumento que permita identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta. Isso permitirá a orientação e encaminhamento adequado em cada momento da gravidez (BRASIL, 2006).

O processo de Enfermagem na assistência pré-natal é uma abordagem que exige habilidades cognitivas, técnicas e relações interpessoais, com o objetivo de propiciar uma estrutura que supra as necessidades individuais da gestante, família e comunidade (BARROS, 2002).

A assistência pré-natal inclui a qualidade do profissional, que deve ser competente, humano e dedicado. Competente, para orientar as gestantes, para reconhecer precocemente os problemas que possam surgir e enfrentá-los de maneira correta, evitando ou minimizando as suas consequências. Humano, para entender e viver as emoções com a gestante, permitindo que a paciente expresse seus sentimentos, além de oferecer explicações em linguagem acessível. Dedicado, pois sabe-se que essa investigação inicial demanda mais tempo quando comparada ao trabalho rotineiro de tocar, medir e pesar, porém, é fundamental que a assistência seja merecedora de uma atenção muito maior por parte dos profissionais de saúde materno-infantil (FREITAS, 2006).

É em uma ótima ocasião para que seja estimulada a amamentação e se façam orientações de ordem higiênico-dietéticas. Isso inclui conhecer a fisiologia da lactação, entender que o estímulo advindo da sucção mamilar fortalece a produção e a manutenção do leite e não se deixar surpreender com eventuais dificuldades, tornando-as capazes de prevenir e superar tais obstáculos. Quanto aos cuidados higiênicos, não há restrições a banhos de imersão, sauna, piscina ou mar. Recomenda-se o uso de roupas confortáveis, incentiva-se o uso de sapatos baixos e de sutiã. Gestantes com varizes devem ser incentivados a usar meias elásticas. Deve-se incentivar a manutenção de atividade física habitual e ginástica orientada,

evitando exercícios violentos (FREITAS, 2006).

Atualmente, sobretudo nas sociedades modernas, as mulheres têm poucas oportunidades de obter o aprendizado relacionado à amamentação, já que as fontes tradicionais de aprendizado - mulheres mais experientes da família - foram perdidas à medida que as famílias extensivas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares. Consequentemente, as mulheres tornam-se mães com pouca ou nenhuma aptidão em iniciar e manter a amamentação, o que as deixa mais suscetíveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo (GIUGLIANI, 2004).

As atividades multiprofissionais, por intermédio de consultas na unidade, reuniões com grupos de gestantes e visitas domiciliares compõem a assistência pré-natal de forma integral, orientando a gestante sobre todas as mudanças físicas e emocionais e como lidar com essas modificações. É fundamental que conheça previamente o local onde ocorrerá o parto, para que se sinta mais segura, garantindo um bom relacionamento entre ela, o enfermeiro e a unidade de saúde indicada (BRASIL, 2006).

É importante, sobretudo enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar, portanto, para se atingir o objetivo de oferecer uma assistência pré-natal mais global, é necessário pensar não apenas em termos de “mulher grávida”, mas também de “família grávida” (MALDONATO, 2005).

3.3 Humanização

Segundo os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) afirma que a humanização como eixo norteador das práticas em saúde supõe uma indissociabilidade com o próprio método de sua construção. Com a dimensão transversal dessa política de atenção e de gestão em saúde no SUS implica, para sua efetivação, um construir coletivo (BRASIL, 2003).

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto a qualidade da assistência, melhora a relação do profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influência na decisão pela busca de um futuro atendimento (BRASIL, 2003).

A humanização no nascimento, por sua vez, comprova todos os esforços para evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê. Acredita-se, então, que o parto humanizado é um conjunto de condutas e procedimentos que visam sua promoção e a do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Assim, humanizar o parto significa lutar para abolir as violências presentes nas rotinas que segregam, massificam e confinam as mulheres na maternidade (BARROS, 2002).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude e ética solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (BRASIL, 2000).

O outro aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

A humanização diz respeito à adoção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direito dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006).

O acolhimento e a humanização podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e usuários dos serviços, a exemplo da forma cordial do atendimento, com os profissionais se apresentando, chamando pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade, incentivando a presença do acompanhante, entre outras (BRASIL, 2006).

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto a qualidade da assistência,

melhora a relação do profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influência na decisão pela busca de um futuro atendimento (BRASIL, 2003).

O acolhimento, com uma escuta qualificada; a gestão participativa; a ambiência, discutindo o uso dos espaços de acordo com as necessidades; a clínica valorizada e compartilhada; a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários são as diretrizes que norteiam a Política Nacional De Humanização (PNH), que existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão qualifica a saúde pública no Brasil e incentiva trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, devendo se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas.

Os princípios que regem a PNH consistem em:

- a) Transversalidade - reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem dialogar com a experiência daquele que é assistido;
- b) Indissociabilidade entre atenção e gestão - Trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde;
- c) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens. As mudanças ocorrem a partir do reconhecimento do papel de cada um dentro do programa produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a Política Nacional de Humanização estimula a comunicação entre os atores envolvidos para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

3.4 Consulta de Enfermagem na Atenção Básica

Compreende-se que a Consulta de Enfermagem promove a autonomia das mulheres, assim reconhecendo as ações de promoção da saúde advindas do profissional enfermeiro em prol das mulheres, destacando dispositivos como autonomia e diálogo, propiciando espaços para que a comunicação e a escuta qualificada dos usuários façam-se presentes e fortalecendo suas capacidades de

enfrentamento ao estresse, crises e tomadas de atitude sobre suas vidas e saúde (DURAND, 2013).

A consulta de Enfermagem, tendo a lei do exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº94.406/87, indicando que o pré-natal de baixo risco deve ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, através do qual, desempenha um papel relevante e abrangente, objetivando uma assistência integralizada em prol da melhoria do estado de saúde da gestante (BRASIL, 2006). Na consulta há a preocupação com os aspectos psicológicos, espirituais, sociais e físicos e não somente com as condições clínicas, baseando-se em teorias científicas, tendo como foco a saúde e o bem-estar do binômio (BARROS, 2002).

Para tanto, faz-se necessário que a consulta de enfermagem pré-natal seja realizada de forma a identificar as necessidades, promover a educação, orientar e prevenir problemas futuros e recuperar a saúde da gestante, assistindo-a, desde a primeira consulta, até a última que antecede o parto (BRANDEN, 2000).

Para as consultas serem eficientes seu início deve ser o mais precoce possível e ter, no mínimo, seis consultas pré-natais, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2006).

É importante, sobretudo enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar, portanto, para se atingir o objetivo de oferecer uma assistência pré-natal mais global, é necessário pensar não apenas em termos de “mulher grávida”, mas também de “família grávida” (MALDONATO, 2005).

3.5 Amamentação

A amamentação é decorrente de uma série de impulsos biológicos, instintivos e comportamentais. As fêmeas dos mamíferos apresentam o instinto de abrigar, proteger e propiciar aos recém-natos à amamentação. O indivíduo nasce com o instinto. O comportamento pressupõe aprendizado e, por conseguinte, pode ser modificado, abolido ou incrementado (GIUGLIANI, 2004).

Apesar de ser biologicamente determinada, a amamentação sofre influências sociais e culturais. Estima-se que no contexto atual às expectativas culturais se contrapõem a biológica, onde não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Para levar adiante sua opção, é

preciso estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio de um profissional habilitado a ajudá-la, se necessário. Mas nem sempre o profissional de saúde tem conhecimentos e habilidades suficientes para manejar adequadamente as inúmeras situações e obstáculos à amamentação bem-sucedida (GIUGLIANI, 2004).

São as seguintes as categorias de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial de Saúde e internacionalmente reconhecidas:

- a) Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno, direto do seio ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- b) Aleitamento materno predominante: a criança recebe, além do leite humano, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, e fluidos rituais.
- c) Aleitamento materno: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado), independentemente da quantidade e de estar recendo ou não outros alimentos.
- d) Aleitamento materno complementado: para entrar nessa categoria a criança deve estar recebendo leite humano e, necessariamente, alimentos sólidos ou semissólidos. Ela pode estar recebendo, além desses alimentos, outros alimentos, incluindo leites de outras espécies.

Embora não incluído entre as classificações de aleitamento materno da OMS, o termo aleitamento materno misto ou parcial é bastante utilizado, referindo-se à criança que recebe, além do leite humano, outros tipos de leite (GIUGLIANI, 2013).

O leite materno sendo salutar para a criança, principalmente nos seis primeiros meses de vida contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (GIUGLIANI, 2013).

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação e o desmame não são processos desencadeados unicamente pelo instinto. Por isso, eles devem ser aprendidos. O profissional de saúde tem um papel importante no

manejo do aprendizado, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicos (GIUGLIANI, 2004).

Amamentar é muito mais que alimentar a criança, envolve interação complexa, multifatorial, entre duas pessoas, que interfere no estado nutricional da criança, defesa de infecções, em sua fisiologia, no seu desenvolvimento cognitivo e emocional e em sua saúde no longo prazo. Envolve também aspectos relacionados à saúde física e psíquica da mãe (GIUGLIANI, 2004).

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (BRASIL, 2015).

Para promover, proteger e apoiar a amamentação com eficiência, o profissional de saúde, além do conhecimento e competência técnica em aleitamento materno, precisa ter habilidade em se comunicar eficientemente com a mulher-nutriz e sua família. Nesse sentido, a técnica do aconselhamento em amamentação tem sido recomendada pela OMS, aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos, para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas.

A prática da amamentação no Brasil e no mundo, segundo dados fornecidos pela OMS, sobre a situação do aleitamento materno nos países em desenvolvimento, na América Latina e Caribe e no Brasil, percebe-se que o Brasil apresenta indicadores semelhantes aos das médias dos países em desenvolvimento, exceto o indicador de duração total do aleitamento materno. Entre os países com dados oficiais sobre aleitamento materno reconhecidos pela OMS, o Brasil ocupa a 21ª posição (entre 74 países) na mediana do aleitamento materno exclusivo e a 68ª posição na mediana de aleitamento materno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A duração mediana da amamentação no Brasil, que era de 2,5 meses em

1975, subiu para 5,5 meses em 1989, para 07 meses em 1996 e 14 meses em 2006. O último inquérito nacional, realizado em 2008, contemplando apenas as capitais brasileiras e o Distrito Federal, mostrou duração mediana de aleitamento materno de 10 meses. O conjunto das capitais da região Norte foi o que apresentou a maior duração mediana do aleitamento materno (435 dias), seguido do das regiões Centro-Oeste (374 dias), Nordeste (347 dias), Sudeste (303 dias) e Sul (302 dias). Embora o aleitamento materno exclusivo seja bem menos praticado, os dados têm uma tendência ascendente: aumentou de 3,6% em 1986 para 48,1% em 2006, em crianças menores de 4 meses (BRASIL, 2009).

A mediana de aleitamento materno exclusivo nas capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2008, foi de apenas 54 dias, com 41% das crianças menores de seis meses recebendo aleitamento materno exclusivo e apenas 9,3% chegando aos seis meses com esse padrão de amamentação. O conjunto das capitais da região Centro-Oeste foi o que mais amamentou exclusivamente (66,6 dias) seguido do das regiões Norte (66,2 dias), Sul (59 dias), Sudeste (55 dias) e Nordeste (34,9 dias) (BRASIL, 2009).

Segundo os parâmetros da OMS, o indicador aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses do Brasil (41%) é apenas razoável (considera-se bom e muito bom acima de 50% e 90%, respectivamente) e o indicador duração mediana do aleitamento materno (300 dias – 10 meses) é considerado ruim (considera-se bom e muito bom acima de 21 e 23 meses, respectivamente). A prevalência apresentada de AME em Pernambuco, representada pelo município de Recife foi de 38,3% das crianças menores de 6 meses em amamentação exclusiva segundo a pesquisa nos estados e municípios da região Nordeste (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A proteção do leite materno contra a mortalidade infantil é maior quanto menor é a criança. Assim, a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de dois meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce, porém ainda é o dobro no segundo ano de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

3.6 Práticas Integrativas Complementares no SUS (PICS)

No Brasil, o debate sobre as práticas integrativas e complementares começou

a despontar no final de década de 70, após a declaração de Alma Ata e validada, principalmente, em meados dos anos 80 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um espaço legítimo de visibilidade das demandas e necessidades da população por uma nova cultura de saúde que questionasse o ainda latente modelo hegemônico de ofertar cuidado, que excluía outras formas de produzir e legitimar saberes e práticas (BRASIL, 2018).

Com esse cenário, tanto sociedade civil quanto governo federal iniciou um movimento, até então tímido, por busca e oferta de outras formas de praticar o cuidado e o autocuidado, considerando o bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde. Em vista disso, o Governo Federal visando garantir a atenção integral à saúde através das práticas integrativas e complementares implicou pensar - em conjunto com gestores de saúde, entidades de classe, conselhos, academia e usuários do SUS - uma política pública permanente que considerasse não só os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, mas a abordagem ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado (BRASIL, 2018).

À medida que os debates se aprofundavam acerca das dificuldades impostas à efetiva implementação desse novo modelo de produzir saúde, o Departamento de Atenção Básica elaborava um documento normatizador para institucionalizar as experiências com essas práticas na rede pública e induzir políticas, programas e legislação nas três instâncias de governo. Assim, sob um olhar atento e consensual e respaldado pelas diretrizes da OMS, o Ministério da Saúde aprova, então, através da Portaria GM/MS no 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2018).

As práticas integrativas trouxeram uma nova perspectiva sobre prevenção, recuperação e promoção em saúde, essencialmente porque está relacionado às ações na unidade básica. Visto que na unidade básica de saúde o enfermeiro tem sua autonomia e desempenha um papel fundamental em relação às pessoas auxiliando na recuperação do cliente. Logo, o enfermeiro enquanto conhecedor dos benefícios que as práticas integrativas e complementares em saúde podem proporcionar aos usuários, possibilitando usá-las como ferramenta de transformação para a comunidade quando insere as PICS como forma de cuidado diferente do cuidado medicamentoso, sendo uma forma de trazê-la para mais perto do centro de saúde. Ao passo que o profissional enfermeiro é de suma importância para a

consolidação das PICS na unidade básica, pois o trabalhador da área da saúde deve se emponderar por meio da política nacional das práticas integrativas e complementares em saúde, a qual irá fortalecer o vínculo com a comunidade, por meio de uma assistência humanizada e resolutiva (RUAS, 2017).

Acredita-se que a implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na rotina das unidades de saúde pode possibilitar a melhoria da qualidade do serviço de saúde, a interação entre as unidades que integram o programa e o desenvolvimento de ações que promovam a educação em saúde, melhorando os resultados dos programas e ações. As Terapias Integrativas e Complementares têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população atendida, visando a promoção e educação em saúde, atuando na prevenção de agravos, melhorando a saúde, proporcionando um cuidado integral. Apesar da existência da PNPIC, há dificuldades e falta de adesão em relação às práticas, devido ao número insuficiente de profissionais capacitados, escassez de financiamentos na área, falta de espaços e fatores científicos e culturais que dificultam a implementação (RAMOS, 2017).

A PNPIC permitiu muitos avanços, assim como apontou a necessidade de buscar mudanças na produção do cuidado em saúde, passando de uma perspectiva exclusivamente curativista, dispendiosa e de submissão dos cuidados decididos exclusivamente pelos profissionais de saúde, para uma perspectiva de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de autonomia dos sujeitos e de racionalidades em saúde (BRASIL, 2018).

3.6.1 A Shantala

Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, a saber: arte-terapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017. As práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde.

A shantala tem origem indiana e foi difundida pelo médico francês Frédeérick Leboyer. Os benefícios proporcionados são: alívio de cólicas, melhoria no sono, fortalecimento do sistema imunológico, entre outros.

Segundo o ensinamento tradicional, a técnica indiana pode ser aplicada nos bebês a partir do primeiro mês de vida. A Shantala é mais do que uma técnica de massagem – é um ato que reforça aspectos indispensáveis desde o primeiro respirar do bebê no mundo: o amor, o carinho e o contato (LEBOYER, 1995).

É uma prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) para bebês e crianças pelos pais, composta por uma série de movimentos que favorecem o vínculo entre estes e proporcionam uma série de benefícios decorrentes do alongamento dos membros e da ativação da circulação. Além disso, preconiza promover a saúde integral; harmonizar e equilibrar os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático; estimula as articulações e a musculatura; auxilia significativamente o desenvolvimento motor; preconiza facilitar os movimentos do bebê; reforçar vínculos afetivos, cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional (LEBOYER, 2004).

A massagem poderá acalmar ou deixar o bebê mais agitado, por isso deve-se observar seus efeitos e adequá-la ao melhor momento do dia. O mais importante é notar a disposição do bebê em receber a massagem e promover o bem-estar da criança, desenvolvimento do tônus muscular e consciência corporal da criança, promove também a integração da mãe e do bebê através do toque, do olhar e dos sentidos (LEBOYER, 2004).

3.7 Educação Permanente em Saúde (EPS)

No Brasil, a partir do SUS, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase. Segundo a Constituição Federal no Artigo 200, fica estabelecido que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições: ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. A formação profissional passou a ser reconhecida como fator fundamental para o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Somente em 2003 é criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

Em 2007, a Portaria nº 1.996 reafirmou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, considerando as características de cada região e as necessidades

de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde (BRASIL, 2007). Nesse contexto, pressupõe-se que, as concepções que norteiam a educação permanente no setor saúde, modificaram-se no que tange às definições e à sua aplicação nos serviços. Compreende-se ser relevante conhecer o conceito da educação permanente, para a melhor compreensão dos acontecimentos atuais.

De acordo com Lemos (2009), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como um conceito pedagógico que engloba ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social. Baseado nos pressupostos da aprendizagem significativa, que devem ser norteadores das ações de desenvolvimento profissional e das estratégias de mudança das práticas de saúde. Assim, apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde que tem um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, que inclui instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, conformando o “quadrilátero da formação” (CUNHA, 2009).

A EPS possui uma proposta metodológica de educação problematizadora a partir de vivências significativas dos profissionais, com vistas à transformação das práticas de saúde, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe, da cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos – trabalhadores e usuários (PEREIRA, 2014).

De acordo com Silva (2011), a proposta pedagógica utilizada na educação permanente requer considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos. A qualificação precisará incidir sobre o processo de trabalho, avaliada e monitorada pelos participantes.

Segundo Rodrigues, Vieira e Torres (2010), as trocas de experiências desenvolvidas na metodologia da Educação Permanente observaram integração entre ensino, serviço e comunidade, em função do planejamento e da execução, integradas, de programa educativo. Estas características, se presentes nos encontros da equipe, impulsionam o movimento de emancipação do modelo hegemônico de educação em saúde e o processo de transformação da cultura da saúde (ROVERE, 2005).

A educação deve ser pautada em gestão estratégica, buscando refletir sobre o cenário do trabalho e dos problemas reais enfrentados, em um processo de

planejamento e desenvolvimento de competências gerenciais (SANTOS, 2015). Nessa linha, na política de educação permanente, é expresso o reconhecimento da vinculação intrínseca entre gestão e educação como eixo central para a elaboração de estratégias político-gerenciais e educacionais, buscando a valorização das práticas de saúde (SADE, 2015).

A participação do conjunto dos trabalhadores e a compreensão da EPS como uma ferramenta de gestão implica o comprometimento da coletividade para a transformação das relações e das estruturas de poder, devendo-se abranger distintas dimensões, criando possibilidades de construir relações em que haja compartilhamento do poder e não o exercício do poder de um sobre o outro.

Cabe salientar que a EPS é amparada pela premissa da aprendizagem significativa, onde os processos de capacitação e formação devem ser pensados e organizados tomando-se a problematização do processo de trabalho com o foco na transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (OLIVEIRA, 2011). Nesta direção, a atualização técnico-científica é fundamentada no campo da saúde, mas não o aspecto único e o central, ao passo que, dada a complexidade da produção de cuidados e da gestão na saúde, os processos de formação e capacitação devem envolver dimensões voltadas à produção de subjetividade, às habilidades técnicas e ao conhecimento do SUS (PEDUZZI, 2009).

Enquanto reorganização dos sistemas de saúde, onde a atenção básica tem como missão ser a porta de entrada do sistema e a articuladora de toda a rede de cuidado, é necessário que os profissionais se fortaleçam por meio do domínio de tecnologias que permitam acolher, estabelecer vínculos e conservar a responsabilização pelas necessidades de saúde dos usuários, na lógica da vigilância da saúde, visando à integralidade do cuidado (BRASIL, 2000).

Esse movimento engloba inclusive um conceito ampliado, que envolve os determinantes e condicionantes do processo de saúde e doença, com intuito voltado para a qualidade de vida e a promoção da saúde, ultrapassando além de atender à doença que, por muito tempo, contou com a prioridade do atendimento. Para esse paradigma, muitas dificuldades são citadas, a principal delas trata da formação e da capacitação dos profissionais para atuar segundo essa lógica (BRASIL, 2006).

Contudo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi adotada pelo Ministério da Saúde como uma política que visa ao preparo dos profissionais para o trabalho, por intermédio do próprio trabalho no Sistema Único de

Saúde, de forma a promover mudanças no modelo de atenção.

Segundo a PNEPS, a diferença entre a Educação Permanente (EP) e as capacitações habituais, padronizadas de educação continuada, está no fato de a educação permanente ter como ponto inicial o processo de trabalho e o protagonismo dos profissionais. Deve ocorrer, pois, por intermédio de práticas pedagógicas problematizadoras, com foco na aprendizagem significativa. Como o desenvolvimento dos profissionais da saúde é de grande importância para implementar os princípios e as diretrizes do SUS, democraticamente e de forma eficiente, a EP constitui um mecanismo capaz de produzir mudanças no perfil profissional e de motivar esses profissionais para o trabalho interdisciplinar, baseado na integralidade e na clínica ampliada.

É importante salientar que a EP é considerada estratégia apropriada para trabalhar o modelo de vigilância da saúde, visto que possibilita a articulação entre a gestão, a atenção em saúde e a formação para o enfrentamento dos problemas encontrados no território adscrito de atuação dos profissionais de saúde.

Na lógica da aprendizagem de trabalho, a EP deve acontecer a partir de problemas enfrentados na realidade e levar em consideração a prática dos profissionais no seu cotidiano, baseada pelas necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, nas relações de trabalho, nos problemas e desafios. Tem como objetivo principal a transformação dos processos de cuidado, mediante compreensão da grande complexidade dos problemas que perpassam esses serviços.

Para que a aprendizagem seja significativa, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social (BRASIL, 2003).

Ramos (2006), considera que, para além da problematização e da relação dialógica, a teoria da aprendizagem significativa valoriza a investigação e reflexão da experiência cotidiana e considera que o pensamento surge de uma situação vivida. Deste modo, a aprendizagem significativa vincula-se ao pragmatismo.

Para a qualificação da atenção, entretanto, torna-se imprescindível a atuação do gestor como articulador e facilitador dos processos, além de um importante indutor do financiamento, em um modelo de gestão que busque integrar todos os

atores envolvidos na discussão dos contextos, para a definição das demandas educacionais relacionadas aos problemas reais do cotidiano dos serviços de saúde. Assim, a educação permanente configura-se como ferramenta de grande importância para a gestão, especialmente no nível local, podendo ser favorecida pelo apoio institucional, dentre outros dispositivos.

4 METODOLOGIA

O caminho metodológico foi iniciado com a elaboração de um projeto de intervenção junto a população assistida por equipe de saúde da família.

O projeto de intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação, que envolve a presença efetiva de uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema apresentado como alvo de intervenção. Conforme os autores, os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas levantados, no acompanhamento e avaliação das ações propostas, além de exercer uma função muito importante na aprendizagem dos pesquisadores e nos demais participantes (PICHETH; CASSANDRE; THIOLENT, 2016).

As fases da pesquisa ação, segundo Grittem et al. (2008), estão relacionadas abaixo:

- a) Fase exploratória: diagnóstico da realidade do campo de pesquisa, levantamento da situação e dos problemas.
- b) Tema da pesquisa: deve interessar ao pesquisador e aos sujeitos investigados, para que todos desempenhem um papel eficiente no desenvolvimento da pesquisa. O tema pode ser solicitado pelos atores da situação.
- c) Colocação dos problemas: nessa fase há discussão sobre a relevância científica e a prática do que será pesquisado.
- d) O lugar da teoria: articulação com um referencial teórico de acordo com o local onde será realizada a pesquisa. As informações que serão levadas ao seminário.
- e) Hipóteses: são suposições formuladas pelo pesquisador a respeito de possíveis soluções para um problema colocado na pesquisa, assumindo caráter de condução do pensamento.
- f) Seminário: tem a finalidade de promover discussão e tomada de decisões acerca da investigação (definição de temas e problemas), constituir grupos de estudos, definir ações, acompanhar e avaliar resultados. O seminário tem a função de coordenar as atividades do grupo, sempre finalizado pela confecção de atas das reuniões.

- g) Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: pode abranger uma comunidade geograficamente concentrada ou dispersa.
- h) Coleta de dados: as principais técnicas utilizadas para a coleta de dados são a entrevistas coletiva ou individual, questionários convencionais, estudos de jornais e revistas. Todas as informações coletadas são transferidas ao seminário, para discussão, análise e interpretação.
- i) Aprendizagem: as ações investigadas envolvem produção e circulação de informações, tomada de decisões, supondo uma capacidade de aprendizagem dos participantes. Esta capacidade é aproveitada e enriquecida, já que ocorre uma aprendizagem conjunta.
- j) Saber formal e saber informal: deve melhorar a comunicação entre os universos culturais, dos especialistas e o dos interessados. Há uma interação entre o saber prático e o teórico, que se funde na construção de novos conhecimentos.
- k) Plano de ação: visa definir os atores, a relação entre eles, quem são os líderes, quais os objetivos e os critérios de avaliação da pesquisa, continuidade frente às dificuldades, quais estratégias Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa: serão utilizadas para assegurar a participação dos sujeitos, incorporação de sugestões e qual a metodologia de avaliação conjunta de resultados.
- l) Divulgação externa: nessa fase ocorre o retorno dos resultados da pesquisa aos participantes, divulgação dos resultados em eventos, congressos, conferências e publicações científicas.

O projeto de intervenção foi registrado em diário de campo, fotografias, atas de presença, registros dos estudantes, dentre outras formas. Este material foi alvo de pesquisa qualitativa.

Segundo Minayo (2006), a pesquisa qualitativa busca uma compreensão do fenômeno em estudo, trabalha com universo de significados a partir de interpretações do sujeito inserido em seu contexto. De acordo com Lakatos e

Marconi (2003) a pesquisa quantitativa possui como função primordial a exata descrição de características quantitativas de população como um todo organizado, ou outras coletividades específicas. Geralmente, contêm variáveis e utiliza técnicas de amostragem para apresentar caráter representativo.

O projeto de intervenção ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2018. Foram utilizadas as seguintes estratégias na aplicação da intervenção:

- a) Tipo: Reuniões (04); Rodas de conversa (09); Grupos; Oficinas (06)
- b) Local: USF Guararapes; Regional 7; Jaboatão dos Guararapes
- c) População: Gestantes; Puérperas; Usuários de Guararapes; Graduandos e Residentes
- d) Amostra: Gestantes; Puérperas; Usuários atendidos na USF Guararapes
- e) Instrumentos: Prontuários; Livro de Registros.

4.1 Local de Estudo

A pesquisa de campo foi realizada na USF Guararapes, localizada na Avenida Guararapes, s/nº, Regional VII, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE. A ESF Guararapes II possui um total de 2014 (dois mil e quatorze) pessoas cadastradas na área adscrita, dividida em cinco microáreas, dentre elas, uma área descoberta. A estrutura compreende um Consultório Médico, um Consultório de Enfermagem, um Consultório Odontológico, uma sala de Vacina, uma Farmácia, uma sala de Coleta de Exames, uma sala de Curativos, uma sala de Observação, um DML, um Almoxarifado, um Auditório, um CME com Expurgo, uma Copa, dois Banheiros Sociais para funcionários e dois Banheiros para os Usuários, sendo um para cadeirantes, área de recepção e duas rampas de acesso, situadas na entrada e na lateral da Unidade.

A equipe é composta por: um Médico de Saúde da Família (Programa Mais Médicos), um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem e uma Equipe de Saúde Bucal composta por um Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal, com suporte de quatro Agentes Comunitários de Saúde.

4.2 Aspectos Éticos

O estudo atende as determinações da Declaração de Helsinque e à Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e só será iniciada após a carta de anuência do município de Jaboatão dos Guararapes.

O mesmo não envolve nenhum tipo de intervenção ou procedimento invasivo, não representando, portanto, nenhum risco adicional às mulheres em estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As fases da pesquisa ação empregadas durante o projeto de intervenção seguem abaixo, conforme elaboração:

Quadro 1 – Momento I: Reunião de Equipe

Momento I: Reunião de equipe (26/01/2018)
Local: USF Guararapes
Participantes: Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, ASB, ACS's, preceptorandos de enfermagem (9º período).
Agenda: Sensibilizar sobre a baixa adesão ao AME até o sexto mês na unidade; discutir propostas para o enfrentamento do problema; buscar caminhos para ampliar a adesão.
Atividade / Pactuação: Palestras; fortalecer os grupos de gestante e puericultura; Incluir a temática amamentação nas consultas; visitas dos profissionais de saúde e ACS's. Reavaliar após três meses.
Instrumentos: Cartazes, folder's, datashow.
Facilitadores: Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, ASB, ACS's , preceptorandos de enfermagem.

Fonte: O autor, 2019.

Quadro 2 – Momento II: Reunião de Equipe

Momento II: Reunião de equipe (26/03/2018)
Local: USF Guararapes
Participantes: Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, ASB, ACS's , preceptorandos de enfermagem (4º e 9º períodos).
Agenda: Discutir a eficiência das ações; vislumbrar a participação de cada componente nas atividades pactuadas; buscar novas alternativas para o enfrentamento do problema
Atividade / Pactuação: Realizar rodas de conversas; fortalecer grupos de gestantes e de puericultura da Shantala já existentes; observar o comportamento de mães e gestantes para nortear ações amamentação; Divulgar as ações através da equipe. Reavaliar mensal.
Instrumentos: Cartazes, folder's, datashow; bonecos
Facilitadores: Enfermeira, técnico de enfermagem, preceptorandos de enfermagem.

Fonte: O autor, 2019.

Quadro 3 – Momento III: Reunião de Equipe

Momento III: Reunião de equipe (26/06/2018).
Local: USF Guararapes.
Participantes: Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, ASB, ACS's, preceptorandos de enfermagem (4º e 9º períodos).
Agenda: Discutir sobre as dificuldades aparentes levantadas nas atividades do período, como o afeto, vínculo e a relação das gestantes e puérperas.
Atividade / Pactuação: Fortalecer rodas de conversas; unificar grupos já existentes; fomentar oficinas de massagem de shantala conjuntas; observar o comportamento para nortear ações de amamentação; divulgar oficinas na unidade, comunidade; reavaliar mensal.
Instrumentos: Cartazes, folder's, livros de registros.
Facilitadores: Enfermeira, técnico de enfermagem, ACS; preceptorandos de enfermagem.

Fonte: O autor, 2019.

Quadro 4 – Momento IV: Reunião de Equipe

Momento IV: Reunião (26/07/2018) Fomentar Oficinas de Shantala.
Local: USF Guararapes.
Participantes: Enfermeira, técnico de enfermagem, preceptorandos de enfermagem e residente de enfermagem em saúde da família.
Atividade: Oficinas de Shantala (30/07/2019, 13/08/2018, 10/09/2018, 08/10/2018, 19/11/2018, 20/12/2018) Capacitar graduandos de enfermagem e residentes; possibilitar às mães e gestantes experimentar a técnica da Shantala.
Instrumentos: Cartazes, folder's, livros de registros.
Facilitadores: Enfermeira, técnico de enfermagem, preceptorandos de enfermagem (4º e 9º períodos); residente de enfermagem.

Fonte: O autor, 2019.

A assistência pré-natal não se limita apenas aos procedimentos realizados dentro do consultório médico. De acordo com o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, uma atenção pré-natal de boa qualidade inclui tanto ações simples (orientações, grupos de gestantes, solicitação de exames para diagnóstico, visitas domiciliares, entre outros) quanto procedimentos realizados na consulta de pré-natal de risco habitual pelo médico ou pelo enfermeiro

(RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

As práticas grupais no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), como ferramenta de promoção da saúde, integram a lista de reorientação dos serviços proposta pelo Ministério da Saúde (MS) a principal aposta na estratégia de utilização de grupos, nesse nível de atenção, está na possibilidade do desenvolvimento de características como cooperação, vínculos, comunicação, adaptação crítica e reflexiva à realidade, entre outras ligadas ao desenvolvimento sustentável das comunidades.

A utilização da estratégia de grupos de gestantes demonstra a importância de sua elaboração na abordagem de temas que levantariam curiosidades, interesses e preocupações e, com a possibilidade de gestante e familiares discutirem com os profissionais de saúde, buscando o conhecimento (BRANDEN, 2000).

No decorrer do período, observamos e sentimos a ineficiência das medidas adotadas. Infelizmente, não houve adesão da equipe de nível superior e de alguns ACS's. Em relação a médica, estávamos passando por uma troca de profissionais da equipe, a qual a não aderiu à causa e aos grupos. Assim, como a dentista preferiu apenas reforçar a AME divulgando e sem participar diretamente. Também houve desmotivação de algumas ACS's preferiram a opção de divulgação das ações.

Então contando com a técnica de enfermagem e os alunos do 9º período, que estavam finalizando, e a chegada de mais duas alunas do 9º Período da UniFG, onde decidimos prosseguir com a nossa meta de aumentar a adesão ao AME até o 6º mês. Resolvemos por desconstruir e ressignificar a amamentação naquela comunidade.

Estudos indicam que o frágil trabalho em equipe é outro ponto dificultador no uso do protocolo da assistência pré-natal. As dificuldades neste contexto vão desde a resistência do médico da equipe em colaborar com o enfermeiro na condução da assistência pré-natal até uma melhor interação entre o processo de trabalho. É esperado que a equipe de uma unidade de saúde realize seu trabalho de forma coletiva, pois, do contrário, estará contrapondo a proposta de uma assistência integral ao usuário (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

Conforme Nascimento et al. (2019), a construção da agenda da equipe, revela que a maior parte das demandas, que são clínicas, tem origem nas reuniões de equipe e estas, conforme já discutido, são desvalorizadas como espaço de

discussão e organização do processo de trabalho. Percebe-se a soma de fatores que engrenam um modelo de atenção reativo, episódico, fragmentado e sem sustentação pelas informações da situação de saúde das pessoas. Apontando-se ainda que apesar de haver espaços para pactos que potencializem o trabalho em equipe, a dinâmica cotidiana não segue o preconizado pelas diretrizes e tampouco pelo que a equipe entende como bom funcionamento do processo de trabalho.

Em meio a nossa reunião de planejamento mensal, sobre as rodas de conversas nos grupos, chegamos ao consenso que a dificuldade aparente era o afeto, o vínculo e a relação dessas mães com os bebês e das gestantes com o feto. A partir disso, decidimos realizar oficinas periódicas conjuntas.

A partir de então, como a pesquisadora, já realizava a Shantala para crianças da puericultura como PICS para integrar o PMAC, pensamos em utilizá-la também com foco na amamentação, envolvendo desde a gestante até as crianças da puericultura, especialmente até o 6º mês de vida, unificando os grupos, visto que a técnica da Shantala fomenta aumentar a integração mãe e filho, gestante e bebê.

Segundo Moreira et al. (2011), a Shantala é uma técnica de massagem que promove o bem-estar da criança, desenvolvimento do tônus muscular e consciência corporal da criança, promove também a integração da mãe e do bebê através do toque, do olhar e dos sentidos. À medida que a gestante sente o crescimento da nova vida intrauterina as mães recebem as instruções necessárias para os cuidados que deveriam ter com o seu futuro filho, já que entre os adeptos da prática havia uma observação dos benefícios que favorecia as crianças em desenvolvimento, além de fortalecer os laços afetivo-emocionais na díade mãe bebê.

Lucena et al. (2018) refere que o grupo, para ser significativo na vida de seus participantes, deve possibilitar o encontro com a realidade e com o outro, além estimular a reflexão. Isso facilita a organização e significação de suas próprias experiências, sensações, percepções, emoções e pensamentos, assim como a construção de seus modelos internos. Também foi identificado que colabora para adaptação a comportamentos mais saudáveis e o aprendizado da convivência.

Nesses encontros passamos a usar bonecos para gestantes e estagiários graduandos de enfermagem do 9º período poderem experimentar e treinar a técnica, aprendendo a executar a Shantala nos bonecos conjuntamente com as mães e seus bebês que já tenham filhos nascidos, integrando também estagiários do 4º período de enfermagem da UniFg com a supervisora, que faz parte do quadro de

preceptoria. O encontro também foi aberto aos residentes através de convite, visto que os mesmos estavam dando suporte a outra unidade da respectiva regional, garantindo a participação no grupo de todos os preceptorandos atuando na oficina de Shantala. Assim, no intuito de fortalecer o vínculo mãe e filho para o aumento da adesão ao aleitamento materno exclusivo.

Amado et al. (2018), concluiu que o papel indutor da PNPIC permitiu muitos avanços, assim como apontou a necessidade de buscar mudanças na produção do cuidado em saúde, passando de uma perspectiva exclusivamente curativista, dispendiosa e de submissão dos cuidados decididos exclusivamente pelos profissionais de saúde, para uma perspectiva de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de autonomia dos sujeitos e de racionalidades em saúde.

A realidade apontada das PICS podemos inferir que converge para o contexto da consulta de enfermagem onde segundo Barros (2002), há a preocupação com os aspectos psicológicos, espirituais, sociais e físicos e não somente com as condições clínicas, baseando-se em teorias científicas, tendo como foco a saúde e o bem-estar do binômio (BARROS, 2002).

Nesse sentido, a técnica do aconselhamento em amamentação tem sido recomendada pela OMS, aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que elas sintam que o profissional se interessa pelo seu bem-estar e de seus filhos, para que adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas. E trabalhar com a Shantala proporciona apoiar o aleitamento materno através do incentivo ao toque e vínculo, acolhendo e motivando essas mulheres. A preceptoria trouxe uma motivação também estimular graduandos e residentes como multiplicadores dessa prática, assim como os próprios usuários com a importância de desconstruir e ressignificar à amamentação de forma coletiva.

Tabela 1 – Prevalência de Aleitamento Materno Pré-Shantala entre puérperas/bebês da USF Guararapes 2 em março/18

Aleitamento Materno	Idade < 6 meses
AME	2
AMP	8
AMC	3
SAM	5
TOTAL	18

Fonte: O autor, 2019.

Nota: AME: Aleitamento materno exclusivo; AMP: Aleitamento Materno Predominante; AMC: Aleitamento materno complementar; SAM: Sem Aleitamento Materno.

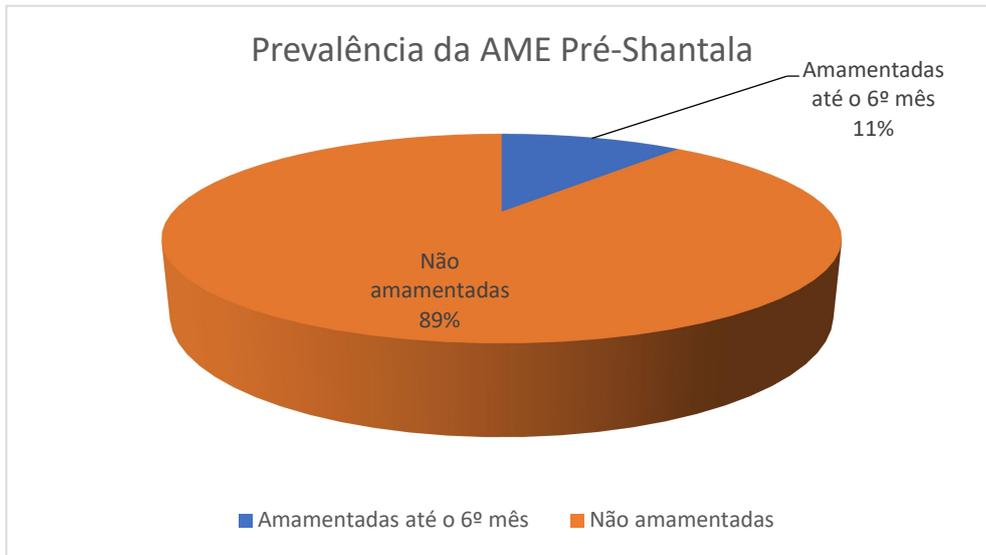
Tabela 2 – Prevalência de Aleitamento Materno Pós-Shantala entre puérperas/bebês da USF Guararapes 2 em dezembro/18

Aleitamento Materno	Idade < 6 meses
AME	18
AMP	0
AMC	1
SAM	1
TOTAL	20

Fonte: O autor, 2019.

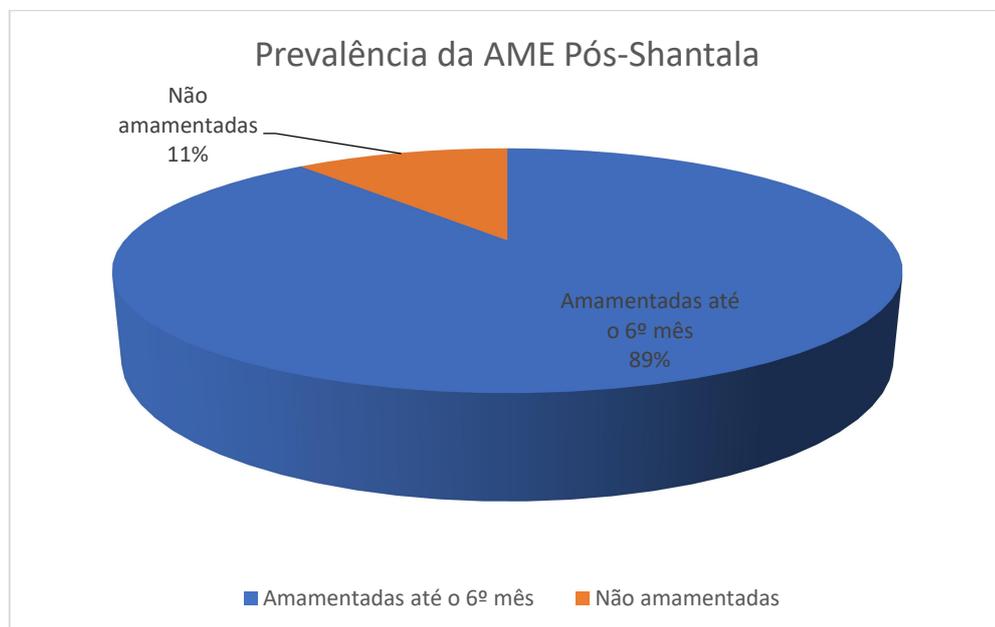
Nota: AME: Aleitamento materno exclusivo; AMP: Aleitamento Materno Predominante; AMC: Aleitamento materno complementar; SAM: Sem Aleitamento Materno.

Gráfico 1 – Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo Pré-Shantala entre puérperas/bebês da USF Guararapes 2 em março/18



Fonte: O autor, 2019.

Gráfico 2 – Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo Pós-Shantala entre puérperas/bebês da USF Guararapes 2 em dezembro/18



Fonte: O autor, 2019.

Conforme os parâmetros de AME recomendados pela OMS, considera-se Ruim (0 - 11%); Razoável (12 - 49%); Bom (50- 89%) e Muito Bom (90 - 100%). Segundo os parâmetros da OMS, o indicador aleitamento materno exclusivo em

menores de seis meses do Brasil (41%) é apenas razoável. Já a prevalência de Pernambuco apresentada de AME representado pelo município de Recife na pesquisa é de 38,3% crianças menores de 6 meses em amamentação exclusiva segundo os Estados e municípios da região Nordeste (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Portanto, segundo resultados apresentados anteriormente a este estudo na USF em evidência nos encontrávamos no percentual considerado (ruim) e após este estudo atingimos o percentual considerado (bom) segundo indicadores recomendados pela OMS, conforme visto nas tabelas e figuras acima.

De forma que os resultados convergem com o preconizado pelas PICS que têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população atendida, visando a promoção e educação em saúde e atuando na prevenção de agravos, melhorando a saúde, proporcionando um cuidado integral. Evidenciando que a Shantala é mais do que uma técnica de massagem, é um ato que reforça aspectos indispensáveis como o amor, o carinho e o contato, de forma a estimular o vínculo propiciando o fortalecimento da amamentação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da experiência vivenciada, verificamos o aumento da adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo até o 6º mês, assim como a participação nas oficinas da Shantala, além de gestantes e puérperas, familiares e demais usuários interessados da comunidade.

Este processo de adesão à amamentação, que repercutiu nos números de AME da unidade nos remeteu a uma reflexão sobre a importância de desconstruir e ressignificar a amamentação e o próprio trabalho em equipe, de forma a fortalecer os espaços de discussão na atenção básica, onde a preceptoria veio a fortalecer essa discussão motivando mudanças no processo de fazer saúde, apoiando e contribuindo para transformações na rotina da ESF.

Constatamos que houve o aumento do vínculo, não só da mãe com o bebê, mas da gestante e da comunidade para conosco e com os estudantes, evidenciando as PICS através da massagem Shantala como uma ferramenta potencial de promoção do AME, o que sugere uma rede de proteção à amamentação, onde todos os atores envolvidos são protagonistas, desde a equipe, à comunidade e acadêmicos como potenciais multiplicadores.

As Práticas Integrativas trouxeram uma nova perspectiva sobre prevenção, recuperação e promoção em saúde, essencialmente porque está relacionado às ações na unidade básica. Sendo o enfermeiro conhecedor dos benefícios que pode proporcionar aos usuários através das PICS, possibilita usá-las como ferramenta de transformação para a comunidade quando do cuidado, sendo uma forma também de trazê-la para mais próximo fortalecendo vínculos.

Em virtude do exposto é de suma importância a consolidação das PICS na unidade básica de saúde, onde trabalhador, gestor e usuários deve se emponderar por meio da PNPIC e envolver a Educação Permanente numa construção coletiva, a qual irá fortalecer o vínculo com a comunidade por meio de uma assistência mais humanizada e resolutiva.

REFERÊNCIAS

AMADO, D. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. **Journal of Management & Primary Health Care**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 290-308, 22 ago. 2018. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/537>. Acesso em: 23 mar. 2019.

BARROS, Sônia Maria. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.

BRANDEN, Pennie Sessler. O período pré-natal normal. *In.* BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área técnica de saúde da mulher: parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 1 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal da Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, supl. 5, p. 147-154, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a06.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Integral da Criança**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: 18 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 18 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 6 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno e alimentação complementar**, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 23 mar. 2019.

CALVANTE, L. V. T. F. et al. Práticas de aleitamento materno no município de Iguatu-Ce. **Revista Brasileira Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 476-481, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://conselhodesaude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_422_encep2012.pdf. Acesso em: 14 abr. 2019.

CUNHA I. S. **Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2447>. Acesso em: 14 abr. 2019.

DINIZ, S. G.; CHAMCHAM, A. S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentimentos de um movimento. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Revista escola de enfermagem**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 288-295, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2019.

FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 76, supl. 3, p. 236-252, 2000. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s238/port.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, supl. 5 p. 117-118, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a01.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-770 out./dez. 2008.

LAKATOS, Eva Maria & Marconi, Mariana de Alexandre. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEBOYER F. **Shantala, massagem para bebês**: uma arte tradicional. 7. ed. São Paulo: Ground, 1995.

LEBOYER F. **Nascer sorrindo**. 14. ed. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2004.

LUCENA, P. L.; LUNA, M. M. A.; FARIAS, A. E. M.; MELO, V. F. C. Grupos terapêuticos comunitários: uma proposta de empoderamento dos usuários na atenção básica. **Revista pesquisa: cuidado é fundamental online**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 106-110, jun. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7616>. Acesso em: 20 maio 2019.

MALDONATO, M. T. Caracterização dos aspectos psicológicos dos três trimestres da gestação. *In*: MALDONATO, M. T. **psicologia da gravidez**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. **Ver. e aprimorada**. São Paulo: Hucitec, 2006.

NASCIMENTO, Arthur Grangeiro do; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0019424, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200502&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019.

NOGUEIRA, Alyne Leite Gomes *et al.* Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** Brasília, v. 69, n. 5, p. 964-971, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500964&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 maio 2019.

MOREIRA, N. R. T. L.; DUARTE, M. D. B.; CARVALHO, S. M. C. R. A Percepção da Mãe após Aprendizado e Prática do Método de Massagem Shantala no Bebê. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde** 2011. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/9996/5811>. Acesso: 25 maio 2019.

OLIVEIRA, F. M. C. S. N. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, Colômbia, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 13, n. 30, p. 121-124, 2009.

PEREIRA, F. M.; BARBOSA, V. B. A.; VERNASQUE, J. R. S. A experiência da educação permanente como estratégia de gestão com os auxiliares de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 14, n. 18, p. 228-235, 2014.

PICHETH, S.; CASSANDRE, M. P.; THIOLENT, M. J. M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/24263>. Acesso em: 23 maio 2019.

RAMOS, M. S. D. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma análise a partir do PMAQ**. 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178242/001065144.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 abr. 2019.

RAMOS, M. N. **Referência teórico-metodológicas da educação permanente em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, A. C.; VIEIRA, G. L.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAUJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2019.

ROVERE, M. Comentários estimulados por La lectura Del artículo Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 9, n. 16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005.

RUAS, M. C. *et al.* **Importância das práticas integrativas e complementares em saúde na assistência de enfermagem para pacientes com diabetes e hipertensão na atenção básica**. 2017. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/congrecpics/trabalhos/TRABALHO_EV076_

MD4_SA1_ID122_28082017170909.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

SANTOS, A. M. *et al.* **Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família.** Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2320/857>. Acesso em: 22 dez. 2018.

SADE, P. M. C.; PERES, A. M. Development of nursing management competencies: guidelines for continuous education services. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 988-994, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600988&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 dez. 2018.

SILVA, L. A. A. *et al.* Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enfermagem** v. 20, n. 2, p. 340-8, 2011.

VASQUES, F. A. P. **Pré-natal:** um enfoque multiprofissional. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. 118 p.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAUJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2019.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008.