

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
ENFERMAGEM MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE.

MARTA MARIA BOMFIM SANTOS

ASSISTÊNCIA NEONATAL E DO LACTENTE: A CONSTRUÇÃO DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE

ARACAJU - SE

2014

MARTA MARIA BOMFIM SANTOS

**ASSISTÊNCIA NEONATAL E DO LACTENTE: A CONSTRUÇÃO DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como forma parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem Materna, Neonatal e do Lactente, modalidade à distância pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª. MSc. Marly Bittencourt Gervásio Marton da Silva

ARACAJU – SE

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai Edésio dos Santos (in memoriam) que sempre se orgulhou de tudo que eu fiz.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	03
2.	OBJETIVOS.....	06
2.1	OBJETIVO GERAL.....	06
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	06
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
3.1	O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	07
3.2	SAÚDE DA CRIANÇA.....	08
3.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A ENFERMAGEM.....	10
4.	METODOLOGIA.....	12
5.	DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	13
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
7.	REFERÊNCIAS.....	17
8.	ANEXO.....	20

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS surge com enfoque nas ações preventivas, levando a criação na década de 80 do PACS (Programa de Agentes comunitários de Saúde) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Através da atuação no nível primário de atenção a saúde, equipes multiprofissionais formadas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde realizam ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação, educação e mobilização social na comunidade (BRASIL, 2011).

No que diz respeito ao agente comunitário de saúde, Cardoso (2010) afirma que o mesmo está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é o profissional que se destaca pela facilidade de se comunicar com as pessoas, sendo um membro da equipe essencial para o desenvolvimento das ações na atenção primária à saúde.

Além disso, Martines (2007) destaca que o agente de saúde desenvolve ações básicas importantes como o incentivo ao aleitamento materno, garantia do início precoce do pré-natal, acompanhamento das crianças no que se refere ao crescimento e desenvolvimento e imunização, prevenção das doenças de maior prevalência, entre outras.

Sabendo-se da importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na detecção precoce das necessidades de saúde das crianças na comunidade através do vínculo e acompanhamento por meio das visitas domiciliares, faz-se necessário e de extrema importância que o mesmo esteja capacitado e treinado, permanentemente, sobre os cuidados de saúde das crianças, com ações preventivas, de orientação aos pais e de promoção por meio dos encaminhamentos necessários.

Cardoso (2010) considera o ACS como um personagem fundamental na equipe, cuja ação favorece a transformação de situações-problemas que afetam a qualidade de vida das famílias, sendo necessária a oferta de capacitação aos ACS através da educação permanente, já que o trabalho desse profissional é entendido como a base para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Considerando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, especificamente os ACS que atuam cotidianamente com o usuário e que, constantemente, executam ações de promoção à saúde que exige destes o conhecimento em diversas áreas do saber, vemos a educação permanente como uma estratégia de capacitação e inovação pedagógica na educação (CARDOSO, 2010).

A educação permanente é definida como toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes (OLIVEIRA, 2007).

Levando-se em conta a situação problemática que se encontra a saúde da população brasileira, a criação e adoção de políticas públicas educativas que contribuam positivamente para a promoção da saúde e geradoras de condições que colaborem para o trabalho em equipe entre professores, alunos, profissionais, gestores e comunidade, usando o bem-estar individual e coletivo, são indispensáveis no contexto atual (AMESTOY, 2010).

Dado o exposto sobre a importância da capacitação para uma boa assistência em saúde, e diante da necessidade apresentada e vivenciada no dia-a-dia de educação permanente sobre saúde da criança para os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família Dr. Lauro Dantas Hora em Aracaju SE, tem-se como objetivo geral deste trabalho, promover curso de atualização para os agentes comunitários de saúde da já referida Unidade de Saúde da Família, sobre saúde neonatal e do lactente, abordando temas como: aleitamento materno e alimentação complementar saudável; calendário de imunização da criança; agravos prevalentes na infância; identificação de sinais de riscos e vulnerabilidade aos quais as crianças estão expostas com destaque para a violência infantil; importância da visita domiciliar precoce para avaliação de necessidades do recém-nascido. Propõe-se, ainda a elaboração de um roteiro de visita domiciliar sobre os temas discutidos, como auxílio no trabalho diário do ACS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Promover um curso de atualização para os agentes comunitários da Unidade de Saúde da família Dr. Lauro Dantas Hora em Aracaju - SE sobre saúde neonatal e do lactente.

2.2 Específicos

- Realizar uma abordagem acerca do aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- Promover atualização sobre o calendário de imunização da criança;
- Abordar os agravos prevalentes na infância;
- Auxiliar na identificação de sinais de riscos e vulnerabilidade aos quais as crianças estão expostas com destaque para a violência infantil;
- Enfatizar a importância da visita domiciliar precoce para avaliação de necessidades do recém-nascido;
- Construir roteiro de visita domiciliar sobre os temas discutidos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE

O trabalhador de saúde denominado agente comunitário de saúde surge em meio à tentativa de mudança do modelo de saúde centrado na atenção médico hospitalar para práticas preventivas, através da instituição do programa de agentes comunitários de saúde (PACS) no final de 1980 no Ceará, tornando-se política oficial em 1991 abrangendo todo o território brasileiro. Os primeiros anos do PACS foram dedicados a estender às populações mais vulneráveis o acesso e cuidados de saúde, com o objetivo principal de reduzir a mortalidade infantil. Com o sucesso do PACS, surge em 1994 o PSF (Programa Saúde da Família) que mais tarde seria denominado Estratégia Saúde da família (ESF) (FARIA, 2008).

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com a implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção, prevenção e reabilitação de doenças e agravos prevalentes (BRASIL, 2011).

Os agentes comunitários de saúde moram nas comunidades onde atuam, eles funcionam como a interface entre a equipe e a comunidade. Na micro área de atuação o ACS está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda equipe. É, também, um elo cultural no que se refere a educação, pois une o saber científico e o popular (CARDOSO, 2011).

Os ACS são utilizados em muitos países onde há dificuldade de acesso aos serviços de saúde como uma estratégia importante para o desenvolvimento do sistema de saúde, contribuindo de forma valiosa para o alcance de melhores indicadores de saúde por meio de intervenções simples e conhecidas.

Na Conferência de Alma Ata (World Health Organization/ UNICEF, 1978) foi evidenciado o papel de ACS devidamente capacitados para, junto com a equipe de saúde, responder às necessidades da sua comunidade. Atualmente a Organização Mundial de Saúde afirma que a viabilidade e o potencial do ACS é assunto prioritário na agenda de pesquisa mundial (DUNCAN *et al.*, 2012).

O Brasil tem sido citado de forma recorrente como exemplo bem sucedido de política de atenção primária à saúde envolvendo o ACS em larga escala. De acordo com dados de 2010, o país conta com 31 mil equipes de saúde da família e com mais de 240 mil ACS, proporcionando uma cobertura potencial para 99 milhões e 118 milhões de brasileiros respectivamente (DUNCAN *et al.* 2012).

Embora o ACS represente o elo entre a equipe profissional e a comunidade e facilite o acesso das pessoas ao serviço de saúde, por vezes sofrem resistência da população com relação às orientações e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade, ou no processo de trabalho dentro da equipe de saúde. Apesar das dificuldades é inegável o benefício que o trabalho dos ACS tem proporcionado à saúde da população brasileira, com redução dos índices de mortalidade e morbidade e melhoria nas taxas de algumas ações em saúde (KLUTHCOVSKY E TAKAYANAGUI, 2006).

A principal atividade desenvolvida pelo ACS é a visita domiciliar. Através desta desenvolve atividades como mapeamento de sua área, cadastramento de famílias, identificação de situação de risco, orientação à saúde e encaminhamentos diversos (CARDOSO, 2010).

São atribuições dos ACS: analisar as necessidades da comunidade, atuar nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, especialmente da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e mental, participar das ações de saneamento básico e melhoria do ambiente, participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade. O ACS também deve participar da importante questão da humanização dos serviços de saúde, que inclui o acolhimento do usuário nos serviços de saúde (KLUTHCOVSKY E TAKAYANAGUI, 2006).

3.2 SAÚDE DA CRIANÇA

A saúde da criança tem representado alvo de preocupação de profissionais de saúde, gestores e políticos, representando um campo prioritário de investimentos dentro dos cuidados à saúde da população. Ao longo do tempo, percebe-se que em cada período histórico houve inúmeras transformações nas diretrizes das políticas de saúde

voltadas à população infantil. Estas diretrizes enfocam um importante indicador, a mortalidade infantil, o qual reflete não apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida da população (NOVACZYK *et al.*, 2008).

Na década de 80, no Brasil por meio de ação coordenada entre o governo federal, as secretarias de saúde estaduais e municipais e o Ministério da Saúde, baseada na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC, a fim de possibilitar a criação de elos entre a população e os serviços de saúde, através do acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 5 anos de idade.

Os serviços deveriam estar preparados para resolver, a partir da unidade básica, a maioria dos problemas de saúde das crianças, inclusive os fatores indesejáveis do meio ambiente. Com enfoque na assistência integral a saúde da criança, cinco ações básicas surgem como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior peso na morbimortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade: aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias da infância, imunização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (FIGUEIREDO E MELLO, 2003).

Mais recentemente a taxa de mortalidade de menores de cinco anos vem sendo incorporada como indicador da situação da infância. Os índices de mortalidade infantil no país, embora tenham reduzido na última década, ainda são altos, principalmente em algumas regiões do nordeste. As principais causas da mortalidade infantil estão ligadas diretamente às condições socioeconômicas e culturais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. É lamentável saber que a maioria dessas mortes precoces poderiam ser evitadas com medidas simples. (NOVACZYK *et. al.* 2008).

O ACS acompanha o desenvolvimento infantil físico e psicológico, através da caderneta da criança, incentiva a vacinação e acompanha o esquema de imunização, estimula o aleitamento materno, identifica crianças com diarreia e promove o uso de sais para reidratação, identifica crianças com infecções respiratórias agudas, encaminha as crianças ao serviço de saúde quando necessário e orienta os familiares sobre prevenção e o tratamento (BRASIL, 2000).

Dessa forma, vemos a necessidade desses profissionais estarem preparados e capacitados para o cumprimento de suas funções de forma que seja prestada uma assistência de qualidade, ampliando os horizontes de detecção de problemas de forma

que as situações nas quais necessitem de intervenção dos outros membros da equipe cheguem ao conhecimento destes, melhorando os indicadores de saúde infantil.

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A ENFERMAGEM

No dia-a-dia do trabalho dos profissionais na estratégia saúde da família, evidenciam-se muitos desafios. Dentre eles, a prática de capacitação dos profissionais de saúde, em serviço, tem chamado atenção de forma especial, visto que o conhecimento, atitude e habilidade articulados na realização de uma prática ética e socialmente comprometida, constituem a base fundamental para o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados à população (BARBOSA *et. al.*, 2012).

A educação é percebida como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento por meio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para transformação da realidade (PASCHOAL, 2007).

Com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde lança nos anos 80 a proposta da educação permanente em saúde tendo como base a aprendizagem no trabalho executado do cotidiano dos serviços, organizando-se como processo permanente de natureza participativa multiprofissional (PEDUZZI, 2009).

Em fevereiro de 2004, o ministério da saúde lança através da portaria 198 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilitando a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2004).

A educação permanente consiste no desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de auto avaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Assim, ela

pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano (VASCONCELOS, 2009).

Para Cardoso (2010) a EPS é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem contribuindo para a prática profissional e organização do trabalho.

Baseada na concepção pedagógica transformadora emancipatória de Paulo Freire, a educação permanente reconhece o caráter educativo do próprio trabalho, que passa a ser compreendido não apenas em seu sentido instrumental da produção de resultados, da ação dirigida a um dado fim já definido a priori, mas também como espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção de consensos por meio dos quais se torna possível promover mudanças e transformações na perspectiva da integralidade da saúde (PEDUZZI, 2009).

Uma das atribuições do enfermeiro é a de ter a responsabilidade de supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e equipe de enfermagem com o objetivo de qualificar o trabalho desses profissionais e propiciar ferramentas que os auxiliem na reflexão e na construção da prática pautada na gestão compartilhada e na busca de mudanças no cotidiano de trabalho (BARBOSA *et al.*, 2012).

Nesta perspectiva, a educação permanente estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde, os princípios e valores do SUS – da integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde. A construção desse aprendizado é necessária para um novo modo de fazer saúde. (SARRETA, 2009).

O enfermeiro desenvolve o processo de educação dos ACS proporcionando condições de compreensão da prática e autonomia a partir da construção do conhecimento *in loco*. Com as inúmeras modificações sofridas pela sociedade, os enfermeiros, responsáveis pela educação da equipe, passam a vivenciar um processo de mudança, o enfermeiro busca novas formas didáticas e metodológicas para promoção do processo ensino-aprendizagem da ação prática vivenciada pelos ACS no exercício da profissão. Assim, trabalhar o processo de aprendizagem de diferentes profissionais torna-se um desafio, principalmente quando se considera que as pessoas têm diferentes formas de pensar e valores agregados à sua história de vida, fato que deve ser levado em consideração quando se pretende estabelecer mudanças. (BARBOSA *et al.* 2012).

O processo de educação é fundamental para que os ACS busquem atender as necessidades das famílias, direcionando o olhar a as ações de saúde para além das práticas curativas. Assim, levando em conta as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, especificamente os ACS que atuam cotidianamente com os usuários, exigindo destes conhecimentos nas diversas áreas do saber, vemos a educação permanente como uma estratégia de capacitação e como uma inovação pedagógica na educação (CARDOSO, 2010).

4 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção foi realizado em forma de um curso de aperfeiçoamento para os agentes comunitários de saúde da Unidade de Saúde de Família Dr. Lauro Dantas Hora em Aracaju SE, composta por seis equipes de saúde da família com uma população de aproximadamente 26000 habitantes com aproximadamente 90% de SUS – dependência. Possui 38 agentes comunitários de saúde que serão selecionados aleatoriamente por meio de convites.

O curso foi realizado durante uma semana do dia 10 a 14 de março de 2014 no período da manhã, somando um total de 20 horas. A cada dia foram discutidos os seguintes temas respectivamente: aleitamento materno e alimentação complementar, calendário de imunização, agravos prevalentes na infância, violência infantil e visita domiciliar a criança. Foi realizada avaliação do aprendizado prévio e posterior às discussões. Após o curso foi elaborado um roteiro de visita domiciliar em relação à saúde da criança para auxiliar no dia-a-dia de trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Para o desenvolvimento do curso foi utilizada a metodologia de atividades em grupo com roda de conversas, dinâmicas de aprendizado, discussões acerca do tema, troca de experiências, discussão de casos e sugestões para melhoria da qualidade do trabalho. Para Silveira e Ribeiro (2005), grupo é um conjunto de pessoas interagindo em tempo e espaço articulado pelas mútuas representações internas a que se propõem. O ser humano somente existe ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais.

Segundo Freire (2002), *“ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”*.

De acordo com Godoy e Munari (2006), podemos classificar os grupos em duas grandes vertentes, ou seja, os grupos operativos e os terapêuticos. Os primeiros são aqueles centrados na tarefa e cujo conceito é abrangente devido a inúmeras possibilidades de aplicações práticas. Utilizou-se então o grupo operativo para aplicação do projeto.

Dentro da vertente dos grupos operativos utilizou-se a prática ensino-aprendizagem que segundo Teixeira (2002) a ideologia fundamental deste tipo de grupo é a de que o essencial é aprender a aprender e que o mais importante do que encher a cabeça de conhecimentos é formar cabeças.

Desse modo, o aprender/ensinar não tem o sentido limitado de recolher, transmitir informações, mas sim converter em ensino e aprendizagem toda conduta e experiência, relação ou ocupação, fazendo com que os participantes dinamizem suas potencialidades (SILVEIRA e RIBEIRO, 2005).

5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A prática de aplicação do projeto de educação permanente em saúde com os ACS, focado na assistência à saúde neonatal e do lactente decorreu do dia 10 a 14 de março de 2014 no período da manhã. A seleção foi aleatória e se deu por meio de convites aos agentes comunitários de saúde. Contou-se com a presença de 10 profissionais. Os temas propostos foram: aleitamento materno e alimentação complementar, imunização, agravos prevalentes, violência e visita domiciliar todos voltados para saúde neonatal e do lactente com ênfase nas orientações práticas que podem ser utilizadas no dia-a-dia do trabalho do ACS, não se esquecendo de falar inicialmente da importância do trabalho deles para a melhoria da qualidade da assistência prestada à comunidade. De acordo com Araújo (2008), é inegável a efetividade da educação permanente, que tem se revelado essencial para reduzir a vulnerabilidade da população infantil.

Para Brasil (2008), problematizar a realidade pode ser entendido como a busca de soluções para sua transformação e de resolutividade para as questões da prática, promovendo, muitas vezes, soluções originais e criativas para organização do trabalho.

Para promoção da educação permanente com os ACS, utilizou-se a didática de estudo em grupo operativo através do ensino-aprendizagem na forma de roda de conversa, potencializando a prática de prevenção e promoção da saúde das crianças. Fizeram parte do estudo, dinâmicas de aprendizagem partindo de dúvidas sobre os temas para em seguida discuti-las e alia-las com a teoria enriquecendo o conhecimento, relato de experiências vivenciadas diariamente pelos trabalhadores, trabalho em subgrupos para depois compartilhar entre todos os membros e estudo de casos simulando uma visita domiciliar que englobou todos os temas estudados. Nos encontros sempre se buscou a construção de conhecimentos mútuos, sendo a facilitadora uma incentivadora da participação dos componentes do grupo.

Notou-se grande interesse dos participantes, construindo manhãs de aprendizado, descontração, desabafo das dificuldades e soluções criativas para enfrentamento dos problemas. Não houve desistência de nenhum participante, o que comprova que os encontros foram atraentes e dinâmicos.

Os temas foram bastante discutidos, evitando-se prender-se a conceitos prontos e desgastados, dando importância principalmente às orientações, que são o fundamento na prevenção de doenças e a base do trabalho do agente comunitário de saúde.

Após as discussões houve várias sugestões para melhoria do trabalho, como: desburocratização da entrega dos sais de reidratação oral para que os ACS tivessem acesso livre para distribuição na comunidade, fazer parcerias com outros órgãos que atuam na saúde infantil como a pastoral da criança e novas capacitações para melhoria do conhecimento e qualidade da assistência. Como proposta inicial de contribuição da prática, pensou-se em confeccionar uma cartilha educativa para orientação do agente comunitário, mas após as discussões, houve a sugestão de produzir um roteiro de visita domiciliar à criança, que na visão dos trabalhadores seria de maior importância e auxílio no campo diário de trabalho.

Conforme Silveira & Ribeiro (2005), o processo de aprender/ensinar não tem sentido limitado de recolher, transmitir informação, mas sim converter em ensino e

aprendizagem toda conduta e experiência, relação ou ocupação, incentivando a capacidade dos participantes para que dinamizem suas potencialidades.

O facilitador deve conhecer e atuar de forma reflexiva e é preciso fazer um grande esforço para sair do nível descritivo ou narrativo (BARBOSA, 2012).

O profissional de saúde como trabalhador, precisa agir com liberdade e autonomia no processo de educação em saúde, estabelecendo uma relação pedagógica fundamentada no ensino prático-reflexivo, estimulando o potencial criativo dos indivíduos e sua autodeterminação (BRASIL, 2009).

Para avaliação dos conhecimentos adquiridos utilizou-se um pré-teste aplicado antes do curso e um pós-teste no final com as mesmas questões. Através deste recurso pode-se perceber um número bem maior de acertos após as abordagens. Ao final do curso, do total de 10 agentes comunitários de saúde, dois alcançaram 100% de acertos, 7 alcançaram 90% de acertos e 1 alcançou 50% de acerto. Anteriormente nenhum havia conseguido obter o total de acertos, variando de 70 a 40% de êxito nas questões. Com o estudo de caso no qual se propôs uma situação de visita domiciliar que englobou todos os temas envolvidos, obteve-se um *feed back* bastante positivo, com identificação de todos os problemas e orientações necessárias para o caso proposto.

De acordo com Freire (2002), educar não significa adestrar, mas desenvolver a capacidade de aprender como sujeito crítico que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção. Exige apreensão da realidade. Isso só se concretiza através de um processo educativo, que possibilita a reflexão e uma ação crítica sobre a realidade, comprometido com a transformação social.

A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado a fim de promover, além de capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes (PASCHOAL, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o exposto, conclui-se que a educação permanente no trabalho em saúde constitui-se uma ferramenta imprescindível para uma assistência de qualidade ao

neonato e lactente, principalmente quando se refere aos agentes comunitários de saúde pela importância de sua atuação com agentes de transformação na comunidade.

Percebeu-se com este projeto grande afeição por conhecimento por parte dos ACS e a satisfação de se sentirem importantes e valorizados como trabalhadores fundamentais da equipe de saúde da família.

Segundo Barbosa (2012), há evidências que dificilmente ocorra à educação permanente nos encontros dos ACS com os enfermeiros como prevêem os documentos oficiais do ministério da saúde. Neles se propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores de saúde tenham como referência as necessidades de saúde da população, com proposta de mudança da prática estruturada a partir da problematização, reflexão sobre eles e busca referenciais que os expliquem, retornando para a prática com proposta diferenciada em busca de transformação.

O ACS é considerado como um personagem fundamental na estratégia saúde da família, pois é quem está mais perto dos problemas que afetam a comunidade, sua ação favorece a transformação de situação-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, logo se faz necessária a oferta de capacitação, já que o trabalho deste profissional é entendido como a base para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. A educação permanente deve ser construída no cotidiano dos serviços de saúde (CARDOSO, 2010).

A aplicação do projeto foi de suma importância para suprir uma falha existente da falta de educação permanente na unidade de saúde estudada, principalmente no que se refere à saúde da criança. Isto provocou uma reflexão no modo de trabalhar em benefício da comunidade, com foco nas orientações e prevenção de enfermidades, gerando sugestões para melhoria do trabalho e o anseio para que haja continuidade desta prática educativa, o que com certeza influenciará na melhoria da prestação de serviços de saúde.

7 REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C. *et al.* **Paralelo entre Educação Permanente em Saúde e Administração Complexa.** Revista Gaúcha de Enfermagem. v. 31, n. 2, out. 2010.

ARAÚJO, A. M. S. *et al.* **Avaliação Continuada da Educação Permanente na Atenção à Criança na Estratégia Saúde da Família.** Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil. vol. 8, nº 1. Recife, jan/mar 2008.

BARBOSA, P. M. K.*et. al.* **Educação Permanente em Saúde: Uma Estratégia para a Formação dos Agentes Comunitários de Saúde.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde/CONASS.** Coleção pró-gestores. vol.1 Brasília, 2011. 197p.

_____. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde:** Brasília, 2000. 119p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n 198 de 13 de fevereiro de 2004: institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Brasília, 2004.

CARDOSO, A. S. M. **A educação permanente na realidade do trabalho do agente comunitário de saúde: A aprendizagem no contexto da estratégia saúde da família.** UFMG: Araçuaí, 2010.

DUNCAN, B. B. *et. al.* **Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil : Revisão Sistemática.** Porto Alegre, 2012.

FARIA, H. P. de. *et. al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica a saúde.** Mod. 2. Modelo assistencial e atenção básica a saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

FIGUEIREDO, G.L.A. & MELLO, D. F. **A prática da Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança em Unidade Básica de Saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. USP: SP, 2003.

FREIRE, P. **Política e Educação.** São Paulo: Cortez, 2002.

GODOY, M. T. e MUNARI, D. B. **Revisão da literatura científica utilizada pelo enfermeiro em atividade de grupo no Brasil.** Revista latino-americana de enfermagem, vol.14, n. 5, set-out 2006, p. 796-802.

KLUTHCOVSKY, A. C.G.C. & TAKAYANAGUI, A.M.M. **O Agente Comunitário de Saúde: Uma Revisão da Literatura.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. USP: SP, 2006.

MARTINES, W. R. V. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa saúde da família.** Revista da escola de enfermagem da USP. Vol. 41, n.3, p. 426-33, set 2007.

NOVACZYK, A. B. **Atenção à Saúde da Criança na Rede Básica: Análise de Dissertações e Teses de Enfermagem.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n. 4, 2008.

OLIVEIRA, M.A.N. **Educação à Distância como Estratégia para Educação em Saúde: Possibilidades e desafios.** Revista Brasileira de Enfermagem. v.60, n. 5, out 2007.

PASCHOAL, A.S. *et. al.* **Percepção da Educação Permanente Continuada e em Serviços para Enfermeiros de um Hospital de Ensino.** Revista da Escola de Enfermagem. USP: SP, v. 41, n. 3, set. 2007.

PEDUZZI, M. *et. al.* **Atividades Educativas de Trabalhadores na Atenção Primária: Concepções a Educação Permanente e de Educação Continuada em Saúde Presentes no Cotidiano de Unidades de saúde de São Paulo.** Revista Interface – Comunicação, saúde, educação. v. 13, n. 30, set. 2009.

SARRETA, F. O. **Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SILVEIRA, L. M. C. e RIBEIRO, V. M. B. **Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais e pacientes.** *Interface- Comunicação, saúde e Educação.* v. 9, 2005, p. 91-104.

TEXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupo de promoção da saúde** (dissertação). Departamento de psicologia, Fiocruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2002, 144 p.

VASCONCELOS, M. *et. al.* **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde.** Belo Horizonte: editora UFMG, 2009.

8 ANEXO

ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ASSISTÊNCIA AO RN E LACTENTE

ALIMENTAÇÃO	SIM	NÃO
Alimentação com leite materno exclusivo de 0 a 6 meses de vida.		
Alimentação a partir dos 6 meses com 3 refeições e leite materno ou outro leite.		
Alimentação do 7º ao 11º mês com 4 refeições e leite materno ou outro leite.		
Alimentação do 12º ao 24º mês com 5 refeições		
<p>ORIENTAÇÕES: O leite materno deve ser exclusivo até o sexto mês de vida. Após o sexto mês a alimentação deve ser saudável, com sopinhas de verduras e papinhas de frutas preparadas pela mãe ou responsável. Evitar produtos industrializados, excesso de sal, açúcar e mel até pelo menos 1 ano de vida. Observar o cuidado com a higiene no preparo e manuseio da alimentação da criança, limpeza dos utensílios e também o armazenamento adequado para evitar contato com moscas, mosquitos e/ou roedores. A água oferecida deve ser filtrada ou fervida.</p>		

DOENÇAS MAIS FREQUENTES NA INFÂNCIA		
INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA (IRA)		
A CRIANÇA APRESENTA:	SIM	NÃO
Tosse persistente		
Dor na garganta		
Coriza		
Obstrução nasal		
“CANSAÇO”		
FEBRE HÁ MAIS DE TRÊS DIAS (T = ou maior que 38º C)		
PIORA DO ESTADO GERAL		
DIFICULDADE PARA MAMAR OU COMER		
CIANOSE (ROXO)		
GEMÊNCIA		
TREMORES		
<p>ORIENTAÇÕES: Qualquer um dos sintomas em letras maiúsculas, encaminhar a criança ao serviço de saúde. Em casos mais leves orientar medidas de controle de disseminação da infecção como: manter o ambiente limpo e arejado, lavar as mãos com frequência, dormir em camas e quartos separados se possível, tossir e espirrar usando lenço de papel para proteger o rosto. Manter o aleitamento materno. Oferecer líquidos em menor quantidade e várias vezes. Evitar alérgenos como fumaça de cigarro, queima de madeira ou carvão, umidade, mofo, pelo de animais, bichinhos de pelúcia e extremos de temperatura.</p>		

DIARRÉIA

A CRIANÇA APRESENTA:	SIM	NÃO
Piora da diarreia		
Diarreia há mais de dois dias		
Vômitos repetidos		
Muita sede		
Febre (Temperatura acima de 38° C)		
Recusa de alimentos		
Sangue nas fezes		

ORIENTAÇÕES: Na presença de qualquer sintoma acima, encaminhar a criança ao serviço de saúde. Caso contrário, orientar a ingestão de mais líquidos que o habitual, oferecer líquidos caseiros como: água de arroz, soro caseiro, chá, sucos, sopas. Usar SRO (sais de reidratação oral) após cada evacuação diarreica (menor de 1 ano 50-100ml e de 1 a 10 anos de 100-200ml), manter o aleitamento materno). Lembre-se de verificar se a criança tomou a vacina rotavírus, orientar medidas de higiene e ingestão de água filtrada ou fervida.

FEBRE

SE A CRIANÇA TIVER	SIM	NÃO
De 0 a 3 meses de idade		
Febre maior que 39° C		
Temperatura abaixo de 36° C e apatia		
Aspecto abatido		
Falta de apetite		
Irritabilidade alternada com sonolência		
Apatia		
Choro inconsolável		
Gemência		
Febre há mais de três dias		

ORIENTAÇÕES: Em qualquer caso acima encaminhar ao serviço de saúde. Orientar medidas para reduzir a febre: resfriamento externo (banho), hidratação, repouso e roupas frescas.

VIOLÊNCIA INFANTIL

OBSERVAÇÕES: Verificar lesões ditas como acidentais não compatíveis com a idade da criança, lesões não explicadas pelo acidente relatado, lesões em vários estágios de cicatrização, lesões em áreas que geralmente ficam cobertas, inchaço e lesões em região genital, lesões traumáticas na boca (sexo oral) e sangramentos.

EM CASO DE QUALQUER SUSPEITA DENUNCIAR.

OBSERVAR OS SINAIS DA TABELA ABAIXO

SINAIS DE VIOLÊNCIA	ATÉ 11 MESES	1 A 4 ANOS
Choro sem motivo aparente.		
Irritabilidade frequente, sem causas aparentes.		
Olhar indiferente e apatia		
Tristeza constante		
Demonstrações de desconforto no colo		
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites		
Atraso no desenvolvimento, perdas ou regressões de etapas atingidas.		
Dificuldades na amamentação, podendo chegar a recusar alimentar, vômitos persistentes.		
Distúrbios de alimentação		
Atraso e dificuldade no desenvolvimento da fala		
Distúrbios do sono		
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento		
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico.		
Afecção de pele frequente sem causas aparentes		
Comportamentos extremos de agressividade até o fracasso na escola.		
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos, ou situações		
Pesadelos frequentes, terror noturno		
Tique ou manias		
Baixa autoestima e autoconfiança		
Sintomas de hiperatividade		

FONTE: BRASIL (2010)

