



ISSN: 2230-9926

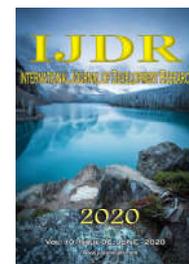
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 06, pp. 36236-36250, June, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.18522.06.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO NEONATAL

¹Andressa Pedrosa Gomes, ¹Alessandra Thallessa Ramos Trindade, ¹Emanuella Yasmin Pantoja Serrão, ¹Link Costa Leão, ^{*2}Max Muller Ferreira Tavares, ³Mônica Custódia do Couto Abreu Pamplona and ¹Talita Sousa Oliveira

¹Enfermeiros Especialistas Formados Pelo Centro Universitário do Pará – Cesupa

²Enfermeira, Doutora Formada Universidade Estadual do Pará – Uepa

³Enfermeiro, Especialista Formado Pela Universidade da Amazonia - Unama

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th March, 2020

Received in revised form

20th April, 2020

Accepted 11th May, 2020

Published online 25th June, 2020

Key Words:

Recém-nascido (RN); ACS;
Promoção; Prevenção; Saúde.

*Corresponding author:

Max Muller Ferreira Tavares

ABSTRACT

Objetivo: conhecer como os ACS, em seu processo de trabalho, vêm realizando ações no enfoque da promoção e prevenção à saúde na atenção ao RN, assim como as dificuldades vividas no desempenho de suas atividades, e como se estabelece, em seu processo de trabalho, o planejamento de ações específicas para a atenção aos RN. **Metodologia:** O estudo foi descritivo com abordagem qualitativa, realizado em seis ESF que compõem a rede de atenção primária do SUS de Ananindeua/PA com participação de 30 ACS, onde as coletas de dados foram realizadas através de entrevistas após a assinatura do TCLE. **Resultado e Discussão:** Observou-se que as linhas de cuidado mais abordadas em seu cotidiano de trabalho referem-se à Amamentação, Triagem Neonatal e Imunização, embora outras linhas de cuidados sejam referidas. Destacam-se inúmeros percalços em seu processo de trabalho, atravessadas por diversas questões tais como: a violência, questões culturais, acessibilidade – tanto das visitas por parte dos ACS, como da procura das mães ao serviço. **Conclusão:** É necessário um olhar pautado na educação dialógica com possibilidade de transformar saberes existentes, estimulando o desenvolvimento da autonomia das pessoas no cuidado com a sua saúde, mediante compreensão da situação de saúde.

Copyright © 2020, Andressa Pedrosa Gomes et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Andressa Pedrosa Gomes, Alessandra Thallessa Ramos Trindade, Emanuella Yasmin Pantoja Serrão et al. "O processo de trabalho do agente comunitário de saúde na atenção neonatal", *International Journal of Development Research*, 10, (06), 36236-36250.

INTRODUCTION

O termo recém-nascido (RN) é definido pelo Ministério da Saúde, como sendo todo neonato de 0 a 28 dias de vida. (BRASIL, 2009a) Todo RN, desde o nascimento, exige cuidados especiais e minuciosos em relação a sua saúde e qualidade de vida. Por se tratar de seres frágeis e ainda incapazes, necessitam de uma atenção cuidadosa por parte da família. A mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices no País. (BRASIL, 2012) Acredita-se que o que possa estar contribuindo como estes fatores com a elevada taxa de mortalidade, seja também um inadequado cuidado prestado a estes recém-nascidos por parte da família, por isso tão importante é qualificar as mães desde o período gravídico e fortalecer os cuidados no puerpério. Estas informações só irão contribuir com a percepção e a observação pelas mães

principalmente no que diz respeito a sinais de alerta que possam pôr em risco estes recém-nascidos. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel fundamental na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), concentrando suas atividades no desenvolvimento de ações no foco da promoção a saúde, prevenção de doenças, e na mobilização de recursos e práticas sociais, tais como na orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde (BRASIL, 2004). No que se refere a população infantil muitos são os problemas que acometem este grupo, principalmente se tratando do RN, sendo esta fase de maior vulnerabilidade ao processo saúde-doença, tendo impacto importante em problemas futuros e que possam comprometer o desenvolvimento em faixas etárias posteriores da sua primeira infância. No que compete aos ACS em relação a atenção ao RN estão as ações de promoção à saúde, prevenção das doenças e, o incentivo ao cumprimento do calendário vacinal, a busca ativa dos faltosos às vacinas e consultas, a prevenção de acidentes na infância, e o incentivo

ao aleitamento materno, constituindo uma das estratégias mais eficazes para redução da morbimortalidade infantil, possibilitando um grande impacto na saúde integral da criança. (BRASIL, 2009). Cabe ainda ao Agente Comunitário de Saúde, observar no cotidiano de suas visitas todos os cuidados realizados pela mãe dentro de casa, desde o banho até as mamadas, boa pega, boa posição, quantidade de vezes que essa criança mama, o número de vezes que realiza troca de fraldas, o sono, o relacionamento da mãe, dos pais ou da pessoa que cuida da criança.

Objetivos

Conhecer como os ACS, em seu processo de trabalho, vêm realizando ações no enfoque da promoção e prevenção na atenção ao recém-nascido.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que tem como características da pesquisa qualitativa a: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de

Família São Benedito, ESF Alvorada, ESF São Francisco, ESF Atalaia, ESF UNA e ESF Terra Santa, compreendendo um total de seis equipes pertencentes ao território de Jaderlândia no município de Ananindeua e que atualmente estão operando em suas respectivas microáreas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente discussão se desdobrará em dois momentos, com discussões distintas. O QUADRO 1 é referente à caracterização do grupo estudado, definido no quadro abaixo. O segundo momento será referente às falas que emergiram do corpus do trabalho, originando categorias e subcategorias, impressas no QUADRO 2 para melhor elucidação, no qual passamos a discutir. Participaram da pesquisa trinta Agentes Comunitários de Saúde, com faixa etária entre 20 a 62 anos de idade. Em relação ao tempo de serviço temos o entrevistado com menor tempo de serviço atuando há 5 meses como ACS e o entrevistado com maior tempo de serviço atuando há 26 anos na área. Com base nos dados colhidos, foi possível observar que a predominância do nível de escolaridade entre a maioria dos entrevistados foi o nível médio completo.

Quadro 1. Caracterização dos participantes

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	TEMPO DE SERVIÇO	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	RESIDE NA ÁREA DE ATUAÇÃO
PS1	42 anos	16 anos	Superior Incompleto	Sim
PS2	31 anos	12 anos	Superior Incompleto	Não
PS3	20 anos	6 meses	Superior Incompleto	Não
PS4	26 anos	5 meses	Superior Incompleto	Sim
PS5	32 anos	5 meses	Médio Completo	Sim
PS6	41 anos	6 meses	Superior Completo	Sim
PS7	39 anos	14 anos	Médio Completo	Não
PS8	25 anos	7 meses	Superior Incompleto	Sim
PS9	42 anos	18 anos	Médio Completo	Sim
PS10	61 anos	16 anos	Médio Completo	Sim
PS11	52 anos	17 anos	Médio Completo	Não
PS12	42 anos	11 anos	Superior Incompleto	Não
PS13	37 anos	17 anos	Superior Incompleto	Sim
PS14	34 anos	12 anos	Superior Incompleto	Sim
PS15	34 anos	17 anos	Médio Incompleto	Sim
PS16	35 anos	18 anos	Médio Completo	Sim
PS17	68 anos	23 anos	Médio Incompleto	Sim
PS18	46 anos	18 anos	Médio Incompleto	Sim
PS19	65 anos	16 anos	Médio Completo	Sim
PS20	42 anos	12 anos	Médio Completo	Sim
PS21	53 anos	18 anos	Médio Completo	Sim
PS22	53 anos	18 anos	Médio Completo	Sim
PS23	56 anos	26 anos	Médio Completo	Sim
PS24	28 anos	8 meses	Superior Completo	Sim
PS25	38 anos	15 anos	Médio Completo	Sim
PS26	24 anos	6 meses	Médio Completo	Sim
PS27	34 anos	11 anos	Superior Completo	Não
PS28	35 anos	16 anos	Superior Incompleto	Não
PS29	45 anos	19 anos	Médio Completo	Sim
PS30	62 anos	21 anos	Médio Completo	Sim

Fonte: pesquisa de campo umsj/2017.

descrever, compreender, explicar. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. As Unidades de Saúde da Família são serviços que compõem a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, porém, no presente estudo, o local da pesquisa foram as Unidades de Saúde da Família que compõem a rede de serviço da atenção primária do SUS pertencentes ao território de Jaderlândia no município de Ananindeua. Participaram da pesquisa 30 Agentes Comunitários de Saúde que integram as Equipes de Saúde da

Observa-se, também, que pelo menos um terço dos participantes têm ou teve acesso à educação superior, sendo que uns já concluíram e os demais permanecem cursando. A maioria dos entrevistados possui o ensino médio incompleto. O fato de a grande maioria dos entrevistados possuir o nível médio completo ou ter ou já ter tido acesso ao ensino superior é bastante pertinente, haja vista que de acordo com o Art. 6º da lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 – lei referente às atribuições do ACS –, para exercer suas atividades, o agente comunitário de saúde deve haver somente concluído o ensino fundamental. Sendo assim, o fato de os profissionais possuírem em sua maioria um nível a mais do qual é preconizado pela lei, demonstra um maior interesse em se

capacitar e buscar uma educação além da que se pede em sua profissão. Deste modo, é importante frisar que apesar de não ser exigido o nível médio completo e tampouco o ensino superior, os ACS entrevistados estão tendo um acesso maior à educação. Essa ascensão à educação superior é uma questão relevante a ser destacada. Embora não se possa afirmar as formas de ingresso à educação, é possível ressaltar que esse acesso foi expandido após a ampliação governamental de programas que incentivam a educação superior, como o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) e o Programa Universidade para Todos (ProUni), por exemplo. Essa predominância entre os entrevistados de possuírem o nível médio completo, no presente estudo pode ser comparada à pesquisa de Cotta *et al.* (2006) que retrata a Organização do Trabalho e Perfil dos Profissionais do Programa Saúde da Família de uma das equipes de saúde da família do município de Teixeiras/MG, onde obteve como resultado a respeito do nível de escolaridade dos profissionais das ESF que a maioria dos ACS (56%) possui segundo grau completo. A grande maioria dos entrevistados reside na área em que atua como ACS. Isso é um ponto relevante a ser considerado, pois ao residir na própria área de atuação, tem-se a ideia de que o ACS possui uma afinidade maior com o local, com os usuários do serviço, com as necessidades daquela área, os costumes, as rotinas diárias. Porém 7 ACS afirmam não residir na comunidade em que atua.

Este é outro ponto relevante a ser discutido, pois ainda de acordo com o Art. 6º da lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, todo ACS deve residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público. Nunes *et al.* (2002) afirma em sua pesquisa sobre a construção da identidade do agente comunitário de saúde que a escolha de ACS que residem nos próprios bairros de atuação da ESF tem como objetivo aumentar a eficácia das ações de educação para a saúde, devido ao fato dessas pessoas compartilharem o mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico. Diferente do nosso resultado sobre um terço dos ACS não residirem na área, ao se comparar com estudo realizado no Rio de Janeiro a respeito dos ACS como amplificadores de vozes da comunidade e dos serviços de saúde, os resultados revelaram que os ACS, por serem moradores na própria comunidade que atuam, se consideram interlocutores da população local. Eles se consideram representantes das reivindicações dos moradores com os serviços de saúde e afirmam atuar na busca por ações intersetoriais (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). O ACS ser residente na área de sua atuação é tão importante, sendo, esta questão reforçada na fala de usuários em um estudo etnográfico realizado na Bahia, foram entrevistados usuários que detectam que os ACS são moradores da comunidade, isso facilita o trânsito dos agentes entre as famílias. Segundo os usuários, o ACS tem conhecimento do que eles necessitam, pois vivenciam à mesma realidade. Notou-se que os ACS acabam sendo os membros da equipe que mais são vigiados pela comunidade, foi possível identificar que a população acompanha atentamente o desempenho dos agentes, se cumprem os horários, as rotinas, quando descansam, quando faltam ao trabalho etc (TRAD *et al.*, 2002). Embora o fato de o ACS residir na comunidade em que atua seja um ponto positivo para o seu trabalho e para a própria comunidade como já foi frisado acima por vários autores, Filgueiras e Silva (2011) ao indagarem os ACS a respeito das dificuldades e facilidades no trabalho com a comunidade, obtiveram como resultado alguns relatos de ACS que referem que o fato de

residirem na comunidade e conhecerem os moradores facilita e ao mesmo tempo dificulta seu trabalho, devido o vínculo e o círculo de amizades que muitas vezes confundem o lado pessoal com o profissional. Quando indagados a respeito da quantidade de visitas domiciliares que os mesmos realizam por dia, a grande maioria informou realizar de 8 a 12 visitas diárias e ponderaram em suas falas que a sua execução fica condicionada às condições climáticas, assim como às outras atribuições que precisam desempenhar na ambiência da Unidade de Saúde na qual sua Estratégia está alocada. Uma quantidade menor dos entrevistados informou realizar uma média de 3 a 7 visitas diárias. O resultado do nosso estudo tem semelhança ao estudo realizado em Porto Alegre onde o número de visitas realizadas é em média de sete a nove visitas domiciliares (FERRAZ; AERTES, 2005).

No mesmo estudo destacado acima, os ACS também, semelhante à fala do nosso estudo destacam que se mantem boa parte do seu tempo na USF auxiliando a equipe de saúde em trabalho burocrático (FERRAZ; AERTES, 2005). Ainda que não possamos discutir os motivos pelos quais em sua fala alguns entrevistados destacaram que a quantidade de visitas pode ser menor devido suas atribuições na ambiência do serviço, tal situação não deve se sobrepor à necessidade de que os desempenhos de sua atribuição rotineira precisam ser na comunidade diariamente. Tendo em vista que o objetivo da pesquisa é conhecer como os ACS estão desenvolvendo o seu processo de trabalho em relação à prevenção e promoção à saúde do RN, surgiu quatro perguntas abertas com o intuito de conhecer como o trabalho dos ACS é realizado, quais as dificuldades que eles enfrentam para realizar seu trabalho, quais ações específicas são desenvolvidas com sua equipe e o que poderia melhorar. Abaixo é possível observar as perguntas que desencadearam o resultado da pesquisa:

- 1) Como se dá a sua rotina de trabalho em relação ao desempenho de ações específicas aos recém-nascidos de sua microárea?
- 2) Em sua rotina de trabalho existem dificuldades enfrentadas na atenção aos recém-nascidos de sua microárea? Se sim, quais?
- 3) Como a senhora, em sua rotina de trabalho juntamente com sua equipe, vêm planejando ações que possam contribuir para a saúde do recém-nascido?
- 4) A senhora sente necessidade de melhorar suas práticas na atenção à este grupo de recém-nascido? Se sim, quais?

No que concerne aos resultados que emergiram a partir das falas dos entrevistados, emergiram do corpus da pesquisa quatro categorias e diversas subcategorias definidas no QUADRO 2 para melhor delineamento dos resultados.

Categoria 1 – Linhas de cuidados na atenção neonatal: Durante a pesquisa, os ACS foram indagados a respeito de como desenvolvem sua rotina de trabalho em relação ao desempenho de ações específicas aos recém-nascidos de suas microáreas. Através das falas dos participantes, foi possível identificar que os mesmos, durante suas visitas domiciliares, desenvolvem suas ações de prevenção e promoção à saúde através de orientações, tais como: imunização; aleitamento materno (AM); testes de triagem neonatal, higienização; fototerapia natural e assistência na relação pré-natal x parto.

Quadro 2. Quadro de categorias e subcategorias

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
5.1 – LINHAS DE CUIDADOS NA ATENÇÃO NEONATAL	5.1.1 ALEITAMENTO MATERNO
	5.1.2 IMUNIZAÇÃO
	5.1.3 TESTES DE TRIAGEM NEONATAL
	5.1.4 HIGIENIZAÇÃO
	5.1.5 FOTOTERAPIA NATURAL
	5.1.6 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL x PARTO
5.2 – PERCALÇOS NA ATENÇÃO AO RN	5.2.1 VIOLÊNCIA
	5.2.2 INFRAESTRUTURA
	5.2.3 EXCESSO DE DEMANDA
	5.2.4 REGISTRO DE NASCIMENTO
	5.2.5 NÃO ASSIMILAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE
	5.2.6 RECUSA DA ATENÇÃO POR MEIO DO ACS
	5.2.7 CULTURAS
5.3 – ESTRATÉGIAS DE PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO AO RN	5.3.1 ABORDAGEM GRUPAL
	5.3.2 AUSÊNCIA DE PLANEJAMENTO
5.4 – FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE AO RN	5.4.1 FORTALECIMENTO DO CONHECIMENTO DOS ACS
	5.4.2 PALESTRAS
	5.4.3 CAPACITAÇÃO E RECICLAGEM
	5.4.4 USO DE MATERIAIS DIDÁTICOS NO PROCESSO EDUCATIVO
	5.4.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Fonte: Pesquisa de Campo UMSJ/2017.

De acordo com o dicionário Aurélio (2017), orientação é a ação e o efeito de orientar, direcionar, informar. Segundos os ACS entrevistados, orientação está relacionado a socialização de determinado conhecimento ou informação, corroborada na fala abaixo:

PS4: “[...] a gente atua mais como orientador, como orientador, né, orienta em relação a vir trazer para vacinas, as consultas [...]”.

As ações elencadas pelos entrevistados estão, em sua maioria, em consonância com os cuidados definidos no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (2009a), que embasa o serviço e as práticas dos ACS, dando respaldo e discorrendo cada uma de suas funções, como pode ser observado abaixo.

É possível observar que tais cuidados que são elencados no Guia Prático do ACS (2009a) – principal ferramenta que embasa o trabalho do ACS – direcionados aos RN são Linhas de Cuidados específicas à este grupo. O ACS em sua entrevista ao relatar tais cuidados atrela a sua fala ao guia, observe:

PS1: “[...] na realidade é assim, como a gente tem a questão do manual do agente de saúde seriam essas as orientações específicas pra mãe, na verdade pra mãe não, pra família do recém-nascido, esse é nosso objetivo, é chegar lá e já acompanhar o desenvolvimento da criança desde o nascimento [...]”

Subcategoria – Aleitamento Materno: O aleitamento materno foi a linha de cuidado de maior destaque nas falas dos entrevistados quando perguntados em relação ao processo de seu trabalho desenvolvido junto aos recém-nascidos. Os participantes citam questões como: a importância do aleitamento materno e sua exclusividade, a composição nutricional do aleitamento para o crescimento e desenvolvimento do RN, a introdução de outros tipos de alimentos na dieta do RN, noções de boa pega e boa posição no ato de amamentar, a interrupção do aleitamento por fatores socioeconômicos e a não adesão da prática do aleitamento por atrelado a questão estética. através das falas de grande parte dos entrevistados, foi constatado que a prática do aleitamento materno é evidenciada durante as visitas domiciliares por parte

dos ACS. Os ACS orientam quanto a necessidade de amamentar o RN bem como as vantagens de tal prática. É possível identificar na fala a seguir:

PS19: “[...] falamos as vantagens da amamentação (...) saber as vantagens que ela tem é importante, então eu falo ‘olha, tu tens 100 vantagens na amamentação para o teu o filho. Amamentar o bebê logo que ele nasce é muito importante, é fundamental, e no decorrer você vai estimular’, pois ela diz: ‘Ah, eu não tenho leite, preciso dar água.’ Como a gente aprende com os médicos de que todo leite é forte, todo leite tem todos os nutrientes necessários pra essa criança. Então eu digo pra ela que amamentar é questão de inteligência, você quer ser inteligente? Então amamente seu filho pra que no futuro você não venha sofrer. Se você amamenta seu filho, você é uma mulher muito inteligente nesse momento por que tu não precisa grudar tua barriga no fogão, levantar de madrugada pra fazer mingau, pra ti fazer leite, escaldar mamadeira. [...]”

Em estudo realizado em Araçatuba-SP sobre os desafios relacionados ao conhecimento e a prática dos ACS no aleitamento materno, ao entrevista-los, obteve-se estes como uns dos principais benefícios que os mesmos referem orientar em suas visitas domiciliares: crescimento normal do lactente, uma maneira de alimentação mais barata e segura que está sempre pronto para consumo e ideal temperatura, e vínculo entre mãe e RN. (MOIMAZ et al., 2017). Dentre todas as esferas em que o aleitamento foi destacado, o ponto mais citado pelos ACS foi em relação a orientação quanto ao aleitamento materno exclusivo (AME). A grande maioria dos entrevistados que citou a prática do aleitamento, destacou o fato de que essa amamentação deve ser realizada exclusivamente até os seis meses de vida, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde. (apud BRASIL, 2009c) Observe:

PS2: “[...] A gente sempre trabalhou isso, não pode, durante 6 meses é só o leite materno exclusivo, fora isso não pode, depois dos 6 meses sim, né?! [...]”

“Considera-se em aleitamento materno exclusivo o bebê que se alimenta apenas de leite humano, sem qualquer outro complemento, inclusive chás ou sucos. Atualmente é preconizado até os seis meses de vida.” (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005).

Os ACS frisaram muito em suas respostas a importância do aleitamento materno para a saúde do RN, para que haja um bom desenvolvimento da saúde dos mesmos e, conseqüentemente, uma redução nas taxas de mortalidade neonatal e infantil. Essa preocupação é perceptível em algumas falas, como por exemplo:

PS25: “[...] orientação sobre o aleitamento materno que é muito importante para o bebezinho. Para o bebê viver ele precisa né?![...]”

“O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil.” (BRASIL, 2009c)

Foi possível perceber que tais benefícios da amamentação são identificados pelos entrevistados e socializados durante suas orientações nos domicílios. Segundo as entrevistas, muitos dos ACS focam não só na necessidade da amamentação para o RN, mas no que o ato de amamentar acarretará na saúde do mesmo, inclusive no desenvolvimento do RN, assim como foi descrito no parágrafo anterior. É possível captar essas informações nas falas a seguir:

PS2: “[...] a gente percebe a diferença de uma criança que mama pra que não mama. Geralmente quem não mama, geralmente ela tem a tendência a adoecer, a viver doente, a viver querendo consultas. Já a criança que mama não, ela vem na consulta de rotina, normal, só pra verificar peso, pra verificar se tá atingindo a meta, altura, ‘tudinho’, mas fora isso tu percebe, então tudo isso tu vai conhecendo [...]”

PS25: “[...] se o bebezinho não mamar, se ele não tomar leite materno é difícil essa criança crescer com saúde.”

Semelhante ao nosso estudo, foi observado em estudo realizado em São Paulo em uma ESF em Araçatuba com os ACS a respeito dos benefícios do aleitamento materno que foi referido pelos entrevistados a questão do AM no fortalecimento do crescimento e bom desenvolvimento do RN, como é possível observar em algumas falas: “saúde para o bebê”, “melhora o desenvolvimento”, “vida saudável”, “a criança tem menos probabilidade de adoecer”; “o bebê se torna mais forte” e “fortalece o sistema imunológico” (Moimaz, et al. 2017).

Em nossa pesquisa, durante as entrevistas com os ACS, os mesmos relataram que ainda existe a crença cultural que aborda que o leite materno por si só não é capaz de nutrir o RN. Entretanto, os ACS referem explicar durante suas práticas a informação sobre a eficácia do leite materno, observe na fala a seguir:

PS19: “[...] todo leite é forte, todo leite tem todos os nutrientes necessários pra essa criança [...]”

Ainda no estudo de Moimaz et al. (2017) realizados com ACS da ESF de Araçatuba/SP sobre benefícios do aleitamento

materno, os autores destacaram das entrevistas as falas dos ACS quanto a questão nutricional do AM. As falas a seguir demonstram este resultado: “tem todas os nutrientes necessários”, “a melhor alimentação”, “a alimentação certa para o bebê”, “protege a criança contra a desnutrição”, “rico em vitaminas e nutrientes”; “nunca é fraco”. Uma questão pertinente que assola o cotidiano dos ACS em suas práticas domiciliares é a inserção por parte da família de outros tipos de alimentos antes dos seis meses. Os ACS relataram orientar quanto a necessidade da realização do aleitamento materno exclusivo, porém algumas famílias são resistentes quanto a essas informações. Tal questão foi relatada através de suas falas:

PS2: “[...] então elas não têm aquela paciência de lidar, então elas começam a introduzir alimentos [...]”

A questão cultural influencia diretamente na prática do aleitamento materno, já que muitas vezes a crença popular ou familiar acaba interferindo diretamente nessa prática. Os entrevistados relataram que a mãe acaba por optar, muitas vezes, em seguir as recomendações dos vizinhos e da família, que em muitos casos desacreditam as orientações dos ACS, como é evidenciado na fala abaixo:

PS20: “[...] algumas mãezinhas se recusarem a fazer o que a gente orienta. Tu sabe, né?! Trabalhar com pessoas é difícil, principalmente quando tem parente que se mete no meio. Nas minhas visitas tem algumas famílias que a vó se mete, aí eu tô lá falando algo importante e ela diz ‘que nada, eu dei tudo isso pra vocês e nenhum morreu, tá tudo vivo [...]’”

Segundo Oliveira et al. (2006), a cultura é “um padrão de dogmas, crenças e práticas que, de maneira inconsciente, fundamenta ou orienta os objetivos e decisões de um grupo de pessoas”. Deste modo, os mesmos autores afirmam que a cultura é fundamental para integrar as experiências anteriores, para direcionar ações e pensamentos do presente e passar as tradições antigas para o grupo. Normalmente são as pessoas mais velhas da família que promovem essas influências culturais e, pelo fato de possuírem pouca experiência, as mães acabam atrelando muitas dessas crenças no cuidado prestado aos seus filhos. (apud LUCHESI et al., 2010)

Desta maneira, quando o ACS comparece na residência para realizar suas ações para com o RN, a família já inseriu outros alimentos na dieta do novo integrante da família, pois não obteve as orientações sobre o AME com antecedência. Observe:

PSS3: “[...] quando não, a mãe demora a ir na unidade avisar que o neném nasceu (...) aí a gente já começa o acompanhamento a criança já tá quase com um mês, já tá saindo daquele ciclo, aí quando não as mães já surgem com as crianças na unidade dizendo assim ‘ah, porque eu já tô dando leite para o meu filho’, aí a gente tem que tentar desconstruir já aquilo que ela já começou errado [...]”

Através da Ficha de Acompanhamento das Gestante que deve ser preenchida a cada visita domiciliar, o ACS precisa estar atento às gestantes para que saibam o período que irão parir para realizar as visitas domiciliares precocemente ao RN (BRASIL, 2009b), ao contrário do que foi explanado na fala

acima, que relata que a família é que deve procurar a UBS para avisar que a criança nasceu. Algumas mães se preocupam muito com a estética de seu corpo, em especial a da mama em relação à amamentação. Esse é outro fator que se torna um obstáculo a ser enfrentado pelos ACS durante suas orientações quanto a amamentação. É outra questão que eles precisam, de alguma maneira, tentar desconstruir. É o que podemos observar no relato seguinte:

PS25: “[...] elas acham que a mama vai logo cair, a mama vai ficar flácida [...]”

Foi descrito nas falas anteriores dos ACS acerca de alguns impasses que podem impedir ou dificultar a prática da amamentação exclusiva. Estes impasses vão além de falta de informação ou da resistência materna e familiar. Uma das dificuldades na prática da amamentação identificada pelos ACS condiz com as condições socioeconômicas da família, já que muitas vezes a mãe precisa trabalhar e isso gera uma dificuldade na hora de amamentar o RN. Observe:

PS30_ “[...] Ela tem direito a seis meses a aleitamento materno, sendo que nem sempre todas pacientes tem essa liberdade, dependem do trabalho e alguns bebês perdem essa liberdade e acabam tomando outros alimentos [...]”

A técnica que a mãe irá utilizar para amamentar seu filho é fundamental para que haja uma amamentação eficaz. Para isso, a técnica compreende a “boa pega” e “boa posição” para que essa amamentação seja eficiente. Sendo assim, é necessário que a mãe domine essas técnicas. Dentre os ACS entrevistados, uma minoria relatou dar orientações a respeito da boa pega e boa posição, mas de acordo com alguns entrevistados essa orientação é socializada, como na fala seguinte:

PS12: “[...] muitas mãezinhas não sabem como amamentar, né?! Como a gente teve treinamento na técnica aí a gente vai lá, pede licença, mostra, porque nós fazemos isso ainda no pré-natal, né?! Mostra como a mãe deve estimular o seio [...]”

Por se tratar do ponto mais pertinente nas falas dos ACS em relação ao desempenho de suas ações ao RN, sugeriram diversos eixos em que essas orientações acerca do aleitamento materno se encaixaram nas falas dos entrevistados. Foi possível elencar várias questões cotidianas que os ACS são acometidos ao desenvolver seu trabalho com o RN em relação ao aleitamento materno.

Subcategoria – Imunização

Em nosso estudo, foi possível identificar nas entrevistas que a grande maioria dos ACS tem uma preocupação pertinente sobre a imunização do RN e compartilham essas informações sobre a importância das mesmas à puérpera e a família em suas visitas, como pode observar nas falas abaixo:

PS19: “... a questão das vacinas, informar que tem vacinas que tem prazo e não pode perder, né?!”

Todos os entrevistados que relataram prestar orientações quanto a vacinação, referem as duas vacinas presentes no calendário no recém-nascido, que de acordo com o Calendário

Básico de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) são a BCG e a Hepatite B.

PS24: “... a presença deles na vacina, né?! Encaminhar eles para tomar a vacina, a BCG e hepatite...”

Em um estudo realizado em São Paulo sobre os agentes comunitários de saúde do PACS e PSF e uma análise de sua vivência profissional, os autores relataram que os ACS incluem em suas ações de cuidados o controle da vacinação, atuando na promoção de informações sobre o esquema vacinal e no esclarecimento de dúvidas da imunização. (COSTA; ESPINDOLA, 2006). Segundo alguns dos ACS entrevistados, eles perguntam se já foi realizada a vacina na maternidade, haja vista que muitos neonatos já saem da maternidade com essas vacinas realizadas, como mostra a fala a seguir:

PS1: “...no caso da vacina, tá entendendo?! Por que, assim como tem hospital que já sai com a vacina da BCG e Hepatite, tem hospitais que não saem, tá entendendo?!...”

PS8: “...a parte das vacinas, se já tomou, se já saiu do da maternidade com a BCG, se não a gente manda ir no posto tomar...”

A pesquisa de Araújo e Assunção (2004) destaca sobre a atuação do ACS na promoção da saúde e prevenção de doenças refere a atuação dos ACS na prevenção de doenças por meio da vigilância da imunização, destacando a importância dessa prática para a saúde do RN, mesmo que alguns neonatos já tenham realizado a vacina na maternidade.

Subcategoria – Triagem Neonatal

No que diz respeito à triagem neonatal, evidenciou-se que os ACS realizam tal orientação de maneira branda, pois não expõem em suas falas esclarecimentos a respeito das doenças que se enquadram na triagem, tampouco a importância da realização dos testes para a saúde do RN, orientando somente a prática dos testes. Observe nas falas abaixo:

PS1: “[...] fazer o teste do pezinho e os outros exames, como da orelhinha, do olhinho, esses exames que são relativos ao recém-nascido [...]”

PS12: “[...] a gente orienta quanto ao teste do pezinho, que é com 30 dias que recebe, pelo menos aqui, orientamos quanto ao teste da orelhinha, teste da linguinha[...].”

Em contrapartida ao nosso estudo, em comparação com o estudo realizado em Brasília-DF sobre as dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem, foi evidenciado que as gestantes recebem as devidas orientações dos ACS a respeito dos testes de triagem neonatal, focando na importância da realização dos testes e do tratamento precoce de doenças. (LIMA et al., 2009) Outra conduta observada está relacionada a informações de onde realizar esses testes, haja vista que a maioria dos testes são realizados fora da UBS. Os ACS referem prestar orientações relacionadas aos locais onde realizam os mesmos, como é claro na fala a seguir:

PS6: “[...] dos testes, teste do pezinho, dos outros testes que não tem aqui no posto mas dá a informação dos locais, orienta pra onde é que vai [...]”

Segundo Dos Santos *et al.* (2009) em sua pesquisa que retrata a compreensão das mães acerca da consulta de puericultura numa unidade de saúde da família, as puérperas são orientadas a respeito dos testes neonatais, ainda que não possam ser realizados na UBS em que prestam serviço, sendo referenciadas a outras unidades, destacando a importância dos mesmos.

Subcategoria – Higienização: Em nosso estudo, foi possível perceber que a metade dos ACS entrevistados discutem a higiene em seus diversos contextos, tais como: banho, higiene do coto umbilical, higiene da roupa, higiene do ambiente, e se dispõem em repassar essas orientações para as puérperas e família. Como mostra na fala a seguir:

PS3: “...a gente vai fazer todas as orientações a respeito de banho, a respeito do cuidado com a roupa da criança, de produtos que a mãe possa querer passar na criança...”

Segundo Beck *et al.* (2008), é imprescindível que os ACS em suas visitas domiciliares interajam e criem um vínculo maior com a puérpera e família, para que possa avaliar as condições de higiene do bebê.

PS27: “*oriento que ela tem que limpar o umbigo tudinho...*”

Ibiapina *et al.* (2015) investigou em seu estudo realizado em uma ESF de Teresina/PI quais ações os ACS orientam às puérperas em suas visitas sobre aos cuidados com RN. Uma das ações relatadas pelas puérperas foi a respeito dos cuidados com o coto umbilical e a devida higiene do mesmo. Foi possível extrair de algumas falas das mães: “Uma das coisas que ela me disse que é importante é em relação cuidados com o umbigo, para não infeccionar, que eu tinha que enxugar bem ‘enxutinho’ depois do banho e colocar umas gotinhas de álcool”, “Falou sobre o umbiguinho dela, de como eu tinha que limpar” e “[...] os cuidados com o umbigo, não deixar sentar mosca, lavar direitinho”.

Esclarecimentos sobre uso de produtos indevidos também foram práticas relatadas pelos ACS nas entrevistas. Segundo eles, esses hábitos são corriqueiros dentro das famílias, sendo importante a desconstrução de tais práticas, ilustrado na fala abaixo:

PS18: “...o banho do bebê, a higiene, onde o bebê tá, pra não usar o ventilador, nem talco, a gente orienta.”

Araújo e Assunção (2004) destacam em seu estudo a respeito da atuação do ACS na promoção da saúde e prevenção de doenças que os ACS participantes de sua pesquisa expuseram que verificam durante suas visitas, a higiene do ambiente que também é de importância não só para o RN como para a família.

Subcategoria – Fototerapia Natural: Através das nossas entrevistas, notou-se que uma minoria dos ACS realiza as devidas condutas em relação à fototerapia natural, o que implica na saúde dos neonatos. Dentre os que concretizam essa prática, é possível observar que essas informações são dadas de maneira superficial, observe nas falas a seguir:

PS21: “[...] icterícia, né?! É! Muitos saem do hospital e adquirem né?! A gente orienta a mãezinha a pegar sol de manhã, né?! Todo dia de manhã cedo, de sete a oito

horas, oito e meia da manhã, no máximo nove, só mesmo pra evitar, né?! [...]”

PS19: “[...] a tomar banho de sol, né?! [...]

Subcategoria – Assistência Pré-Natal x Parto

Foi possível perceber nas falas dos entrevistados a indissociabilidade da importância da linha de cuidado saúde da mulher no que tange a assistência pré-natal com repercussões na saúde do neonato sendo notório na fala de um ACS, veja:

PS1: “[...]em relação ao Recém-nascido é assim, a gente faz acompanhamento na verdade desde a gestação. Quando a criança nasce nós temos por obrigação estar atentos, através do caderno da gestante, através das nossas informações que nós temos na nossa agenda diária de trabalho [...]

O acompanhamento dessas orientações inicia-se desde o pré-natal, no esclarecimento de cuidados tanto relacionados à gestante, quanto ao RN. Foi notória durante as entrevistas a realização desse vínculo, como mostra a fala a baixo:

PS12: “[...] porque nós fazemos isso ainda no pré-natal, né?! [...]

Além disso, foi possível observar também nas falas dos entrevistados, a busca de informações referentes ao parto, tais informações segundo os ACS, são extremamente importantes para assistência que será prestada para com o RN. Corroborada na fala a seguir:

PS23: “[...] saber como foi o parto se a mãe, já está dando leite materno, né?! Exclusivo na verdade e eu começo acompanhar assim os primeiros dados, né?! A gente pega e vê como foi o nascimento do bebê, anota tudo por que isso é importante passar para enfermeira. Olha enfermeira foi baixo peso, não foi baixo peso, todos esses dados, entendeu?! [...]

Outro ponto relevante destacado pela maioria dos ACS diz respeito aos problemas de saúde do período neonatal. A assistência do cuidado decorrentes durante esse período é de dever exclusivamente da maternidade onde foi realizado o parto, ilustrado na fala posterior:

PS16: “[...] Porém, se tiver algum problema grave nesse, nesse primeiro mês a recomendação é que essa mãe com a criança volte “pra” maternidade que a criança nasceu. Porque no caso a responsabilidade do atendimento nesses primeiros 30 dias é a maternidade da onde ele nasceu [...]

PS30: “[...] o bebê recém-nascido ele tem todo o direito até um mês, ou seja, caso aconteça alguma intercorrência ela tem que retornar a maternidade pra fazer os cuidados com o médico pediatra [...]

Categoria 2 – Percalços na Atenção Ao Rn

Em nosso estudo, foram questionados aos Agentes Comunitários de Saúde se há alguma dificuldade que implique para a realização de suas competências. Nas falas das entrevistas, observou-se que muitas dificuldades norteiam seu processo de trabalho e interferem em uma boa assistência. Esses contratemplos foram revelados pela grande maioria dos

entrevistados, com maior repercussão nos seguintes pontos: violência, acessibilidade, infraestrutura, excesso de demanda, registro de nascimento, não assimilação das práticas em saúde, recusa da atenção por meio do ACS e cultura.

Subcategoria – Violência: Durante as entrevistas, a questão da violência na comunidade foi destacada diversas vezes pelos ACS. Por ser uma área considerada perigosa, com incidência de tráfico, e nas suas falas, constitui-se como uma dificuldade para a realização das visitas. Veja na fala abaixo:

PS27: “[...] ah, tem o caso da violência também, né?! Que a gente fica com medo. Às vezes a gente não consegue fazer todas as visitas até tarde 10:30, 11:00hrs. Então, a violência atrapalha também [...]”

PS30: “[...] não têm condições. É muita insegurança! [...]”

A violência é um fenômeno que se faz presente em todos os contextos, e como o trabalho dos ACS extrapolam espaços tradicionais de trabalho como os serviços, os mesmos ao adentrarem os domicílios para as suas visitas são durante seu trajeto mais vulnerável a violência que se estabelece no espaço da rua e isso os expõem a acidentes de trabalho mais frequentes. A maioria dos ACS exteriorizou o sentimento de medo o que dificulta o seu processo de trabalho. Isso decorre, pois, a área de atuação dos mesmos possui uma grande incidência de tráfico de drogas, fazendo com que durante suas visitas fiquem à mercê de assaltos, como mostra as falas a seguir, observe:

PS28: “[...] hoje em dia o que a gente tá sentindo muito nesse tempo agora pelos assaltos, porque tem uma grande área de traficante aqui, muita incidência de usuários de drogas, o marido delas quando não é usuário ele vende. Então é muito difícil passar essas informações para esse tipo de família. É complicado sair para um local desse para fazer as visitas, 10:30 no máximo é o horário que a gente pode fazer essas visitas. Tem lugares que a gente não pode até nem entrar (...) então, a violência ultimamente tá atrapalhando demais as nossas condutas, as nossas visitas, a gente fica até desmotivado com nosso trabalho [...]”

PS28: “[...] Tem que melhorar também a segurança da gente aqui, a minha amiga já foi assaltada 3 vezes aqui na frente [...]”

Em pesquisa realizada com enfermeiros e ACS em uma ESF no Rio de Janeiro acerca da visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da ESF, foi evidenciado que tanto o ACS quanto os enfermeiros realizam suas visitas domiciliares amedrontados, pois vivenciam um receio pela violência na comunidade, o que compromete o seu processo de trabalho. (KLEBIAN; ACIOLI, 2014)

Subcategoria – Infraestrutura: Com base nos dados colhidos, foi possível observar que a grande maioria dos ACS expôs várias inquietações a respeito da infraestrutura da unidade, as quais repercutem no desenvolvimento de suas ações. Essa carência na infraestrutura é expressa em várias formas, tais como: acessibilidade, escassez de profissionais, padrão inadequado da unidade, serviços de saúde que não são realizados na unidade e insuficiência de recursos. Segundo o conceito de acessibilidade dado por Aurélio significa qualidade do que é acessível o que se iguala no significado

empregado pelos ACS durante as entrevistas do nosso estudo. Observe nas falas abaixo:

PS1: “[...] é mais a questão da locomoção, até mesmo pela questão de infraestrutura das ruas, isso é muito, muito importante, lembrei agora. Geralmente a mãe não tem condições de pagar um taxi pra vir à unidade, e geralmente ela tem que vir andando, isso quando ela tem um carrinho, né?! De bebê. Tudo isso são questões, a questão financeira também, né?! Ela é muito importante, muito relevante também. A questão financeira, que dificulta a locomoção ou até mesmo pra vir andando, que essa questão da infraestrutura, a prefeitura, na realidade, o governo, digamos assim. As nossas ruas são esburacadas, cheias de lama, aí pra uma mulher que tá em uma, como é que chama, que teve o bebê recente... A puérpera, ela vai encontrar dificuldade principalmente quando ela faz cesárea, aí já é uma dificuldade a mais [...]”

PS16: “[...] a minha área, a área da dona Gisele, da Kamila, já é um pouco mais afastada aqui do posto, já são aquelas mais no limite já de Ananindeua, dessa parte aqui do conjunto, do bairro. Aí, já é mais complicado o atendimento quando essa mãe não pode vir, complicado esse atendimento domiciliar que deveria ter [...]”

A inquietação a respeito deste quesito é também sintomático em outros estudos, como apontado no estudo realizado em ESF no Rio de Janeiro, onde revela como um obstáculo o acesso aos domicílios, uma vez que são distantes da UBS, principalmente em locais onde são altos, sem asfalto e calçamento, dificultando a realização das visitas. (KLEBIAN; ACIOLI, 2014). Outro quesito que emergiu como fator dificultador para a realização das visitas pelos ACS, assim como das puérperas irem ao serviço foram às condições climáticas, uma vez que as ruas ficam alagadas e muitas mães não possuem veículos para o transporte. Com mostra a seguir:

PS3: “[...] a mãe demora a ir na unidade avisar que o neném nasceu, ou porque tá em tempo muito chuvoso, aí ela fica com medo de sair com a criança, aí a gente já começa o acompanhamento a criança já tá quase com um mês, já tá saindo daquele ciclo [...]”

PS30: “[...] O tempo de chuva não tem como ir, muita lama [...]”

Embora não tenha sido explanada questões referentes ao sol como dificuldade nas visitas, a chuva se fez presente nas falas de alguns dos entrevistados. Pôde ser observado as alterações climáticas como fator que dificulta a atuação dos ACS na comunidade, igualmente, esse fator também foi revelado na pesquisa de Brand “Segundo a legislação, é responsabilidade da empresa/instituição pública fornecer aos seus contratados, gratuitamente, equipamentos de proteção individual em bom estado e de acordo com os riscos ocupacionais.” (BRAND *et al.*, 2010). Foi salientada em algumas entrevistas a escassez de profissionais nas unidades como um aspecto relevante que embate com o excesso de demanda no serviço. Essa superlotação de usuários implica na assistência prestada pelos profissionais, que muitas vezes não conseguem suprir as necessidades da população, como os ACS relatam, nas falas a seguir:

PS21_ “[...] dificuldade que a gente tem é no caso assim da unidade assim, no momento não tem médico, não tem

pediatra, aí a gente encaminha pra lá, é ruim assim por causa dos prontuários, né?! Às vezes a gente quer marcar alguma consulta e não tem, às vezes a gente nem tá sabendo e quando vê elas já estão lá no posto, aí ficam ligando pra gente porque querem o prontuário, que os médicos só atendem se tiver o prontuário, o complicado é esse. Não ter pediatra aqui na unidade, né?! Somente a enfermeira”.

PS1_ “[...] é mais pelas questões do tempo disponível até mesmo da demanda da unidade, tá entendendo?! Que as vezes é muita gente pra poucos profissionais, por exemplo a primeira consulta tem que ser com a enfermagem, certo? Então torna-se difícil, porque como a demanda é bem extensa aí as vezes é difícil a gente marcar logo uma consulta pro recém-nascido. As vezes o recém-nascido chega em casa e depois de 15, 20 dias que a gente vai conseguir marcar as consultas e isso é uma das barreiras que nós enfrentamos pra não trazer esse recém-nascido logo pra dentro da unidade [...]”

Outras questões abordadas na fala dos ACS, estão atreladas a realização e não realização dos exames na unidade, fazendo com que os profissionais referenciem os usuários a outras unidades para que os mesmos não fiquem sem o devido atendimento, como são citados nas falas a seguir:

PS29: “[...] na verdade, tem essa dificuldade em relação a realização de exames, por que os exames não são feitos aqui na unidade. Então, temos que encaminhar essa paciente pra Ananindeua, outras unidades, aí elas acordam cedo para chegar e pegarem um não. Então essas coisas são complicadas, é difícil acesso pra elas, elas não têm condições [...]”

PS14: “Primeiro são os testes, orelhinha, pezinho, porque os postos de saúde a maioria só fazem o do pezinho aí a gente tem que tá procurando pra orientar onde essa paciente pode ir fazer os testes, porque o certo seria fazer tudo junto, né, nasceu já faz os três [...]a outra dificuldade é medicamentos”.

Com base nas entrevistas, outro quesito fortemente relatado pelos ACS foi em referência à carência de recursos materiais que deveriam conter na unidade, como balança, papéis de documentação em geral e folder como ênfase nas práticas de educação em saúde, já que o papel principal do ACS são as orientações que contribuem para a promoção à saúde e prevenção de doenças reveladas nas falas abaixo:

PS8: “É, às vezes tem sim dificuldade, né?! De... o... às vezes a dificuldade de mais assim, de papel, né?! De não ter pra organizar o prontuário [...]”

PS12: “Como o trabalho e de orientação eu não sinto dificuldade, porque antigamente vinha muito folder, hoje em dia não, tá precário. Então a gente usava muito isso, mostrando pras mãezinhas os cuidados com o recém-nascido [...]”

E relatam ainda questões estruturais da própria UBS. A precariedade de alguns recursos, ausência de alguns instrumentos necessários para a realização de suas rotinas de trabalho, como é explícito na seguinte fala:

PS2_ “[...] A dificuldade que a gente encontra com relação a isso é assim, mais o apoio de estrutura que a gente não tem na Unidade de Saúde, a gente não tem essa

estrutura que a gente deveria ter, quando, por exemplo, quando uma criança chega, a gente que é uma equipe que deveria... pelo menos lá tá dizendo que a gente é uma equipe, mas não é, estruturalmente falando, então a gente, tem muita coisa que a gente não tem que a gente tem que tá pedindo emprestado. Antigamente a gente não podia ter acesso à sala do peso daqui da unidade, que lá tem a balança para a criança, então o que a gente fazia, quando a criança vinha pra pesar, pra ver peso, até hoje acontece isso, a mãe sobe a balança com a criança, a gente pesa, aí depois alguém das meninas que estão na sala seguras a criança e a gente pesa só a mãe e lá a gente diminui peso, entendeu?! Quando, tipo, teve ontem que faltou energia, aí a balança já não funcionou, a balança da unidade que a gente via lá com as meninas e as meninas pesam pra gente ou a gente pesa mesmo. Então a gente, a gente tem essa dificuldade, de pesar, de verificar a altura e tudo mais, entendeu?! [...]”

Subcategoria – Excesso De Demanda: No que concerne ao excesso de demanda, foi identificado durante as entrevistas que uma minoria dos ACS questionou a respeito da quantidade de famílias as quais eles são responsáveis, ultrapassando o que é preconizado pelo ministério. Esse excesso de pessoas repercute na sobrecarga de trabalho, ocasionando uma falha na assistência, já que os ACS não conseguem estar a par como deveria do que passa em cada família, como mostra a fala abaixo:

PS3: “[...] A gente sente assim outras dificuldades em relação aos recursos, o tempo, porque nós temos muitas famílias para visitar, são mais de 600 pessoas que a gente tem que visitar, então não dá para “tá” toda semana naquela família, então a gente sempre procura ao máximo dar toda assistência para o recém-nascido, mas é aquela questão, quando a mãe não procura aí às vezes a gente sabe depois, porque a gente não tem como tá constantemente lá, então a gente sabe depois. Ou então a mãe, ela se queixa de algum serviço do posto que demora, exames que às vezes a criança precisa porque às vezes a criança nasce com algum tipo de dificuldade aí ela precisa fazer um exame, ela precisa fazer um acompanhamento, no SUS geralmente demora, às vezes é complicado, tem “n” barreiras, não tem material, aí a mãe tem que fazer particular, às vezes ela não tem condições de fazer condições de fazer particular, aí tudo isso a gente sente aquela dificuldade, porque a gente não pode interferir dessa maneira, a gente só pode orientar, dizer como é, o tempo, onde faz, mas a gente não pode agilizar e resolver [...]”

Subcategoria – Registro De Nascimento: Entre os empecilhos relatados pelos ACS em nossa pesquisa, uma minoria destacou a grande dificuldade de vincular o RN ao serviço, já que o registro de nascimento ainda não tinha sido declarado pelos responsáveis. Um dos entrevistados destacou a dificuldade que a mãe tem de registrar seu filho, delongando a efetivação da matrícula, ocasionando um embate na atuação dos serviços de saúde para com o RN. Como mostra a fala a seguir:

PS3_ “[...] Em relação ao recém-nascido o que às vezes é muito assim... a dificuldade às vezes que as mães têm de registrar criança, porque para abrir a matrícula a pessoa tem que ser registrada, aí às vezes demora para registrar, tirar a “certidãozinha” da criança, os

documentos da criança, aí a gente sente uma dificuldade [...]”.

Subcategoria – Não Assimilação Das Práticas De Saúde

Podemos observar que muitas vezes a população tem informação sobre questões de saúde, porém o fato de saberem necessariamente não os credencia a sua realização no seu cotidiano. Observem nas falas do ACS:

PS11: *“Não, eu não sinto muita dificuldade, a maior dificuldade mesmo é em relação ao aleitamento materno exclusivo, porque a gente fala uma coisa e aí elas praticam outra, dizendo que a criança não se satisfaz que teve dor de barriga [...]”*

PS15: *“[...] só que muita das vezes a gente orienta e a mãezinha ela não cumpre, né?! Ó, a gente vai lá, tá amamentando? Ela diz: tô [...]”*

PS20I: *“A dificuldade que eu tenho é justamente em algumas mãezinhas se recusarem a fazer o que a gente orienta. Tu sabe, né?! Trabalhar com pessoas é difícil[...]”*

Embora a não assimilação tenha sido uma situação predominante segundo das falas acima, há relatos em contrapartida que revelam mães conscientes da importância e que desenvolvem as ações conforme são orientadas.

PS15: *“[...] mas a gente acaba descobrindo que ela não tá só na amamentação, querendo ou não a gente descobre, entendeu?! Mas tem mãezinha que ela cumpre a nossa orientação, tanto a orientação da enfermeira e do pediatra, cumpre mesmo.”*

A pesquisa de Cardoso e Nascimento (2010) sobre o ACS como elo integrador entre a equipe e a comunidade expõe que os ACS, além de sofrerem com a recusa de a visita domiciliar por parte dos moradores, lidavam também, com a omissão das famílias com determinadas informações à respeito as saúde do neonato, danificando o seu processo de trabalho.

Subcategoria – Recusa da Atenção Por Meio do ACS: No que diz respeito à recusa da comunidade pelas ações desenvolvidas pelos ACS, um terço dos entrevistados expuseram dois pontos relevantes para a presente discussão, são eles: a resistência familiar durante as visitas domiciliares e a não aceitação ou valorização desses profissionais a partir da percepção dos ACS. Foi possível extrair das entrevistas que a família, principal responsável pelos cuidados com o RN, muitas vezes não aderem às informações socializadas pelos ACS, bem como, não mostram interesse ao serem visitados pelos ACS. Tal comprometimento atua com barreira para efetivação do desenvolvimento de ações junto a família. Observem no relato do ACS:

PS2: *“[...] A gente sempre encontra (família resistente), as vezes eu faço visita em cima de uma calçada, porque as vezes, por exemplo, tem uma caso que uma moça ela tem duas crianças, eles já estão com 1 ano, que eles são gêmeos, só que (...) a sogra dela, que ela mora com a sogra, ela já é um pouco difícil de lidar, né, ela só chega próximo de mim quando ela precisa de alguma coisa, mas quando sou eu que preciso de uma informação, de atualizar cadastro, de fazer qualquer coisa ela já tem um resistência e aí eu acabo fazendo aquela visita em cima*

da calçada dela, com a moça que tem os dois filhos, entendeu?! Aí eu já, ela já traz o documento, é... (...) Nem sei se é devido ao ambiente que vive, tem uma certa vergonha, algum preconceito de si, né, então eles já não deixam. Então tem famílias assim, nesse aspecto de resistir à visita.[...]”

Outro fato destacado na entrevista no que o ACS interpreta como resistência da família, refere-se ao fato do não comparecimento da puérpera junto com seu RN a consulta, depois de repetidas chamadas, como mostra a fala abaixo:

PS19: *“ [...] se tem dificuldade, é mais na resistência, né?! De muitas vezes essa mulher não quer ir na unidade, pois a gente orienta desde o início, a gente falou olha já está agendado a tua consulta, a consulta do teu bebê e ela simplesmente fala: ah, não vou! Então é complicado, né?! Já houve casos assim. E eu não posso carregar essa mãe no colo, né?! Então, tem essa dificuldade, né?! [...]”*

Os ACS em suas falas impõem alguns julgamentos no qual não cabe coloca-los. É importante fazer uma avaliação mais fiel de como estas mães olham o serviço, quais suas dificuldade e quais e qual seria a melhor maneira de empatizar juntos as mães, a fim de que esse grupo possa melhor se acolhido. O ACS precisa na sua comunidade de atuação, ter uma postura para traçar medidas que melhorem esses embates.

PS24: *“[...] a maior dificuldade às vezes é com a mãe, porque tem mãe que acorda tarde aí não quer trazer o filho para as consultas, né?! (...) daí como é cedo elas não querem acordar por preguiça. Mas, as dificuldades mesmo é mais com a mãe [...]”*

Compreendendo que a saúde do RN não é de responsabilidade somente do serviço, mas também da família, é essencial que haja essa ligação entre ambas para uma saúde de qualidade. Porém, algumas famílias não dão a devida importância desse elo e se recusam a cumprir com as orientações que foram oferecidas pelos ACS. De acordo com os próprios ACS a comunidade possui certas restrições aos seus serviços, muitas vezes desencadeando uma não valorização desse profissional, como podemos observar na fala a seguir:

PS28: *“Sim, elas não acreditam muito no que a gente fala, porque nós somos ACS, né?! Então, elas falam vocês não sabem de nada [...]”*

Sobre a recusa da atenção por meio dos ACS, observou-se uma dificuldade no vínculo interpessoal entre a família e o agente, o que afeta na aceitação das visitas e no processo de trabalho dos mesmos, relatado na fala a seguir:

PS6: *“[...] eu tô há pouco tempo na área então eu estou naquele processo de conquistar as famílias, de conhecer. Assim, quando eu me identifico como agente de saúde dificilmente no primeiro dia eu vou da porta, outras pessoas não, elas mandam entrar. É uma dificuldade, mas é uma dificuldade do humano normal. Essa dificuldade acho que faz parte do pouco tempo que tenho na prática.”*

Em sua pesquisa a respeito do consenso e das diferenças em equipes do PSF, Pedrosa e Teles (2001) retratam a afinidade entre as experiências das famílias justificando a resistência das

mesmas para com os agentes, dificultando o desenvolvimento das ações específicas dos ACS. Retratam, também, que essa resistência é influenciada pela desconfiança pessoal com o agente, por conta da demora da identificação oficial. Outro ponto relevante extraído das falas é a recusa de alguns usuários às visitas dos ACS devido a não utilização dos serviços públicos de saúde, por serem usuários de serviço privado, optando pelos planos de saúde como retrata nas falas abaixo:

PS27_ *“Sim, tem pessoas que as vezes tem plano de saúde e não aceita nossas visitas em casa, aí ela diz: não precisa, porque eu tenho plano de saúde [...]”*

PS7_ *“[...] a gente tem que ter tantas famílias, tantas pessoas, como falei para você, mas nem todos nos recebem. Às vezes, sei lá, a gente bate lá, mas eles não recebem, tipo “não, não quero, não preciso dos seus serviços, eu tenho Unimed, tenho Hapvida, tenho plano de saúde não sei o quê” porque tem muita mãezinha que não faz o pré-natal na unidade, faz particular, o que elas vêm para unidade que não tem no particular ou é muito caro? Vacina. Então tem essa dificuldade, a gente tem, aí elas não recebem, simplesmente não abre a porta, não aceita, dá desculpa que não quer, que não precisa”.*

Subcategoria – Cultura: As questões culturais são categorias que permeiam o processo saúde doença da população de um modo geral. Dessa forma muito importante é este aspecto ser levado em conta os processos dos trabalhadores de saúde. O ponto de maior predominância nos relatos dos ACS foi a respeito da introdução de alimentos no período do aleitamento materno exclusivo, como chás de ervas, água e outros. Esses cuidados inadequados são oriundos de crenças antigas de famílias, fortemente usados pelas avós, por exemplo, dificultando que as mães adotem as informações que são oferecidas sobre AME, como mostra as falas a seguir:

PS20: *“[...] trabalhar com pessoas é difícil, principalmente quando tem parente que se mete no meio. Nas minhas visitas tem algumas famílias que a vó se mete, aí eu tô lá falando algo importante e ela diz que nada eu dei tudo isso pra vocês e nenhum morreu... tá tudo vivo. Então são essas coisas que atrapalham sabe?! Tem mãe que é difícil [...]”*

PS13: *“[...] são basicamente essas, a interferência da família que a gente dá uma orientação e vem a vó e dá outra (...) a dificuldade é mais da família mesmo [...]”*

Caldeira *et al.* (2000) retrata sobre a situação do aleitamento materno em Montes Claros/MG, é evidenciado que há fatores de maior probabilidade que interferem no aleitamento materno exclusivo, dando destaque a introdução de alimentos como chás, água e suco, que muitas vezes estão diretamente relacionados a questões de crenças e culturas. Essa prática permeia a maioria das famílias por influência de parentes mais velhos que relatam ter mais “experiência de vida” e trazem esses costumes como fonte de cura para “cólicas” ou destacam a maior saciedade do RN. Como podemos observar na fala a seguir:

PS11: *“[...] só que às vezes quando a gente chega na residência a mãe já deu chazinho porque a vó recomendou. Aí tem que fazer de novo a orientação [...]”*

Vieira *et al.* (2004) reforça a relevância do uso de chás pelas famílias, especialmente no primeiro mês de vida, entretanto, o principal motivo se trata a respeito de cura medicinal e não na complementação nutricional do neonato.

Categorias 3 – estratégias de planejamento na atenção ao rn

No presente estudo, foi indagado aos ACS a respeito de estratégias traçadas por sua equipe para o desenvolvimento de ações dos ACS junto aos recém-nascidos de suas micro áreas, sendo relatado pela maioria que não existe um planejamento ou momentos em que se discutam aspectos relacionados a saúde de grupos sociais. Foi expresso por três entrevistados, a necessidade de se estabelecer planejamentos para o grupo uma vez que é essencial para a melhoria da saúde do RN, emergindo assim as subcategorias tais como: abordagem grupal e ausência de planejamento.

Subcategoria – Abordagem Grupal: A abordagem grupal, é uma necessidade sentida por algum ACS no desempenho de atividades junto aos Recém-nascidos, porém não é uma prática organizada pela equipe. Foi possível perceber que os ACS pensam a respeito de criar uma abordagem grupal com as puérperas para socializarem sobre as práticas de cuidado e esclarecer as dúvidas, como mostra a fala abaixo:

PS8: *“Olha, desde quando entrei aqui a gente ainda não fez nenhuma palestra, nada. A gente tá programando agora pra fazer pras mães, porque como a enfermeira disse pra gente, às vezes ela perde muito tempo na consulta justamente com essa parte de orientações, aí poderia chamar as mães e dar uma palestra do que ficar uma por uma atendendo.”*

Foi possível observar também, que a minoria relatou sobre o estudo de novas ações realizado por uma nova equipe, porém nada ainda tinha sido efetivado. Como mostra a fala a seguir:

PS27: *“Bom, nós estávamos sem enfermeira. Agora que chegou uma nova ela tá tentando fazer isso aí, ela tá estudando estratégias para a gente começar, até o momento a gente tá na organização ainda.”*

Subcategoria – Ausência de Planejamento: Apesar da não realização do planejamento dos ACS, os mesmos acham interessante o uso desta ferramenta em seu processo de trabalho e lamenta o fato de não o fazer. Observem a fala

PS22: *“Olha, às vezes sim. Mas, como a gente diz, a gente peca muito em relação a isso. Fazer um planejamento, né?! Maior assim, é meio precário mesmo, deveria ter.”*

Os autores Vilasbôas e Teixeira (1999), discutem que o planejamento compreende como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

PS28: *“Não, a gente não faz nenhum tipo de trabalho.”*

PS19: *“Atualmente, não (...) voltado para o RN não [...]”*

Categoria 4 – fortalecimento das práticas em saúde ao rn

Foi indagado aos ACS se os mesmos sentem necessidade de melhorar as suas práticas na atenção ao grupo dos RN e de que maneira essa melhora ocorreria. A grande maioria relatou sentir necessidade de melhorar suas práticas e elencaram algumas estratégias para isso, tais como: fortalecimento do conhecimento dos ACS; palestras; capacitação e; uso de materiais didáticos no processo educativo. De acordo com os mesmos, alguns fatores precisam ser melhorados individualmente e outros fatores precisam ser melhorados por meio de condições externas, que muitas vezes independem de suas vontades e de sua competência de atuação, como relata o entrevistado a seguir:

PS7: “[...] o que é pra melhorar não nos cabe, que é a parte burocrática. Não é nossa capacidade, nossa capacidade é atenção básica, é dar o suporte que nós fomos treinados pra fazer.”

Outra questão muito pertinente na fala dos ACS são questões que atravessam seu processo de trabalho, no qual não requer a solução pelos mesmos, são situações que compete ao poder público. Os mesmos verbalizam que a esfera governamental deveria promover recursos e condições melhores à saúde pública, porém não o faz. Desta maneira, os mesmos acabam desmotivados, seja pela falta de recursos, seja pela desvalorização dos ACS. Isso é um ponto que deveria melhorar, conforme relatou um dos entrevistados. Observe um trecho da conversa:

PS1: “[...] É como eu sempre falo assim mesmo, eu já fui 99%, hoje eu sou 51... 50,1% que é justamente só pra não ser menos, tá entendendo?! Eu particularmente já trabalhei com o maior carinho do mundo, porque nós tínhamos um respaldo. Nós tínhamos o que fazer realmente na área para o que nós fomos contratados (...) O papel do agente de saúde é muito lindo, é muito lindo mesmo (...) Infelizmente nós não temos o apoio necessário pra realizar este papel como deveria ser realizado (...) Os nossos gestores, o governo em si, ele não se preocupa tanto com essa questão da saúde primária, que é a nossa, da saúde básica, da atenção básica [...]”

No cotidiano dos ACS as dificuldades que perpassam seu trabalho extrapolam atividades inerentes a sua atividade profissional. É necessária uma ação conjunta do poder público, pois na saúde – além de ser um direito – é dever do poder público fornecer condições que possam prover o bem-estar da população. Ainda como resultado de nossa pergunta, a minoria relatou não sentir necessidade de melhorar as suas práticas individualmente, justificando que tudo que está dentro de suas capacidades de atuação, já é realizado. Assim sendo, essa minoria relata estar atuando, individualmente, de acordo com o que é preconizado ao ACS, como é expresso na fala a seguir:

PSS14: “[...] individualmente, o que tá dentro da nossa possibilidade aqui a gente faz.”

Subcategoria – Fortalecimento do Conhecimento dos ACS

Aos entrevistados que responderam que sentem a necessidade de haver melhorias em suas práticas de saúde para com o RN, foi questionado a respeito de quais seriam essas melhorias e/ou de que maneira elas poderiam ser realizadas.

Notou-se a preocupação que os entrevistados possuem com a população de sua micro área e a vontade que os mesmos têm de aprimorar as suas práticas diárias para melhor atendê-los. Segundo eles, essa melhora em suas práticas ocorreria em consequência de um aprimoramento em seus conhecimentos pessoais, pois acreditam que o conhecimento que os mesmos possuem são precários. Esse desejo é evidenciado nas seguintes falas:

PS17: “[...]sim, nas atividades na área, ter mais informação pra passar pra essas mãezinhas [...]”

PS24: “[...] A gente tem que melhorar, porque o conhecimento nunca é demais. A gente acha que a gente sabe, mas a gente não sabe tudo. Eu acho que eu devo melhorar na parte de se reunir para ter mais conhecimento... Saber mais, para levar mais conhecimento nessas visitas [...]”

Comparando o presente estudo realizado por Brand *et al.* (2010) investigou quanto o conhecimento produzido e a satisfação gerada pelos ACS em seu trabalho. A grande maioria referiu a necessidade que sentem de aprimorar os seus conhecimentos. Um dos entrevistados expõe em sua fala: “sempre tendo conhecimento, quando se tem treinamento e qualificação é sempre bom, pois, nem sempre a gente sabe tudo”. A escassez do conhecimento relatado acaba por resultar em uma busca individual de informação. Com a necessidade de instruir certas informações e orientações, os ACS recorrem à meios não completamente confiáveis ou credíveis. O relato a seguir exemplifica tal situação:

PS2: “[...]quando eu tenho uma dúvida, por exemplo, que eu não tô com a minha enfermeira, eu geralmente procuro na internet e a internet querendo ou não tem coisas boas e coisas ruins, mas você tira certas dúvidas [...]”

Embora os meios de comunicação auxiliem nessa busca de informação expressa no parágrafo anterior, Cardoso e Nascimento (2010) investigaram em sua pesquisa realizada no Rio de Janeiro a respeito de quais interlocutores possuem maior influência na atuação dos ACS. Segundo os dados colhidos, a equipe técnica (médico, enfermeiro e dentista) é o interlocutor mais influente na atuação dos ACS, principalmente por meio de capacitações e reuniões. Já os meios de comunicação (TV, jornal e rádios) e os livros de saúde, manual do ACS e folhetos, utilizados como material educativo para treinamentos em serviço, foram mencionados como interlocutores de influência quase nula na atuação dos ACS. Havendo esse fortalecimento de seus conhecimentos, eles acreditam que se sentiriam mais seguros de realizar suas visitas e exercer suas funções e que haverá mais credibilidade por parte da população às informações que são compartilhadas por eles. É possível verificar neste trecho:

PS4: “[...] eu acho que o que eu preciso melhorar, não só eu, né, todos os ACS, é que a gente deveria ter uma formação, uma informação melhor para orientá-los melhor, em alguns quesitos que sejam básicos assim, que a gente deveria saber pra poder passar uma informação mais segura, com mais credibilidade. ”

Igualmente a percepção que os ACS do estudo realizado em Mossoró/RN corroboram com a percepção dos ACS do presente estudo sobre a vivência profissional dos ACS do PACS e PSF, relata que a minoria dos agentes entrevistados

respondeu não se sentirem preparados para exercer a profissão e relacionam esse despreparo à falta de credibilidade, desvio de função, falta de equipamentos básicos que poderiam ajudar o desenvolvimento das ações na comunidade e falta de infraestrutura institucional (ESPÍNOLA; COSTA, 2006). Em algumas falas foram expressas essa falta de credibilidade e insegurança com o exercício de suas funções não só proveniente da população, mas como uma dúvida dos próprios ACS para com seus próprios conhecimentos pessoais, como relata o entrevistado a seguir:

PS20: “[...] por que as vezes a gente fala de tanto ouvir falar, mas a gente acredita no que a gente tá falando? Eu aprendi que eu tenho que falar isso, isso, isso e isso, mas a gente sabe porque realmente sabe ou só decorou?”

A respeito dessa necessidade referida acima de haver mais informações e credibilidade em suas ações, Nascimento e Corrêa (2008) desenvolveram um estudo em Campinas/SP sobre a formação, inserção e práticas dos ACS. O estudo retrata a secretaria municipal de saúde de Campinas adotando um novo modelo assistencial em um PSF da região. Uma das atribuições desse modelo foi capacitar os ACS, o que resultou em um retorno positivo sobre essas capacitações, como salienta um dos ACS: “Eu acho que a capacitação foi a base (...) e depois da capacitação muita coisa a gente aprendeu também, e cada um tomou aí a sua forma de trabalho, o jeito de trabalhar. Eu acho que foi muito válido”. Essa carência no conhecimento descrita por alguns dos entrevistados foi, também, relacionada diretamente com a experiência que o ACS possui. Por exemplo, de acordo com uma das entrevistas, um ACS que possui mais tempo de serviço consequentemente possui mais experiência e conhecimento. Deste modo, nesta fala a falta de conhecimento está atrelada ao pouco tempo de serviço e experiência que o entrevistado possui:

PS10: “[...] entrei há pouco tempo, então tem situações que eu ainda não passei (...). As vezes a gente é abordado de uma forma pelo paciente que a gente não tá esperando, aí tem coisas que eu não sei dar a resposta ainda, porque é coisa nova pra mim, tipo pergunta de uma doença que não sei por onde que vai. Mas eu acho que é com o tempo, né?! [...]”

Subcategoria – Palestras: Uma das formas de garantir melhoras nas práticas à atenção neonatal por parte dos ACS foi relacionado à realização de palestras. Essas palestras que foram relatadas, em sua maioria, se remeteram à educação continuada. Os ACS entrevistados queixam-se da falta de informações ou escassez das mesmas. Referem que, embora haja um treinamento quando eles adentram no serviço, sentem a necessidade de mais informações, mais educação e mais aprendizado para que se sintam mais seguros ao realizar o seu serviço. É possível obter um melhor entendimento através das falas dos entrevistados:

PS2: “[...] raramente a gente tem uma manhã de palestra, uma manhã de conscientização pela prefeitura. Quem faz isso é a enfermeira, com os médicos da unidade, com a própria enfermeira ‘M.’ que passa muitas coisas pra gente (...) acho que precisa melhorar quanto a questão de informações [...]”

Uma questão pertinente descrita pelos entrevistados está relacionada a insegurança que os mesmos sentem devido a

essa escassez de educação continuada, por meio de informações e conhecimentos que deveriam ser compartilhados pelos gestores com maior frequência, e reiteram a execução do uso de palestras como forma de treinamento. Uma das falas retrata com propriedade tal situação:

PS9: “[...] em cima de palestras, né, porque tem muito tempo que parou as palestras em si, eu mesmo digo, fiquei com medo de você perguntar alguma coisa e eu fiquei assim ‘mas eu não sei mais a pega, não sei mais nada’ [...]”

Ao contrário dos demais relatos, fugindo do foco da necessidade de educação continuada, um dos pontos relatados com relação a necessidade de palestras se dá a necessidade de tal prática para a população, e não para os profissionais. Foi possível extrair de um dos entrevistados o desejo que o mesmo possui de realizar palestras em sua micro área, para levar informações para essa comunidade. Observe:

PS21: “[...] uma coisa que eu queria muito pra minha área era palestras, reunir um grupo assim, fazer palestras, porque isso a gente não tem [...]”

Subcategoria – Capacitação e Reciclagem: Uma quantidade expressiva dos ACS entrevistados referem sentir uma necessidade significativa de haver mais conhecimentos e informações para os mesmos. Eles acreditam que o fortalecimento desse conhecimento será alcançado por meio de capacitações e reciclagens. De acordo com o dicionário Aurélio (2015), capacitação é um período de assimilação de conhecimento, destreza e/ou habilidade para um determinado assunto. Essa capacitação é prevalentemente citada pelos ACS nas entrevistas, como podemos observar:

PS29: “[...] melhora você se capacitando mais, sabendo direito o que falar, como falar... então é se capacitando mesmo.”

É pertinente nas falas a inquietação que os mesmos possuem com essa carência de atualização profissional. Foi possível extrair de uma das falas que a constante mudança que ocorre nas políticas de saúde ou nas próprias informações de saúde acaba evadindo de seus conhecimentos e por isso é imprescindível que haja atualização dessas informações, como mostra a fala adiante:

PS27: “[...] eu acho que eu devo melhorar no sentido de ter mais orientação para a gente, porque toda vez, todo ano, o tempo todo tá renovando as coisas e a gente às vezes não tá atualizado, a gente fica por fora, né?! Então, mana, eu acho que a gente tinha que ter orientação do que tá mudando, nesse sentido.”

Ao pesquisar sobre o cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde de um PSF em Porto Alegre, Ferraz e Aerts (2005) obtiveram como resultado de sua pesquisa algumas ações que eventualmente possam otimizar o trabalho do ACS. Dentre estas ações destacaram a oferta de mais capacitações e educação permanente no PSF. Muitas vezes o ACS, que deveria ser a fonte de informações dessa comunidade, acaba descobrindo certas mudanças através de meios de comunicação ou através de terceiros. Observe nesta fala:

PS2: “[...] acho que precisa melhorar quanto a questão de informações, porque todo tempo tem alguma coisa mudando, todo tempo, então assim, como falo pra enfermeira, eu sinto falta de capacitação, porque as vezes tem uma informação que você não sabe, aí você só vai descobrir quando passa no *Jornal Nacional* (...) a gente precisa dessas capacitações, não só com os recém-nascidos como em todo o ambiente que a gente convive.”

A insegurança do saber acompanha o cotidiano de alguns desses profissionais, principalmente os que estão a menos tempo na área, sendo fonte de preocupação, em desempenhar função sem capacitação, pois não fizeram curso introdutório. Relatado na fala posterior:

PS5: “[...] eu que tô há 5 meses eu sinto toda a necessidade de ter mais capacitação (...) Então se eu me deparo com algum bebê que tenha uma dificuldade eu não sei, não sei, ‘marca com a doutora ou enfermeira, eu não sei’. Capacitação sempre.”

Em contrapartida ao parágrafo anterior, um ACS com maior tempo de serviço, apesar de ter um vasto conhecimento adquirido pelo tempo de experiência, está mais distante do treinamento que recebeu ao adentrar no PSF. É possível observar no relato a seguir a necessidade que um dos entrevistados sente de haver uma reciclagem dos conhecimentos aprendidos:

PS21: “[...] apesar de ter 17 anos (atuando na área) tem muita coisa ainda que tem que melhorar, tem muita coisa que a gente se esquece, tem que fazer uma reciclagem. Reciclagem constantemente [...]”

Subcategoria – Uso de Materiais Didáticos no Processo Educativo: Mesmo os ACS sentindo necessidades de uso de recursos didáticos em apoio ao desenvolvimento de processo educativo, é necessário discutir que a educação em saúde só constitui como uma ferramenta importante no processo educativo. Uma pequena parcela dos entrevistados destacou que seria interessante se houvessem alguns recursos para auxiliar no compartilhamento de práticas de saúde. Esses recursos foram destacados como materiais de apoio, como pode-se verificar:

PS19: “[...] para as minhas visitas eu gostaria de ter materiais em mão, papéis, folder, pra ajudar [...]”

Os ACS que citaram os materiais de apoio acreditam que a utilização desses recursos é uma maneira de otimizar a sua atuação com o RN, pois papéis e folders trarão mais eficácia à informação e melhorarão a capacidade de sintetizar as informações compartilhadas, ao invés de o profissional ficar só nas orientações verbais. Repare:

PS12: “[...] eu sinto necessidade pela falta mais de informativo, porque mesmo a gente explicando pras mãezinhas, mas elas tendo o folder pra leitura delas seria melhor [...]”

Outro ponto destacado em uma das falas foi quanto a utilização de recursos visuais para que pudesse ser realizado reuniões na comunidade para instruir esses usuários através de slides, que facilitariam a absorção das informações, como é destacado na fala a seguir:

PS12: “[...] a gente queria mais recursos pra slide, essas coisas, então até pra fazer reuniões na área mesmo [...]”

Subcategoria – Educação Em Saúde: Essa questão foi bem colocada e exemplificada pelo entrevistado a seguir, que ao expor uma situação que ocorreu em seu cotidiano de serviço alerta para a necessidade de haver uma boa educação em saúde para que haja um maior alcance social, observe:

PS25: “[...] um dia desses eu cadastrei uma adolescente de 15 anos que já teve um filho no planejamento familiar e depois quando eu vi ela já veio querendo marcar consulta de pré-natal, aí eu: ‘Menina, como assim?!’ Então tem que ter um acompanhamento, né?! Então, educação e saúde ela é fundamental, incentivo para a gente também, né?! Educar essas meninas a parar de usar drogas, dá uma ocupação para essas meninas, não é porque ela tem catorze anos que ela não pode ter uma ocupação, então é complicado, é nisso que eu acho que tem que melhorar.”

Considerações Finais

A grande maioria dos entrevistados reside na área em que atua como ACS, e uma minoria não reside na área. A maioria tem escolaridade de ensino médio completo e observa-se alguns ACS com acesso à educação superior com graduação completa ou cursando o ensino superior. A idade dos ACS do estudo compreende de 20 a 62 anos, com uma média de realização de visitas domiciliares de 8 a 12 ao dia. As ações de prevenção e promoção à saúde mais pertinentes no processo de trabalho do ACS referem-se a linhas de cuidados como o aleitamento materno (AM), a imunização e; testes de triagem neonatal, sendo os mais destacados na maioria das falas. Os cuidados destacados estão de acordo com as linhas de cuidados que devem ser trabalhadas junto ao grupo, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Outros cuidados, também foram relatadas como a higienização; fototerapia natural. A assistência na relação pré-natal x parto foi bastante destacada na fala dos ACS, e estas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. Muitas são as dificuldades relatadas pelos ACS que implicam no desenvolvimento de suas competências, dentre elas destacam-se: o enfrentamento da violência no trabalho enquanto problema relevante para a saúde dos trabalhadores da saúde, e também como aspectos dificultadores para os processos de trabalhos dos agentes comunitários de saúde. Outras dificuldades relatadas foram as questões culturais permeando a vida das pessoas na comunidade, interferindo na adoção de práticas de saúde, desta forma se faz necessário os ACS compreenderem a importância da antropologia na área da saúde, entendida em sua dimensão social e cultural. O processo saúde-doença está atrelado à organização dos grupos sociais e participa do processo cultural que os envolve, influenciando suas concepções individuais e coletivas. É preciso compreender que nem sempre é impossível desapropriar os sujeitos das concepções e representações arraigadas ao saber cultural.

REFERÊNCIAS

- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2004. <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14610>>
<http://www.revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3422/pdf_1> Acesso em: 02.jun.17
- ALBUQUERQUE, M. G. *et al.* A implementação das prioridades da política nacional de promoção da saúde: um balanço 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*. 4301-4311. 2014.
- ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.57 n.1. p. 19-25. Brasília, 2004.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(11):2865-2875. Bahia, 2012.
- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.13, n.1, p.51-60. [S.l.], 2008.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdos*. São Paulo: Edição 70, 2011.
- BARLOW, A. *et al.* Home-Visiting Intervention to Improve Child Care Among American Indian Adolescent Mothers. *ArchPediatrAdolesc MED/vol. 160*. [S.l.], 2006. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/affiliated-programs/family-spirit/_docs/proven-results/publications/1_-_Barlow_Varipatis-Baker_et_al_2006.pdf> Acesso em: 11.jun.17.
- BARROS, D. F de.; BARBIERI, A. R.; IVO, M. L.; SILVA, M da. G da. O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. p. 78-84. Santa Catarina: Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf>>
- BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Revista do Centro de Ciências da Saúde*. vol 34^a. n 1-2. p 37-43. Santa Maria, 2008
- BORNSTEIN, V. J. *et al.* Challenges and prospects of Health Popular Education in its contribution to the praxis of Community Health Agents. *Laborat, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz)*. Rio de Janeiro, 2014.
- BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e Insatisfações no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17143/11285>>. Acesso em: 08.jun.2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministro de Estado da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html> Acesso em: 05.jun.2017.
- ESPÍNOLA, F. D da. S.; COSTA, I do. 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*. p. 43-51. Rio Grande do Norte: Mossoró, 2006. Disponível em:
- JONES, G. *et al.* How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, [S.l.], v. 362, p. 65-71, 2003. Disponível em: <http://cdrwww.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_prevent_deaths.pdf> Acesso em: 31.mai.17
- JORGE, M. H. P de. M. Evaluation of the information system on live-births and of the use of its data in epidemiology and health statistics. *Revista de Saúde Pública*. Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1993. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/23933/25898>> Acesso em: 02.jun.17
- JORNAL A TRIBUNA. Teste Do Coraçãozinho Para Todos Os Recém-Nascidos. Saúde Acontece. *Jornal A Tribuna Mato Grosso Digital*. Mato Grosso, 2014. Disponível em: <<http://www.tribunamt.com.br/2014/07/teste-do-coracaozinho-para-todos-os-recem-nascidos/>> Acesso em: 15.jun.17.
- KLEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>> Acesso em: 16.jun.17
- VIANA, M. R. *et al.* Atenção à Saúde da Criança. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. 1ª edição. p.24. Minas Gerais, 2004.
- VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação local da vigilância à saúde nas áreas de abrangência do PACS-BA. Quartavessão. Salvador: ISC-UFBA, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.
