



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABÍOLA SANTOS BITTENCOURT

PAULA LENHART PEREIRA

SUSANA MARIA GONZAGA

**CRENÇAS, PRÁTICAS E DÚVIDAS DOS ACS COM RELAÇÃO
ÀS SUAS ATRIBUIÇÕES À SAÚDE DA CRIANÇA EM UM CENTRO
DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.**

Florianópolis, julho de 2010.

FABÍOLA SANTOS BITTENCOURT

PAULA LENHART PEREIRA

SUSANA MARIA GONZAGA

RELATÓRIO DE PESQUISA:

**CRENÇAS, PRÁTICAS E DÚVIDAS DOS ACS COM RELAÇÃO
ÀS SUAS ATRIBUIÇÕES À SAÚDE DA CRIANÇA EM UM CENTRO
DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.**

Autores: Fabíola Santos Bittencourt, Paula Lenhart Pereira e Susana Maria Gonzaga

Orientadora: Dr^a. Astrid Eggert Boehs

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Departamento de Enfermagem como requisito para obtenção do título Bacharel em Enfermagem.

Florianópolis, julho de 2010.

Fabiola Santos Bittencourt

Paula Lenhart Pereira

Susana Maria Gonzaga

**CRENÇAS, PRÁTICAS E DÚVIDAS DOS ACS COM RELAÇÃO
ÀS SUAS ATRIBUIÇÕES À SAÚDE DA CRIANÇA EM UM CENTRO
DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

R. B. Boels

Ara Custira M. F. Bóvia

[Assinatura]

Florianópolis, 02 de julho de 2010.

AGRADECIMENTOS

“Se hoje comemoramos uma conquista, esta se deve àqueles que estiveram ao nosso lado em todos os momentos; que fizeram de nossos sonhos seus próprios objetivos e de nossos objetivos, sua própria luta. Queremos compartilhá-la com vocês...”

A Deus, por nos ter dado força, garra e disposição para a realização deste trabalho.

À professora orientadora Dr^a. Astrid Eggert Boehs, por ter nos aceitado como suas orientandas, pela forma carinhosa de nos acolher, pela sua disponibilidade e suas importantes contribuições. E por ter nos ajudado a escolher este excelente campo de estágio.

Às nossas supervisoras no campo de estágio Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica, Cristina Malagoli, Luciane Mara e Talita Cristine por nos receberem calorosamente e sempre nos apoiarem e incentivarem na busca de nossos objetivos de forma animadora, aprimorando nosso conhecimento e contribuindo para o nosso crescimento profissional e também a toda equipe do Centro de Saúde do Rio Vermelho pela atenção e carinho, sempre dispostos a nos ajudar.

Aos nossos pais e irmãos que sempre compartilharam os nossos sonhos e desalentos, vitórias e derrotas, alegrias e tristezas, incentivando-nos a prosseguir a jornada, fossem quais fossem os obstáculos; que mesmo, às vezes, distantes fisicamente, mantiveram-se ao nosso lado lutando pelo nosso sucesso, dedicamos essa conquista, com a mais profunda admiração e gratidão.

Aos que amamos que nos ofereceram sempre o melhor que puderam nos dar, através de seu olhar de apoio, de sua palavra de incentivo, de seu gesto de compreensão, de sua atitude de segurança, mesmo quando nos veio o desânimo. Nos momentos importantes, suportaram nossa ausência; nos dias de fracasso, respeitaram nossos sentimentos e enxugaram nossas lágrimas. Se hoje estamos aqui é porque vocês acreditaram em nosso sucesso e caminharam ao nosso lado!

Aos nossos amigos que compreenderam os momentos de dedicação aos estudos e nos apoiaram nesta conquista.

A todos os professores que fizeram parte de nossa trajetória e que deixaram um pouco de si, deixamos nossa imensa gratidão.

À nossa banca avaliadora pelas sugestões que enriqueceram ainda mais o nosso trabalho e pelo estímulo para enfrentarmos as adversidades da profissão.

Muito obrigadas, a todos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O relatório final desta pesquisa é produto de um TCC do curso de graduação de enfermagem realizado no prazo de 6 meses. Os resultados apresentados na forma de um artigo que tem por objetivo levantar práticas e percepções dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com relação às suas atribuições à saúde da criança em um Centro de Saúde de Florianópolis. O estudo tem como referencial teórico principal alguns conceitos da teoria de enfermagem transcultural de Madeleine Leininger para fundamentar as práticas e percepções sobre as atribuições das ACS na equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Para o que tinha sido proposto, o objetivo foi atingido, considerando-se no entanto que o estudo foi realizado dentro de um tempo limitado. Desta forma ainda há dados disponíveis que poderão ser utilizados e a discussão que se apresenta nestes resultados pode ser alargada.

Constitui-se, um estudo útil para pensar o conceito de cultura com as atribuições dos ACS e das enfermeiras líderes destes trabalhadores dentro da ESF

A assinatura manuscrita de Astrid Eggert Boehs, escrita em tinta preta sobre um fundo branco.

Profa. Dr. Enf. Astrid Eggert Boehs

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	12
3	CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA	13
3.1	Teoria da universalidade e diversidade do cuidado de Madeleine Leininger	13
3.2	Desenvolvimento físico e funcional da criança	16
3.3	Promoção da saúde	19
3.4	Políticas públicas para a saúde da criança	21
3.5	Agenda da Criança.....	23
3.5.1	Princípios norteadores	23
3.5.2	Principais estratégias de ação	25
3.5.3	Equipe de Saúde da Família e o papel do agente comunitário no cuidado com a criança.....	27
3.6	Atribuições da Equipe de Saúde da Família, enfermeiros e de ACS	28
4	METODOLOGIA	32
4.1	Tipo de Pesquisa.....	32
4.2	Participantes e local da pesquisa	33
4.3	Coleta de dados	33
4.4	Instrumento de coleta de dados	33
4.5	Perguntas norteadoras das oficinas.....	35
4.6	Entrada em campo	36
4.7	Registro dos dados.....	37
4.8	Análise dos dados.....	38
4.9	Aspectos Éticos	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1	Artigo.....	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
7	REFERÊNCIAS	56
8	APÊNDICES	59
8.1.	TCLE.....	59
8.2.	Cronograma.....	63
8.3.	Orçamento.....	64
8.4.	Aprovação do Comitê de Ética.....	65
8.5.	Categorização Final.....	66
8.6.	Fotos da oficina.....	71

1 INTRODUÇÃO

A partir de vivências durante a graduação do curso de Enfermagem, os acadêmicos percebem algumas necessidades que podem ser aprimoradas em um estudo científico. Sendo assim, nós sentimos a necessidade de investir na qualificação dos agentes comunitários da saúde, focando na promoção da saúde da criança, visto que esses trabalhadores são elementos chaves para que a Estratégia de Saúde da Família seja aperfeiçoada.

A concepção da Promoção da Saúde se constitui com suas conferências, cartas e declarações, uma estratégia do setor da saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Vem sendo progressivamente considerada principalmente a partir da Conferência Internacional em 1986, no qual foi elaborada a Carta de Ottawa. Esta Carta buscou focar na busca de uma nova saúde pública laborando como fonte orientadora e de inspiração para a promoção da saúde e apresentou cinco estratégias de ação: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde. De acordo com a carta de Ottawa e focando em uma das cinco das estratégias: a reorientação dos serviços de saúde foi criada em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), com o firme propósito de: “Promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O Ministério da Saúde realiza várias ações programas com a finalidade de trazer a saúde para perto do cidadão e dar ao profissional, a especialização necessária para que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade. Dentre essas ações encontra-se a “Estratégia de Saúde da Família (ESF) que teve início em meados de 1994”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Esta estratégia de promoção à saúde deve ser adaptada à realidade do local proporcionando oportunidades, nos diferentes níveis culturais e econômicos. Para isso, através da territorialização, são definidas as áreas de abrangência dos serviços de saúde locais, realizando o diagnóstico da real situação através das condições culturais, econômicas e sociais da população local, da dinâmica demográfica da área e da homogeneidade de riscos. Sendo possível então, traçar estratégias de saúde para aquela comunidade adscrita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O trabalho das Equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A partir desta contextualização, colocamos em pauta as nossas experiências acadêmicas em outras oportunidades de aulas práticas e estágio ao longo do curso, no qual percebemos o estreitamento na relação entre o enfermeiro e o ACS no que se diz respeito à capacitação e também na troca de informação sobre promoção de saúde. Foi vivenciado em diferentes campos de estágio que estes trabalhadores da saúde muitas vezes, por não terem alternativa, utilizam conhecimentos culturais pessoais para orientar a população, nem sempre utilizando as informações dos protocolos. Percebemos também que em alguns locais os ACS coletam dados para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), porém desconhecem a finalidade para tal.

Estão dentre as atribuições do enfermeiro de saúde da família: supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem além de planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS. Por outro lado, dentre as atribuições dos ACS estão: orientar a comunidade para utilização adequada dos serviços de saúde; participar da vida da comunidade principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população, e executar dentro do seu nível de competência ações e atividades básicas de saúde tais como: acompanhamento de gestantes e nutrízes; incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; garantia do cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias; controle de doenças diarreicas e infecção respiratória aguda. Uma das tarefas importantes é o levantamento de dados para o SIAB junto as famílias: nascidos vivos; RN pesados ao nascer; RN pesados ao nascer com peso < 2500g; aleitamento exclusivo, aleitamento misto; com vacinas em dia; crianças pesadas, desnutridas e as que tiveram intercorrências como diarreia e IRA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Assim pode-se enfatizar que dentre as atribuições destes trabalhadores, há um foco importante na saúde da família dentro do ciclo reprodutivo, com ênfase na saúde da mulher e da criança. No que se refere mais especificamente a infância, o Ministério da Saúde lançou em 2005 a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e redução da mortalidade infantil que tem como principais princípios norteadores: Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acesso universal, acolhimento, responsabilização, acesso integral, assistência resolutiva, equidade, atuação em equipe, desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção de saúde, participação da família/control social na gestão local, avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.

Este documento aponta que são de responsabilidades da equipe da família: conhecer a população infantil da área de abrangência da Unidade de Saúde ou da Equipe de Saúde da Família: “Para programar e avaliar as ações de saúde (consultas do calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, práticas educativas, medicamentos, entre outros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No município de Florianópolis foi instituído em 1997 o Programa Capital Criança que segue a orientação do Ministério da Saúde, e visa à atenção integral à mulher no seu ciclo gravídico e puerperal e à criança. É desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal, em articulação com as demais instituições que prestam atendimento, nos seus diferentes níveis de complexidade, à mulher no processo gravídico e puerperal e à criança de zero a dez anos de idade. Tendo como objetivo geral: “A redução da morbidade e do número de mortes evitáveis nos grupos: materno e infantil de zero a dez anos de idade, através do redirecionamento e qualificação da assistência à saúde do município de Florianópolis – SC” (BRASIL, 1997).

Mas apesar desta agenda e dos avanços alcançados, os indicadores de saúde ainda apresentam preocupantes índices de mortalidade infantil.

A Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) no Brasil foi de 22,6 em 2004, na região sul no mesmo ano a taxa é de 15,0. A região sudeste em 2004 apresenta o mais baixo nível (14,9) e a região Nordeste o mais alto (33,9) uma grande variação presente em nosso país (Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)). Em 2004 a taxa de mortalidade em Santa Catarina era de 13,6 mostrando uma redução em relação ao valor região sul e Florianópolis tem um índice de 9,8; menor em relação ao estado e o menor também se comparado a outras macro-regiões do estado. (CIA World Factbook, 2009).

Isso nos fez refletir que há muitas ações consistentes e de grande importância que estão dando certo, mas nos questionamos o que ainda pode melhorar de que forma podemos contribuir para reduzir esses índices (SES - SC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)). Cabe ressaltar que embora os resultados sejam motivadores, ainda há muito que fazer, para adquirir taxas como de países desenvolvidos como Japão, França, Alemanha e Itália, que possuem sua taxa de mortalidade infantil de 2,79; 3,33; 3,99 e 5,51 respectivamente. “No panorama mundial o Brasil está em 96º entre os países com maior taxa de mortalidade e Florianópolis pode ser comparado a Samoa Americana (10.18), Nauru (9.25) e Bósnia e Herzegovina países que estão em 152, 153 e 154º lugar aproximadamente 56 posições acima da atual localização do Brasil” (CIA World Factbook, 2009).

De acordo com a situação apresentada, cientes das atribuições destes trabalhadores, e de nossas futuras atribuições como futuros enfermeiros, escolhemos uma Unidade de Saúde do Distrito Norte do município de Florianópolis para realizarmos esta pesquisa, projetada para ser do tipo convergente assistencial dando continuidade a um projeto de qualificação desenvolvido no semestre 2008/2, que visava à qualificação das agentes comunitárias no atendimento ao pré-natal,

2. OBJETIVOS

- 2.1. Identificar as práticas e percepções dos ACS, do Centro de Saúde do Rio Vermelho em relação às suas atribuições frente a criança de 0 a 6 anos.
- 2.2. Identificar o que as ACS entendem sobre crescimento e desenvolvimento e como elas acompanham esses parâmetros em crianças de 0 a 6 anos.
- 2.3. Propor, implementar e avaliar um projeto de qualificação com relação às atribuições das agentes comunitárias de saúde, a criança de 0 a 6 anos do Centro de Saúde do Rio Vermelho.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA/CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA.

3.1. Teoria da universalidade e diversidade do cuidado de Madeleine Leininger.

A teoria da universalidade e diversidade do cuidado de Madeleine Leininger explica a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem. A autora, quando trabalhava como enfermeira especialista em saúde mental em uma casa de orientação de crianças observou diferenças e semelhanças entre as crianças, no seu modo de agir, falar, realizar suas atividades e manifestar as necessidades de cuidado. A partir desse interesse inicial estudou antropologia e nos estudos de pós-graduação passou a estudar o cuidado em diversas culturas, desenvolvendo a teoria com base no cuidado como um fenômeno essencialmente transcultural (LEININGER 1985, p.258). Leininger enfatiza que ““A idéia das diferenças e semelhanças transculturais quanto a saúde, doença e cuidado, me intrigam.” Levando a busca de compreensão através dos valores e da cultura de diferentes pessoas” (LEININGER 1985, p.258).

Leininger foi à primeira enfermeira profissional do mundo a ingressar num programa de doutorado em antropologia, descobrindo que esta área de conhecimento muito poderia contribuir para as enfermeiras compreenderem e cuidarem de pessoas. Começou então a teorizar na década de 60 e apesar das apresentações das idéias em encontros locais e nacionais, havia poucos seguidores, para tanto ela então estabeleceu disciplinas de bacharelado e pós-graduação para ensinar enfermagem transcultural e a partir de então essa teoria passou a ser muito utilizada e referenciada em diferentes trabalhos e pesquisas. “A enfermagem transcultural está sendo estabelecida como uma área formal de estudo e práticas nos E.U.A.” (LEININGER 1985, p. 258-261).

Desde divulgação da primeira versão desta teoria, há mais de 50 anos, já foram efetuados vários estudos de análise sobre sua aplicação, tanto no âmbito da prática assistencial quanto na pesquisa ou em cenários de ensino aprendizagem profissional. No Brasil a teoria começou a ser utilizada na década de oitenta e vem motivando enfermeiros a se interessarem por questões ligadas a cultura sendo que uma vasta produção de conhecimento tem sido desenvolvida neste campo(MONTICELLI, M; BOEHS A.E.; GUESSER, J.C.; GEHRMANN T, PAIVA K, 2008, pp 448).

Quando nos aprofundamos e tentamos entender a teoria transcultural vemos que Leininger se preocupou muito em perceber e destacar a importância da enfermagem em utilizar os conhecimentos em antropologia podendo entender assim melhor cada ser

humano e cada cultura. Destacamos ainda o propósito de sua teoria que é: “Descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano e usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório a pessoas de diversas culturas do mundo” (LEININGER 1985, p. 261).

Ao tratarmos sobre esta teoria há alguns conceitos que devem ficar claros para entendermos a teoria de Leininger:

1. *Conceito de saúde* – “refere saúde como o bem estar que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar atividades, ou a alcançar objetivos e padrões de vida desejados” (LEININGER 1985, p. 262). Para nós, neste estudo, saúde é o bem estar físico, mental e espiritual, que visa que o indivíduo possa estar capacitado e possa perceber que saúde não é apenas um estado contrário ao de doença, mas que possua condições de saúde adequadas, saneamento, condições financeiras, nível familiar estruturado, alimentação, em um conceito de saúde ampliado visando o cuidado do indivíduo como um todo. Percebemos que o conceito de Leininger sobre saúde mostra o forte traço sobre promoção da saúde, que é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade.

2. *Conceito de cultura* – “são os valores, crenças, modos de vida, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos e guiam as decisões e ações” (LEININGER 1985, p. 262). Concordamos com o pensamento da teórica no que se refere à cultura e por isso percebemos a importância de nos preocuparmos com as crenças e modo de vida de cada pessoa no momento de realizar e planejar o cuidado, pois através dela poderemos compreender as diferenças e dificuldades encontradas em cada indivíduo.

Segundo FERRAZ ao se referir a uma publicação mais recente de Leininger e Mac Farland, 2006 argumenta que:

Do ponto vista antropológico, cultura é geralmente vista como um meio amplo e abrangente, para saber explicar e prever os modos de vida das pessoas ao longo do tempo e nas diferentes localizações geográficas. Além disso, cultura é mais do que interação social e símbolos. Cultura pode ser vista como um desenho que guia ações e decisões humanas, tanto material quanto espiritual que inclui e descreve sobre qualquer grupo ou indivíduo. Cultura é mais do que etnia ou relações sociais, cultura é um fenômeno que diferencia seres humanos de não humanos. Infelizmente, e até a enfermagem transcultural começar, estes fenômenos não tinham sido estudados e valorizados explicitamente na enfermagem (FERRAZ, 2006).

Conceito de cuidado – “cuidado são as atividades de assistência, mas o cuidado é constituído por todas as formas de apoio e ações com o intuito de facilitar as ações de outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida” (FERRAZ, 2009 apud LEININGER,1991). A enfermagem é a arte do cuidar e com isso vemos o cuidado, a assistência como ações muito presentes no cotidiano da enfermeira, não só quando ela executa o cuidado, mas quando ela o planeja, oriente e ensina.

Nesse sentido Leininger reforça que o cuidado de enfermagem será culturalmente congruente ou benéfico quando a enfermeira conhecer e direcionar a sua prática “aos padrões, estilos de vida, crenças e valores culturais dos indivíduos assistidos” (FERRAZ, 2009 apud LEININGER, 1991).

Nesses conceitos vemos muito presente a idéia de grupo, de que o ser humano não trabalha sozinho, de que o cuidado é essencial. Outras idéias presentes são a de promoção de saúde, buscando capacitar o indivíduo e sua família para realizarem seu cuidado. Este é um papel da enfermagem e nesse momento precisamos também definir os sistemas de cuidado, que conforme Leininger dividem-se em sistema de cuidado profissional e sistema de cuidado popular.

2.1. Sistema de cuidado popular: “refere-se ao sistema não-profissional, local ou indígena, que oferece serviços de cuidado ou cura tradicionais, em casa (popular)” (LEININGER 1985, p. 262). Entendemos por cuidado popular, portanto o cuidado das mães para com as crianças, que são nesse trabalho nosso objeto de estudo entendemos também como o cuidado de toda a família. Já o cuidado do ACS é um cuidado popular, porém que recebe orientações e é treinado para repassar informações com base científica de acordo com os programas e o que é preconizado pelas cartilhas e pelo Ministério da Saúde.

2.2. Sistema de cuidado profissional: “refere-se aos serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, que venham sendo identificados com, ou oferecidos por vários profissionais da saúde” (LEININGER 1985, p. 262). Nesse mundo estamos nós, futuras enfermeiras, futuras profissionais da saúde, que embora toda a formação acadêmica, possuímos bagagens culturais diferentes, com crenças e modos de vida que podem divergir ou não dos direcionados pelo Capital Criança e documentos elaborados pelo Ministério da saúde.

3. *Conceito de enfermagem* – Leininger não coloca explicitamente o conceito de enfermagem porque refere como essência da enfermagem o cuidado. “Cuidar refere a ações de assistência, apoio para com o outro indivíduo e ou para amenizar ou melhorar a condição humana de vida” (LEININGER 1985, p. 261), para tanto é necessário entender e compreender as diferentes formas de cuidado, caracterizando os aspectos culturais e as características universais e locais, ou seja, em que cada cultura tem suas variações. O cuidado é uma influência dinâmica e poderosa para entender a totalidade do comportamento humano na sua saúde e doença. “Os modos culturalmente eram necessários para obter resultados benéficos de saúde nos diversos e específicos contextos culturais” (FERRAZ, 2009 apud LEININGER, 1991).

LEININGER no seu livro de 1991, citado por FERRAZ, 2009 explica os três modos de ações e decisões do cuidado.

- *preservação/manutenção do cuidado cultural*: apresenta-se quando ações e decisões profissionais de assistência apoio, facilitadoras ou de capacitação ajudam os indivíduos de uma determinada cultura a preservar e/ou manter valores culturais importantes a cerca de cuidado à sua saúde, bem estar, recuperar-se das doenças ou enfrentar as incapacidades e/ou morte.

- *acomodação/negociação do cuidado cultural*: refere-se às ações assistenciais profissionais capacitadoras, apoiadoras e facilitadoras que auxiliam essas pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com as outras um resultado de saúde favorável com profissionais fornecedores de cuidado.

- *repadronização/reestruturação do cuidado cultural*: as ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, capacitadoras e facilitadoras que ajudam os indivíduos reorganizar, modificar grandemente sua forma de vida para um padrão de atendimento a saúde novo e benéfico, respeitando suas crenças e valores culturais, fornecendo um modo de vida mais benéfico do que o anterior às mudanças serem compartilhadas com os indivíduos.

3.2. Desenvolvimento Físico e Funcional da Criança

Crescimento e desenvolvimento são dois fenômenos diferentes em sua concepção fisiológica, porém são paralelos em seu curso e integrados em seu significado.

Segundo Marcondes 2003, crescimento significa aumento físico do corpo, como um todo ou em partes. Já desenvolvimento significa aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas.

O autor afirma que o crescimento constitui a resultante final da interação de um conjunto de fatores, que podem ser divididos em extrínsecos e intrínsecos. Os extrínsecos são essenciais para o crescimento: ingestão de dieta, atividade física e estimulação biopsicossocial ambiental. Já os fatores intrínsecos são gerados pela herança e pelo sistema neuroendócrino. A genética ditará o plano para o crescimento e desenvolvimento futuro. O sistema nervoso e endócrino ajuda na formação e desenvolvimento cerebral do feto e recém-nascido na liberação de hormônios (MARCONDES, 2003).

Segundo Marcondes, 2003 os índices para avaliação do crescimento são peso, altura e perímetros cefálico e torácico, sendo os dois primeiros os mais importantes. A altura é o indicador mais seguro, pois não há fatores que influenciam para diminuição. Porém o mais utilizado por sua fácil obtenção é o peso. Abaixo segue tabela com a estatura em cm e peso em kg para ambos os sexos para os percentis 2,5 e 50:

Sexo Masculino

Idades	Estatura		Peso	
	2,5	50	2,5	50
Recém-nascido	46,6	50,1	2,31	3,25
3 meses	57,4	62,7	4,70	6,55
12 meses	71	76,6	7,55	10,3
2 anos	82,2	88,8	10	13,2
			6	8

Fonte: MARCONDES, VAZ E RAMOS, 2003.

Sexo feminino

Idades	Estatura		Peso	
	2,5	50	2,5	50
Recém-nascido	47	49,2	2,33	3,08
3 meses	57,1	61,3	4,55	6,18
12 meses	69,8	75,1	7,61	9,82
2 anos	81,4	88	9,72	13,1

Fonte: MARCONDES, VAZ E RAMOS, 2003.

O perímetro cefálico é utilizado como avaliação de crescimento do cérebro e varia pouco de acordo com a idade. “É mais bem averiguada, durante os primeiros meses de vida, anormalidade cerebral pela medida cefálica do que pelo desenvolvimento” (MARCONDES, VAZ E RAMOS, 2003).

O desenvolvimento da criança consiste na aquisição progressiva de habilidades motoras e psicocognitivas. Diferentemente do crescimento, que implica em divisão celular (hiperplasia) e/ou aumento do tamanho das células (hipertrofia) e resulta em ganho de massa corpórea, desenvolver é ganhar maturação funcional, capacidade para executar funções diferentes e/ou mais complexas (MARCONDES, VAZ E RAMOS, 2003 apud PESSOA, 2003).

A avaliação do desenvolvimento da criança é realizada nas consultas pediátricas pela combinação da anamnese, do exame físico e, quando indicados, de exames complementares. “O comportamento da criança, espontâneo ou provocado, durante o exame clínico é de grande utilidade para a caracterização da qualidade de aquisição dos marcos do desenvolvimento” (PESSOA, 2003).

Os testes de desenvolvimento, como por exemplo, o teste de Denver II, permitem uma comparação da situação do desenvolvimento atual da criança com outras da mesma idade. “Na avaliação do desenvolvimento infantil, em situações limítrofes, é importante observar o perfil longitudinal do desenvolvimento da criança, o que pode ajudar a diferenciar com maior segurança déficits ou atrasos verdadeiros de simples atrasos sem significação clínica” (PESSOA, 2003).

Para delimitar o período total de crescimento Marcondes cita em duas etapas: no pré e pós-natal. No pré-natal o primeiro semestre é período embrionário; o segundo trimestre é fetal precoce e o terceiro trimestre fetal tardio. Já no pós-natal classifica-se o período neonatal recém nascidos de 0 a 28 dias.

O período da infância possui:

- lactente: 29 dias a 2 anos de idade;
- pré-escolar: 2 anos a 6 anos de idade;
- escolar: 6 anos a 10 anos de idade.

O período da adolescência em:

- pré-puberal: 10 anos a 12-14 anos de idade;
- puberal: 12-14 anos a 14-16 anos de idade;
- pós-puberal: 14-16 anos a 18-20 anos de idade. (MARCONDES, VAZ E RAMOS 2003).

3.3. Promoção da Saúde

Na evolução do conceito de promoção da saúde, a Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência em todo o mundo. Em resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, foi realizada em Ottawa em novembro de 1986 no Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. “As discussões se centraram principalmente nas necessidades em saúde nos países industrializados e se basearam nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde” (WHO, 1986).

Nesta pesquisa adotamos o conceito de promoção da saúde contido na Carta de Ottawa (WHO, 1986). Esta carta sinaliza o processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde. Considerando que este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando à promoção da saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa as condições e recursos fundamentais para a saúde são “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (WHO, 1986). A Carta de 1986 preconiza também

cinco campos de ação para a promoção de saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

“É uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos e de parcerias intersetoriais, trabalhando com a idéia de responsabilização múltipla, tanto para os problemas quanto para as soluções” (BUSS, 2000). Com isso, entendemos que a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, é necessário que seja prioridade dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, para que identifiquem e removam os obstáculos de adoção de políticas públicas saudáveis (WHO, 1986).

Concordamos com o teor da Carta de Ottawa que diz que mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde, pois a promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. Foi possível entender que as populações exercem o controle sobre sua própria saúde e podem realizar ações para melhorá-la. Sendo assim, “há necessidade de desenvolver habilidades pessoais para que os indivíduos possam ser capazes de enfrentar doenças e evitar causas externas” (WHO, 1986).

A divulgação da Carta de Ottawa foi um marco de referência a respeito da promoção da saúde em outras conferências. A Conferência de Adelaide, realizada em 1988, teve como tema central as “políticas públicas saudáveis caracterizando-se pela preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade” (CZERESNIA e FREITAS, 2003, apud BUSS, 1997).

Já a Conferência de Sundsväl em 1991, tomou posição quanto ao tema que foi preconizado na Carta de Ottawa “onde um ambiente favorável é de suprema importância ampara a saúde, pois ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis” (BRASIL, 2002). E na Conferência de Jakarta ocorrida em 1997 houve a pretensão de “atualizar o reforço da ação comunitária” (CZERESNIA e FREITAS, 2003 apud BUSS, 1997).

Ao se discutir sobre promoção da saúde, há necessidade de traçar uma linha divisória sobre o significado entre promoção e prevenção, pois há algumas concepções individuais que ficam difusas. Essa confusão advém de foco quase exclusivo na redução de riscos vigentes do modelo biomédico. A promoção da saúde procura identificar e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença e modificar condições de vida para

que sejam dignas e adequadas. “Aponta para a transformação dos processos individuais, orienta as ações coletivas e pessoais, para que seja possível uma qualidade de vida e saúde favorável” (FRANCO et al. apud GUTIERREZ 2003 apud BUSS, 1997). Já a prevenção tem como objetivo evitar a enfermidade, sendo a ausência de doenças o objeto de intervenção. “É preciso saber como evitar, curar e abrandar, focando nas causas, conseqüências e tratamento” (GUTIERREZ apud BUSS, 1997).

Concordamos com Fernandez e Regules, 1994 quando afirmam que a promoção da saúde é uma estratégia complementar, porém integral que afetam todos os elementos que vinham intervindo e reorientando suas finalidades. Entendemos que os dois fenômenos são complementares e não excludentes no planejamento e programas de saúde, e equilibrados favorecem a população.

3.4. Políticas Públicas para a Saúde da Criança

As ações em relação a saúde da criança aconteceram a partir de casos vividos nos diversos setores da vida pública entre eles a saúde. Na década de 70 os indicadores eram tão dramáticos que necessitavam de rápida intervenção, além da desigualdade quando comparadas diferentes regiões do país. A mortalidade infantil atingia a taxa de cerca de 90 mortes a cada 1000 nascidos vivos e ressaltava a necessidade de ações urgentes visando a mudança desse panorama. “Além disso, havia muitas mortes por afecções perinatais, infecções respiratórias e diarreia, além de uma cobertura vacinal em torno de 70% média da duração da amamentação não chegava aos três meses e uma baixa expectativa de vida” (ALVES e VIANA, 2006).

A gravidade da realidade epidemiológica e a pressão social crescente fizeram com que iniciassem um conjunto de ações e programas, entre eles o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1984, a Estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) além desses outras intervenções para a promoção da saúde da criança e do adolescente entre elas o Alojamento Conjunto, o Método Mãe Canguru e a Saúde do Adolescente. Com a ampliação dos serviços de saúde aliados a um somatório de fatores relacionados à ampliação da cobertura dos serviços de saneamento básico “ocasionou uma redução da

mortalidade infantil e todos os estados do país assim como redução na mortalidade de doenças imunopreveníveis” (ALVES e VIANA, 2006).

Seguindo o preconizado pelo PNIAM em abril de 2009 o Programa Capital Criança implantou nos Centros de Saúde da Rede Básica do município de Florianópolis, a Política de Incentivo a Promoção ao Aleitamento Materno chamada de “Rede Amamenta Brasil” Esta Política tem como objetivos:

Aumentar a prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo até o 6º mês no município de Florianópolis; Estimular o AME até o sexto mês de idade e complementar até os dois anos ou mais, priorizando as áreas em situação de risco; Fomentar a criação de grupos de apoio às mães após a alta das maternidades, nos Centros de Saúde ou locais de referência nas comunidades; Capacitar a Equipe de Saúde da Família sobre a Política de Incentivo a Promoção ao Aleitamento Materno e para a Alimentação Complementar para as crianças a partir do sexto mês até os dois anos de idade; Aumentar o grau de informação sobre aleitamento materno dos trabalhadores de saúde, das grávidas, das nutrizes e comunidade em geral; Prevenir o desmame precoce e Humanizar o atendimento mãe-filho” (BRASIL, 1997).

Visando reduzir a mortalidade foi fundado em Florianópolis, SC em 2006 o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal de Florianópolis, este conta com participação multiprofissional e interinstitucional com caráter ético, técnico, educativo e de assessoria. Tem como objetivo: “Identificar todos os óbitos infantis e fetais, elucidar a circunstância da ocorrência, os fatores de risco propondo medidas de prevenção e intervenção às instituições para a correção de possíveis distorções e redução da mortalidade infantil” (BRASIL, 1997).

O Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em 1994, adotado no país desde então como modelo para atenção básica, onde as ações curativas pautadas na resolutibilidade do nível primário da atenção, “num sistema estruturado de referência e contra-referência e na responsabilização da equipe, poderão responder de maneira efetiva aos novos e velhos agravos à saúde da população” (ALVES e VIANA, 2006).

Antecedendo ao programa de saúde da família veio o Programa Agente Comunitário de Saúde existente desde o início dos anos 90, sendo “efetivamente instituído e regulamentado em 1997 quando se iniciou o processo de consolidação e descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde” (SUS) (BRASIL, 2001). O PSF se apresenta então como uma forma de diminuir as desigualdades regionais, pois propõe um cuidado individualizado, o conhecimento da população e ações propostas para a população adscrita no território.

Acreditamos que apesar dessas possibilidades, sua consolidação como política nacional ainda depende de uma série de fatores, que vão desde a regulamentação das profissões da saúde envolvidas até capacitação técnica de toda a equipe. Atualmente reconhece-se que não é mais um programa e sim uma estratégia, devendo então ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Visando todo esse panorama, atuamos nesta pesquisa promovendo promoção de saúde da criança através dessa capacitação com os ACS.

3.5. Agenda da Criança

O Ministério da Saúde criou em 2004 a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade com o objetivo de que ela fosse um instrumento utilizado em âmbito nacional e municipal em um processo de reorganização da infância em seus vários níveis.

A Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, apresenta esta Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil como “orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Pretendendo ressaltar que o foco principal de atenção de todos os profissionais é a criança, sendo ela beneficiada por um atendimento integral” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

3.5.1 Princípios Norteadores

- *Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais*: definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). O planejamento é uma grande articulação entre os setores interessados da comunidade e do município, para que ocorram intervenções coerentes aos problemas do local.

- *Acesso universal*: deve ser entendido como o direito de toda criança receber assistência de saúde e a responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). O acesso das crianças nas Unidades de Saúde ao atendimento é prioridade para a Estratégia de Saúde da Família, onde são agendadas consultas mensais no primeiro ano de vida da criança e posteriormente um acompanhamento com maior espaço de tempo para que possa obter um acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento da criança.
- *Acolhimento*: receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Toda criança deve ser atendida sem diferencial e de forma coerente a prioridade de atendimento estabelecendo a importância de um acompanhamento adequado e eficaz.
- *Responsabilização*: definição da população sob a responsabilidade da equipe, estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, garantindo a continuidade da assistência, com a responsabilização dos profissionais e da unidade de saúde sobre a saúde integral da criança e sobre os problemas colocados, até a sua completa resolução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Os profissionais de saúde demandam de um conhecimento científico importante para a resolutibilidade da problemática encontrada, mas é necessário entender o diferencial cultural de cada usuário, e assim conseguir resolver com maior coerência e eficácia a problemática encontrada.
- *Assistência integral*: abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A estratégia de saúde da família possui como prioridade o atendimento integral da criança, realizando consultas mensais no primeiro ano de vida da criança, sendo elas realizadas por médicos e enfermeiros, na intenção de um atendimento dinâmico e com visões diferenciadas priorizando sempre um atendimento satisfatório e um crescimento e desenvolvimento da criança adequado.

- *Assistência resolutiva*: promover a articulação necessária para disponibilizar os diversos saberes e recursos adequados à necessidade apresentada, em todos os níveis de atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A articulação nos diferentes setores de saúde e níveis de complexidade existentes é de suma importância resolutibilidade da assistência, priorizando um atendimento adequado e eficaz para o usuário.
- *Eqüidade*: com a definição das prioridades para atuação no processo de organização da assistência à saúde da criança, com maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A prioridade das necessidades devem ser respeitadas, onde o profissional compreende o atendimento a partir da importância ou urgência do caso, não deixando de lado ao atendimento humanizado.
- *Atuação em equipe*: articulando os diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde, efetivando-se o trabalho solidário e compartilhado e produzindo-se resposta qualificada às necessidades em saúde da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A equipe formada por diferentes profissionais de saúde deve articular-se na troca de conhecimentos, compartilhando experiências desenvolvendo uma parceria no atendimento para o usuário.
- *Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde*: com estruturação de ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, com abordagem das ações de promoção de saúde, com o entendimento das interferências necessárias sobre o ambiente e hábitos de vida, buscando-se uma qualidade de vida saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).
- *Participação da família/control social na gestão local*: incentivo à participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias, entendidas como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).
- *Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada*: ação a ser permanentemente desenvolvida pela unidade de saúde ou pela equipe de saúde da família, de maneira a contribuir para que os problemas prioritários sejam identificados, os ajustes e ações necessárias sejam realizadas, de modo a prover resultados mais satisfatórios para a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

3.5.2 Principais estratégias de ação

- *Vigilância à saúde pela equipe de atenção básica:* postura ativa que o serviço de saúde deve assumir em situações de maior risco e dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas específicas para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde, programando visitas domiciliares para captação dos usuários e realização de busca ativa daqueles sem o acompanhamento programado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A vigilância a saúde é feita inicialmente por agentes comunitários que possuem como objetivo realizar a conexão entre a comunidade e a Unidade Local de Saúde. Levando as problemáticas existentes na comunidade encontradas durante as visitas domiciliares aos profissionais e compartilhando seu conhecimento com a comunidade. Buscando captar todos os não encontrados e priorizar o atendimento daqueles que mais necessitam de acompanhamento e cuidado.
- *Vigilância da mortalidade materna e infantil:* é de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada pela equipe de atenção básica para levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma mulher e de uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Os dados referentes a mortalidade materno infantil encontrados nas comunidades são registrados através de consultas e das visitas realizadas pelos agentes comunitários que através dos marcadores e indicadores fazem o registro e acompanham o desenvolvimento de cada problemática encontrada. São registrados além do número de nascidos vivos, o número de óbitos, desnutrição, doenças respiratórias, ou outras internações.
- *Educação continuada das equipes de atenção à criança:* A capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de atenção básica é de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A educação continuada deve ser realizada rotineiramente, para que profissionais estejam capacitados para compartilhá-los com a comunidade, em especial os agentes comunitários que estão diretamente ligados com a comunidade e de forma que todos possam compreender a problemática para então resolvê-la.

- *Organização de linhas de cuidado*: representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado como conexão, de modo a permitir a articulação das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Buscando um atendimento articulado nos diversos níveis de atenção formando uma conexão nos diferentes setores, realizando contra-referência adequada, por um melhor atendimento ao usuário.

3.5.3 Equipe de Saúde da Família e o papel do agente comunitário no cuidado com a criança.

Para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e foi o precursor de importantes programas de saúde, dentre eles a Estratégia Saúde da Família (ESF). O PACS tem na pessoa do agente de saúde o elo entre os serviços de saúde e a comunidade (BRASIL, 2002).

Em 1999 o Ministério da Saúde lançou um documento que estabelece sete competências para o agente de saúde: Dentre as principais funções dos agentes de saúde destacam-se:

Levar à população informações capazes de promover o trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 1999).

Dadas estas competências espera-se que o PACS tenha um impacto positivo sobre os indicadores de saúde, principalmente aqueles mais associados às famílias carentes. Onde a proposta básica do PACS é o esclarecimento da população sobre cuidados com a saúde e seu encaminhamento a postos de saúde ou a serviços especializados em caso de necessidade que não possa ser suprida pelos próprios agentes.

A estratégia de saúde da família é o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde. Deve ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Formada por diferentes profissionais tais como médicos, enfermeiros,

técnicos de enfermagem, farmacêuticos, dentistas na busca por um atendimento completo e eficaz para a comunidade.

As unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de saúde da família, devem aderir à *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Devem ainda pactuar o cumprimento de alcance de resultados, com o seu desempenho sendo avaliado periodicamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Entende-se a importância do uso da agenda para que se possa acompanhar o grau de desenvolvimento e crescimento da criança, com informações completas e coerentes, desenvolvendo assim uma forma de compreensão até mesmo de quem não fez um acompanhamento periódico com a criança.

A equipe de saúde da família com seus diferentes profissionais faz a busca ativa e a avaliação das condições de vida da criança através dos agentes comunitários que ampliam a possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana (domicílio e instituições de educação infantil) ampliam a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e identificação de necessidades especiais em tempo oportuno, por exemplo, o crescimento e desenvolvimento alterados, desvios na alimentação, imunização e a pronta abordagem da criança com algum sinal de risco ou perigo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Por meio de ações educativas em saúde, durante as visitas domiciliares na busca por informações e um atendimento adequado.

3.6. Atribuições da Equipe de Saúde da Família, Enfermeiros e de ACS

Conforme a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 são atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde da família:

Participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde da população adscrita; realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada; responsabilizar-se pela população adscrita; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; garantir a qualidade do registro e participar das atividades de educação permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dentre as atribuições dos enfermeiros junto aos trabalhadores ACS, estão: planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com

vistas ao desempenho de suas funções; facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada; realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade; solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do CS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Sendo assim, o trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. Atualmente este tipo de programa vem crescendo e aprimorando de forma gradativa, com a finalidade e responsabilidade de expandir e implantar serviços de saúde que possam atingir grande parte da população, focando na humanização de atendimento e nos princípios do SUS.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) trazido em 1991 acrescenta à atenção básica a possibilidade de vínculo entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida, representando um elo entre profissionais e a comunidade (Silva e Dalmaso, 2002; Ferraz e Aerts, 2005).

Para o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (Brasil, 1999). O trabalho do ACS está previsto na Lei nº 10.507/2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, o Decreto nº 3.189/1999, fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, e a Portaria nº 1.886/1997 que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família (MINISTERIO DA SAUDE, 2002).

Esses profissionais vêm contribuindo para uma profunda mudança no conceito de cuidados de saúde no País, principalmente na visão e objetivos do PSF. Desse modo,

enxerga-se a necessidade de qualificação desses agentes, apontando para a melhoria do sistema e consolidando as ações e objetivos destes profissionais na estratégia da saúde de família.

Já os Agentes Comunitários de Saúde devem desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Neste estudo, o ser humano participante sujeito desta pesquisa são os ACS. Tendo em vista as idéias de Leininger (UFSC, Anais 1º SIBRATEN, 1985), entendemos que o ACS é um agente que possui conhecimento popular, mas que gradativamente vai assimilando o conhecimento profissional para exercer sua prática.

Conforme visto anteriormente, o enfermeiro deve desempenhar ações de educação permanente, visto que, a Política Nacional de Atenção Básica (2006) contempla esta atividade em suas atribuições. Sendo assim, este profissional torna-se um educador, que valoriza os conhecimentos de cada ser humano, como o conhecimento popular dos ACS. Pois de acordo com Leininger cada um possui uma história de vida e está inserido em um contexto social, desta forma, de acordo com seus conhecimento/práticas precisaremos redefinir, ajustar ou permanecer com as ações propostas (UFSC, Anais 1º SIBRATEN, 1985).

Assim ações de educação permanente do enfermeiro irão refletir no papel educativo que está dentre as atribuições dos ACS à população visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Tendo em vista o propósito do estudo e considerando a percepção como o resultado de conhecimentos adquiridos pela compreensão e vivência, ou seja, a subjetividade do sujeito optou-se pela metodologia qualitativa do tipo convergente-assistencial (PCA), tendo como guia teórico metodológico a teoria transcultural do cuidado de Madeleine Leininger.

Segundo TRENTINI & PAIM, 2004, este tipo de pesquisa se caracteriza pela propriedade de articulação com a prática assistencial em saúde. A especificidade da PCA consiste em manter, durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação. Portanto, a PCA destina-se a ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal de determinada prática onde os pesquisadores desenvolvem simultaneamente pesquisa e práticas de saúde com a intencionalidade de provocar mudanças qualificadoras daquela assistência.

A pesquisa citada acima sempre requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa: está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar á construções teóricas; “portanto a pesquisa convergente é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua” (TRENTINI & PAIM, 2004).

No decorrer do projeto em função de não haver tempo hábil para realizar todas as visitas domiciliares, entrevistas e oficinas devido à campanha H1N1; falta de funcionários no Centro de Saúde; realização de capacitação dos agentes comunitários; período de chuvas e greve de funcionários; a pesquisa nesta modalidade foi mudada de convergente-assistencial para descritivo exploratória. Esta decisão ocorreu devido à exigüidade do tempo em compatibilizar as oficinas com o objetivo de compartilhar os saberes com as ACS e a redação dos resultados. No entanto foi mantida uma oficina, ou

seja, a 2ª oficina destinada a compartilhar conhecimentos com as agentes de saúde que teve a finalidade de educação continuada dentro do plano de atividades.

4.2. Participantes e local da pesquisa

O nosso público-alvo foram os agentes comunitários de saúde (ACS), no Centro de Saúde do Rio Vermelho, no município de Florianópolis, que aceitaram participar do estudo. Participaram deste estudo as agentes das três equipes da família do município totalizando 15 agentes.

Este estudo foi concretizado em um Centro de Saúde situada na região norte da Ilha de Santa Catarina, no município de Florianópolis, e realizado no período de março a junho de 2010. A área de abrangência da Unidade de Saúde contempla uma população de aproximadamente 18.000 moradores. Está operacionalmente dividida em três áreas, onde atuam três equipes de saúde da família. As equipes são compostas de um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e em média 06 Agentes Comunitários de Saúde.

4.3. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com as seguintes técnicas:

- Observação com parcial participação. Esta observação teve com base um roteiro - guia e efetuada nas visitas domiciliares dos agentes com o objetivo de identificar as crenças e práticas bem como necessidades de educação continuada com relação às atribuições dos ACS na vigilância à criança de 0 a 6 anos.
- Terminada a fase das visitas domiciliares foi efetuada uma oficina para validação dos dados colhidos nas visitas, que foi realizada em um grande encontro com as três equipes de saúde da família, com o objetivo de continuar o levantamento das crenças e práticas, dúvidas das ACS.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados que foi utilizado se constitui num roteiro guia de caráter qualitativo para a observação e entrevista das ACS nas visitas domiciliares.

Roteiro guia de observação e entrevista para acompanhamento das agentes durante a visita domiciliar

1- Identificação do ACS

1.1.Tempo de atuação como ACS no bairro:

1.2.Idade:

1.3.Escolaridade:

2- Dados de observação da ACS na visita domiciliar

a) Observar qual é o planejamento da ACS antes da visita a criança? (quanto ao objetivo da visita, material necessário, e outros)

b) Observar quais são os dados levantados durante a visita?

c) Observar como realizam o levantamento de dados?

d) Observar como encaminham as necessidades levantadas em relação a criança?

3- Após a observação foi realizada a entrevista:

a) Esclarecer dúvidas do pesquisador diante de dados levantados na observação.

b) Como escolhe as crianças a serem visitadas a cada semana?

c) Quais os casos que ele encaminha para consulta, além do cronograma básico.

d) Qual a frequência que utiliza a caderneta de saúde da criança para levantar /e ou anotar dados?

e) Quais são as dúvidas/dificuldade em relação às visitas que realiza para as famílias de crianças de 0 a 6 anos?

f) Quais são as facilidades em relação às visitas que realiza para as famílias de crianças de 0 a 6 anos?

De acordo com os dados obtidos com a observação e entrevista com as agentes de saúde, foram planejadas três oficinas de educação para as agentes de saúde. A partir das oficinas surgiram perguntas desencadeadoras.

4.5. Perguntas norteadoras das oficinas

1ª Oficina:

Teve o objetivo de validação dos dados levantados nas observações das visitas domiciliares acompanhadas, das entrevistas realizadas e para a escolha dos temas para a capacitação. As perguntas foram:

1. Quais são as facilidades e dificuldades na visita às crianças?
2. Para que serve a Ficha de Acompanhamento da Criança (FAC)? Como vêem a importância da FAC no seu trabalho?
3. Quais as perguntas que os cuidadores/pais mais fazem? Quais as facilidades e dificuldades encontradas para responder?
4. Como vocês usam suas experiências de mães/avós para responder?
5. Como encaminham as necessidades encontradas?

2ª Oficina: (com a finalidade de educação continuada)

Foi planejada de acordo com os resultados da 1ª oficina. Após a avaliação das participantes em relação à primeira oficina, foram levantados os dados os quais as participantes sentiram a necessidade de serem trabalhados e revistos:

- Cuidados com as crianças recém-nascidas;
- As doenças que compõem a IRA;
- Experiências durante as consultas;
- Vacinas e datas.

3ª Oficina:

Foi planejada de acordo com o resultado das oficinas anteriores. De acordo com a questão proposta por elas mesmas, no qual as mães perguntam diariamente como são as maternidades de Florianópolis. Foram apresentadas às participantes, as duas maternidades

mais comumente utilizadas: Hospital Joana de Gusmão Carmela Dutra e Hospital Universitário.

Para concluir a terceira oficina, as pesquisadoras enviaram os pedidos às maternidades propostas, porém só foi possível agendar as visitas após o tempo de atuação das pesquisadoras. Sendo assim, encaminhamos a autorização para a coordenadora do Centro de Saúde do Rio Vermelho, para que futuramente seja realizado com possíveis graduandos de enfermagem que poderão atuar no local.

4.6. Entrada no campo

No dia dois de março de 2010, os autores da pesquisa iniciaram suas atividades no Centro de Saúde do Rio Vermelho, atuando com as três equipes de saúde da família existentes na unidade. A coleta de dados foi realizada pelas três acadêmicas da 8ª fase da UFSC, autoras deste projeto.

Antes de iniciar todo o processo de coleta de dados, os autores apresentaram o projeto no Centro de Saúde do Rio Vermelho no dia 8 de março de 2010, após a pesquisa ter sido submetida ao Comitê de Ética da UFSC no dia 02 de fevereiro. O termo de consentimento foi apresentado às agentes comunitárias de saúde no primeiro momento de apresentação das pesquisadoras às mesmas no dia 26 de março de 2010. Respeitamos o anonimato e as possíveis desistências dos sujeitos em participar de todo este estudo.

Cabe ressaltar que o cronograma dos encontros com as ACS foi organizado de maneira que não atrapalhou a rotina da unidade, bem como, o trabalho das mesmas. Sendo assim, as oficinas foram propostas ao final de cada oficina realizada. Na primeira oficina ocorreu o momento inicial de apresentação, seguido de um momento de descontração com uma dinâmica, que foi elaborada sempre ao começo de cada oficina e logo após foram feitas as perguntas norteadoras. Durante a oficina realizamos um diário de campo que nos auxiliou posteriormente na análise dos dados obtidos. No último momento construímos uma avaliação acerca do projeto com as participantes, o qual nos mostrou que o que o nosso trabalho acrescentou para os conhecimentos e práticas das ACS.

Devido ao pouco tempo de atuação no local da pesquisa e por outros motivos já mencionados anteriormente, não pudemos concluir o planejamento de nove visitas. Sendo

assim, as acadêmicas acompanharam duas visitas domiciliares de três ACS de cada área do bairro, totalizando seis visitas.

4.7. Registro de dados

Os dados coletados nas visitas domiciliares partiram de registros na forma de diário de campo e as oficinas foram registradas através de observação, diário de campo e fotografias.

Para os registros de dados do diário de campo, dispomos do instrumento de acordo com Nitschke (1991, 1999).

Curso:		Data:	Local:		
Hora (chegada e saída):		Duração:			
O que observar (de acordo com guia de observação/e-ntrevista)	Identificação(o que está sendo observado,data, hora, local, participantes).	O que aconteceu(fatos , descrição de diálogos, de preferência em ordem cronológica).	Minha participação (o que eu fiz, como me relacionei, o que disse).	As impressões (o que senti, pensei, ou deduzi a partir do que vivi na experiência, dificuldades e facilidades; o que ainda preciso esclarecer mais, quais minhas dúvidas	

Fonte: Instrumento adaptado de Nitschke (1991, 1999), utilizado no curso de Graduação em Enfermagem (USFC), na disciplina O Processo de Viver Humano I – Sociedade e Ambiente.

4.8. Análise dos Dados

Para o processo de análise dos dados, optamos por utilizar a análise proposta por Leininger 1991 citado por FERRAZ 2009 adaptada para a pesquisa convergente assistencial. A análise dos dados obtidos neste estudo aconteceu concomitante com a coleta dos mesmos.

A análise dos dados proposta por Leininger (1991) acontece em quatro fases, utilizando-se de critérios específicos e congruentes com o paradigma qualitativo. A teórica esclarece que essas fases não são estanques, são inter-relacionadas e acontecem em um movimento de ida e vinda:

a) Coleta, descrição e documentação de dados brutos: nesta primeira fase são realizados os registros de dados obtidos dos informantes através da observação participante nas visitas domiciliares. Já se inicia a análise dos dados relacionados ao fenômeno de interesse. Nesta fase ainda é necessário ler e reler os dados obtidos, para realizar interpretações e atribuir significados ao fenômeno em estudo.

b) Identificação e categorização de descrições e de componentes: nesta segunda etapa ocorre a categorização de dados colhidos para compreender as crenças, práticas, dúvidas das ACS relacionadas com suas atribuições frente a criança de 0 a 6 anos onde se busca semelhanças e diferenças nos dados. Os dados obtidos serão analisados para revelar as semelhanças e divergências

c) Padrões de comportamento e análise contextual: após realizadas as visitas e a primeira oficina, passa-se a terceira fase para confirmar e dar consistência às informações obtidas nas visitas re-confirmando com os informantes.

d) Formulação de síntese: nesta última etapa se dá a síntese dos dados referente a identificação das crenças e práticas das ACS e os resultados da ação de cuidado realizada nas oficinas. Esta fase será adaptada ao que Trentine e Paim 2004 referem como síntese, teorização e transferência.

Neste estudo foram realizadas apenas a primeira e a segunda etapa da análise proposta por esta autora.

4.9. Aspectos Éticos

O presente projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde para a aprovação, visto que a pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde do município.

Após a aprovação da Secretaria, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovado sob o número 606.

Atendendo aos princípios éticos dos direitos humanos dos sujeitos da pesquisa, o desenvolvimento do projeto seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

No apêndice, é possível observar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os preceitos éticos, para as pessoas que concordaram em participar da pesquisa.

Com as futuras publicações da atual pesquisa garantimos o anonimato do sujeito do estudo não mencionando o local do campo e nem o nome das ACS, referindo apenas como Centro de Saúde de Florianópolis.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem que o capítulo de resultados do RELATORIO DA PESQUISA desenvolvido como TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, seja a apresentação de um artigo, elaborado conforme as normas de uma revista da escolha dos alunos e orientador. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas.

Assim neste trabalho apresentaremos um artigo apenas com os dados referentes ao objetivo: Identificar os conhecimentos e práticas dos ACS, do Centro de Saúde do Rio Vermelho em relação às suas atribuições frente a criança de 0 a 6 anos; que será encaminhado a Revista Ciências da Saúde para avaliação e possível publicação.

5.1. PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DOS ACS COM RELAÇÃO ÀS SUAS ATRIBUIÇÕES À SAÚDE DA CRIANÇA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

Fabíola Santos Bittencourt¹

Paula Lenhart Pereira²

Susana Maria Gonzaga³

Astrid Eggert Boehs⁴

RESUMO

Pesquisa qualitativa descritiva-exploratória para identificar as práticas e percepções dos Agentes comunitários de saúde (ACS) relacionadas as atribuições frente à criança de 0 a 6 anos. O local foi uma unidade básica de saúde com observação das visitas domiciliares, entrevista e oficina com 15 agentes. Os dados categorizados foram discutidos à luz da teoria transcultural de enfermagem. As agentes são

¹ Acadêmica de enfermagem da 8ª fase da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Acadêmica de enfermagem da 8ª fase da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Acadêmica de enfermagem da 8ª fase da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Dra Enf. Professora Associada do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

mediadores entre o sistema profissional e popular de cuidado. Resolvem suas dúvidas e dificuldades com apoio da enfermeira e utilizam também suas experiências pessoais.

Palavras-chave: Saúde da criança, Atenção primária a saúde, Enfermagem, Auxiliares de Saúde Comunitária e Saúde da Família.

ABSTRACT

Descriptive and exploratory qualitative research to identify practices and perceptions of community health agents (CHA) related the tasks facing the children 0-6 years. The site was a basic health unit with observation of home visits, interviews and workshops with 15 agents. Categorical data were discussed in light of the theory of transcultural nursing. The agents are mediators between the professional and popular system of care. Resolve their doubts and difficulties with the support of a nurse and also use their personal experiences.

Keywords: Child health, Primary Health Care, Nursing, Aids Community Health and Family Health.

RESUMEN

Descriptiva y la investigación cualitativa exploratoria para identificar aquellas prácticas y percepciones de los agentes comunitarios de salud (CHA) en relación con las tareas que enfrenta el niño de 0 a 6 años. El sitio fue una unidad básica de salud con la observación de las visitas domiciliarias, entrevistas y talleres con 15 funcionarios. Los datos categóricos se discuten a la luz de la teoría de la enfermería transcultural. Los agentes son los intermediarios entre el sistema profesional y popular de la atención. Resuelva sus dudas y dificultades con el apoyo de una enfermera y también utilizan sus experiencias personales.

Palabras-clave: La salud del niño, Atención Primaria, Enfermería, Auxiliares de salud comunitaria y Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

Para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e foi o precursor de importantes programas de saúde, dentre eles a Estratégia Saúde da Família (ESF). O PACS tem na pessoa do agente de saúde o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Este programa foi progressivamente sendo incorporado na Estratégia de Saúde da Família, que se constitui atualmente o maior propulsor para a consolidação do SUS. (BRASIL, 2002).

Estão dentre as atribuições do enfermeiro de saúde da família: supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos agentes comunitários e da equipe de enfermagem além de planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes. Por outro lado, dentre as atribuições dos agentes estão: orientar a comunidade para utilização adequada dos serviços de saúde; participar da vida da comunidade principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população, e executar dentro do seu nível de competência ações e atividades básicas de saúde tais como: acompanhamento de gestantes e nutrizes; incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; garantia do cumprimento do calendário da vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias; controle de doenças diarreicas e infecção respiratória aguda. Uma das tarefas importantes é o levantamento de dados para o SIAB junto as famílias: nascidos vivos; RN pesados ao nascer; RN pesados ao nascer com peso < 2500g; aleitamento exclusivo, aleitamento misto; com vacinas em dia; crianças pesadas, desnutridas e as que tiveram intercorrências como diarreia e IRA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Nos últimos anos foram publicados vários estudos acerca das atribuições dos agentes comunitários e suas praticas diárias, no entanto encontramos poucas contribuições em relação a suas atribuições relacionadas à saúde da criança. O estudo de Gomes e colaboradores (2009), em CAJURI-MG referem que “o acompanhamento dos grupos de risco, como crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes da saúde mental e acamados, foi citado pelos ACS, com os quais eles trabalhavam principalmente a educação em saúde”. Resultados semelhantes foram encontrados por Ferraz e Aerts (2005), em Porto Alegre, nos quais os ACS também ressaltavam entre as atribuições orientações sobre os cuidados com a higiene e prevenção da dengue, a importância do cumprimento do calendário vacinal das crianças e do acompanhamento pré-natal das gestantes, incentivo à amamentação e uso correto das medicações.

Assim, preocupa-nos nesta pesquisa saber as crenças, práticas e dúvidas desses profissionais ao realizarem suas atribuições durante suas visitas domiciliares, visto que eles não têm formação específica, integrando ao mesmo tempo o sistema de cuidado popular e profissional de acordo com a classificação referente aos sistemas de cuidado realizados por Leininger (LEININGER 1985, p. 262). Este artigo objetiva apresentar as

práticas e percepções dos ACS em relação às suas atribuições frente à criança de 0 a 6 anos.

De acordo com Nunes ET AL, 2002 o trabalho das agentes comunitários representa o elo entre a equipe profissional e a comunidade, com um papel de tradutor do universo científico ao popular, atuando, também, como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde. Desta forma é relevante sua atuação na atenção a saúde da criança, e a prevenção da mortalidade infantil. Por outro lado sendo a enfermeira a principal liderança do trabalho dos agentes comunitários, os dados desta pesquisa se constituem uma contribuição para o trabalho deste profissional.

REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo tem como referência teórica alguns conceitos da teoria da universalidade e diversidade do cuidado de Madeleine Leininger que explica a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem. Esta autora considera cultura como uma forma de explicar e prever modos de vida das pessoas. São valores, estilos de vida aprendidos, compartilhados que norteiam pensamentos e ações. De acordo com a teoria, o cuidado à saúde é um sistema cultural, e dividido em dois subsistemas ou setores o Popular e o Profissional (LEININGER, 2002).

O Setor Popular de cuidado engloba um corpo de pensamentos, comportamentos e práticas organizadas de cuidado à saúde, mantidas por tradição e utilizadas no ambiente familiar ou comunitário. Dentro do Sistema Profissional de cura e cuidado, encontram-se os serviços realizados por profissionais formados em instituições especializadas entre os quais estão os profissionais de enfermagem (LEININGER 2002; LEININGER, MCFARLAND, 2006).

Considerou-se para este estudo que os agentes de saúde da ESF, integram o setor profissional, no entanto estão muito próximos do setor popular, pelo fato de não terem sido formados em instituições especializadas de formação em saúde.

Além destes conceitos, este estudo tem como na sua base o ideário da promoção da saúde com base na Carta de Otawa e a fundamentação teórica da Estratégia de Saúde da Família com ênfase nas atribuições dos agentes comunitários.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratório descritiva, realizada no período de março a junho de 2010, em um centro de saúde do município de Florianópolis. Os sujeitos envolvidos foram agentes comunitários de saúde (ACS), integrantes de 3 equipes da ESF, as equipes são compostas de um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de enfermagem e em média 06 Agentes Comunitários de Saúde.

Para a seleção dos sujeitos utilizamos como critério: ser Agente Comunitário do Centro de Saúde escolhido pelas pesquisadoras para realização da pesquisa, e também estar em pleno exercício de sua função. O público-alvo foram os agentes comunitários de saúde (ACS), em um Centro de Saúde de Florianópolis, que aceitaram participar do estudo. Durante as visitas 6 agentes comunitários foram observadas, e durante as oficinas 15 agentes comunitárias que se constitui o número total naquela unidade participaram da oficina realizada.

Para a coleta de dados, foi realizada uma observação sem participação que teve com base um roteiro - guia e efetuada nas visitas domiciliares dos agentes complementadas por uma entrevista no final da observação. Este guia continha: dados de identificação das agentes e dados de observação das visitas domiciliares dos agentes comunitárias com crianças de 0 a 6 anos.

Inicialmente foram realizadas as visitas domiciliares com as agentes, onde o trabalho partia da observação das visitas e posteriormente era feito uma reflexão através de uma entrevista com as agentes comunitárias. As acadêmicas acompanharam pelo menos três visitas domiciliares de três agentes de cada área do bairro, a fim de coletar dados para o comparativo das práticas e conhecimentos das agentes em relação à saúde da criança de 0 a 6 anos.

No segundo momento da pesquisa foi realizada uma oficina no campo de atuação, com o objetivo aprofundar os dados coletados através das visitas. Esta atividade foi planejada com um momento inicial de apresentação, seguido de um momento de descontração através de dinâmica, a qual foi elaborada no começo da oficina e logo após foram feitas as perguntas norteadoras.

A coleta de dados foi realizada somente após explicação sobre a pesquisa e aceitação, por escrito, dos participantes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados coletados nas visitas domiciliares partiram de registros na forma de diário de campo e as oficinas foram registradas através de observação no qual foram anotados as falas, os diálogos, os fatos, nossa participação, o que sentimos e pensamos durante a oficina e as visitas.

Para o processo de análise dos dados, optamos por utilizar a análise proposta por Leininger 1991 citado por FERRAZ 2009 adaptada para a pesquisa exploratória descritiva na qual seguimos as fases organização dos dados com levantamento de algumas categorias tendo por base o roteiro guia de observação e entrevista. A análise dos dados obtidos neste estudo aconteceu concomitante com a coleta dos mesmos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo n.º 606 no dia 22 de fevereiro de 2010. Todos os procedimentos seguiram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Para garantir o anonimato dos sujeitos, agentes comunitários foram identificados como frutas e o nome do centro de saúde não foi mencionado. Com as futuras publicações da atual pesquisa garantimos o anonimato do sujeito de estudo não mencionando o local do campo e nem o nome das agentes comunitárias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As agentes participantes são em sua totalidade do sexo feminino, a idade varia de 30 a 52 anos, sendo todas residentes do bairro. O tempo de serviço fica entre 5 anos e 4 meses a 11 anos, sendo que todas as agentes tem o nível fundamental de escolaridade. Segundo o Ministério da Saúde (2002), o agente comunitário de saúde é um profissional sui generis e deve residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias, estando os agentes comunitários participantes da pesquisa de acordo com estes requisitos.

O planejamento das visitas das agentes observadas à população infantil é realizado junto com todas as visitas domiciliares previstas na micro-área. O planejamento se faz em relação às ruas escolhidas. Esta escolha muitas vezes é feita também pela facilidade para transitar pela via principalmente quando a lama cria dificuldades em dias chuvosos.

Especificamente em relação às crianças ela é feita pela demanda no acompanhamento dos dados do SIAB as crianças de 0 a 6 anos visando o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, frequência das consultas, calendário vacinal assim como intercorrências. Também as crianças faltosas nas consultas são priorizadas no planejamento das visitas. Além disso, há os pedidos das famílias, bem como aquelas situações nas quais a equipe nas reuniões semanais estabelece visitas às crianças com problemas de saúde grave como desnutrição, suspeitas de abuso sexual, violência contra a criança e a falta de cuidados. Há ainda a decisão da própria agente em fazer um número maior de visitas baseada em sua própria avaliação, como consta na fala a seguir: *“Sempre venho visitar essa família, pois ela (a criança) anda sempre sujinha” Damasco.*

O material que é levado nas visitas à criança é a ficha de acompanhamento da criança (FAC). Por ocasião do estudo, período do outono as agentes também levavam e entregavam o panfleto para a vacinação contra a gripe H1N1, que precedeu nossa pesquisa e a informação era repassada durante as visitas das agentes.

A abordagem das agentes com as famílias das crianças, que observamos durante o estudo, foi de grande preocupação com a presença de outras pessoas na visita, ou seja, com a nossa presença. Assim procuravam falar com as famílias antes, avisando-as quando isto não era possível faziam esta explicação logo que chegavam. Esta preocupação leva-nos a inferir a preocupação com a intimidade das famílias, traduzida na fala de uma agente *“Elas (as mães) nos recebem de pijama, de qualquer jeito, mas quando tem gente diferente às vezes elas têm vergonha por isso quando vai médico e enfermeira a gente sempre agenda” Maracujá.*

Foi observado nas visitas que as agentes tinham familiaridade com as mães e com as crianças pela cordialidade, pela abordagem espontânea chamando as crianças e mães pelo nome. Há situações em que as agentes driblam a situação, quando não as convidam para entrar. Neste caso elas tem o cuidado de não entrar na casa sem serem convidadas, quando este convite não acontece, elas buscam minimizar a situação levantando os dados no lado externo da casa, esperando por oportunidades mais favoráveis.

De forma geral, observou-se que se dirigem as famílias, em uma linguagem direta, simples e clara. Pode-se observar também a visão integral que as agentes possuem sobre a saúde da criança, já que elas acompanharam a situação da mãe desde o período pré-natal.

Nas visitas e na oficina constatou-se que os dados levantados se relacionavam aos dados da Ficha de acompanhamento FAC. A ficha é seguida como um roteiro, levantando dados referentes a medidas antropométricas (peso e altura) e quando estes foram verificados a última vez, alimentação e amamentação, intercorrências (diarréia e infecção respiratória aguda). Levantam ainda dados da vacinação, uma vez que nesta ficha consta um calendário de vacinação o que facilita a visualização da situação vacinal e orientação das próximas vacinas. Um relato que nos chamou atenção foi quando uma das agentes questiona “*A criança teve IRA? (ao que emenda) Infecção respiratória aguda*” Maracujá mostrando que por utilizarem a ficha as agentes às vezes acabam incorporando a linguagem da mesma.

Os dados coletados são também visualizados a partir da caderneta da criança, que foi criada pelo Ministério da Saúde em 2004 com o objetivo de que ela seja um instrumento utilizado em âmbito nacional e municipal em um processo de reorganização da infância em seus vários níveis. Buscando visualizar o crescimento e desenvolvimento da criança durante as visitas domiciliares elas são utilizadas para que as agentes possam controlar as idas às consultas mensalmente até os 12 meses de idade da criança assim como seu crescimento e desenvolvimento. Porém a caderneta é mais utilizada até os 2 anos de idade da criança, alegam que a caderneta tem maior importância nesta faixa etária. Após esta idade elas se preocupam mais em saber como as crianças estão apenas conversando com as mães .

Desta forma, a ficha de acompanhamento da criança (FAC) é o instrumento de trabalho mais utilizado de acordo com as afirmações: “*A ficha é nosso principal instrumento de trabalho em relação a criança, pois assegura e nos dá tranqüilidade no nosso trabalho, e valorizando o trabalho do agente comunitário.*” Marula; “*Ela é importante, pois nos assegura no futuro*” Laranja; “*Procuramos colocar os dados corretos, pois aquilo ficará como prova nosso trabalho*” Pêra.

Durante as visitas as agentes vão aos domicílios com o intuito de saber como as crianças têm passado no último mês e a partir disto fornecem orientações quanto as necessidade levantadas como: sobre vagas nas creches; marcação de consulta de puericultura e puerpério, marcação de exames, a vacina H1N1, amamentação entre outros. As agentes referem que as perguntas mais frequentes durante as visitas são: sobre a presença de pediatra e dentista no posto; os dias de marcação de consulta; se determinada vacina já chegou;

distribuem-se leite no posto e o que fazer quando o bebê não quer mamar no peito. Nota-se que as perguntas giram em torno de recursos materiais e de recursos humanos, mas também cuidados e conhecimentos técnicos.

Durante a observação nas visitas, as agentes afirmaram que tem poucas dúvidas em seu ofício, e que conseguem saná-las de acordo com seus conhecimentos adquiridos em capacitações ou convívio do posto no dia-a-dia. No entanto, durante as oficinas elas explicitaram com mais facilidade que as famílias fazem solicitações de orientações para as quais elas têm mais dificuldades em resolvê-las. Alegam que quando surgem dificuldades as quais não conseguem responder repassam para a enfermeira da área ou levam o problema para a reunião semanal da equipe, dando retorno para família.

Quando é caso de urgência o retorno com a enfermeira é imediato. Elas visualizam o enfermeiro como a base do seu trabalho, assim afirmando que, sem este profissional de nada adianta o seu esforço, salientando a importância da reunião de equipe como afirmam em algumas falas: *“Recado para as futuras enfermeiras: não deixem suas agentes muito tempo sem reunião, isso é chato e muito triste.”*Limão“; *“Quando sabemos resolver, solucionamos o possível, e se não pedimos a nossa enfermeira da área para nos ajudar”* Açaí.

Pelo fato da maioria das participantes da pesquisa serem mães e uma do grupo é avó, elas referem que se colocam no lugar da família para dar sua orientação. Sabem como é difícil criar e dar suporte aos familiares e utilizam experiências de suas histórias para fortalecer as metas do trabalho que também consiste em dar apoio e incentivo na saúde da família, como ela explica na fala seguinte: *“Em uma das casas que visito o filho não está na escola, já conversei com a mãe, mas ela diz que a criança não quer ir. Falei com a enfermeira que ligou para o Conselho Tutelar, que disse que a criança poderia ficar sem ir a escola desde que a mãe não batesse na criança. Isso é um absurdo”*Romã.

As agentes afirmam que o seu trabalho é facilitado quando: as famílias são encontradas em casa; quando residem próximas ao posto de saúde; o vínculo com a comunidade que elas criaram após muitos anos de serviço, e também quando as mulheres estão no período de puerpério, visto que é nesta fase que é mais fácil encontrá-las em casa devido ao período de recuperação pós-parto. Tudo isso contribui para que elas consigam realizar o seu trabalho diariamente, coletando os dados necessários para que futuramente seja possível levantar dados significativos de sua área de abrangência.

Já em relação às dificuldades, de modo geral são aquelas que dificultam o acesso aos domicílios como: áreas de risco, cachorros nas ruas, locais alagados pelas chuvas e o não atendimento na porta de casa, são alguns problemas enfrentados por elas no dia a dia.

A falta de profissionais multidisciplinares para atendimentos de intercorrências e urgências também é preocupante, no ponto de vista desses trabalhadores, pois os profissionais se constituem a retaguarda de seu trabalho. Portanto uma grande dificuldade são as informações que elas não conseguem fornecer às famílias como a falta de consultas decorrentes da falta de profissionais. Argumentam que, pelo fato de não conviver com os assuntos internos da unidade, não conseguem explicar as razões para as famílias durante as visitas.

De acordo com os subsistemas de cuidado propostos por Leininger 2002, o agente de saúde tal como idealizado dentro da ESF, faz um papel de mediador entre o sistema popular e profissional de cuidado. Estão mais ligadas ao setor popular pelo fato de morar na mesma comunidade e ser agente de saúde por longos anos, existindo sensibilidade ao planejar as visitas quando acompanhado pelos profissionais da equipe ou pesquisadores, sabendo também que não pode transpor a porta de uma casa sem ser convidado.

Nesta mesma linha de pensamento pode-se perceber também que estes trabalhadores, que por sua vez, também são mães e avós, utilizam de suas experiências e crenças pessoais de vida para orientar as famílias, tendo em vista que sabem que está dentre suas atribuições “ficarem em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Por outro lado, tendo obtido treinamentos dentro do setor profissional de cuidado para exercer suas atribuições, este agente já incorpora e automatiza a linguagem profissional, que em alguns momentos precisa ser traduzida. É importante mencionar que os instrumentos utilizados como a ficha e a caderneta de saúde da criança facilitam o trabalho das agentes.

No que se refere ao apoio direto para cumprir as atribuições das agentes de saúde e sanar dúvidas, é importante destacar o papel do enfermeiro no sentido de se constituir o suporte maior na condução de seu trabalho, pois é este o profissional com quem os agentes têm mais contato, sendo assim seu maior vínculo. Está entre as atribuições do enfermeiro supervisionar o trabalho dos agentes de saúde, realizando o fechamento dos dados e também

é a referência quando se trata da área onde as agentes atuam. Portanto na realidade desta pesquisa o enfermeiro cumpre seu papel plenamente na percepção das agentes.

Os agentes de saúde utilizam muitas vezes, como já mencionado no presente trabalho, suas crenças pessoais para orientar as famílias, tendo em vista que esses trabalhadores não têm uma formação específica, pois sua instrumentalização ocorre a partir de capacitações. Sendo assim, vemos a importância do nosso papel como enfermeiros, pois esses profissionais tendem a orientar às populações sobre temas importantes e assuntos muitas vezes de difícil abordagem como: acompanhamento de gestantes e nutrizes; incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; garantia do cumprimento do calendário da vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias; controle de doenças diarreicas e infecção respiratória aguda.

Essas dificuldades e dúvidas nem sempre foram deixadas claras durante a nossa pesquisa, porém foram observadas quando os agentes durante as visitas não respondiam alguns questionamentos ou não davam importância a colocações feitas pela população. Acreditamos que algumas vezes estes não tinham uma resposta aos questionamentos das famílias, como em alguns encaminhamentos levantados: sobre vagas nas creches; marcação de consulta de puericultura e puerpério; marcação de exames; a vacina H1N1; amamentação entre outros.

Os dados que encontramos estão em consonância com estudos como o de Ferreira ET AL, 2009, em que as visitas domiciliares realizadas pelos agentes ocorrem também por demanda espontânea no território. Isto é, realizam visitas e cuidados que não haviam sido programados previamente, pois eles são demandados por moradores quando transitam entre as residências.

Confirmando os dados de nossa pesquisa que demonstram que os agentes ficam presos aos questionamentos da ficha durante a visita à criança, o estudo de Bornstein e Stotz, 2008 relata que ainda que se mencione a necessidade de promover “ações coletivas”, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS e que fazem parte do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) não detalham este tipo de trabalho. A ênfase do SIAB é feita sobre fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo retomamos o objetivo deste projeto que é Identificar as práticas e percepções dos agentes comunitários de saúde, de um Centro de Saúde de Florianópolis em relação às suas atribuições frente à criança de 0 a 6 anos. Pode-se perceber tais práticas a partir de entrevistas, visitas domiciliares e oficinas realizadas em um Centro de Saúde de Florianópolis, onde as agentes demonstraram sua forma de planejamento, abordagem, coleta de dados, utilização da caderneta de saúde e a ficha de acompanhamento da criança.

Importante enfatizar, que o estudo ficou limitado a 6 visitas e apenas 1 oficina pela própria característica de um trabalho de final de curso que prevê o período de 6 meses para conclusão do trabalho. Desta forma os resultados alcançados devem levar em conta este limite.

Deixamos deste modo, recomendações para futuros estudos, para descobrir melhor como os agentes de saúde se movimentam entre o setor popular com suas experiências pessoais e familiares e o setor profissional nos quais precisam cumprir atribuições e se defrontar com problemas complexos tendo por base capacitações.

As agentes comunitárias realizam um papel de mediador entre a comunidade e o sistema profissional de cuidado. Estando vinculada diretamente a comunidade por morar no mesmo bairro e ser agente de saúde por longos anos no mesmo local. Nesta mesma linha podemos perceber que as agentes possuem uma sensibilidade cultural estabelecendo uma relação de respeito, com formas de abordagem coerentes, estabelecendo assim um vínculo com a comunidade.

Assim a capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de atenção básica é de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. O trabalho com a criança e a família pode ser realizado com todo o potencial que a equipe multiprofissional detém (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de apoio com o pediatra e demais profissionais). A idéia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação, de prevenção, de promoção e de assistência, enfim, de cuidado, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção. Dessa forma todo contato com a família da criança deve ser visto como uma oportunidade de reforçar as ações de promoção a saúde não caracterizando uma perda de espaço para profissionais já capacitados e sim reforçar a importância de que a informação e o cuidado são ações que

devem ser desenvolvidas de forma coletiva visando sempre o melhor atendimento para a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. BRASIL. *Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. BRASIL. República Federativa. *Diário Oficial da União. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006*. Edição número 61 de 29 de março de 2006. Ministério da Saúde, 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família*. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acessado em 21 de nov. 2009.
6. BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008. 13 (1):259-268 p.
7. FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005. v. 10, n. 2, p. 347-355 p.
8. FERREIRA, Vitória Solange Coelho, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, abr 2009. 25(4):898-906 p.
9. FERRAZ, Lucinéia. *O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais de saúde*. Projeto de dissertação. 2009.
10. GOMES, Karine de Oliveira, et al. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Sociedade*. São Paulo, 2009. v.18, n.4, p.744-755.

11. LEININGER ,M. Transcultural *Nursing:concepts,theories, research& practice*. New York:Mc Graw-Hill, 2002
12. LEININGER,M. e Mac Farland. Culture *care diversity and universality: a world wide nursing theory*. New York: Mc Graw-Hill, 2006.
13. NUNES MO, et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, nov./dez. 2002. v. 18, n. 6, p. 1639-46.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo retomamos os objetivos deste projeto que foram: Identificar os conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde, do Centro de Saúde de Florianópolis em relação às suas atribuições frente à criança de 0 a 6 anos; Identificar o que as ACS entendem sobre crescimento e desenvolvimento e como elas acompanham esses parâmetros em crianças de 0 a 6 anos; Propor, implementar e avaliar um projeto de qualificação com relação às atribuições das agentes comunitárias de saúde, a criança de 0 a 6 anos do Centro de Saúde do Rio Vermelho. Neste projeto de pesquisa devido ao pouco tempo para realização da pesquisa, assim como a campanha de vacinação H1N1, a falta de funcionários e a grande demanda de atendimentos que engloba a unidade, foi contemplado apenas o primeiro objetivo acima citado.

A fim de concretizar estes objetivos foram realizadas entrevistas e oficinas onde as agentes demonstraram sua forma de planejamento, abordagem, coleta de dados, utilização da caderneta de saúde e a ficha de acompanhamento da criança.

As agentes comunitárias realizam um papel de mediador entre a comunidade e o sistema profissional de cuidado. Estando vinculado diretamente a comunidade por morar no mesmo bairro e ser agente de saúde por longos anos no mesmo local. Nesta mesma linha podemos perceber que as agentes possuem uma sensibilidade cultural estabelecendo uma relação de respeito, com formas de abordagem coerentes, estabelecendo assim um vínculo com a comunidade.

A princípio o trabalho inicial dar-se-ia através do acompanhamento de pelo menos nove visitas domiciliares e três oficinas, as quais seriam planejadas de acordo com as demandas dos sujeitos da pesquisa. Porém, devido ao pouco tempo em que o currículo disponibiliza para nós pesquisadoras, e também à grande demanda de tempo que este estudo exige para que seja possível realizar este trabalho, optamos por obter os dados de seis visitas e utilizar apenas a primeira oficina. A segunda oficina, portanto foi realizada dentro do plano de trabalho de estágio. Nesta oficina foi possível dialogar melhor sobre as práticas e as crenças das agentes de saúde, oportunizando a realização do compartilhar do saber profissional e popular preconizado pela teoria de Leininger.

Deixamos deste modo, recomendações para futuros estudos, em que seja possível dar continuidade ao nosso processo de trabalho, visando principalmente à questão das

experiências pessoais em que as agentes de saúde utilizam no seu trabalho, visto que as mesmas não possuem formação profissional formal para as demandas em que lhes são exigidas no dia a dia. Como sugestão para prática, acreditamos ser importante que a enfermeira conheça e respeite a cultura e as diferenças culturais no encaminhamento das necessidades da população.

Assim a capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de atenção básica é de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. O trabalho com a criança e a família pode ser realizado com todo o potencial que a equipe multiprofissional detém (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de apoio com o pediatra e demais profissionais). A idéia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação, de prevenção, de promoção e de assistência, enfim, de cuidado, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção. Dessa forma todo contato com a família da criança deve ser visto como uma oportunidade de reforçar as ações de promoção a saúde não caracterizando uma perda de espaço para profissionais já capacitados e sim reforçar a importância de que a informação e o cuidado são ações que devem ser desenvolvidas de forma coletiva visando sempre o melhor atendimento para a comunidade.

Em âmbito geral a experiência foi muito interessante, podemos perceber a importância da pesquisa como uma das atividades realizadas pela enfermeira no seu cotidiano. As informações adquiridas no dia a dia podem nos ajudar em pesquisas, confrontando dados, pesquisando informações, validando-as, comparando-as a outros estudos. Assim seguimos para nossa vida profissional, cientes da necessidade de embasar nossa prática com uma perspectiva investigativa tanto relacionada a dados quantitativos e qualitativos.

Percebemos que a pesquisa no campo de atuação profissional, através das demandas do cotidiano nos enriquecem, respondendo nossas dúvidas e aumentando e aprimorando nossos conhecimentos. Por outro lado nem sempre é fácil correlacionar a prática à pesquisa, devido às grandes demandas que alteram o planejamento, assim é importante estabelecer prioridades combinando estas duas áreas tão importantes para o crescimento profissional.

7. REFERÊNCIAS

14. ALVES, C.R.; ALVIM, C. G.; MAGALHÃES, M. E. N. ET AL. *Saúde da criança e do adolescente: Políticas públicas*. In ALVES, C.R. L.; VIANA M. R. A. Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED 2006.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE- *Promoção da Saúde- Carta de Ottawa*- Brasília, 1996
16. BRASIL. Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde; *Programa Capital Criança*; Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, 1997. 68 p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *SUS princípios e conquistas*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em 20 nov. 2009.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
19. BRASIL. *Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*, 2004.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)*, 2004.
22. BRASIL. Secretaria do Estado da Saúde-SC. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)*, 2004.
23. BRASIL. República Federativa. *Diário Oficial da União. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006*. Edição n 61 de 29 de março de 2006. Ministério da Saúde, 2006.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. 2006. Disponível em: www.saude.gov.br .

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acessado em 21 de nov. 2009.
26. BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008. 13 (1):259-268 p.
27. BUSS, P. M., Uma Introdução ao Conceito de promoção da Saúde. In CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de Freitas. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.
28. *Coefficiente de Mortalidade Infantil*. Disponível em: <http://www.indexmundi.com>. CIA World Factbook, Janeiro 2009. Acessado em 15 de janeiro de 2010.
29. FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.
30. FERRAZ, Lucinéia. *O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais de saúde*. Projeto de dissertação. 2009.
31. FERREIRA, Vitória Solange Coelho, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, abr 2009. 25(4):898-906 p.
32. GOMES, Karine de Oliveira, et al. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* São Paulo, 2009. v.18, n.4, p.744-755.
33. LEININGER ,M. Anais Primeiro SIBRATEN. *Teoria do cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade. Madeleine Leininger.* pp 255-277. UFSC/Florianópolis, 1985.
34. LEININGER,M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1991.
35. MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A. *Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança*. In MARCONDES, Eduardo; VAZ, Flávio Adolfo Costa; RAMOS, José Lauro Araújo; OKAY, Yassuhiko. *Pediatria Básica*. Editora São Paulo, 2003. p. 23-36. 9ª edição.
36. MONTICELLI, M; BOEHS A.E.; GUESSER, J.C.; GEHRMANN T, PAIVA K,2008; Perfil de Dissertações que Utilizam a Teoria de Leininger Vinculadas a um

- Programa de Mestrado em Enfermagem do sul do país. *Ciência cuidado e saúde*. 2008. Pp 447-453.
37. NUNES MO, et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, nov./dez. 2002. v. 18, n. 6, p. 1639-46.
38. PESSOA, J.A.L. *Desenvolvimento da criança, uma visão pediátrica*. Revista Sinopse de Pediatria. Edição Nov Volume 9 N 3. 2003. <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2694>. Acessado em 20 de janeiro de 2010.
39. TRENTINI M.; PAIM L. *Pesquisa Convergente Assistencial*. 2 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2004.143p.
40. VIRTUOSO, A. M. ; CANEVER, B. P. ; MATTIA, D. de. *O agente comunitário de saúde e as ações de promoção da saúde no pré-natal*. Florianópolis, 2008.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: MS/IEC, 1986. p.11-8.

8 APÊNDICE

8.1 TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DO SUJEITO DO ESTUDO – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

Nome da pesquisa: Crenças, práticas e dúvidas dos ACS com relação às suas atribuições à saúde da criança em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pelas alunas Fabíola Bittencourt, Paula Lenhart e Susana Maria Gonzaga abaixo assinado, graduandas em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com a qual posso entrar em contato no momento que desejar. Estou ciente da realização do projeto de pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso), denominado “Crenças, práticas e dúvidas dos ACS com relação às suas atribuições à saúde da criança em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis” desenvolvido sob a orientação da Prof^a Dra. Astrid Eggert Boehs.

Fui orientado (a) que participarei das oficinas, que tem por objetivo conhecer as crenças, práticas e dúvidas, além de propor e implementar uma qualificação aos mesmos. O estudo pretende contribuir com as equipes de ESF para reformularem/reforçarem suas ações, dentro dos princípios da promoção da saúde, visando a qualidade da assistência prestada a criança e a promoção de saúde de crianças entre zero e seis anos.

Estou ciente de que as alunas coletarão dados através da observação e relatório de campo das oficinas além do acompanhamento das visitas domiciliares a crianças na faixa pré-estabelecida, as anotações e observações seguirão um roteiro pré-estabelecido. A coleta de dados será realizada durante as visitas domiciliares e as oficinas que ocorrerão após as reuniões de equipe no próprio CS, visando não atrapalhar a rotina da unidade, bem como, o trabalho das participantes. Compreendo que serei convidado (a) a participar das oficinas do grupo e que não terei nenhum gasto decorrente de minha participação neste estudo. Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite, e que serão utilizados para além dos benefícios à Unidade, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas. Fui esclarecido também que qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Pesquisadora responsável (orientadora): Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs.

Telefones para contato: (48) 3721-9399

Pesquisadoras: Fabíola Santos Bittencourt.

Telefones para contato: (48) 8458-7918

Paula Lenhart Pereira

Telefones para contato: (48) 8442-9158

Susana Maria Gonzaga

Telefones para contato: (48) 88213703

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Fabíola S. Bittencourt

Paula L. Pereira

Susana M. Gonzaga

Dra. Astrid Eggert Boehs

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ (participante do estudo),
fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e
voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço:

—

Telefone para contato: () _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a
outra com o próprio participante.

8.2. CRONOGRAMA

MÊS/ANO	ATIVIDADES
NOVEMBRO/2009	Elaboração do projeto/revisão de literatura. Visita ao CS Rio Vermelho. Apresentação do pré-projeto.
DEZEMBRO/2009	Correção e término do projeto para encaminhá-lo a secretaria e ao Comitê de Ética.
JANEIRO/2010	Finalização do projeto e encaminhamento a Secretaria. Municipal da Saúde.
FEVEREIRO/2010	Encaminhamento para o Comitê de Ética.
MARÇO/2010	Entrada em campo. Início das etapas do projeto. Coleta de dados.
ABRIL/2010	Desenvolvimento das etapas do projeto (1ª oficina). Coleta de dados e pré-análise.
MAIO/2010	Desenvolvimento das etapas do projeto (2ª oficina).. Coleta de dados e início da análise.
JUNHO/2010	Encerramento das atividades em campo (3ª oficina).. Análise e elaboração do projeto final.
JULHO/2010	Apresentação e defesa do TCC.

8.3. ORÇAMENTO

Material de Consumo:

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Cartucho para impressora	3	R\$ 39,90	R\$ 119,70
CD	1	R\$ 1,50	R\$ 1,50
Bobina de papel pardo	1 rolo	R\$ 50,00	R\$ 50,00
Papel Sulfite;	1000 folhas	R\$ 12,20 c/ 500 fls	R\$ 24,40
Caneta Hidrocor (12 cores)	3 estojos	R\$ 8,00	R\$ 24,00
Cartolina;	10 folhas	R\$ 0,90	R\$ 9,00
Pincel atômico;	6 unidades	R\$ 2,70	R\$ 16,20
Cola	1 pote de 1000g	R\$ 15,90	R\$ 15,90
Tesoura Multiuso	4 unidades	R\$ 5,40	R\$ 21,60
Durex transparente	4 unidades	R\$ 2,60	R\$ 10,40
Barbante;	1 rolo	R\$ 7,90	R\$ 7,90
Fita crepe	1 unidade	R\$ 4,40	R\$ 4,40
		TOTAL	R\$ 305,00

8.4. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.

Certificado Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Centro de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 606

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N 9534-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regulamento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

APROVADO

PROCESSO: 606 FR: 315150

TÍTULO: CRENÇAS, PRÁTICAS E DÚVIDAS DOS ACS COM RELAÇÃO ÀS SUAS ATRIBUIÇÕES À SAÚDE DA CRIANÇA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.

AUTOR: ASTRID FGGERT BOEHS, Susana maria Gonzaga, Paula Lenhart Pereira, Fabiela Santos Bittencourt, Fabiela Santos Bittencourt

FLORIANÓPOLIS, 22 de Fevereiro de 2010


 Coordenador do CEPSH UFSC
Prof. Washington Portela de Souza
 Coordenador do CEPSH UFSC

8.5. CATEGORIZAÇÃO FINAL

8.5.1.1. Como é feito o planejamento das visitas

- Por ruas
- Pela demanda
- Crianças faltosas nas consultas
- A pedido das famílias.
- Crianças com problemas de saúde grave.
- De acordo com a instabilidade do tempo (Busca aqueles que são mais acessíveis em dias chuvosos .
- De acordo com necessidade levantada pela ACS (ACS diz que sempre vem visitar essa família, pois percebe que a criança anda sempre ‘sujinha”

8.5.1.2. Material

- Ficha de acompanhamento
- Panfletos da Gripe H1N1.

8.5.1.3. Abordagem

- Se preocupam com a intimidade das famílias frente a visita domiciliar
- Tem vínculo com os clientes: chamam as clientes pelo nome e o outros.
- Falam em uma linguagem simples e clara.
- Levantou dados com uma visão integral: dando importância do acompanhamento também no pré-natal.
- Levantou dados através da folha do SIAB e perguntas diretas e claras para a avó, como não foi convidada para entrar fez a consulta no portão e sem a presença da mãe.

Entra na casa após ser convidada. Levantou os dados após uma visão integral da criança e relatos da mãe que era muito comunicativa.

8.5.2. Quais dados que levantam

Utilizam como base a ficha de acompanhamento de vigilância a saúde.

- O acompanhamento da criança a UBS.
- Controla os dados antropométricos registrados na caderneta da criança.
- Controla intercorrências seguindo a ficha.
- Alimentação e LM.
- Avalia o seguimento do calendário vacinal.

8.5.2.1. O que pode ser aperfeiçoado

- *A visita se desenrola com a mãe sem a presença e observação da criança*
- *Não reação diante da menção da mãe de atraso de desenvolvimento*
- *Esqueceu de perguntar sobre os dados de saúde de referentes ao mês que se passou (diarréia, febre, quadro respiratório,...).*
- *Agente precisa de auxílios sobre a orientação da cólica e amamentação*
- *Fala em linguagem da ficha (IRA)*
- ACS não pergunta sobre alimentação atual da criança, visto que não está mais no aleitamento exclusivo e da aceitação. Dos afazeres atuais como lazer, creche ou quem fica diariamente. Não perguntou com quem a criança estava no momento da entrevista, se estava dormindo ou se estava sozinha.
- Não perguntou pela outra criança. Direcionou apenas a visita ao RN. Não retirou dúvidas da mãe sobre pega e sucção do bebê e nem levantou quais eram as dúvidas maiores.

8.5.2.2. Como é feita a utilização da caderneta de saúde e a finalidade

- Na maioria das visitas.
- Com crianças de até 2 anos.
- Todas as consultas com crianças
- Para fazer o controle e acompanhamento da criança, identificando qualquer intercorrência com a mesma. Sendo o principal instrumento de trabalho em relação às crianças, que assegura, tranquilidade no compromisso de obter dados e valorizando o trabalho dos ACS.
- “É importante porque os dados que estão ali irão nos assegurar no futuro”.

8.5.3. Encaminhamento das necessidades, necessidades levantadas pela mãe

8.5.3.1 Orientou:

- creche
- marcação de consulta de puericultura, dentista e puerpério.
- exames.
- Gripe H1N1.
- Amamentação.

8.5.3.2. Perguntas que mais fazem

- Tem pediatra no posto?
- Chegou vacina?
- Dão leite no posto?
- O bebê não quer mamar no peito o que eu faço?
- Tem dentista no posto?
- Que dia posso marcar?
- Quando encontramos dificuldades para responder, procuramos a enfermeira ou resolvemos em reunião semanal e damos retorno para família.

8.5.3.3. O que referem sobre os encaminhamentos

- “Quando sabemos resolver, solucionamos no possível, e se não pedimos a nossa enfermeira da área para nos ajudar”.
- “É a enfermeira que ajudá a resolver os problemas”.
- Se é urgente venho mais cedo da área para falar com a enfermeira inda no mesmo dia se não é tão urgente tirámos as dúvidas na reunião semanal.” Em relação aos encaminhamentos dados.

- “Quando elas perguntam do pediatra que agora não tem no posto, agente diz que tem o médico de saúde da família, que vai pode atende as crianças”.

8.5.3.4 Dúvidas

- Não possui dúvidas (dito nas visitas)
- Cuidados com as crianças recém-nascidas
- As doenças que compõem a IRA.
- Experiências durante as consultas.
- Vacinas e datas

8.5.4. Dificuldades e facilidades gerais no trabalho

- Acompanhamento de outros profissionais nas visitas. De ser atendida pela família, e conseguir que a equipe vá até a casa da criança onde há uma intercorrência. Mães reclamam repetidas vezes que não tem profissional para fazer a consulta mensal da criança e da mãe no puerperio. Não saber o que realmente acontece na unidade. Dificuldade de conseguir dar todas as orientações que as mães solicitam.
- De cobrir todas as crianças, pois algumas não ficam em casa pelo fato dos pais trabalharem. E as crianças ou ficarem em creches ou com parentes./ Saber como estão as crianças quando as mães não ficam em casa e não é possível realizar a visita completa.
- De algumas famílias não quererem nossas visitas, pois consultam em clinicas particulares e não usarem o CS.

8.5.4.1.Dificuldades gerais no trabalho ;Dificuldade na retaguarda da equipe

- Área de risco;
- Ruas alagadas;
- Vacinas atrasadas;

- Cachorro nas ruas.
- Não saber o que realmente acontece na unidade.

8.5.4.2 Quais são as facilidades encontradas no seu trabalho

- Mães que não trabalham;
- Período de puerpério onde as mães ficam em casa;
- Mães prestativas;
- Morar próximo a área de trabalho;
- Vínculo com a comunidade

8.4. FOTOS DA OFICINA



Foto 1: Dinâmica.



Foto 2: Dinâmica



Foto 3: Grupo 1



Foto 4: Grupo 2



Foto 5: Grupo 3



Foto 6: Grupo 4



Foto 7: Grupo 5



Foto 8: Acadêmicas da oitava fase e Agentes comunitárias.