



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ARIANE MACCARINI VIRTUOSO
BRUNA PEDROSO CANEVER
DAIANA DE MATTIA**

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
NO PRÉ-NATAL**

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 2009.

**ARIANE MACCARINI VIRTUOSO
BRUNA PEDROSO CANEVER
DAIANA DE MATTIA**

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à disciplina Estágio
Supervisionado II da 8ª unidade curricular
do Curso de Graduação em Enfermagem
da Universidade Federal de Santa
Catarina.

*Professoras Orientadoras: Maria do Horto Fontoura Cartana
Kenya Schmidt Reibnitz*

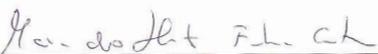
FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 2009.

ARIANE MACCARIINI VIRTUOSO
BRUNA PEDROSO CANEVER
DAIANA DE MATTIA

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
NO PRÉ-NATAL**

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



Maria do Horto Fontoura Cartana



Ivonete Teresinha Heidemann



Margarete de Lima Lassale



Ana Cristina Magalhães Báfica

Florianópolis, 30 de junho de 2008.



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 Trabalho de Conclusão de Curso dos estudantes Ariane Naccari Virtuoso, Bianca Pedrosa Casaver e Daiana De Mattia, intitulado "Agentes Comunitários de Saúde e ações de Promoção da Saúde no N. Natal" foi examinado por banca, no dia 30 de junho de 2009, e apresentado publicamente no dia 1º de julho de 2009. Nas duas ocasiões, evidenciou-se a qualidade científica do trabalho, que consiste em uma Pesquisa Convergente Assistencial, desenvolvida no Centro de Saúde do Rio Vermelho, em Florianópolis. As reformulações solicitadas pela banca foram incorporadas a este texto final. Recomendando a leitura do mesmo para interessados em realizar oficinas com Agentes Comunitários de Saúde, utilizando a abordagem pedagógica freudiana.

Marcos de Sá A.L.
Ken



Crescer como Profissional significa ir localizando-se no tempo e nas circunstâncias em que vivemos para chegarmos a ser um ser verdadeiramente capaz de criar e transformar a realidade em conjunto com os nossos semelhantes para o alcance de nossos objetivos como profissionais da Educação. (Paulo Freire)

CANEVER, Bruna Pedroso; MATTIA, Daiana de; VIRTUOSO, Ariane Maccarini. **Agente Comunitário de Saúde e as Ações de Promoção da Saúde no Pré-Natal**, 2009. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 59 p.

Orientadora: Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana

Co-orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

RESUMO

A Promoção da Saúde pode ser trabalhada através da educação em saúde com os envolvidos no acesso às informações em um trabalho envolvendo a comunidade, motivando-a na participação do exercício da cidadania para a promoção do desenvolvimento, conscientização e formação de pensamento crítico. Este estudo teve como objetivos identificar os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em relação a promoção da saúde no pré-natal, bem como propor, implementar e avaliar um projeto para aperfeiçoar estas ações, no Centro de Saúde do Rio Vermelho – Florianópolis, partindo de um estudo realizado pelo Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal de Florianópolis. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, desenvolvida com 15 ACS integrantes das equipes de saúde do CS. Como estratégia para a coleta de dados, escolheu-se trabalhar com oficinas educativas que foram planejadas conjuntamente com os sujeitos do estudo. Para fundamentação teórica foi utilizado o referencial da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, as práticas preconizadas no Pré-Natal em sintonia com os fundamentos da Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire. A análise deu-se durante a coleta de dados, seguindo as três etapas da análise temática de Minayo: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação. Para análise utilizamos gravações das falas das ACS, e a escrita solicitada em algumas dinâmicas. Foram identificadas três categorias: “o conhecimento prévio das ACS”, “as ações construídas pelas ACS” e o “trabalho em equipe – trabalho solidário”. Concluímos que a prática educativa realizada teve como consequência a construção de uma formação solidária entre as ACS deste CS, entendendo que para uma conscientização das ACS sobre suas responsabilidades profissionais, é importante a socialização do conhecimento efetivando a relação teoria e prática na construção da cidadania, tanto dos usuários quanto das ACS.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde; Pré-Natal.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
CS - Centro de Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
MS - Ministério da Saúde
PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCA – Pesquisa Convergente Assistencial
PMF - Prefeitura Municipal de Florianópolis
PS - Promoção da Saúde
SESI - Serviço Social da Indústria
SUS - Sistema Único de Saúde
THD – Técnico em Higiene Dental
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 A Política de Atenção Básica e o Agente Comunitário de Saúde.....	13
3.2 A Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire.....	20
4 METODOLOGIA	24
4.1 A pesquisa Convergente-Assistencial	24
4.2 O cenário	26
4.4 Coleta e Registro dos Dados	28
4.5 Aspectos Éticos	31
5 DINÂMICA DAS OFICINAS	33
6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	44
6.1 Conhecimento prévio das ACS	45
6.2 Ações das ACS no Pré-natal	46
6.3 Trabalho em Equipe – Trabalho Solidário	47
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE.....	55
APÊNDICE A - Convite para as ACS da Primeira Oficina	56
APÊNDICE B - Diário de campo da quarta oficina	57
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	59

1 INTRODUÇÃO

Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino. A educação necessita tanto de formação técnica e científica como de sonhos e utopias. (Paulo Freire)

A partir das vivências no decorrer da vida acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem e também de atividades extracurriculares, optamos por desenvolver um projeto de promoção à assistência ao pré-natal devido aos altos índices de mortalidade infantil em todo o país. Para atingir este objetivo, identificamos que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem ações que viabilizam a criação de vínculos entre as gestantes e o Centro de Saúde (CS).

Em relação à Promoção da Saúde (PS), Buss (2000) ressalta que, “a Carta de Ottawa define PS como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Segundo esta definição o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. De acordo com esta afirmativa, consideramos que a PS pode ser trabalhada através da educação em saúde com os envolvidos no acesso às informações em um trabalho envolvendo a comunidade, motivando-a na participação do exercício da cidadania para a promoção do desenvolvimento, conscientização e formação de pensamento crítico.

Para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro inserido na Atenção Básica, o mesmo tem que se apropriar dos conceitos que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e trabalhar no processo interdisciplinar de educação. De acordo com esta afirmativa contemplamos estas ações neste trabalho de conclusão de curso.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Ministério da Saúde, MS, 2006).

A responsabilidade pelas ações da Atenção Básica é de profissionais de diferentes formações como médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e, entre outros, está o Agente Comunitário de Saúde.

O papel do Agente Comunitário de Saúde está relacionado à promoção da saúde e prevenção de doenças. Para o desenvolvimento destas ações, suas principais atividades são a

busca de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita ao Centro de Saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; 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 e por meio de visitas domiciliares; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; manter a equipe informada, principalmente a respeito de famílias em situação de risco (MS, 2006).

Espíndola e Costa (2006) afirmam que, a partir da participação dos ACS na Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve redução de alguns indicadores de morbi-mortalidade, além da melhora referente à prestação de serviços. Um dos serviços oferecidos pela atenção básica é o acompanhamento pré-natal e, neste a atuação dos ACS baseia-se na educação da gestante, incentivar e informar sobre a importância da realização do pré-natal, facilitar o acesso da gestante à unidade de saúde e estabelecer vínculo entre a unidade de saúde, a equipe de saúde da família e a gestante.

Em relação às diversas áreas da atenção à saúde sob a responsabilidade das equipes de saúde da família, a atenção pré-natal qualificada e humanizada destaca-se como fundamental. Se a gestante receber assistência resolutiva e de qualidade, os coeficientes da mortalidade materna e infantil terão tendência a serem diminuídos. Para tanto, a assistência necessita contemplar ações de prevenção e promoção de saúde, além do diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem no período gravídico.

Um estudo realizado pelo Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do município de Florianópolis constatou que as condições de saúde da gestante e a qualidade dos cuidados prestados durante o pré-natal, o parto e a assistência ao recém-nascido estão intimamente associados ao coeficiente de mortalidade infantil (CMI). Indicador este, que designa todos os óbitos de crianças menores de um ano ocorridos em uma determinada área e em dado período de tempo.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), no Brasil, entre os anos de 2002 a 2006, o CMI reduziu 37,85%, passando de 26,40 para 16,41. O mesmo ocorre no estado de Santa Catarina, no qual a taxa de mortalidade infantil em 2002 foi de 15,27 e reduzindo para 11,35 no ano de 2008. (CORREGGIO, MATTIA E CASTANHEL, 2008)

No município de Florianópolis – SC, em 2002, o número absoluto de óbitos infantis foi 51, correspondendo a um CMI de 9,8. Porém, no ano de 2003 houve uma elevação, permanecendo em 60 o número absoluto e 12,1 o CMI. Já em 2004, ocorreu um declínio importante, sendo 39 óbitos com CMI de 8,1. Em 2008, o valor do CMI foi de 9,96 resultando

em um aumento de 22,96% comparado ao ano de 2004 (Prefeitura Municipal de Florianópolis PMF, 2008).

Na Regional Norte de Florianópolis, em 2006, o CMI foi de 16,92, sendo este o menor valor das regionais do município de Florianópolis. Um dos Centros de Saúde (CS) pertencentes a esta regional é CS Rio Vermelho. O mesmo apresentou o CMI de 26, 31 no ano de 2006 (PMF, 2008).

Conforme o exposto acima, consideramos pertinente um trabalho de educação em saúde em relação ao pré-natal direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde no Centro de Saúde Rio Vermelho – Florianópolis – SC. Como abordagem metodológica para o desenvolvimento do estudo optamos pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), visto que a mesma integra pesquisa e assistência.

2 OBJETIVOS

- Identificar os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de ações concretas dos ACS, do Centro de Saúde do Rio Vermelho, em relação ao pré-natal.
- Propor, implementar e avaliar um projeto para aperfeiçoar as ações das agentes comunitárias de saúde, do Centro de Saúde do Rio Vermelho, em relação à promoção de saúde no pré-natal.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção. (Paulo Freire)

Como suporte teórico para a realização deste estudo, utilizamos a Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde, associada ao referencial da Pedagogia Problematizadora defendida por Paulo Freire.

3.1 A Política de Atenção Básica e o Agente Comunitário de Saúde

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção e prevenção da saúde e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a sobrevivência do ser humano de modo saudável.

As ações da Atenção Básica são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. Estas ações são dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Possui como fundamentos os seguintes itens: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda

espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Política de Atenção Básica, definem-se como áreas prioritárias para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (MS, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), para a realização de ações nestas áreas estratégicas é necessário uma Unidade Básica de Saúde com uma equipe multiprofissional composta minimamente por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

As atribuições dos profissionais acima são normatizadas de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas, associadas às respectivas leis do exercício profissional. Para tanto, foram definidas as seguintes ações para essa equipe de saúde da família:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde (PACTO NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006, P.42).

Além das atribuições definidas citadas acima, existem atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais. Ações específicas do enfermeiro são descritas pela Portaria Nº 1.625, de 10 de julho de 2007 do Ministério da Saúde e constam as seguintes especificidades:

I - Realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;
 II - Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal; (NR)

III - Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS. Estas ações criam subsídios para que haja uma intervenção efetiva na situação indesejada e que leve a criação de vínculo entre comunidade e Centro de Saúde;

IV - Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem. Devido o fato destes profissionais desenvolverem ações de promoção e prevenção da saúde, é necessário que, a Enfermeira da ESF que ele está inserido, elabore atividades de educação continuada para que esta ação seja realizada de maneira correta. Além disso, tenha respaldo científico de todas as intervenções necessárias;

V - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD;

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2007).

Uma das atividades citadas acima que compete à enfermeira(o) inserida na Atenção Básica é a consulta de pré-natal, sendo esta uma ferramenta importante para o desenvolvimento do nosso trabalho de conclusão do curso.

Na consulta de enfermagem realiza-se o acompanhamento do pré-natal, que, para Zampieri (2007), implica envolvimento, compromisso, empatia, disponibilidade, respeito à clientela e não se reduz apenas aos aspectos biológicos. Os grupos de gestantes ou casais grávidos, atendimentos em sala de espera, as visitas domiciliares, são considerados ações de extensão do cuidado durante o período gestacional.

A gestação é uma experiência humana complexa que extrapola a dimensão biológica e envolve a mulher em sua multidimensionalidade, sendo

influenciada por sua história pessoal, pelas condições socioeconômicas, culturais, educacionais e espirituais, antecedentes gineco-obstétricos, momento histórico da gravidez, aceitação da gravidez pela gestante e pelos familiares, acesso a assistência pré-natal e qualidade do cuidado prestado. Apesar de ser uma experiência individual, vivida de forma única e diversa pelas mulheres, a gravidez é também um evento social, pois envolve o coletivo, mobilizando a atenção do meio onde a mulher está inserida e de uma forma mais ampla, o sistema social (ZAMPIERI, 2007, p.218).

Segundo a autora, durante o período gestacional, independente de ser uma gestante de risco ou não, é importante que seja considerado além dos aspectos inerentes a gestação como um “(...) processo fisiológico, a maneira como ela está se adaptando à gestação, os suportes e recursos que dispõe o tipo de vida que leva e o sistema de crenças pessoais dela e da família” (ZAMPIERI, 2007, p.36).

Nesse sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa (MS, 2006).

O acompanhamento no período pré-natal é de extrema importância para que sejam identificados fatores de risco que possam intervir na normalidade da gestação e dessa forma realizar os encaminhamentos necessários para o tratamento das condições anormais.

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000), toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

O enfermeiro tem o importante de papel de possibilitar que as gestantes e seus acompanhantes se tornem sujeitos participativos de todo o processo da gestação e do nascimento, atendendo-os de forma personalizada, respeitando sua história de vida, seu contexto, cultura e conhecimentos prévios, estabelecendo aos poucos um vínculo que possibilite um atendimento de qualidade. Além disso, cabe ao enfermeiro promover ações educativas para promover a troca de informações sobre diferentes vivências entre as mulheres e os profissionais de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

De acordo com Zampieri (2007, p.361) “O pré-natal de qualidade e humanizado é a grande arma para a redução da morbidade e mortalidade materno-fetal.”

Existem atualmente quatro requisitos básicos estabelecidos pelo Schwarcz et al.(1996) e Brasil(2000ab) para que o acompanhamento pré-natal seja eficiente. Ele deve ser:

- Precoce, de preferência a partir do primeiro mês, oportunizando ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde, identificando gestações de risco e planejando cuidados personalizados para cada caso;
- Periódico. O programa do Ministério da Saúde recomenda, para uma gestação de baixo risco devem ser realizadas no mínimo seis consultas;
- Completo, contemplando ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, diferenciando gestantes de alto risco, que requerem técnicas mais especializadas, para as de baixo risco.
- Com ampla cobertura, reduzindo a morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Para Zampieri (2007, p.367), além destas ações, a assistência pré-natal deve obedecer aos níveis de complexidade (primário, secundário, terciário), ao sistema de referência e contra-referência, atender a gestante de preferência em sua área de abrangência, seguir os princípios de universalidade e igualdade, ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar. A realização de visitas domiciliares é considerada uma grande oportunidade para criar um vínculo entre a gestante e o Centro de Saúde, possibilitando a criação de estratégias para o acompanhamento das mulheres que não possam participar das consultas, captação de gestantes não cadastradas, recondução de gestantes faltosas, reforço da troca de experiências e conhecimentos e reavaliação de ações propostas.

Para auxiliar na criação deste vínculo e da implementação das estratégias citadas acima, a ESF possui, em seu contexto, o ACS. De acordo com a Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002, Art. 2º essa profissão caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Dentro da Política Nacional de Atenção Básica (2006), encontram-se sistematizadas as seguintes atribuições dos ACS:

- I - 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;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - 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;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - 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;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - 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.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006, p.43).

Para o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde 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). Por sua vez, esse trabalhador apresenta características especiais, visto que, atua na mesma comunidade onde vive tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social. Para Furlan, 2008, o fato de este profissional estar inserido na comunidade, facilita o vínculo e a realização de atividades e intervenções, o que os demais profissionais que não vivem aquela cultura, aquela realidade periférica, teriam dificuldades de fazer.

A partir de uma formação básica inicial para ações baseadas em vigilância de saúde, os agentes comunitários visitam as famílias das comunidades e proporcionam cuidados a doenças comuns, recém-nascidos, puérperas, gestantes, imunização, medicação e educação em saúde. Esta iniciativa, que se tornou o modelo seguido pelo Ministério da Saúde, operado em diversos níveis, pelos Estados e municípios brasileiros, tem apresentado resultados que o fazem um dos esforços mais eficientes de saúde no mundo. Desde sua implementação tem havido um declínio significativo em mortalidade infantil, um aumento de níveis de imunização, avaliação de necessidades e recursos e uma intervenção profissional mais rápida quando necessária (DAL POZ, 2002 apud SVITONE et al., 2000).

Neste contexto, evidencia-se a necessidade da realização de treinamentos, capacitações e atualizações deste profissional para uma ação efetiva junto à comunidade que

trabalha. Esta proposta educativa faz parte das atribuições dos membros das equipes de saúde da família. Ressaltamos que além dessas competências, o enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), possui outras ações determinadas pelo Ministério como:

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 da UBS (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006, p.44).

Como visto acima, uma das atribuições do enfermeiro é realizar atividades de qualificação e educação permanente com os ACS. O próprio Ministério da Saúde (Brasil, 1999), enfatiza a necessidade de que, em face do perfil e da atuação previstos do ACS, sejam adotadas formas abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica em criação de programas de capacitação para esses profissionais. O ACS deve estar habilitado a identificar problemas na comunidade, bem como conhecer recursos necessários para sustentar sua ação e atuação em relação ao que é previsto, de forma criativa e autônoma. Ainda discute-se que as ações a serem desempenhadas pelos ACS transcendem o campo da saúde, pois requerem aprendizagem em múltiplos aspectos das condições de vida da população (FURLAN, 2008).

O desenvolvimento dessas ações de educação aos profissionais da saúde está previsto nas diretrizes do Pacto de Gestão e cabe a cada esfera do governo formular e promover a gestão da Educação Permanente na Saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento (MS, 2006).

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

A Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004, p.3).

Desta forma, a Educação Permanente no setor de saúde deve ser um processo vasto e abrangente, as questões que dizem respeito ao cuidado e aos trabalhadores do SUS também devem ser levadas em consideração e não apenas o processo saúde-doença.

Conforme considera Backes *et al* (2003, p. 81), Educação Permanente é

(...) um processo educativo, formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma práxis crítica e criadora.

A Educação Permanente é um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo com o propósito de diagnosticar e aperfeiçoar a capacitação de pessoas e grupos que estão envolvidos de alguma forma com a saúde dos indivíduos.

Como visto anteriormente faz parte das atribuições da equipe de saúde da família, realizar atividades de educação permanente que visem promover à atenção integral a população adscrita na área de abrangência. De acordo com o foco do trabalho fez-se necessário o desenvolvimento de atividades com os ACS que contemplassem suas competências específicas e que complementassem seu processo de trabalho.

3.2 A Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire

Para a realização da nossa proposta de trabalho enfocando a educação humanizadora, crítica e reflexiva optamos por usar o referencial da pedagogia libertadora de Paulo Freire. Para ele, “todo o projeto de educação que pretende ser libertadora por sua própria coerência metodológica, que implica postura dialógica como fundamento primordial do processo libertador” (ZITKOSKI, 2007 p.131).

Conforme Heidmann (2007 p.78), a utilização do referencial teórico de Freire é importante para a prática de promoção da saúde, principalmente quando se trata da idéia de que são inúmeros os fatores que interferem sobre as condições de vida da população. Este referencial pode contribuir na construção prática das relações mais emancipatórias, autônomas e dialógicas entre profissionais de saúde e usuários.

Freire (1979, p.99) acredita que “através da conscientização que os sujeitos assumem seu compromisso histórico no processo de fazer e refazer o mundo, dentro de possibilidades concretas, fazendo e refazendo a si mesmos”.

Paulo Reglus Neves Freire nasceu em Recife no dia 19 de setembro de 1921. Nascido numa família de classe média empobrecida com a crise, Paulo participou de dois diferentes mundos: de um lado, o status social dado "pela gravata do pai e o piano da tia e, do outro lado, o coleguismo com os meninos pobres". Só teve oportunidade de ir para escola aos 15 anos (BARRETO, 1998).

Aos 20 anos, enquanto fazia o curso de Direito, começou a estudar Filosofia e Psicologia da Linguagem e se tornou professor de português da mesma escola em que concluiu os seus estudos fundamentais, escola Oswaldo Cruz. Foi nesta época, que Paulo conheceu Elza Maia Costa Oliveira, uma professora de pré-escola, com quem foi casado por 43 anos e teve cinco filhos (BARRETO, 1998).

Entrou na Universidade do Recife em 1943, para cursar a Faculdade de Direito, mas também se dedicou aos estudos de filosofia da linguagem. Apesar disso, nunca exerceu a profissão, e preferiu trabalhar como professor de língua portuguesa no SESI (Serviço Social da Indústria). Os dez anos que passou nesta instituição foram tão importantes para a sua formação pedagógica, que ele se referia a este período como "tempo fundante", pois via nele o começo de sua compreensão do pensamento, da linguagem e aprendizagem dos grupos populares (BARRETO, 1998).

Em 1961 tornou-se diretor do Departamento de Extensões Culturais da Universidade do Recife e, em 1962, foram realizadas primeiras experiências de alfabetização popular que levaram a constituição do Método Paulo Freire. Sua equipe foi responsável pela alfabetização de 300 cortadores de cana em apenas 45 dias no estado do Rio Grande do Norte (BARRETO, 1998).

Com o golpe militar 1964, sua carreira foi interrompida devido a sua prisão. O educador ficou preso por 70 dias e devido à insegurança preferiu o exílio. Algum tempo depois se mudou para o Chile onde começou as suas publicações entre elas: Educação como Prática da Liberdade, Pedagogia do Oprimido (PENSADOR, 2009).

Paulo Freire na década de 70, recebeu o título de doutor honoris por responsabilidade de diversas instituições que trabalhou no mundo a citar: Chile, Bolívia, Austrália, Itália, Angola, Nicarágua, Índia, Tanzânia, entre outros (BARRETO, 1998).

O educador faleceu no dia 02 de maio de 1997, deixando 19 livros de autoria própria e 09 em parceria com outros autores, todos com grande significância para a educação.

Paulo Freire deixou inúmeras marcas e uma delas a qual culmina com nossos princípios é que o pensamento nasce da prática. A base dos seus pensamentos se fundamenta numa visão do ser humano e do mundo.

A (re)educação do educador constitui um dos eixos principais do discurso político-pedagógico freireano. Sua preocupação fundamental se trata da formação profissional e do compromisso sociopolítico desse educador, ser interminável. Freire compreende que essa (re)educação é algo em constante processo, que acontece de forma lenta e que ocorre rotineiramente, e todo este movimento pedagógico está dentro de um contexto sociocultural particular, que é condicionador, mas não dependente dele.

Para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição – um conjunto de informes a ser depositado nos educandos, mas a revolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo, daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada (FREIRE, 1970, p.47).

Paulo Freire ao longo de suas obras vai trabalhando concepções de educando e educador sempre associadas: “o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado é dialogando com o educando que, ao ser educado, também educa” (1987 p.68).

Na obra *Pedagogia do Oprimido* (1987), o mesmo relata que a educação e o educador não podem fundamentar-se em uma compreensão de homens como seres vazios, e que o mundo nos enche de conteúdos. A consciência intencionada ao mundo e nos homens como “corpos conscientes”, problematizadores das suas relações com o mundo.

A *Pedagogia do Oprimido* (1987) traz uma reflexão de Freire sobre a relação professor e aluno enquanto “concepção bancária x concepção libertadora”, em que, na primeira o professor deposita todo seu conhecimento e o aluno apenas armazena e desenvolve a avaliação final. Desta forma, Freire conclui que “educador e educando se arquivam, se anulam, na medida em que, nessa distorcida visão da educação, não há criatividade, não transformação, não há saber” (FREIRE, p.160).

Na *Pedagogia da Autonomia* (1996), Paulo Freire enfoca que o educador não transfere conhecimento, mas produz e constrói o conhecimento junto ao educando.

Notamos que Freire preocupa-se com a parcela da população desprovida de educação, castigada pelas injustiças e reflete sobre as condições de vida desses seres humanos.

Conforme Freire, em a *Pedagogia da Esperança* (1992, p.94), o modelo neoliberal, pregador de um sistema econômico de excelência, é confrontado com a realidade da população da seguinte forma:

Que excelência é essa que consegue conviver com mais de um bilhão de habitantes do mundo em desenvolvimento que vive na pobreza, para não falar em miséria. Para não falar também na quase indiferença com que convive com bolsões de pobreza e 'bolsos' de miséria no seu próprio corpo,

o desenvolvido (...) Que excelência é essa que registra nas estatísticas, mornamente, os milhões de crianças que chegam ao mundo e não ficam e, quando ficam, partem cedo, ainda crianças e, se mais resistentes, conseguem permanecer, logo do mundo se despedem.

Para Freire (1992), a Educação acontece pelo fato das pessoas serem sujeitos incompletos e por estarem em relação com o mundo e com as outras pessoas. Este processo pelos quais elas vão se completando durante toda a vida na busca de serem mais é o que constitui para Paulo Freire o processo educativo.

A abordagem do tema “ser humano”, na obra freiriana, representa o indivíduo como um ser em “permanente procura, aventurando-se curiosamente no conhecimento de si mesmo e do mundo, além de lutar pela afirmação/conquista de sua liberdade.” (FREIRE, 1994 p.382)

Freire fundamenta a esperança de humanização a partir da transcendência de uma natureza que se constrói a si mesma em um processo aberto e dinâmico (...) na possibilidade da educação do ser humano. O maior impulso que Freire assegura como possibilidade de humanização de nosso mundo reside no fato de que nós, seres humanos, somos naturalmente seres educáveis desde nossa dimensão mais profunda (ontológica) de nosso ser, que consiste na consciência do mundo e de nós mesmos (REDIN, ZITKOSKI, 2008, p.382).

Neste estudo, o ser humano, participante sujeito desta pesquisa é a ACS. De acordo com modelo pedagógico relacional de Becker (1994), o ACS não é uma tabula rasa, ou seja, ele possui um conhecimento prévio. Parte-se do princípio de que tudo o que foi construído por ele, até o momento, serve de patamar para continuar a construir novos conhecimentos. Essa construção só acontecerá caso o ACS agir e problematizar sua ação.

A partir do exposto acima, acreditamos que o conhecimento nasce da ação. Segundo Barreto (1998), é agindo que as pessoas percebem a necessidade de aprender, e produzem e crescem com o conhecimento. Embora seja verdade que as pessoas não conhecem de modo igual e que isto as torna diferentes umas das outras, esta diferença não justifica nenhuma superioridade, já que sempre será possível conhecer mais e melhor qualquer objeto do conhecimento.

Conforme visto anteriormente, o enfermeiro pode desempenhar essas 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, cuja postura recomendável, de acordo com o referencial teórico, é considerar o educando um ser humano que necessita de educação, mas que não é apenas um ser vazio, sem conhecimento, mas sim, um ser humano que possui uma história de vida e que está inserido em um contexto social.

4 METODOLOGIA

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática. (Paulo Freire)

A metodologia do nosso estudo consiste em uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial (PCA), sendo que, suas ações foram conduzidas pelo Arco da Problematização proposto por Charles Maguerez.

Os objetivos desta pesquisa constituem em identificar os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de ações concretas das ACS e propor, implementar e avaliar um projeto para aperfeiçoar as ações das agentes comunitários de saúde, do Centro de Saúde do Rio Vermelho, em relação à promoção de saúde no pré-natal.

Para Paim & Trentini (2004), toda pesquisa do tipo convergente-assistencial cobre duas classes de resultados em processo: a ligada ao problema de pesquisa focado e a ampliação do resultado em processo, de modo a explicitar seus reflexos na qualidade da assistência desenvolvida no âmbito de atuação da pesquisa.

4.1 A pesquisa Convergente-Assistencial

A pesquisa qualitativa na maioria das vezes é redirecionada no decorrer de seu andamento, e não busca enumerar ou medir eventos, não costuma aplicar estatísticas para análise dos dados, pois seu principal objetivo é a obtenção de dados descritivos diante de contato direto e interativo do pesquisador com a situação em estudo. Frequentemente, o pesquisador procura compreender os fenômenos, segundo a expectativa dos participantes da situação estudada e, a partir daí, estabeleça sua interpretação dos elementos estudados (NEVES, 1996).

Segundo Minayo (2008, p.57),

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e de documentos.

A pesquisa convergente assistencial, 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. As mudanças no contexto da prática acontecem somente se houver antes mudança de mentalidade dos envolvidos nas práticas; a maneira mais eficiente para que isso venha a acontecer é a participação deles em todo o processo de pesquisa (TRENTINI & PAIM, 2004).

Na pesquisa convergente-assistencial, existe ao mesmo tempo, uma aproximação e um afastamento entre a pesquisa e a assistência, informações ao longo dos dois processos são obtidas interagindo-as entre si. O ponto de equilíbrio entre estes processos é o respeito à autonomia de cada um.

Segundo Trentini & Paim (2004, p.24),

A principal característica da pesquisa convergente-assistencial consiste na sua articulação intencional com a prática assistencial. Desta forma as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa, o que não implica em atribuir a qualidade de idênticas às características destas suas atividades. Afinal, cada uma sustenta sua identidade própria, ou seja, tanto a pesquisa quanto a assistência tem as fronteiras delimitadas no que se refere à tipificação de conhecimento a que se vincula, aos aspectos éticos e ao rigor científico que lhe é pertinente e à finalística de suas respectivas atividades.

Esta metodologia compõe-se de diferentes momentos: primeiro momento reconhecimento da realidade, ou seja, a **fase de concepção** é onde se define o tema de pesquisa, problema, objetivo e referencial teórico para que deste ponto possa se definir “o que fazer”. Este momento ficou caracterizado nesta pesquisa nos itens 1 a 4. O tema de pesquisa deve ser de comum interesse e desejo dos sujeitos envolvidos na busca da solução e mudanças dos problemas, desenvolvidos dentro da prática assistencial, caso contrário, o tema a ser pesquisado poderá não ser levado a sério, gerando uma falta de participação que ocasionará em um déficit de desempenho.

O segundo momento a **fase de instrumentação**, ou seja, construção dos procedimentos metodológicos envolvendo os sujeitos da pesquisa, a técnica para coleta de dados (a partir da assistência/gerência ou educação), formas de organização e registro dos dados e as questões éticas pertinentes ao estudo, que podem ser constatados neste estudo nos itens 4 e 5.

A PCA possui três elementos principais são eles: pesquisa, assistência e participação. A convergência nasce justamente do envolvimento destes três elementos, é o desenvolvimento da teoria e da prática simultaneamente. Desta forma, os métodos e técnicas aplicados para o alcance dos resultados devem ser conjugados com essas características.

O terceiro momento corresponde à **fase de perscrutação** na qual se descreve o processo assistencial articulado ao de pesquisa apresentando os dados obtidos; em seguida têm-se a **fase de análise dos dados**, que por sua vez, está dividida em três momentos: síntese, teorização e transferência. Esta etapa está evidenciada no item 6.

A PCA constitui também como método de pesquisa prática de enfermagem, destacando o diálogo e a subjetividade da fala, no desenvolvimento de pesquisa que compõe a realidade. Através destes fatos, a PCA pode trabalhar com diversos tipos de elementos, exigindo assim, o uso de inúmeros métodos e técnicas de análise.

A primeira etapa que foi a de reconhecimento e territorialização do Centro de Saúde do Rio Vermelho, procurando dessa forma conhecer a realidade da comunidade identificando os seus problemas para planejar e desenvolver ações focando a qualidade de vida. Este primeiro momento foi de extrema importância para criarmos um vínculo e para que pudéssemos desenvolver as atividades da equipe de saúde da família dentro do CS, participamos assim, de consultas de enfermagem, grupos operativos, planejamentos, assistência integral a saúde da população.

No segundo momento as acadêmicas seguindo os pensamentos de Freire, iniciaram a problematização com as ACS, através da participação em reuniões de equipes, bem como em visitas domiciliares visando assim uma maior aproximação com a prática de trabalho das mesmas, adaptando-se a sua realidade e rotina. Partindo deste ponto, procuraram observar como as ACS desenvolvem seus trabalhos, bem como, onde encontram suas fortalezas e fragilidades, a partir dos seus saberes e práticas, partindo da concepção de que cada indivíduo possui uma bagagem própria e que juntos podemos produzir e obter novos conhecimentos.

4.2 O cenário

Esta pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde do Rio Vermelho, situado no município de Florianópolis. Dispõe de modernas instalações e espaço físico, além de contar com profissionais de diversas áreas da saúde que demonstram exemplo de

interdisciplinaridade para resolução de questões em respeito aos interesses e necessidades da população a que atendem.

O Centro de Saúde do Rio Vermelho é uma das quarenta e oito (48) unidades de saúde do município de Florianópolis que prestam o atendimento na rede básica de saúde, sendo os atendimentos prioritários aos moradores da sua área de abrangência. O Centro de Saúde está situado à Rodovia João Gualberto Soares 1099, funcionando das 08h00min às 22 horas, de segunda a sexta-feira.

O quadro funcional efetivo do Centro de Saúde do Rio Vermelho é composto por cinco (05) médicos, sendo que dois (02) são especialistas e não fazem parte do ESF, cinco (05) enfermeiros sendo que um (01) é o coordenador do Centro de Saúde, sete (07) técnicos de enfermagem, (03) dentistas, (02) auxiliares de odontologia, dois (02) auxiliares administrativos, dois (02) estagiários de administração e quinze (15) agentes comunitários de saúde, um (01) coordenador da unidade. No centro de saúde ainda temos o matriciamento que é realizado por um (01) psiquiatra e um (01) psicólogo.

Este quadro funcional está subdividido em três equipes de ESF, sendo cada uma composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de enfermagem, além de agentes comunitários. Estas equipes são responsáveis por três áreas (420, 421, 422) que compõem a área de abrangência do Centro de Saúde do Rio Vermelho.

Os serviços e programas oferecidos nesta unidade à comunidade são: consultas médicas (clínico geral e ginecologia) e de enfermagem, atendimento odontológico, exames preventivos de câncer de mama e cérvico-uterino, vacinas, farmácia, atendimento de enfermagem (curativo, administração de medicação, verificação de pressão e glicemia), Programa Hora de Comer, grupos de convivência (diabéticos e hipertensos, por exemplo), Programa Bolsa Família, acompanhamento pré-natal, Programa Capital Criança, Programa de Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama e Programa Nacional de Imunizações.

O processo de territorialização que define a área de abrangência de cada serviço básico de saúde e as formas de adscrição da clientela são coordenados pelo gestor municipal de saúde e se caracterizam pela flexibilidade, além de contar com a participação das chefias, equipes de profissionais e usuários dos serviços básicos de saúde, sempre com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde. No CS Rio Vermelho, a territorialização foi realizada por todos os membros da ESF, com a construção e apresentação do mapa de cada área confeccionado pelas ACS.

4.3 Sujeitos do estudo

Segundo Trentini & Paim, (2004) a PCA não exige critérios para a escolha dos sujeitos que participarão da pesquisa, devido ao fato que o princípio da generalização não importa para este tipo de pesquisa, o que é importante é o quão profundas e diversas são as informações. Os participantes devem estar ligados ao problema pesquisado, e integram parte da pesquisa.

O público alvo para o desenvolvimento da pesquisa foram as Agentes Comunitários de Saúde (ACS), do Centro de Saúde do Rio Vermelho, no município de Florianópolis, visto a importância do papel e vínculo que as mesmas possuem diante a comunidade.

Foram convidadas a participar do estudo as ACS das três equipes de Estratégia de Saúde da Família, totalizando 15 sujeitos. A estratégia utilizada para a realização do objetivo proposto foi à realização de oficinas educativas, tendo como foco a assistência ao pré-natal.

Partindo do princípio de que a pesquisa convergente-assistencial desenvolve investigação e assistência ao mesmo tempo, a amostra do estudo esteve de acordo com as condições do espaço assistencial, as oficinas de educação e saúde foram desenvolvidas no Auditório do Centro de Saúde do Rio Vermelho.

O convite foi feito pessoalmente através de um cartão confeccionado pelas acadêmicas. (Apêndice A)

4.4 Coleta e Registro dos Dados

O período para coleta de dados foi o primeiro semestre de 2009, nos meses de março a maio, durante o desenvolvimento da disciplina estágio supervisionado II da oitava unidade curricular do curso de graduação em Enfermagem.

Antes de iniciar todo o processo de coleta de dados, as autoras do projeto apresentaram a finalidade do estudo, os métodos que seriam utilizados, bem como as vantagens e desvantagens de sua colaboração. Foi respeitado o anonimato e as possíveis desistências dos sujeitos em participar de todo este estudo.

Para o desenvolvimento das ações educativas, propomos a realização de oficinas educativas que foram planejadas conjuntamente com as ACS que aceitaram participar da pesquisa. Como a pesquisa convergente assistencial permite o uso de diferentes métodos,

estratégias e técnicas a fim de obter informações, considerando o referencial teórico proposto. Consideramos pertinente a utilização do Arco de Problematização proposto por Charles Maguerez, como estratégia para o desenvolvimento da ação educativa e para a coleta das informações, tendo em vista a possibilidade do desenvolvimento de um processo coletivo de reflexão sobre a realidade vivida e por estar em consonância com o referencial teórico de Freire.

Segundo Bordenave (1996), este Arco está embasado pela pedagogia problematizadora que consiste em:

(...) compreender que a realidade é algo inacabado, que pode ser melhorado. Os envolvidos no processo desenvolvem sua criatividade e imaginação para buscar respostas aos problemas de sua prática. Neste contexto procurar alternativas para sobrepor as dificuldades não significa criar problemas, mas sim encontrar caminhos para resolvê-los. Esta pedagogia coloca a realidade como componente ativo no processo, o aluno como protagonista central e educação como ação conjunta na solução de problemas.

Neste âmbito, problema é compreendido como algo da realidade que pode ser melhorado, necessitando buscar soluções visando sua transformação e sua resolutividade para as questões da prática experienciando soluções originais e criativas.

Existem diferentes formas de promover educação para um determinado público, porém, a forma que consideramos mais efetiva foi à educação que transforma o indivíduo participante e agente modificador da realidade, considerando seu conhecimento prévio e utilizando como base para os novos saberes. “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 1997 p. 52).

A educação problematizadora pôde ser esquematizada a partir do Arco proposto por Charles Maguerez, que é composto por cinco etapas que se complementam, sendo elas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

A primeira etapa segue a partir observação da realidade em que os indivíduos podem distinguir o que é importante e o que é superficial. Neste trabalho esta etapa foi desenvolvida a partir da interação entre as acadêmicas e os ACS, na busca de informações sobre os seus conhecimentos e práticas na assistência pré-natal e também investigando dados epidemiológicos sobre área de abrangência do Centro-Saúde do Rio Vermelho.

Na etapa de conhecimento dos pontos-chave foram identificadas as variáveis determinantes pela situação-problema. A partir da observação da realidade, onde foram

ouvidos os depoimentos das ACS, associados às nossas observações pessoais, construímos, em um segundo momento as atividades partindo da proposta de construção coletiva do saber.

Na terceira etapa do arco, chamada de teorização, foi construída coletivamente a explanação teórica para o problema, recorrendo às leituras, pesquisas e estudos. Obtém-se o entendimento do problema em suas manifestações empíricas como em seus princípios teóricos explicativos. Neste momento foram realizadas as oficinas para o desenvolvimento do saber, e bem como a motivação das ACS a serem sujeitos participativos das ações desenvolvidas.

Na etapa das hipóteses de solução foram formuladas suposições com os condicionamentos e limitações da própria realidade. A partir destas oficinas as ACS descobriram e perceberam de que maneira elas poderiam utilizar o conhecimento construído para o seu trabalho com as gestantes, qualificando mais o trabalho realizado.

A última etapa denominada de aplicação à realidade é a execução das hipóteses propostas em coerência com a realidade. Para isto, foi realizada a avaliação de toda construção e aplicação de conhecimento ao longo das dinâmicas.

Enfim, o resultado identificado pela pesquisa convergente-assistencial, contemplou os dois sentidos: a questão-problema de pesquisa dentro da realidade da prática-assistencial, e o quanto compreendem a ampliação deste resultado em processo, no olhar da cobertura do cenário assistencial como um todo, sendo neste estudo uma proposta educativa.

Foram realizadas um total de seis (06) oficinas, onde as acadêmicas levaram o material sobre determinado tema pré-determinado pelo grupo como prioridade, apresentando em forma de PowerPoint para as ACS, em um segundo momento foram utilizadas dinâmicas de interação, onde as ACS compartilhavam seus conhecimentos e realizavam questionamentos, proporcionando assim a construção e reconstrução de conhecimentos a partir do alcance e da organização de dados, da interpretação, e da tomada de decisões. Para finalizar cada oficina, foi realizada uma técnica de avaliação para que assim pudéssemos observar de que forma as ACS estavam aceitando e/ou validando as informações fornecidas.

Para avaliar a fidedignidade dos dados, foi utilizada como recursos a gravação das oficinas, com posterior transcrição das falas.

Conforme Minayo (2008, p.194)

De acordo com os objetivos da pesquisa, deve-se estabelecer a forma e o conteúdo da observação fundamental na abordagem qualitativa, ainda que no processo da investigação se perceba a necessidade de realizar mudanças. Toda observação deve ser registrada num instrumento que se convencionou chamar de diário de campo. Nesse caderno, o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro de entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimônias,

festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

Sendo assim, para sistematizar o registro dos dados, foi utilizado o instrumento apresentado a seguir como diário de campo.

Curso:		Data:	Local:	
Hora (chegada e saída):		Duração:		
O que observar	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.

Os registros foram originados mediante as anotações da pesquisadora que ficava como observadora na oficina, das gravações das falas, assim como do material produzido pelo grupo nos encontros de desenvolvimento da pesquisa. (Apêndice B)

Respeitando os princípios éticos, as falas das participantes da pesquisa, transcritas para o trabalho final, foram identificadas através de números escolhidos aleatoriamente. Cada participante permaneceu com o mesmo número durante o desenvolvimento de todas as oficinas.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa convergente assistencial envolve os seres humanos, por tanto, requer uma explicitação ética para retratar as situações vividas tal qual para descobrir os avanços possíveis do conhecimento e de novas ações a partir do seu conceito (TRENTINI & PAIM, 2004).

Ao final da elaboração do projeto, o encaminhamos ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, para avaliação, que foi aprovado sob o número do 396/08 que está no apêndice 2.

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).

Com o propósito de preservar os direitos dos participantes da pesquisa e da instituição onde foram coletados os dados, tomamos as seguintes precauções: os sujeitos envolvidos na pesquisa foram primeiramente convidados, consultados e informados dos objetivos da pesquisa em questão; foi garantido o direito do participante de desistir da participação em qualquer etapa da pesquisa, foi respeitado seu anonimato; o sujeito teve a oportunidade de tomar decisões conjuntas sobre as atividades desenvolvidas no grupo, as oficinas foram gravadas e algumas fotografadas, com prévia autorização; foi esclarecido que esta pesquisa não ocasionaria desconfortos ou gastos financeiros aos participantes. A comissão de Ética em Pesquisa da UFSC, a Secretária Municipal de Saúde e a Instituição envolvida receberam uma cópia do projeto e o mesmo só ocorreu a partir da sua aprovação.

Para as pessoas que aceitaram participar da pesquisa foi dado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os preceitos éticos de cada um. Este termo foi assinado por cada participante, e devolvido uma cópia a cada um.

5 DINÂMICA DAS OFICINAS

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria. (Paulo Freire)

O registro das oficinas foi realizado mediante um acordo entre as acadêmicas, onde duas participariam ativamente da apresentação do tema enquanto a terceira ficaria de observadora, registrando, auxiliando na organização e realizando um relato escrito posteriormente. Foi alternado quem ficaria como observadora em cada oficina.

De acordo com o referencial teórico, em que utilizamos o Arco da Problematização proposto por Charles Maguerez, contemplamos as etapas da observação da realidade e pontos chave em nossa primeira oficina. As outras etapas chamadas de teorização e hipóteses de solução foram desenvolvidas ao longo das cinco oficinas. A aplicação da realidade foi trabalhada na última oficina, onde pudemos executar as hipóteses construídas no decorrer das atividades.

Para a organização do 1º encontro com as ACS, foi programado um tempo para realização de cada etapa contida no cronograma, respeitando o total da duração da oficina de duas horas, que foi o tempo mínimo sugerido para que conseguíssemos alcançar nossos objetivos durante os encontros, e para que não ficasse cansativo e não ocupasse todo um período de trabalho das ACS.

O convite foi feito através de um impresso distribuído para cada uma delas.

1ª Oficina: Apresentação e definição dos temas a serem trabalhados com as ACS

Aconteceu no dia 17/04/09, às 08h30min, com a participação de 14 ACS, faltando apenas uma que estava afastada devido a problemas de saúde.

Inicialmente foi realizada uma breve saudação de boas vindas e, em seguida, iniciaram-se as atividades do primeiro encontro com as ACS.

A dinâmica utilizada para a apresentação dos participantes foi a dos fósforos, em que cada uma acendia um fósforo e enquanto o mesmo estava aceso a participante apresentava-se

falando seu nome, qual a expectativa para esse encontro e quais os pontos positivos e negativos do trabalho do ACS no CS do Rio Vermelho.

Com essa dinâmica foi possível conhecer cada uma das agentes, saber suas expectativas e dificuldades.

Como expectativas a mais evidente foi o “aprender” sobre as ações de promoção de saúde, e com relação às dificuldades foi comentado sobre a falta de tempo das enfermeiras para ouvi-las, pouco tempo de reunião de equipe, dificuldade para fazer as visitas em algumas residências, entre outros.

A partir destas informações, foi apresentado o título do projeto, os objetivos, justificativas e o porquê da escolha dos ACS como participantes deste estudo.

Depois desta apresentação, cada agente comunitária participante da oficina foi convidada oficialmente e recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado pelas mesmas.

Para a discussão dos temas gerados, foram entregues papéis onde individualmente, as agentes escreveriam quais os assuntos de maior relevância em relação a promoção da saúde no pré-natal a ser trabalhado nas oficinas educativas.

Após esta etapa, foi utilizada a estratégia do pirulito colorido, em que cada uma pegou um pirulito oferecido pelas acadêmicas, de cores diversas, de maneira que foi possível dividir o grande grupo em três subgrupos de cinco pessoas de acordo com as cores escolhidas. A partir disso, cada subgrupo teve a função de discutir os temas que pensaram e escreveram individualmente e construir novos temas através de negociações utilizando as idéias em comum. Anterior as oficinas havíamos considerado alguns temas essenciais a serem trabalhados, caso esses não surgissem através das ACS, nós iríamos propor para que fossem trabalhados, desde que elas considerassem importantes.

Foi possível observar que dois grupos discutiram bastante, mas o 3º teve pouca discussão, com participação maior de apenas dois membros. Decidimos, no entanto, não interferir na dinâmica do grupo, pois estávamos observando o comportamento das agentes comunitárias em relação ao interesse e participação a respeito das propostas da oficina.

Após a discussão, uma representante de cada subgrupo foi até o quadro para escrever os temas discutidos entre elas, dando origem a cinco oficinas divididas com os seguintes temas, acordados neste coletivo:

Tema 1: Rotinas na Gestaçã

- Exames;

- Vacinas;
- Auxílio maternidade;
- Orientações sobre a carteira da gestante.

Tema 2: Gravidez Indesejada

- Aborto
- Principais problemas que podem levar ao aborto;
- Cuidados com infecção urinária;
- Sangramento durante a gestação;
- Uso de drogas na gestação;
- Gestação na adolescência;
- Gravidez indesejada;
- Gravidez de risco.

Tema 3: Cuidados com o Corpo

- Cuidados com as mamas;
- Mudanças no corpo da mãe;
- Alimentação;
- Cosméticos;
- Exercícios;
- Massagens;

Tema 4: A família e a gestação

- Sexo durante a gravidez;
- Hora do parto;
- Depressão pós-parto;
- Orientação dos pais na vinda do bebê;

Tema 5: Cuidados com o bebê

- Cuidados com o bebê
- Teste do pezinho.

Nesta mesma oficina ficaram estabelecidos os pactos para fins contratuais, sendo de comum acordo que os encontros ocorreriam uma vez na semana, intercalados entre terça e

quarta-feira. O horário sugerido para início foi às 08h15min da manhã, desta maneira, a 2ª oficina ficou agendada para terça-feira, dia 28/04, às 08h15min, para a discussão do tema “Rotinas na Gestação”. A maneira como as atividades seriam conduzidas também foi discutida entre acadêmicas e ACS, ficando acordado que nós levaríamos material teórico ilustrativo para as explica es e elas colaborariam com seu conhecimento prévio e com suas experiências vivenciadas na comunidade. Todas estavam livres também para trazer outros tipos de material que considerassem importantes e de acordo com o tema discutido.

Antes de concluirmos os trabalhos, foi realizada uma dinâmica para avalia o. Desenhamos no quadro 6 rostinhos e ao lado de cada um, as palavras: excelente, ótimo, bom, não sei, mais ou menos, não gostei. Cada agente recebeu uma folha em branco para que fosse desenhado o rostinho que correspondesse a sua avalia o.

Dez ACS consideraram a oficina excelente, e quatro a avaliaram como boa. De modo geral, as avalia es demonstraram que conseguimos atingir os objetivos propostos para esse primeiro encontro.

Conseguimos finalizar a oficina em 1 hora e 48 minutos, sem que fosse necessário apressar partes do cronograma, o que nos deixou mais tranquilas em rela o   organiza o do tempo para os próximos encontros, e convidamos as ACS para participar de um lanche coletivo oferecido por nós.

Para explicar às agentes comunitárias todo o material teórico pesquisado, decidimos elaborar apresenta es em PowerPoint, com linguagem clara e objetiva, que facilitassem a compreensão a respeito dos temas. E para contribuir ainda mais com as a es das ACS para promo o da saúde no pré-natal, confeccionamos pequenas apostilas contendo toda a apresenta o do PowerPoint impressa. Este material foi distribuído em cada oficina, somando o total de cinco apostilas, que posteriormente receberam encaderna o tornando-se um exemplar dividido em cinco capítulos.

2ª Oficina: Tema I – Rotinas da Gesta o

Foi realizado no dia 28/03/09, com a participa o de 12 ACS.

Através da apresenta o em PowerPoint, realizamos explica es sobre o cartão da gestante, que   entregue logo na primeira consulta do pré-natal, e que cont m informa es importantes como: n  do SIS Pré-natal; Data da última Menstrua o – DUM; Data Provável do Parto – DPP; Grupo Sanguíneo e Fator Rh; Antecedentes Obstétricos; Quadro do Cartão

da Gestante, onde são registrados dados do exame físico realizado em todas as consultas de pré-natal; Alergia Medicamentosa; Vacina Antitetânica; Exames Laboratoriais; USG Obstétrica; Gráfico de Altura Uterina/IG.

Além das explicações sobre os dados contidos na carteira da gestante, as ACS também demonstraram interesse a respeito dos direitos da gestante. Assim foram explicados tópicos como: Direitos Sociais; Direitos no Trabalho; Direito ao Pré-natal.

Durante a apresentação, algumas ACS se mostraram dispersas, enquanto outras demonstraram bastante atenção inclusive realizando perguntas sobre o tema. A maioria também acompanhou pelo resumo que foi entregue.

A dinâmica de integração utilizada nesse dia foi com balões. Cada uma recebeu um balão e um pedaço de papel. No papel era para escreverem dificuldades encontradas por elas em relação ao tema e como poderiam resolver. Após escrever, colocaram os papéis dentro dos balões e os encheram. Todas de pé no centro da sala começaram a jogar seus balões para cima, sem que os deixassem cair no chão. Os balões eram coloridos, então uma das acadêmicas falava uma cor, e quem tinha o balão daquela cor era para sair da roda, mas para deixar o seu balão junto com as outras, que ficaram com a responsabilidade de jogá-lo para cima também. E assim, sucessivamente, algumas pessoas foram saindo do meio da roda deixando seus balões para que as que permaneciam no meio não os deixassem cair no chão.

Todas se mostraram interessadas a participar e se divertiram com os balões.

Ao fim, cada uma pegou um balão qualquer que estava no meio da sala, estourou e leu o que estava escrito nos papéis colocados dentro dos balões.

Alguns exemplos:

Visitar, ver se as consultas estão marcadas, se está fazendo um pré-natal por mês.
Orientar para tomar vacina antitetânica.
Informar e esclarecer algumas dúvidas.
Ser cuidadosa com ela mesma e demonstrar amor ao ser que ela irá gerar.
Orientar sobre a necessidade de ir às consultas para verificar como está o feto e a saúde da gestante. (ACS)

Todas leram e perceberam o objetivo da dinâmica, que teve como finalidade a identificação da importância do trabalho em equipe, pois elas identificaram que todas juntas poderiam resolver melhor os problemas. Se cada uma guardasse suas dúvidas para si, não conseguiriam ter êxito no trabalho.

A importância do trabalho em equipe entre as ACS, independente da área de abrangência a qual pertencem, identificou que elas podem e devem se ajudar em relação às

dúvidas e em como resolver problemas que encontram pelo caminho. Foi uma forma interessante e descontraída de mostrar como o trabalho em grupo é importante.

3ª Oficina: Tema II – Gravidez Indesejada

Foi realizado no dia 06/05/09, com a participação de 12 ACS.

Na apresentação em PowerPoint desta oficina, foram abordados temas como gravidez na adolescência, aborto, gravidez de risco, drogas na gestação, e também sobre os métodos contraceptivos.

O CS do Rio Vermelho dispõe de um material de métodos contraceptivos para amostra, sendo utilizado por nós para ilustrar a discussão sobre o tema.

Percebemos que durante a apresentação do tema, como na oficina anterior, algumas ACS demonstraram bastante interesse acompanhando a explicação pela apostila distribuída, enquanto outras estavam distraídas e conversando. Tentamos estimular a participação de todas, realizando algumas perguntas abertas, porém a interação maior foi sempre com as mesmas agentes interessadas.

A abordagem sobre a utilização dos métodos contraceptivos, deixou todas mais atentas, e os objetos foram passados para que elas pudessem manuseá-los. Além de brincadeiras houve muitas perguntas sobre a utilização dos métodos apresentados.

Ao falar sobre aborto, tivemos o relato emocionante de uma das ACS que nos contou sua história com seu filho adotivo, demonstrando que ela pode sentir-se acolhida pelo grupo e que depositou confiança em nosso trabalho. Consideramos que foi uma das participações mais importantes que tivemos durante as oficinas.

Após a discussão do conteúdo teórico, iniciamos com a dinâmica escolhida para esse tema. As ACS formaram duas rodas de mãos dadas, uma girava dentro da outra em sentido contrário enquanto tocava uma música. Para completar o número par de participantes, uma das acadêmicas participou da brincadeira.

Quando a música parava de tocar, as pessoas na roda de dentro viravam-se para traz e conversavam com a pessoa a sua frente, na roda de fora, o que aprenderam na oficina.

Foram feitas várias rodadas de músicas para que todas ficassem em pares diferentes de cada vez, e trocassem o maior número de idéias.

Algumas dúvidas que elas têm e às vezes a gente não sabe responder, eu digo: vou falar com a enfermeira, depois eu volto pra te esclarecer melhor (ACS).

A fala anterior mostra que, mesmo com o aprendizado adquirido, é muito importante procurar o enfermeiro para melhores esclarecimentos.

Talvez por ser uma brincadeira de roda com música, a maioria não levou a sério como esperávamos. Em vez de trocarmos informações sobre o tema, ficaram conversando outros assuntos, fazendo brincadeiras e dando risada. No início, algumas tentaram colocar em prática a idéia da dinâmica, mas não houve cooperação das demais ACS.

4ª Oficina – Tema III – Cuidados com o Corpo

Foi realizado no dia 12/05/09 com a participação de 11 ACS.

Antes de iniciar a apresentação, começamos com uma dinâmica onde cada ACS escreveu em um papel quais as suas dúvidas sobre o que conhecem e o que ouvem falar a respeito da mudança e dos cuidados com o corpo durante a gestação. Estes papéis foram colocados em uma sacola e guardados. O objetivo de fazê-las escrever as dúvidas antes da explicação foi para que após a discussão teórica, elas mesmas pudessem esclarecer o que antes não compreendiam.

Em seguida iniciamos a apresentação sobre cuidados com o corpo, que abordou os seguintes temas: cuidados com o corpo, cuidados com as mamas, alimentação, uso de cosméticos na gestação e exercícios físicos.

Durante a exposição do tema, as ACS apresentaram dúvidas, principalmente relacionadas à prática de exercícios físicos durante a gestação.

Ao término da apresentação, sentamos em roda com as ACS e resgatamos a sacola que continha os papéis entregues no início da oficina. Cada agente retirou, aleatoriamente, um desses papéis e leu em voz alta.

Apareceram várias dúvidas e afirmações diferentes durante a leitura, porém as próprias ACS já conseguiam responder e avaliar se era mito ou verdade, de acordo com a explicação que obtiveram sobre o tema.

Alguns exemplos:

Cuidados com a mama após o 5º ou 6º mês. Ir preparando as mamas para que o mamilo fique mais resistente quando for amamentar, e provocar

menos dor. Cortar o sutiã na parte do bico do seio. Passar esponja no bico do seio (mamilo). Colocar ou dar banho de sol no peito.

Cuidar ao coçar a barriga pois se usar as unhas vai aparecer estrias. Passar óleos para dificultar o aparecimento. Exercícios orientados para facilitar na hora do parto.

Passar óleo na barriga, cuidar do bico invertido, comer verdes, frutas. Não usar tinta no cabelo, passar veneno nas plantas. Muita caminhada.

Andar de bicicleta pode prejudicar na gravidez. Após o parto tem que mudar a alimentação pó causa do bebê.

Alimentação: dizem que comer feijão, tomar suco ácido provoca cólica no bebê (ACS).

As ACS puderam compartilhar experiências, trocar conhecimentos e propor ações para implementar o seu trabalho. Foi possível perceber que algumas já possuíam um conhecimento prévio sobre o assunto, mas a maioria ainda apresentava muitas dúvidas e algumas informações não condizentes com o conhecimento teórico.

Respondemos algumas questões que elas não souberam explicar e também ficamos de investigar e trazer respostas de algumas perguntas no próximo encontro.

Consideramos essa dinâmica uma das melhores realizadas, pois foi simples e houve muita troca de conhecimento entre as ACS e nós acadêmicas.

Três das ACS não participaram da dinâmica de integração, uma porque não quis escrever no papel o que foi proposto e outras duas porque chegaram após a realização da primeira parte desta atividade. Salientamos que todas tiveram total liberdade para participar ou não de qualquer atividade desenvolvida durante as oficinas.

5ª Oficina – Tema IV – A Família e a Gestaçã

Foi realizado no dia 20/05/09, com a participação de 14 ACS.

Nesta apresentação foi falado sobre os seguintes temas: participação da família na gestaçã; acompanhante na hora do parto; sinais e sintomas do trabalho de parto; fatores que influenciam o parto; depressã pós-parto; sexo na gestaçã.

Também foi apresentado um vídeo de um parto normal trazido por uma das ACS. Além do parto em si, o vídeo mostrava os primeiros cuidados realizados com o recém nascido, que fez parte do tema da oficina seguinte a esta.

Durante a apresentação houve intensa participação das ACS por parecer um dos temas que mais as interessavam. É um assunto importante e elas podem ajudar muito a esclarecer

dúvidas e também acalmar algumas gestantes e seus familiares nessa fase que se aproxima do parto.

Para a dinâmica dividimos as agentes em 3 grupos. Cada grupo recebeu uma folha de cartolina colorida onde elas deveriam expressar através de desenhos, palavras, ou frases qual a importância da participação da família da gestante durante a gestação e também na hora do parto.

Com os cartazes prontos, cada grupo levantou-se e explicou o significado do que havia sido elaborado.

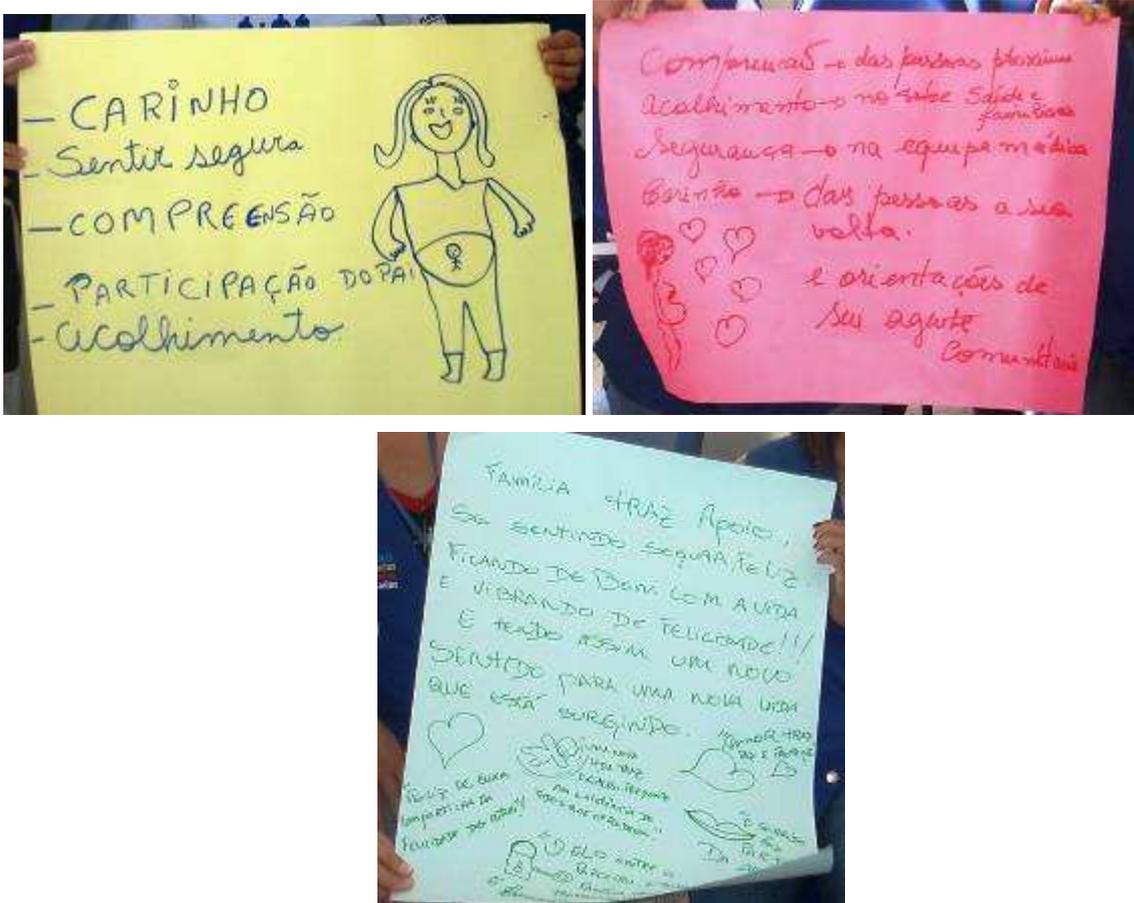


Figura 01: Cartazes construídos pelas ACS durante a dinâmica da oficina.

Todas participaram da elaboração dos cartazes que ficaram muito criativos e diferentes uns dos outros.

6ª Oficina – Tema V – Cuidados com o Bebê

Foi realizado no dia 26/05/09, com a participação de 14 ACS.

Os assuntos abordados durante a apresentação foram: teste do pezinho; teste da orelhinha; teste do olhinho; amamentação; benefícios do aleitamento materno; refluxo; banho do bebê; cuidados com o coto umbilical; utilização de produtos de higiene no bebê.

Nesta oficina falamos um pouco mais sobre a amamentação, que já tinha sido citada anteriormente em “Cuidados com a Mama” do Tema III – Cuidados com o Corpo. Além de ser um assunto muito importante, no mês de abril o CS do Rio Vermelho teve uma capacitação da rede “Amamenta Brasil”, onde foram feitos pactos para que os profissionais frisassem a respeito do tema com os usuários e também em atividades de Educação em Saúde. Como estávamos presente nessa capacitação, nos dispomos também a trabalhar sobre o tema durante as nossas oficinas com as ACS.

Este também foi um dos temas onde houve intensa participação das agentes durante a apresentação. Fizeram muitas perguntas e demonstraram bastante interesse e também conhecimento sobre o assunto, facilitando a troca de idéias entre ACS e acadêmicas.

Para participar da dinâmica convidamos duas ACS que deveriam demonstrar, de acordo com a explicação durante a apresentação do PowerPoint, como seria o banho ideal do bebê. Duas se propuseram a demonstrar o que haviam aprendido. Com uma boneca e uma bacia fizeram muitas brincadeiras, causando descontração para o momento. Interferimos em alguns momentos para que elas observassem a maneira correta do banho, já que é uma das orientações que as agentes podem dar as mães que tenham dúvidas.

Também por ser o nosso último encontro com as agentes, fizemos uma avaliação. Entregamos uma folha de papel em branco e pedimos para que dividissem a folha ao meio. De um lado era para escrever ou desenhar como elas sentiam-se antes das oficinas, e do outro lado, como estavam se sentindo após as mesmas.

Antes: Sentia muita dificuldade até mesmo no que falar ou como falar. Dúvidas e curiosidades. Depois: Esclarecimento e aprendizado. Foi muito válido e muito importante, pois apesar de saber algumas coisas, de ser mãe de dois filhos eu aprendi ainda mais (ACS 2).

Antes: Pensei que ia ser simples a explanação, mais teórica. Depois: Fiquei muito surpresa com muitas informações novas, as enfermeiras muito dedicadas, interessadas em ensinar bem, seguras daquilo que estão demonstrando, a estratégia que usaram foi muito bem elaborada, com filmagens, apostilas, bonecas, banheirinha (ACS 8).

Antes: Um pouco insegura em passar as informações para as gestantes. Depois: aprendi a ter mais segurança nas informações que posso passar para as gestantes, pois foi muito importantes tudo o que aprendi nesse tempo que passamos juntas (ACS 12).

Antes: tinha dúvidas sobre amamentação para depois passar para as mães. Depois: agora com a oficina que foi maravilhosa, dúvidas jamais e sempre estarei com as apostilas para tirar dúvidas na hora das visitas (ACS 11).

As avaliações do aprendizado com as oficinas foram todas positivas. Além de demonstrarem o quanto aprenderam, agradeceram-nos e elogiaram a iniciativa.

Entregamos uma lembrança elaborada por nós, que eram bonecas “gestantes” confeccionadas com balão, EVA, e palito de madeira. Todas gostaram muito e receberam com muito carinho o principal símbolo das oficinas: a gestante.



Figura 02: “Gestante” - lembrança entregue às ACS.

6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa. (Paulo Freire)

Como o nosso estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, a síntese desenvolve a avaliação de todo o processo, para averiguar as associações e variações das informações obtidas no decorrer do projeto. Segundo Morse & Field (1995) apud Trentini & Paim (2004), o pesquisador alcança a síntese, quando domina completamente o tema da investigação, ou seja, quando rememorou, com detalhes e profundidade, as cenas tal como ocorreram no contexto estudado.

Conforme Minayo (2008, p.299),

Analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando a penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência da sua realidade.

Para o processo de análise dos dados, optamos por utilizar a análise temática de Minayo, que se caracteriza em abordar os núcleos de sentido que fazem parte de uma comunicação cuja presença significa algo para o objeto de estudo.

Segundo Minayo (2008, p.316)

Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

Essa análise temática está dividida em três etapas. A primeira etapa chamada de pré-análise se caracteriza pela organização do material a partir dos indicadores presentes no protocolo de pesquisa; o pesquisador deve estabelecer relações entre as etapas desenvolvidas ao longo da pesquisa, construindo indicadores que norteiem a compreensão e interpretação final.

O segundo momento é chamado de exploração do material, onde se constitui a operação de codificação dos dados organizados visando alcançar um núcleo de compreensão do texto. Para tanto, o pesquisador deve localizar categorias que são demonstrações ou termos de importância e em função disto o conteúdo de um momento será organizado.

A terceira etapa se constitui pelo tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que é feito a partir da organização dos dados e dos resultados contrastados com a

fundamentação teórica delineado inicialmente ou inicia novas interpretações em torno das dimensões teóricas sugeridas pela apreciação do material.

O processo de análise iniciou durante a realização das oficinas, através de gravações das falas das ACS, e pela escrita solicitada em algumas dinâmicas.

O processo de assistência, de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI & PAIM, 2004, p. 92).

Segundo Minayo (2008 p.316), “para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes ao discurso.”

Uma das etapas da análise é o processo da organização de informações através de categorias, em que consistem, segundo Minayo (2008 p.317), “em expressões ou palavras significativas em função da qual o conteúdo de uma fala será organizado.” Para elaborar as categorias desta pesquisa, utilizamos os referenciais teóricos trabalhados anteriormente.

A organização das informações coletadas durante a realização das oficinas, contribuiu para análise final dos dados. Esse processo foi facilitado pela criação das seguintes categorias:

6.1 Conhecimento prévio das ACS

Segundo Freire (1984, p.65), o ser humano é diferente das outras espécies, pois não age instintivamente frente aos estímulos, ele necessita "se fazer, decidir sobre o que virá a ser." A partir disso nasce a necessidade de ser educado e educar-se, levando-se em consideração a cultura adquirida durante a sua trajetória de vida.

Esta afirmação pode ser evidenciada a partir de declarações das ACS, onde percebemos que as mesmas, diante da sua vivência na prática, trouxeram muitos conhecimentos empíricos que vão ao encontro dos conhecimentos científicos.

Aquelas mudanças no corpo ali não é só da mama tá? É o psicológico também, porque muitas mulheres têm aquela dificuldade, principalmente no começo, “agora meu corpo vai ficar feio.” A gente escuta muito isso (ACS 1).

Em contrapartida, apareceram falas que tiveram que ser reconduzidas por se tratarem de mitos populares, como por exemplo: “Cuidar ao coçar a barriga, pois se usar as unhas vai

aparecer estrias.” Outras falas também foram reformuladas por se tratarem de informações não condizentes com a literatura, como:

Antigamente precisava tomar vacina porque os partos eram tudo em casa. Tinha mais risco pra pegar infecção ou tétano. E agora nas maternidades não precisa tomar (ACS 10).

Portanto, com relação ao conhecimento prévio das ACS no que diz respeito ao pré-natal, salientamos a importância da contextualização da realidade a partir do já conhecido para construção de um novo saber, agora já mais ancorado no conhecimento científico.

6.2 Ações das ACS no Pré-natal

No primeiro encontro pudemos observar, através dos relatos das ACS, que muitas das ações desenvolvidas pela equipe do Centro de Saúde não são interpretadas corretamente pelas gestantes ou simplesmente são ignoradas. Este fato contribui para a necessidade de informar as ACS, pois elas são questionadas pelo usuário sobre rotinas do pré-natal que acontecem dentro dos consultórios e que, na maioria das vezes, não condizem com suas atribuições.

Muitas gestantes não tem carteira, não sabem o que é o tal BCF, outras não sabem o que o médico anota. Muitas vezes nós que temos que orientar (ACS 1).

Às vezes elas consultam com o médico e estão com infecção e o médico receita antibiótico, mas depois elas perguntam pra gente: será que eu posso tomar? Mas eu to grávida, será que não vai fazer mal pro neném? (ACS 2).

De acordo com as falas acima, foi possível observar a importância de atividades com o foco informativo, visto que a Política Nacional de Atenção Básica (2006) atribui ao ACS o desenvolvimento de atividades de promoção à saúde. Especificadamente faz parte da sua atuação a educação em saúde, a informação e o incentivo ao pré-natal.

Conforme o referencial teórico utilizado, tivemos o cuidado de desenvolver as ações de modo que a participação das ACS fosse ativa, fortalecendo o vínculo com a proposta do referencial teórico de Freire. O mesmo pode ser evidenciado de acordo com o diálogo abaixo:

Rotinas da gestação entra a carteira da gestante? Acho que a primeira oficina poderia falar sobre isso (ACS 7).

Eu começaria com a gravidez indesejada (ACS 1).

Mas agora ela já ta grávida. O primeiro contato que a gestante tem é que ela recebe a carteira de gestantes (ACS 2).

Ela já recebe todas as orientações (ACS 4).

O desenvolvimento das dinâmicas foi acordado com todo o grupo. As ACS optaram por trabalhar de maneira que houvesse uma articulação entre o conhecimento teórico e o prático, a partir de suas experiências.

Vocês trazem o material, mostram pra gente como deve funcionar e aí a gente vai mostrar pra vocês como elas são recebidas no consultório e como elas falam pra gente sobre o que elas foram orientadas (ACS 4).

Vocês trazem como tem que ser e a gente fala como acontece (ACS 3).

Com a realização das oficinas, pudemos fortalecer suas atribuições com o objetivo de □deixá-las seguras e cientes das informações essenciais para o acompanhamento gestacional, sempre esclarecendo quais os tipos de dúvidas que elas podem orientar e quais condizem à competência de outros profissionais da equipe.

Antes tinha conhecimento de como proceder, algumas coisas tinha dúvidas. Sanei as dúvidas que tinha, achava que não era tão complexo. Dúvidas em relação a muitas coisas, sobre andar de bicicleta, tinha dúvida, sexo na gravidez. Eu aprendi muito mais do que já sabia. Eu tirei minhas dúvidas antigas, aprendi com mais detalhes, bem mais explicado, gostei de mais da oficina, aprendi a ser mais vigilante com a gestante, observar melhor o que ocorre sobre o bebê, e sobre elas passei a orientar e ajudar (ASC 15).

No decorrer das oficinas, as ACS se deram conta de que as informações apresentadas faziam parte do seu conhecimento prévio, através das suas experiências de vida e de trabalho. A nossa participação foi incentivar a comunicação e organizar as idéias colocadas de acordo com o referencial teórico fazendo com que elas percebessem seu papel como agentes construtores do conhecimento.

Antes sentia muita dificuldade até mesmo no que falar ou como falar. Dúvidas e curiosidades. Depois tive esclarecimentos e aprendizado, foi muito válido e muito importante, pois apesar de saber algumas coisas, de ser mãe de dois filhos eu aprendi ainda mais (ACS 2).

Segundo Freire, “o processo de conhecer precisa ser realizado como tarefa coletiva dos homens sujeitos, não se realizando no isolamento, no individualismo, mas na comunhão, na solidariedade dos existidos.” Desta forma observamos que o conhecimento é construído de maneira conjunta, e não individual.

6.3 Trabalho em Equipe – Trabalho Solidário

Ao passo em que foram realizadas as oficinas, ficou evidente a importância do trabalho em equipe para promover a aprendizagem, aproximação entre a teoria e a prática,

resultando no crescimento de todos os envolvidos, ressaltando a solidariedade como instrumento fundamental neste processo.

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho; as pessoas se educam entre si, mediatizadas pelo mundo.”(Paulo Freire)

Mesmo através de relatos informais das próprias ACS de que poderia ser difícil unir as três equipes, optamos por trabalhar na formação de apenas um grupo no sentido de favorecer o fortalecimento pela soma das pessoas. Consideramos que a distribuição aleatória das participantes, contribuiu para a integração e aumento do vínculo entre as mesmas, resultando na troca de experiências, visto que elas atuam em microáreas diferentes, com realidades semelhantes, porém, distintas.

Isso aponta também para o significado da força que o grupo dá, promovendo a segurança e o fortalecimento de cada integrante, valorizando as atuações de cada um, evidenciando que as repercussões das discussões no grupo influenciam para além da construção do conhecimento naquele momento, mas para seu processo de trabalho.

A problematização do conhecimento através da educação participativa proporcionou a todas, tanto para nós acadêmicas quanto para as ACS, a troca de experiências. No decorrer das oficinas, os relatos de vivências complementaram o que a teoria havia proporcionado-nos. O mesmo aconteceu com as ACS através da teorização das suas práticas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ajuda verdadeira é aquela em que os que nela se envolvem se engajam mutuamente, crescendo juntos no esforço comum de conhecer a realidade que buscam transformar. (Paulo Freire)

Com este estudo pudemos contemplar as competências da enfermeira conforme a Política Nacional de Atenção Básica, no que se refere ao desenvolvimento de atividades de educação permanente dos ACS de acordo com as suas especificidades e o desenvolvimento de ações visando a promoção de atenção ao pré-natal,

A inadequada assistência ao pré-natal está relacionada ao CMI, sendo necessário desenvolver ações de promoção à saúde no período gestacional. Observamos nas oficinas que há um acompanhamento às gestantes por parte da equipe de ESF, porém as ACS não possuíam informações suficientes para compreender e avaliar a efetividade das suas ações. Desta forma constatamos a importância da realização de trabalhos de educação permanente, não só para as ACS como também para os outros profissionais da ESF, e em especial neste estudo, para as ACS.

Constatamos que os ACS são sujeitos ativos do processo de construção do conhecimento, e para isso é necessário que sejam estimulados e incentivados a assumirem suas atividades com responsabilidade e consciência social.

Para a melhor compreensão das ACS sobre a sua problemática e para incentivar sua participação no processo educativo, a utilização da PCA como metodologia de pesquisa foi adequada, pois a mesma requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa e articulação com a prática assistencial. A utilização do referencial pedagógico de Freire para o desenvolvimento das ações educativas na realização das oficinas possibilitou a integração entre teoria e prática do processo de trabalho entre as acadêmicas e as ACS.

Com a análise dos dados é possível inferir que esta pesquisa foi importante para que elas dedicassem mais atenção e avaliassem suas posturas como agentes promotoras de saúde da família. Destacaram a relevância desta em sua vivência, já que se sentiram enriquecidas com conteúdos teóricos e principalmente estimuladas a aprimorar suas práticas, respeitando suas atribuições e trazendo resultados positivos ao acompanhamento do pré-natal.

O indício da melhoria na assistência direta às gestantes e puérperas foi observada pela enfermeira assistencial durante a prática através de relatos das gestantes. Com isso, foi

possível observar que nossas oficinas contribuíram na valorização das ações das ACS fortalecendo o vínculo entre equipe – ACS – usuário – CS.

De acordo com o exposto acima, ao identificarmos as informações necessárias para o trabalho das ACS e planejarmos, em conjunto, o desenvolvimento de ações resolutivas para a problemática, consideramos os objetivos da pesquisa foram contemplados à medida que as oficinas foram sendo realizadas.

Salientamos que a prática educativa realizada, teve como consequência a construção de uma formação solidária entre as ACS desta regional, entendendo que para uma conscientização das ACS sobre suas responsabilidades profissionais, é importante a socialização do conhecimento efetivando a relação teoria e prática na construção da cidadania, tanto dos usuários quanto das ACS.

O curto espaço de tempo para realização das atividades propostas foi um limite encontrado por nós. Apesar de termos pouco tempo para realizarmos as seis oficinas, essa dificuldade não prejudicou o aproveitamento da mesma.

Em relação às facilidades encontradas, o estabelecimento de vínculos com as ACS anterior ao início das oficinas e o estágio supervisionado ser realizado no mesmo local da pesquisa favoreceu o desenvolvimento do trabalho. O fato das ACS apresentarem uma boa instrução caracterizou uma das potencialidades para o sucesso das oficinas.

Como acadêmicas nos sentimos enriquecidas com esta experiência que nos proporcionou o desenvolvimento de competências para a nossa formação. Pudemos perceber que a prática e a pesquisa andam lado a lado e fazem parte do cotidiano do trabalho da enfermeira de um Centro de Saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – ABEN. Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Disponível em: www.abennacional.org.br/download/10507_02.doc Acesso em 01 de junho de 2009.

BARRETO, Vera. **Paulo Freire para os educadores**. São Paulo Arte & Ciência, 1998. 138p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf Acesso em 01 de junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002**. Brasília. 1999

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciênc. saúde coletiva* v.5 n.1 Rio de Janeiro 2000.

BECKER, F. **Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos**. Educação e realidade, Porto Alegre. 19(1): 89-96. Jan/jun 1994

CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P; **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. Editora HUCITEC, 1ªEd. 411p. 2008.

CORREGGIO, Thâmy Canova da. MATTIA, Daiana de. CASTANHEL, Marcia Sueli Del. **Perfil epidemiológico dos óbitos infantis de 2007, no município de Florianópolis - SC**. Florianópolis. 2008. Poster, color. 1,20x0,90m.

DAL POZ, M. R. **O Agente comunitário de Saúde: Algumas Reflexões**. Comunicação, Saúde, Educação, v6, n10, p.75-94, fevereiro, 2002.

ESPÍNOLA, F. D. S., COSTA, I.C.C., **Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF: Uma análise de sua vivência profissional**. Revista de Odontologia da Universidade Cidade

de São Paulo 2006 jan-abr; 18(1)43-51. Disponível em:

http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/1_janeiro_abril_2006/agentes_comunitarios.pdf. Acesso em 11 de junho de 2009..

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 de junho de 2009

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 28ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987. 184p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários á Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção de saúde e a concepção dialógica de freire: possibilidades da sua inserção e os limites no processo de trabalho na equipe de saúde da família**. 2006; 296p. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

MEIRA, M. M. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis. 158p.

MORSE, Janice M. Strategies for sampling. In: MORSE, Janice M.; FIELD, Peggi.

Qualitative nursing research methods a contemporary dialogue. Londom: Sage,1995.

MORSE, Janice M; FIELD, Peggi, A. **Qualitative research methods for health professionals**, 2. ed. London: Sage, 1995.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 novembro de 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600018.

Portaria Nº 1.625, de 10 de julho de 2007. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B2D2B2400-CDB9-43FD-97DB-D5150D07ED65%7D/portaria_1625.pdf Acesso em 16 de novembro de 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Coefficiente de Mortalidade Infantil**.

Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/> Acesso em 12 de junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**.

Programas e Projetos - Saúde da Mulher. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 02 de junho de 2009.

REDIN, E.; STRECK, D.R.; ZITKOSKI, J.J.; **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da et al . Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, 2005 . Disponível em:

<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 de junho de 2009.

SCHMIDT, K. R; PRADO, M. L. **Inovação e Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006. 240p.

TOMAZ, J. B. C. **O Agente Comunitário de Saúde não Deve ser Super-herói.**
Comunicação, Saúde, Educação, v6, n10, p.75-94, fevereiro, 2002.

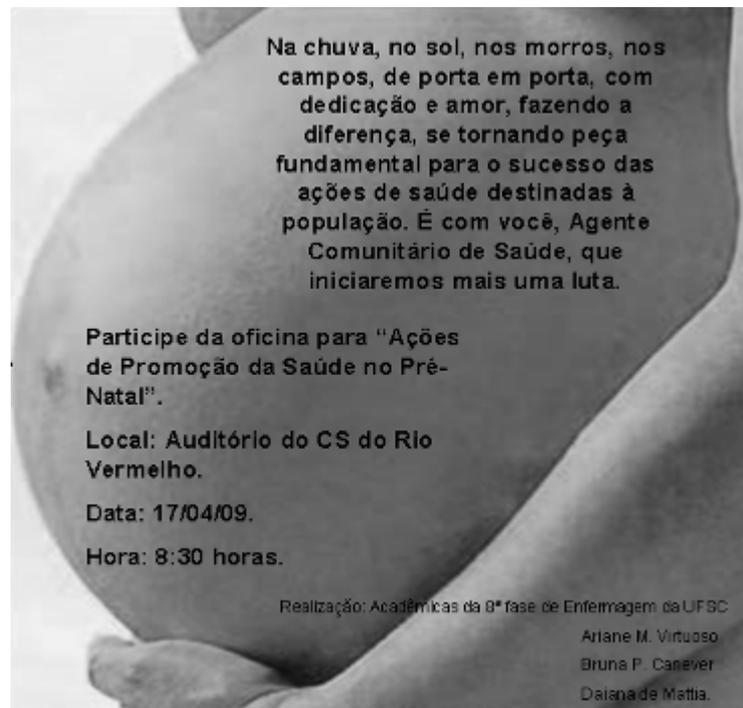
TRENTINI M.; PAIM L. **Pesquisa Convergente Assistencial.** 2 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2004.143p.

VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. Enfermagem na Atenção Primária de Saúde. **Assistência Domiciliar.** Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005.

ZAMPIERI, M. F. M.; GARCIA, O. R. Z.; BOEHS, A. E.; VERDI, M. Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher. **Atenção ao Pré-natal.** Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2007.

ZITKOSKI, Jaime J. **Paulo Freire e a Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Convite para as ACS da Primeira Oficina**Figura 03:** convite da Primeira Oficina

APENDICE B - Diário de campo da quarta oficina

Curso: Volume III		Data: 12/05/09		Local: Auditório Centro de Saúde Rio Vermelho	
Horário					
Chegada: 08:15					
Saída: 10:15		Duração: 2 horas			
O que observar Atrasos; Participação Produtividade de Aceitação	Identificação Participaram da Oficina 3 12 ACS no dia	O que aconteceu 08:20- 08:40 Conversa paralela entre 4 das ACS 08:50 – 09:10 ACS interessadas pelo assunto. 03 ACS fizeram perguntas, sobre os métodos contraceptivos. 09:35 – 10:00 Dinâmica da roda. Algumas ACS não se sentiram a vontade com a dinâmica. Outras não participaram ativamente. Avaliação: Ponto positivo: gostaram da apostila e da oficina, trocaram conhecimento entre si. Ponto negativo: A dinâmica não foi aceita por todas.	Nossa Participação na Oficina Enquanto duas acadêmicas apresentavam a oficina, a outra acadêmica estava observando como a oficina se desenvolvia. Além da apresentação em Power point as acadêmicas procuraram incentivar as ACS, pedindo que cada uma trouxesse uma experiência, ou o que pensavam de determinados assuntos, também foi mostrado os métodos contraceptivos que estavam disponíveis na	As impressões Achei interessante a forma que foi conduzida, apesar de em alguns momentos deduzir que elas não estavam prestando muito atenção devido às conversas paralelas. Acho que trazer o material contraceptivo foi uma forma de estimular as ACS. Penso que a troca de experiência entre nós acadêmicas e as ACS poderia ter sido maior. A dinâmica não foi aproveitada totalmente, devido as ACS não terem aceitado muito.	

			<p>Unidade.</p> <p>Na dinâmica da roda, as ACS foram estimuladas a trocaram informações entre si, sobre quais as ações já desenvolviam e orientações que poderiam fazer e qual a importância do seu papel.</p> <p>A dinâmica foi filmada por umas das acadêmicas, para ficar registrado a fala das ACS.</p>	
--	--	--	---	--

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

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Sujeito da Pesquisa

Eu _____ Nº Identidade _____ estou plenamente de acordo com minha participação do projeto intitulado: “O Agente Comunitário de Saúde e as ações de promoção da saúde no Pré-natal”, desenvolvida pelas acadêmicas Ariane Maccarini Virtuoso, Bruna Pedroso Canever, Daiana de Mattia, acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação das professoras do departamento de Enfermagem Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana e Dra. Kenya Schmidt Reibnitz.

Estou ciente de que o objetivo deste estudo é abordar a educação em saúde em relação ao pré-natal direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde, no Centro de Saúde Rio Vermelho – Florianópolis – SC. Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Tenho conhecimento de que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação nesta pesquisa, como também qualquer risco ou ônus aos participantes.

Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, bem como ter informações a qualquer momento por intermédio dos telefones abaixo fornecidos.

Florianópolis, ____/____/____

Participante da pesquisa: _____

Pesquisadora responsável: _____

Telefone para contato: 99278505 / 99425201 / 99948567

3721-9480 (Depto. de Enfermagem)

Nota: Este Termo assinado em 2 vias, ficará uma de posse do pesquisador e outra do participante da pesquisa.