



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GESTÃO DE SISTEMA DE SAÚDE

Marina Garcia Cardoso de Aquino

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO  
À GESTANTE E À PUÉRPERA:  
Repercussões de uma Estratégia de Educação Permanente

Salvador

2014

MARINA GARCIA CARDOSO DE AQUINO

O Agente Comunitário de Saúde na Atenção à Gestante e à  
Puérpera: repercussões de uma estratégia de educação permanente

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Alcione  
Brasileiro Oliveira Cunha

SALVADOR  
2014

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

A656a Aquino, Marina Garcia Cardoso de.

O Agente Comunitário de Saúde na atenção à gestante e à puérpera: repercussões e uma estratégia de Educação Permanente / Marina Garcia Cardoso de Aquino. -- Salvador: M.G.C.Aquino, 2014.

67p.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Educação Permanente. 3. Gestante. 4. Puérpera. I. Título.

CDU 614

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva**

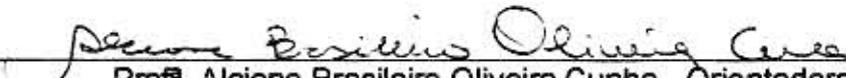
**Marina Garcia Cardoso de Aquino**

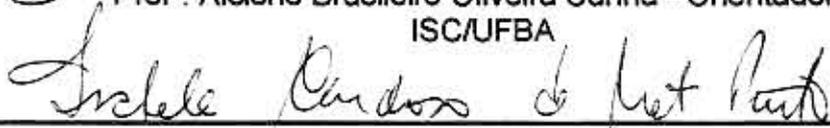
**“O Agente Comunitário de Saúde na Atenção à Gestante e à Puérpera: Repercussões de uma Estratégia de Educação Permanente ”**

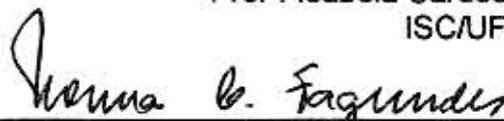
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 30 de setembro de 2014.

Banca Examinadora:

  
Profª. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha - Orientadora  
ISC/UFBA

  
Profª. Isabela Cardoso de Matos Pinto  
ISC/UFBA

  
Profª. Norma Carapirá Fagundes  
EEUFBA/ UFBA

Salvador  
2014

## AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento é a Deus, por iluminar minha vida e ter me rodeado com pessoas especiais que me apoiam na realização de qualquer sonho.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Alcione Cunha, pela orientação na condução deste trabalho e por me tranquilizar todas as vezes que pensei que não daria certo...

À Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS), por ser primeiramente minha grande escola, um lugar de harmonia, aprendizado e respeito.

Aos gestores da EFTS, em especial, à diretora Maria José Camarão, pela confiança depositada em meu trabalho e por me apoiar nessa jornada do mestrado (do início ao fim!), e à Ester e Virgínia, coordenadoras com escuta sensível e acolhedora, com quem tenho muito a aprender...

Aos colegas da EFTS, em especial, às minhas colegas-amigas do GT Saúde da Mulher e da Criança, e à Cláudia, minha também colega e parceira no mestrado.

Aos ACS, à enfermeira da Unidade de Boca da Mata, às gestantes e puérperas, que se prontificaram a participar desse estudo.

Ao meu pai Edmundo (*in memoriam*), que precisou partir antes de me ver concretizar esse sonho, pela sua generosidade e humildade que sempre me foram exemplo na vida.

À minha mãe Mary, e a minha irmã Aline, pelo estímulo e apoio. Às minhas amigas que sempre estiveram presentes me aconselhando e impulsionando com carinho.

Ao meu esposo Marcelo, meu grande incentivador.

Enfim... Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram com a conclusão desse estudo.

**“A educação não transforma o  
mundo. Educação muda  
pessoas. Pessoas transformam o  
mundo.”**

**Paulo Freire.**

## RESUMO

A atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui potencial para promover melhorias na assistência prestada à população, contudo, precisa ser guiada pela educação permanente. O curso de atualização na atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, é uma estratégia de educação permanente proposta pela Escola de Formação Técnica em Saúde, do estado da Bahia, que tem como objetivo a melhoria da atenção à gestante e à puérpera, mediante o trabalho e a qualificação das ações dos ACS, junto à população e aos serviços de saúde. O objetivo do trabalho foi analisar os efeitos do curso de atualização nas práticas dos ACS em uma USF do município de Salvador, Ba. A partir de documentos normativos foi construído um modelo lógico do Curso do qual derivou uma matriz de análise, utilizada para analisar as práticas dos ACS. Foram realizadas entrevistas semi estruturadas com os ACS e enfermeiros e usuárias gestantes ou puérperas. Constatou-se que o curso em questão foi uma estratégia que se mostrou capaz de provocar reflexão nos Agentes Comunitários de Saúde sobre as práticas relacionadas com a saúde da gestante e da puérpera, porém, as ações desenvolvidas ainda mostraram-se frágeis diante das atividades sugeridas pelo Curso.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Educação permanente; Gestante; Puérpera.

## ABSTRACT

The role of the Community Health Agent (CHA) has the potential to promote improvements in the care provided to the population, however, needs to be guided by ongoing education. The refresher course in health care of women in pregnancy and childbirth, is a strategy of continuing education proposed by the School of Technical Training in Health, the state of Bahia, which aims at improving care for expectant and postpartum by work and the qualification of the shares of ACS, with the population and health services. The objective was to analyze the effects of refresher course in the practices of ACS in a USF Salvador, Ba. From normative documents was built a logical model of the Course which derived a matrix analysis used to analyze the practices of ACS. Semi-structured interviews with CHWs and nurses and pregnant women or mothers were conducted. It was found that the course in question was a strategy that has been shown to provoke thought in the Community Health Agents on practices related to the health of pregnant women and postpartum women, however, the actions developed yet proved fragile in the face of suggested activities by Course.

Keywords: Community Health Workers; Continuing education; pregnant; Postpartum.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	08
1.1 Descrição do Curso	12
<b>2. OBJETIVOS</b>	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
<b>3. METODOLOGIA</b>	16
3.1 Elementos Conceituais	16
3.1.1 Atenção Primária à Saúde	16
3.1.2 Estratégia da Saúde da Família	17
3.1.3 A Estratégia: Educação Permanente	19
3.2 Estratégias de Investigação	21
3.2.1 Tipo de Estudo	21
3.2.2 Critérios de Seleção das Unidades	21
3.2.3 Unidades Seleccionadas	21
3.2.4 Informantes Chave	22
3.2.5 Técnicas de Coleta de Dados	22
3.2.6 Modelo Lógico	24
3.2.7 Análise de Dados	26
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	29
4.1 Organização do Serviço	29
4.2 Ações de Atenção à Saúde	31
4.3 Conhecimento dos ACS	36
4.3.1 Conhecimento sobre Pré-Natal	36
4.3.2 Conhecimentos sobre Puerpério	39
4.3.3 O que os Sujeitos Dizem sobre o Curso	40
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	43
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	45
<b>APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	54
<b>APÊNDICE B: TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	56
<b>APÊNDICE C: MATRIZ DE ANÁLISE</b>	62

## 1. INTRODUÇÃO

A organização de serviços de saúde no Brasil tem sido pautada pela garantia de acesso universal, buscando a integralidade do cuidado aos usuários, priorizando a Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da Estratégia da Saúde da Família (ESF) como porta de entrada aos serviços de saúde.

Diversos estudos tem evidenciado que a boa organização dos serviços tem viabilizado melhor acessibilidade (Cunha e Silva, 2010; Oliveira ET al, 2009) , maior integralidade do cuidado (Hartz e Contandriopoulos, 2007; Sousa ET al, 2011), mudanças nas práticas de acolhimento e maior vínculo com a equipe do ESF (Solla, 2005; Schimith e Lima, 2004).

Essas evidências contribuem para justificar a importância da organização dos serviços, reconhecendo, entre outros aspectos o papel de destaque da equipe de saúde, e do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sua potencial articulação com a comunidade.

Uma avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), realizada em 1994 já indicava resultados positivos no trabalho do ACS, dentre eles o reconhecimento do usuário pelo seu trabalho, a melhoria na cobertura vacinal, e o início precoce dos exames pré-natais (SILVA e DALMASO, 2002).

Pode-se notar ao longo de mais de 10 anos de trabalho do ACS, avanços nos indicadores de saúde na Atenção Básica, como a redução da morbimortalidade materna e infantil; aumento nos percentuais de aleitamento materno e imunização; melhor acompanhamento das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas; melhor cobertura de assistência pré-natal, melhor acompanhamento das doenças crônico-degenerativas e redução do número de internações (OLIVEIRA ET AL, 2010). Ou seja, o ACS é hoje um membro da equipe de saúde capaz de contribuir com a melhoria das condições de saúde da população.

Alguns autores (BACHILLI ET al, 2008; ARAUJO E ASSUNÇÃO, 2004) consideram que o fato do ACS residir na comunidade faz com que tenha maior facilidade de acesso aos domicílios e conheça melhor as necessidades locais. Ainda, é possível que as características e desejos tornem-se semelhantes, aumentando a efetividade das ações de educação em saúde por compartilharem do mesmo contexto social, cultural e universo linguístico (SILVA e DALMASO, 2002; FORTES e SPINETTI, 2004).

O trabalho dos ACS tem, ainda, potencial para contribuir com o envolvimento de lideranças locais nas discussões e enfrentamento dos problemas de saúde e determinantes sociais presentes no território (Santos e Fracolli, 2010; Tomaz, 2002; Galindo & Buelone, 2006), contribuindo assim para o processo de transformação social a partir de uma prática integrada à realidade local.

Estudos demonstram que processos educativos podem melhorar a ação dos ACS e conseqüentemente ocasionar repercussões no cuidado à saúde da população.

Frazão e Marquez, (2009), realizaram um estudo a fim avaliar mudanças ocorridas decorrentes de um programa de promoção da saúde bucal com ACS. Concluíram que houve mudanças na percepção dos usuários quanto às atitudes em relação à saúde bucal, e na auto-confiança, contribuindo para melhorar o acesso e uso de serviços odontológicos. Ressaltaram que tais mudanças podem ser um importante indicativo do papel dos ACS na promoção da saúde bucal.

Vidal et al, (2003) ao avaliar a aplicação da estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância) por ACS após treinamento, mediante a observação do uso do "Manual de condutas" durante as visitas domiciliares à crianças menores de cinco anos, evidenciaram que os ACS se mostraram aptos a seguir os passos preconizados pela estratégia para identificação dos sinais de perigo e de alerta, aumentando portanto a possibilidade de intervenção precoce, reduzindo o risco de complicações e, conseqüentemente, contribuindo para a redução da mortalidade infantil.

O estudo de Cesar et al, (2002), demonstrou que houve uma significativa redução na taxa de hospitalização entre menores de cinco anos, sensível aumento da utilização de soro reidratante oral e da cobertura vacinal básica, no Município de Itapirapuã Paulista, São Paulo. Esses resultados ocorrerem, após ACS participarem de treinamento com o objetivo de diagnosticar e iniciar tratamento de diarreia e infecção respiratória no domicílio, monitorar crescimento, incentivar imunização básica e orientar a introdução de alimentos à dieta entre menores de cinco anos. Observaram que os indicadores de saúde infantil nesse município foram melhores que os indicadores de um município tomado como controle, sendo bastante provável que os ACS tenham contribuído para essas melhorias (CESAR, et al, 2002).

Em outra investigação, Coriolano et al, (2012), realizaram um estudo baseado em uma ação educativa sobre cuidados em asma para ACS, visando a produção de mudanças no contexto de vida das famílias das microáreas de atuação destes trabalhadores, no município de Iguatu. Para a ação educativa, foi utilizada a

metodologia da problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Os pesquisadores observaram um acréscimo importante de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, despertando motivação na abordagem educativa junto às crianças/famílias com asma (CORIOLANO ET AL, 2012).

Compreende-se assim, que a ação do ACS pode contribuir para melhorias na assistência prestada à população, contudo, precisa ser guiado pela educação permanente, e articulado com a equipe do serviço de saúde, sob o risco de dificultar a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Estudos anteriores já evidenciaram tais dificuldades. Trabalho desenvolvido por Lopes et al, 2004, revelou que os ACS tiveram dificuldades para orientar às famílias sobre a preparação do soro de reidratação oral (SRO).

Outro estudo, que também revela fragilidades no conhecimento dos ACS é o de Fernandes et al, (2010), em que os pesquisadores buscaram identificar o conhecimento que apresentavam sobre envelhecimento e demência. Observaram que as concepções de envelhecimento apresentadas eram predominantemente cronológicas e negativas, e sobre a demência, constataram que alguns agentes desconheciam o assunto ou tinham informações equivocadas sobre a síndrome.

Ou seja, aspectos possíveis de serem solucionados diante de processos de educação permanente e da oferta de cuidado e orientações adequadas.

A atenção à mulher no período gravídico puerperal é uma importante dimensão do cuidado na organização dos serviços de saúde, sendo relevante que a atuação da equipe tenha qualidade, a fim de atender às necessidades de saúde desta mulher, e prevenir situações que possam favorecer a morbimortalidade materna.

Para promover a saúde da gestante, o serviço deve fornecer as bases do cuidado, através do atendimento articulado, humanizado e resolutivo (SILVA, ET AL, 2012).

Entretanto, alguns estudos revelam que a atenção à gestante tem sido pautada nas queixas físicas e caracterizada pela fragmentação das ações, sendo insuficiente no pré-natal, comprometendo a qualidade assistencial, e favorecendo os riscos de intercorrências no ciclo gravídico-puerperal (SILVA, ET AL, 2012).

A morte de uma mulher grávida no parto ou no puerpério revela falhas nas diretrizes políticas, por promoverem ações discrepantes com as necessidades da população; nos profissionais de saúde, pela falta de sensibilidade e comprometimento; e, na sociedade em geral, pela forma excludente com que se acostumou a viver (RIQUINHO E CORREIA, 2006).

Para enfrentar este grave problema, diferentes estratégias tem sido utilizadas. Estudo conduzido por Leal (2008) cita alguns exemplos de ações voltadas para assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, com efeitos positivos no cuidado. Entre esses, a grande parcela de partos hospitalares (97%); a implementação dos "comitês de óbitos maternos" criados a partir de 1988; a mobilização dos profissionais de saúde e da sociedade civil organizada constituindo comitês multiinstitucionais e multiprofissionais que expressam a participação e o controle social previsto no Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito da organização dos serviços, o avanço da ESF e o estabelecimento da atenção básica como porta de entrada aos serviços, têm sido apontados como grande responsável pelo aumento do percentual de gestantes com mais de sete consultas pré-natais (50%), com a garantia de acesso à atenção pré-natal acima de 90% (LEAL, 2008). Ressalta-se que o número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil (LAMARCA, 2012).

Em que pese a importância do cuidado à gestante no período pré-natal, o estudo de Silva et al, (2012), descreveu a trajetória do cuidado à gestante em unidades de atenção básica em uma cidade do nordeste, através do acompanhamento de 15 mulheres grávidas. Destacaram que quanto à visita do ACS, a minoria das participantes se lembrou da atuação desse profissional, sendo que uma se queixou de não receber o acompanhamento periódico. Apenas três gestantes relataram ter confiança no ACS, e para uma delas a atuação deste profissional foi imprescindível para a realização do pré-natal (SILVA ET AL, 2012).

Neste contexto, é possível pensar que a qualificação e a educação permanente dos profissionais de saúde e dos ACS, em particular, possam ser vistas como estratégias de melhoria da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Para a implementação de ações educativas em serviços de saúde, com foco na educação permanente, é necessário grande empenho na construção do material educativo a ser utilizado, considerando as necessidades do serviço, dos trabalhadores e da comunidade envolvida, além de esforços na articulação com gestores locais e municipais para fazer acontecer.

O curso de atualização para ACS na atenção à saúde da mulher e da criança, é uma estratégia de educação permanente construída e implementada pela Escola de

Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS), no estado da Bahia, que tem como objetivo a melhoria da assistência prestada à gestante, à puérpera e à criança.

### 1.1. DESCRIÇÃO DO CURSO

O curso de atualização para ACS voltado para saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal e da criança menor de 02 anos começou a ser desenvolvido na EFTS em 2010, atendendo ao pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal lançado em 2004 pelo governo, e encontra consonância com o proposto pela rede cegonha, lançado em 2011.

Dentre as suas estratégias, no que tange a educação permanente, este pacto considera a qualificação e humanização da atenção ao pré-natal, o planejamento reprodutivo, o parto domiciliar, o parto e nascimento, além da qualificação das urgências e emergências maternas e neonatais (BRASIL, 2004).

O curso tem carga horária de 60 horas, sendo 52 horas voltadas para teoria e 08 horas de atividades práticas. Destas, 35 horas são voltadas para o cuidado à gestante e à puérpera.

O guia curricular contempla a elaboração de um plano de ação voltado para a melhoria da assistência à mulher e à criança, a ser implementado na unidade de trabalho dos discentes, em acordo com as equipes de saúde e gestores de cada local ao final do curso.

Para a construção deste curso, foi realizada preliminarmente uma oficina de trabalho com a participação de ACS de 33 municípios do estado da Bahia, com o objetivo de levantar as reais necessidades desses sujeitos na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança menor de 02 anos.

A partir dos resultados do levantamento, foram realizadas leituras de textos relacionados ao tema, discussões em grupo formado pelos técnicos da EFTS para construção coletiva das atividades, textos e competências e habilidades a serem alcançadas pelos discentes.

Na construção, a pedagogia da problematização foi utilizada como base e direcionamento do processo. Com o guia curricular finalizado, o curso foi ofertado e implementado de forma descentralizada em alguns municípios da Bahia.

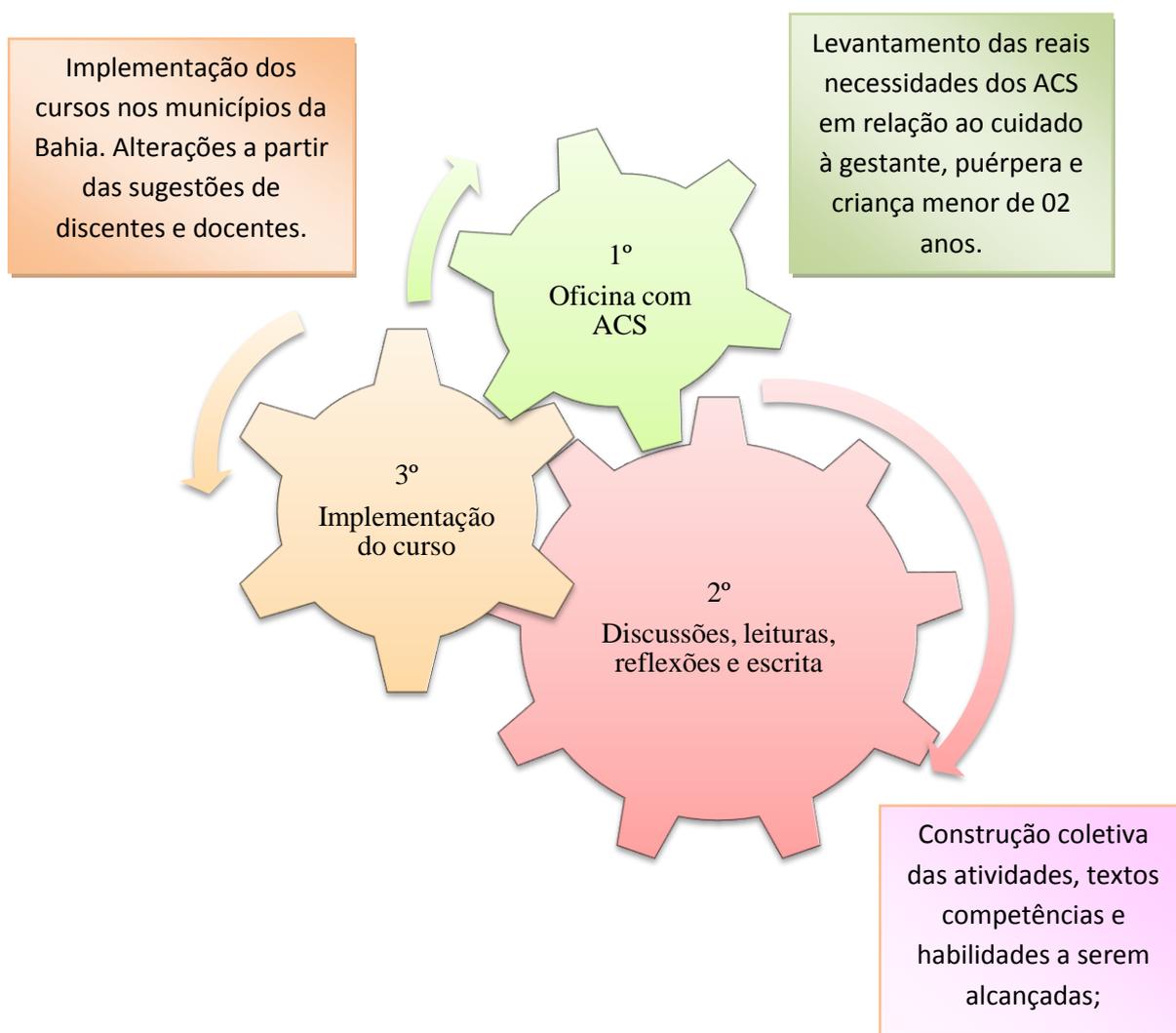
Os docentes do curso foram os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família de cada território, após participarem de uma capacitação pedagógica ofertada pela EFTS, com carga horária de 40 horas.

Cada turma foi composta por no máximo 25 discentes. O processo educativo foi realizado na própria área de atuação dos docentes e discentes participantes.

A cada curso novas alterações eram feitas considerando críticas e sugestões dos discentes e docentes.

A caracterização do processo de construção do curso encontra-se esquematizado na figura 01.

Figura 01: Processo de construção do curso de atualização para agentes comunitários de saúde visando à prevenção da morte materna.



Assim, uma vez que a proposta do curso de atualização é o de promover transformação nas práticas de saúde a partir da reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho e do território em que vive, este estudo busca identificar aspectos capazes de contribuir para aperfeiçoar o processo formativo em questão propondo a seguinte questão norteadora: Quais as repercussões do curso de atualização nas praticas dos ACS na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos do Curso de Atualização para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, em uma unidade de saúde do município de Salvador.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a organização das ações realizadas pelos ACS na assistência à gestante e à puérpera em uma USF de Salvador;
- Identificar os conhecimentos dos ACS em relação ao cuidado à gestante e à puérpera;
- Identificar potencialidades e fragilidades do curso em análise.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 ELEMENTOS CONCEITUAIS

##### 3.1.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas em saúde individuais e coletivas que constituem a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham como foco o usuário-cidadão (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

A declaração de alma ata (1978), que representa um marco histórico na atenção primária à saúde no Brasil, conceitua os cuidados de saúde primários como essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitos, com acesso para todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a participação popular, e a um custo que a comunidade e o país possam manter.

Considera ainda a atenção primária como parte integrante do sistema de saúde, sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com este, devendo, portanto estar o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. No Brasil, também tem sido reconhecida enquanto Atenção Básica conforme conceitua a Política Nacional da Atenção Básica de 2006:

“trata-se de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde... Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006).

A reorganização do sistema de saúde brasileiro orientada pela APS representa uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização dos serviços de saúde (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

Neste sentido, a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, cita que a atenção básica deve ser base, resolutiva, coordenar o cuidado, e ordenar as redes, a fim de contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Essa portaria define ainda que a educação permanente deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada", sendo a atenção primária considerada uma dessas portas. (BRASIL, 2011)

### **3.1.2 Estratégia de Saúde da Família**

A organização do sistema após a constituição do SUS em 1990, conduziu à proposição do Programa de Saúde da Família (PSF), que surge em 1994, tendo como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), enquanto estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 1997)

A Estratégia Saúde da Família nasce com o objetivo de produzir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2000). Entre as suas potencialidades pode-se estabelecer maior ênfase das ações voltadas para a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde, atuando de modo mais precoce sobre o processo saúde-doença.

A família, a partir de então, passa a ser entendida como um “espaço onde se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida”. Este cenário possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, conseqüentemente da necessidade de intervenções mais efetivas. (BRASIL, 1997)

O PSF, visto como estratégia adquire uma perspectiva inovadora para a APS no Brasil, estando voltada para a família e comunidade, e com potencialidade para promover transformações no modelo assistencial, contribuindo para a efetivação do direito à saúde (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

PAIM, (2008), concorda que a ESF representa uma possibilidade de mudança no modelo assistencial, tendo potencial para possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território.

Para atingir este objetivo a Equipe de Saúde da Família precisa conhecer a realidade da população adscrita, e desenvolver um processo de planejamento pactuado na programação, na execução e na avaliação. A expectativa é que 85% dos casos tenham resolutividade na Atenção Básica, e apenas 15% seja encaminhado para serviços especializados (BRASIL, 2000).

A equipe básica de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar em enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. A partir do ano 2000 foram incluídas as equipes de saúde bucal.

A recomendação é de que cada equipe acompanhe no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada 3.000. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) acompanha aproximadamente 750 pessoas, a depender da realidade geográfica, econômica e política, densidade populacional e a facilidade de acesso à Unidade (BRASIL, 2012).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surge em 1991, como estratégia para reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade materna e infantil, sendo os ACS incorporados pela ESF. Os ACS eram percebidos como “educadores permanentes” e formadores de elos entre os serviços de saúde e a comunidade (BARROS et al, 2010).

A profissão do Agente Comunitário em saúde foi criada através da lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, sendo seu exercício exclusivo ao âmbito do SUS. A sua atuação caracteriza-se por atividades de prevenção de doenças e promoção à saúde, através de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, em conformidade com as diretrizes do SUS. (BRASIL, 2002).

Em 2006, a lei nº 11.350 passou a considerar atividades do Agente Comunitário de Saúde na sua área de atuação, a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006).

Os demais profissionais da equipe de saúde da família também mantêm vínculo com a comunidade, mas nenhum deles é tão percebido como pertencente à comunidade como o ACS. (FORTES, 2008).

### **3.1.3 Educação Permanente em Saúde**

Para Paulo Freire, (2000), as transformações sociais não acontecem sem a educação. Este autor afirma que qualquer projeto que exclua a educação será inviabilizado, e que, independente do projeto, a prática educativa é mais eficaz quando os educando são desafiados pelo conhecimento a construir uma compreensão crítica de sua presença no mundo. Assim, consegue-se intervir no mundo, transformá-lo, ao invés de acomodar-se.

Apesar das capacitações serem as estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde, por visarem à melhoria do desempenho pessoal, é importante salientar que nem sempre constituem ações de educação permanente, uma vez que consiste, em grande parte, na transmissão de conhecimentos, com o intuito de atualizar novos enfoques, informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, o que não representa estratégia de mudança institucional (DAVINI, 2006).

Paulo Freire, (1996), afirma que para a teoria não correr o risco de virar “blábláblá”, é necessário haver reflexão crítica sobre a prática.

A educação permanente por sua vez, constitui-se enquanto estratégia fundamental às transformações do trabalho, propiciando que seja um lugar de atuação crítica,

reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIN, 2005). Requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere (DAVINI, 2006). Davini, (2006), enumera algumas características positivas da educação permanente: incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana, transformando as estratégias educativas, considerando a realidade como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; Retira os trabalhadores do lugar de receptores do saber, para serem atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação; Aborda a equipe como estrutura de interação, evitando fragmentação disciplinar; Amplia os espaços educativos para fora dos “muros” da aula e dentro das organizações, levando-os para o território onde o cotidiano do trabalho acontece.

Nesse contexto a pedagogia da problematização tem sido a mais indicada para a educação permanente, pois, segundo Berbel, (1995), esta metodologia permite o confronto entre as primeiras percepções dos discentes com o conhecimento já elaborado, consentindo uma análise e compreensão mais profunda, lógica e científica do que acontece na realidade, podendo assim atingir à transformação dos sujeitos e consequentemente da própria realidade.

A metodologia da problematização foi proposta por Charlez Maguerez, e explicada, pela primeira vez no Brasil, por Bordenave & Pereira em 1977. Esses autores citam que Maguerez denominava a metodologia da problematização como o “método do arco”, e utilizaram o esquema representativo da proposta para explicar essa metodologia (BORDENAVE E PEREIRA, 1982).

O esquema do arco de Charles Maguerez é composto por cinco etapas: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática). (BORDENAVE, 1983), como ilustra a figura a seguir:



## 3.2 ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

### 3.2.1 Tipo de estudo

Foi desenvolvido um estudo de avaliação dos efeitos do Curso de Atualização para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no Distrito Sanitário de Cajazeiras, no município de Salvador no ano de 2014, a partir da observação das práticas e dos conhecimentos dos ACS após a intervenção, comparados com os resultados esperados do curso e seus possíveis efeitos nas práticas. Trata-se de uma avaliação realizada com “um” grupo (pós-teste), devendo-se, considerar que não houve comparação com o mesmo grupo antes de sofrer a intervenção, nem com outro grupo que não sofreu a intervenção.

### 3.2.2 Critérios de seleção da unidade

A partir do contato junto à EFTS, foi identificada uma Unidade de Saúde da Família em que os ACS haviam participado do curso de atualização voltado para atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal e à criança. A escolha das USF foi realizada a partir da consulta aos relatórios técnicos da EFTS, tendo como critério a conclusão do curso em um tempo superior a um ano e inferior a dois anos.

### 3.2.3 Unidade selecionada

A unidade selecionada realizou o curso em maio 2012 e pertence ao Distrito Sanitário de Cajazeiras. O bairro de Cajazeiras é considerado um dos maiores aglomerados urbanos do Brasil, vivendo cerca de 600 mil pessoas, possuindo grande atividade comercial.

A unidade selecionada é composta por três equipes de Saúde da Família, totalizando 13 ACS. Dentre as três enfermeiras que lá atuam, apenas uma participou enquanto docente do curso avaliado. As outras duas enfermeiras eram profissionais recém contratadas, e que não haviam participado do curso.

### 3.2.4 Informantes Chave

Como informantes chave da pesquisa foram identificados oito Agentes comunitários de saúde da unidade selecionada que haviam feito o curso de atualização, uma enfermeira da unidade docente do curso e 04 mulheres no ciclo gravídico puerperal (03 gestantes e 01 puérpera) da área adscrita contactadas na residência ou no momento da consulta.

Os Agentes Comunitários de Saúde que participaram tinham em média 10 anos de atividade como ACS, três deles possuíam curso técnico na área de radiologia ou enfermagem e outros três estavam matriculados em cursos de nível superior na área da saúde (Biomedicina e Psicologia). Os outros ACS da amostra não possuíam nenhum curso na área da saúde.

Os ACS que participaram da pesquisa acompanham em média 148 famílias cada, contudo apenas três possuem no momento gestante em sua microárea (01 em cada área), e três estão atualmente acompanhando puérperas, totalizando 06 mulheres no ciclo gravídico puerperal na área adscrita. A enfermeira participante foi docente do curso em questão, tendo sido responsável por uma turma de 21 discentes, que incluía todos os ACS da USF estudada.

Participaram ainda 03 gestantes, entre o terceiro e o sétimo mês de gestação e 01 puérpera no puerpério tardio. Todas pertenciam às áreas cobertas por esses ACS.

Como critério de participação na pesquisa as usuárias deveriam ter idade superior a 18 anos, residirem na área adscrita à USF estudada, estarem grávidas ou no puerpério imediato ou tardio (até 45º dia após o parto). Para participação dos ACS e enfermeiros na pesquisa, estes deviam pertencer à equipe de saúde da família da unidade estudada, ter participado do curso em questão como discente ou docente e ter situação ativa na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

### 3.2.5 Técnicas de Coleta de Dados

Para coleta de dados foram utilizadas múltiplas técnicas, tais como:

- Análise documental:

✓ Guia curricular do curso: descreve as atividades a serem desenvolvidas no curso e as competências que os ACS deverão desenvolver a partir do mesmo: conhecimentos, habilidades e atitudes.

✓ Relatório do curso: Descreve os resultados do curso e o plano de ação elaborado para ser implementado após o término do curso na comunidade.

✓ Consolidado da Rede Cegonha: Período de Janeiro a maio de 2014, o consolidado retrata a quantidade mensal de pré natais e consultas puerperais realizadas na unidade no mês, além de subdividi-las por adolescentes e adultos e informar se a puérpera possui 06 ou mais consultas pré-natais realizadas.

✓ SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica): Série histórica das informações de acompanhamento de crianças e gestantes na Unidade, no período de janeiro a abril de 2014.

• Entrevistas semiestruturadas com os ACS, gestantes, puérperas, e enfermeiro a fim de caracterizar como se dá o acompanhamento das usuárias no ciclo gravídico puerperal (Apêndice A).

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora sendo construída uma matriz de análise, consolidando as perguntas e as respostas (Apêndice C), que auxiliou na análise dos dados.

### **3.2.6 Modelo Lógico**

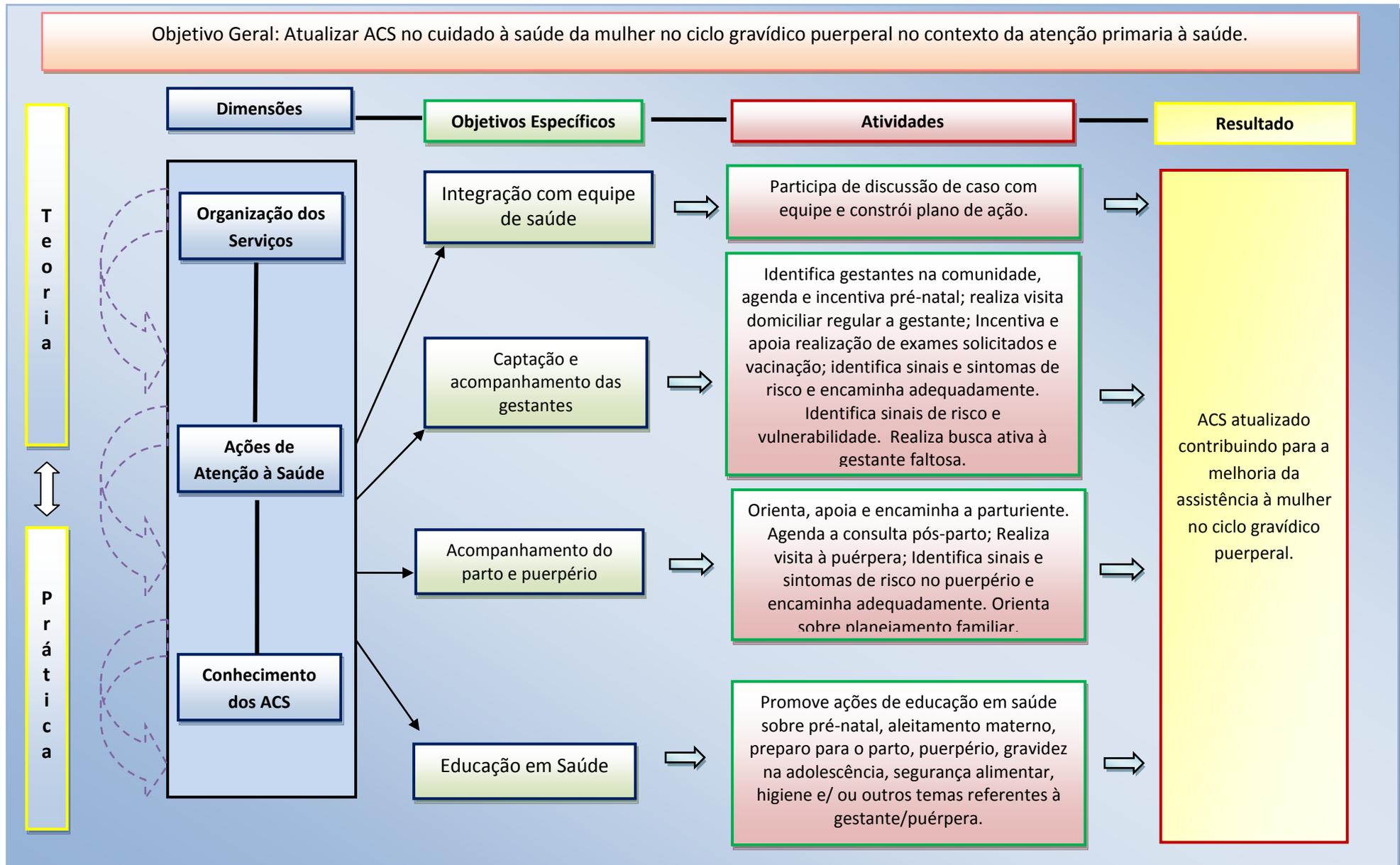
Para ampliar o nível de conhecimento acerca dos objetivos e atividades desenvolvidos no âmbito do curso de atualização em questão, foi elaborado o modelo lógico do processo educativo, articulado à proposição mais ampla sobre a educação permanente em saúde.

Esse processo foi realizado com base em documentos normativos como a PORTARIA N° 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família e o Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2013.

Para a construção deste modelo lógico, foi realizado um recorte do curso, que além de ser voltado para a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, considera também a saúde da criança menor de dois anos. Assim, foi enfatizado, no modelo lógico, apenas a saúde da gestante e da puérpera, objeto deste estudo.

Desse modo, o modelo, retratado na figura 02, considera e correlaciona os momentos de teoria e prática do curso, visando evidenciar os objetivos específicos deste processo educativo, as atividades desenvolvidas pelos ACS, e os resultados esperados com esta estratégia de educação permanente.

FIGURA 02: Modelo Lógico do curso de atualização no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal voltado para ACS no estado da Bahia.



### 3.2.7 Análise dos Dados

Para análise dos dados, foi construída uma matriz de análise derivada do modelo lógico, em que as variáveis foram agrupadas por três dimensões: organização do serviço, ações de atenção à saúde, e conhecimento dos ACS (Quadro1).

A primeira dimensão, Organização do serviço, refere-se à forma com que o serviço se organiza para prestar assistência à gestante e à puérpera, tendo sido observado se havia a presença de um plano de ação construído para guiar as atividades, e a qualidade dos registros da unidade: Sis prenatal, ficha SIAB e consolidado da rede cegonha de janeiro a maio de 2014.

A dimensão 02, Ações de Atenção à Saúde, tem como variáveis atividades de educação em saúde em sala de espera ou território, visita domiciliar à gestante e visita domiciliar pós parto e busca identificar as ações realizadas pelos ACS, comparando o que é feito com as atribuições desses profissionais, preconizadas pelo Ministério da Saúde, na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.

A terceira dimensão refere-se ao conhecimento dos ACS em relação ao cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal, tendo sido subdividido em conhecimentos relacionados ao pré-natal e conhecimentos relacionados ao puerpério, baseados nos conteúdos do Guia Curricular do Curso.

Todos os informantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Informado, tendo sido assegurado o sigilo dos entrevistados, conforme aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal da Bahia (CEPISC/UFBA).

Quadro 1 - Matriz de Dimensões, critérios e padrão para análise do Curso de Atualização para ACS na atenção á mulher no ciclo gravídico puerperal

<b>Dimensões</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Padrão</b>	<b>Evidencias</b>
1. Organizaçã o dos serviços	Plano de ação	Plano de ação construído em parceria com a equipe de saúde.	Entrevista com ACS, enfermeiro e registro na unidade.
	Gestantes, Identificadas na comunidade; incentivo ao pré-natal e consultas agendadas.	100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL  100% das Gestantes com no mínimo 06 consultas agendadas/realizadas;  100% das gestantes com a 1ª Consulta Pré-Natal realizada no 1º trimestre.  100% das gestantes com a vacinação em dia.	SISPRENATAL, ficha SIAB e consolidado da rede cegonha de janeiro a maio de 2014.
	Consulta pós-parto agendada	Ao menos 01 Consulta agendada/realizada entre 30 e 42 dias após o parto.	SISPRENATAL
2. Ações de atenção à saúde	Educação em saúde realizada com a mulher e família	Existência de orientações sobre temas relacionados ao ciclo gravídico puerperal.	Entrevista com ACS, mulheres e enfermeiro.
	Educação em saúde realizada na sala de espera;	Atividade de educação em saúde sobre temas relacionados ao ciclo gravídico puerperal realizado em sala de espera e/ou território ao menos uma vez no mês.	Entrevista com ACS e mulheres.

	Visita domiciliar à gestante	Visita domiciliar a 100% das gestantes, realizada ao menos uma vez no mês.	Entrevista com ACS, enfermeiro e gestantes.
	Visita pós-parto realizada	Visita domiciliar realizada até 30 dias após o parto.	Entrevista com ACS e enfermeiro.
	Encaminhamento ao Pré-natal	Encaminhamento ao pré natal das mulheres identificadas na comunidade como gestante.	Entrevista Não há registro formal na USF
	Busca Ativa das Gestantes Faltosas	Busca ativa realizada às gestantes que estão faltando às consultas pré natais.	Entrevista com ACS
	Identificação de sinais e sintomas de risco e encaminha adequadamente.	Identifica sinais de perigo na gestação e avisa ao médico e ao enfermeiro.	Entrevista com ACS
	Identificação de situações de risco e vulnerabilidade	Identifica na comunidade gestantes e/ou puérperas que estejam em situação de risco e vulnerabilidade e avisa ao médico e ao enfermeiro.	Entrevista
	Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal	100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL	SISPRENATAL
1. Conhecimento dos ACS	Pré-natal	Responde corretamente as perguntas relacionadas a esse tema, conforme os conhecimentos contidos no guia curricular do curso de atualização.	Entrevista ACS
	Puerpério	Responde corretamente as perguntas relacionadas a esse tema, conforme os conhecimentos contidos no guia curricular do curso de atualização	Entrevista com os ACS

## 2. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Curso de Atualização para ACS na atenção à Saúde da Mulher no ciclo gravídico puerperal foi uma estratégia que se mostrou capaz de provocar uma reflexão nos Agentes Comunitários de Saúde sobre as práticas relacionadas com a saúde da gestante e da puérpera, porém, as ações desenvolvidas ainda mostraram-se frágeis diante das atividades sugeridas pelo Curso. A análise a seguir tenta relacionar as dimensões e ações oriundas do Modelo Lógico (figura 1) elaborado em função de documentos normativos e projeto do curso, seguindo as três categorias propostas: organização do serviço, ações de atenção a saúde e conhecimento dos ACS.

### 4.1 Organização do Serviço

Conforme análise realizada, a USF investigada revelou problemas na organização dos serviços quando observados os resultados esperados após o curso de atualização, tanto diante da ausência de um plano de ação para o planejamento do atendimento à gestantes e às puérperas, quanto pela não realização de cadastro das gestantes pelo SISPRENATAL<sup>1</sup>.

Entre as atividades previstas no curso, está a elaboração em equipe de plano de ação voltado para a melhoria da assistência à gestante, a puérpera e à criança menor de 02 anos. Contudo, quando questionados se já participaram de alguma reunião para elaboração de um plano de ação voltado para a melhoria da assistência a gestante e a puérpera, todos os ACS afirmaram que sim, ainda que não tenha sido localizado na USF. Percebeu-se ainda que alguns ACS não possuíam conhecimento sobre o que seria um plano de ação:

*“agora mesmo tá reunindo a equipe para fazer uma palestra com mais assuntos para elas, xô ver... no ano passado, teve isso aí... a gente vai elaborar uma palestra com elas, uma sala de espera” (ACS 06)*

---

<sup>1</sup> O SISPRENATAL é um software que foi desenvolvido pelo Datasus, a fim de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), desde o início da gravidez até a consulta puerperal (BRASIL, 2012)

De acordo com dados do SIAB, de janeiro a abril de 2014, haviam 51 gestantes vinculadas à USF estudada, sendo que destas, 40 faziam acompanhamento pré-natal na unidade. Contudo, foi observado que essa unidade não possuía gestantes cadastradas no SISPRENATAL, dificultando obter dados sobre o cuidado às gestantes e puérperas na unidade. Para superar essa dificuldade, buscaram-se dados oriundos do consolidado Rede Cegonha, realizado pela área técnica do Distrito Sanitário de Cajazeiras, que revelou que nessa mesma unidade 90% das suas gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, 79% das puérperas realizou seis ou mais consultas pré-natais, e 97,5% apresentam vacinação em dia.

Ressalta-se que a captação de gestantes para o pré-natal no início do primeiro trimestre é essencial para o diagnóstico precoce de alterações, bem como para intervenção adequada sobre condições que possam colocar em risco a saúde da gestante e da criança (BRASIL, 2012). Assim, a ausência do SISPRENATAL na USF investigada representa um problema para o acompanhamento desse grupo

A cobertura de pré-natal de 79%, apresenta-se abaixo da média nacional (90%), porém, dentro dos padrões encontrados em dados referentes ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ, 2012), que apontam uma variação entre 66% (DF) a 96% (MT), no Brasil em 2010. (Brasil, 2012).

Por sua vez, estudo realizado por Dias-da-Costa et al, (2013) em municípios do Nordeste do Brasil, evidenciou que cerca de 19,2% da sua amostra apresentou cuidados de pré-natal considerados inadequados, quanto ao o início do pré-natal e a quantidade de consultas. Destacou que a maior probabilidade de realizar pré-natal inadequado permanece entre aquelas de maior idade e de pior escolaridade, e a maioria destas fez menos de seis consultas pré-natais.

Quanto à vacinação das gestantes, identificou-se que metade dos infomantes referiu que durante as visitas observavam se a gestante está com o cartão de vacinas em dia, sendo que todos citaram a antitetânica como sendo a vacina indicada na gestação.

Importante ressaltar, que entre as consultas pré-natais de alto risco realizadas na USF de Janeiro a Maio de 2014, aproximadamente 18% foram realizadas em gestantes adolescentes enquanto, entre as consultas de pré-natal de risco habitual, esse percentual foi de 8% apenas, revelando que a gravidez na adolescência necessita de um cuidado especial.

Observando a importância do acompanhamento da adolescente grávida, o curso de atualização dedica aproximadamente 10% de sua carga horária para a abordagem do tema, retratando-o como um problema de saúde pública, destacando os riscos e enfatizando a importância do planejamento familiar voltado para os adolescentes. Ao final da abordagem, é proposto a realização de uma atividade para o planejamento de uma ação educativa visando a redução de casos de gravidez na adolescência para ser implementado em sua comunidade após o término do curso. Moraes e Garcia, (2002) ponderam sobre a necessidade dos profissionais da área da saúde rever as formas de assistir as gestantes adolescentes, incorporando na assistência os seus familiares e planejando formas alternativas de atuar junto ao grupo.

#### **4.2 Ações de Atenção à Saúde**

Entre as ações de atenção à saúde, realizadas pelos ACS na USF estudada, a visita domiciliar destaca-se como a principal atividade no cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal. Apesar de realizada, a irregularidade na frequência das visitas foi revelada por alguns informantes, ao tempo em trouxeram o reforço à importância dessa ação.

*“Ela ainda não foi lá. Descobri que tava grávida com dois meses... eu vim fazer um teste de gravidez, tava desconfiando que tava grávida, aí fiz o teste e ela marcou, a médica marcou e pronto.” ( Gestante 03)*

*“Uma vez ao mês, e se a gestante apresentar alguma dificuldade, algum problema de saúde mais que uma, quantas for necessário”. (Enfermeira)*

*“Eu procuro dar uma atenção diferenciada, as visitas são mais frequentes, por que é de mês em mês que a gente faz as visitas, aí eu diminuo por conta de estar gestante. Com relação às puérperas a mesma situação, porque tá recente parida, muitas vezes não tem aquela técnica, o conhecimento na verdade, às vezes é mãe de primeira viagem e tal”. (ACS 01)*

*“Vai fazer cinco meses de gravidez e ela sempre passa lá, até mais que uma vez por mês, sempre ela tá lá perguntando como é que tá, se tá precisando de alguma coisa, marcar consulta, essas coisas, ela sempre tá presente” (Gestante 02).*

Quanto à visita domiciliar à puérpera percebeu-se através das entrevistas que elas também são regularmente realizadas após o parto, porém os ACS focam mais as orientações e o cuidado no bebê do que na mulher, inclusive como evidencia a fala de um ACS que ressaltou que não há peculiaridades na visita à puerpera:

*“A gente faz um acompanhamento normal, se está sentindo dores, algum incômodo, gestação não é doença, é questão de saúde, mas tem que evitar cigarro, evitar beber, se estressar.” (ACS 03).*

*“... primeiro a criança, como está sendo a higiene da criança, verifica superficialmente a queda do umbigo da criança, se está infeccionado, se não tá, qualquer intercorrência... referente a ela, a gente verifica a questão se ela veio para a questão dos pontos, para fazer a retirada dos pontos, se ela está seguindo as orientações adequadas que foram dadas à elas” (ACS 08).*

Apesar de o puerpério ser considerado como período de maior vulnerabilidade a intercorrências, tais como: hemorragias, infecção, intercorrências mamárias relacionadas à amamentação, e depressão puerperal, observa-se que, se comparado a outras fases do ciclo gravídico-puerperal, o puerpério tem sido a fase em que a mulher recebe menos atenção da equipe de saúde (STEFANELLO, 2008).

A visita domiciliar é reconhecida como uma importante atividade do processo de trabalho das equipes de saúde. Durante a visita domiciliar o ACS tem a oportunidade de conhecer os agravos que acometem a população, comunicar à equipe da ESF e retornar à comunidade com orientações, intervenções, ou encaminhamentos que possam evitar, abrandar, ou resolver os problemas encontrados, integrados com os profissionais de saúde e a própria população (ARAÚJO E ASSUNÇÃO, 2004).

Apesar de ser uma importante ação, a frequência e os objetivos da visita domiciliar se revelam um desafio para o serviço em outros estudos. Silva ET al, (2012) em seu estudo de mapeamento da trajetória do cuidado à gestante no serviço da atenção básica, entrevistaram 15 gestantes, identificando que apenas quatro lembraram-se da atuação do ACS e uma se queixou de não receber o acompanhamento periódico. Apenas três gestantes relataram ter confiança no ACS, e para uma delas a atuação deste profissional foi imprescindível para a realização do pré-natal. Ponderam ainda, que as visitas domiciliares dos ACS devem refletir em melhor adesão da mulher ao serviço de

saúde, maior facilidade do acolhimento e estabelecimento do vínculo com a equipe de saúde (Silva et al, 2012).

Outras ações citadas foram o encaminhamento ao pré-natal, educação em saúde, busca ativa das gestantes faltosas, e identificação de situações de risco, todas as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, (2012), como ações realizadas pelos ACS às gestantes e às puérperas, (Brasil, 2012).

Apesar de o planejamento familiar ser uma atividade também preconizada pelo Ministério da Saúde, os ACS não mencionaram a sua realização.

Metade dos ACS entrevistados referiu realizar o encaminhamento e orientação para a realização do pré-natal ou o acompanhamento junto a outros membros da equipe (médico e enfermeiro).

*“... A primeira consulta à gente indica procurar um médico, as demais com a enfermeira pra fazer o acompanhamento e já perto já, com uns oito meses, com a médica novamente” (ACS 03).*

É necessário que o ACS propicie não só o encaminhamento ao pré-natal, mas tenha condição e capacidade de priorizar casos, realizar a marcação da primeira consulta e contar de forma conjunta com a equipe de saúde, contribuindo assim para a melhor atenção à gestante resultando em uma gravidez mais saudável.

Miranda e Fernandes, (2010), em seu estudo, questionaram as mulheres sobre como ocorreu o agendamento da primeira consulta pré-natal. 42,85% consideraram tarefa fácil; 36,65% afirmaram que foi o ACS ou outro profissional que marcou a consulta e não houve dificuldade. Entretanto, 24,5% encontraram dificuldade, das quais 13,6% pernoitaram na fila para obter a senha para a primeira consulta.

Quanto à facilitação do acesso da gestante e puérperas para a consulta pré-natal e pós-parto, todos os entrevistados afirmaram que facilitam o acesso.

*“Geralmente vejo quem é a gestante e independente do mês comunico a enfermeira e já deixo um lugar na agenda, e aí comunico que ela pode ir tal dia e tal hora que a enfermeira vai estar esperando” (ACS 01).*

Das quatro mulheres entrevistadas, três referiram que os ACS facilitaram o seu acesso ao serviço de saúde.

*“Facilita, sempre que vai ter alguma marcação, porque não é sempre que eu venho no posto, aí ela passa lá pra perguntar se eu tô precisando de alguma coisa, se tô precisando marcar algum exame, aí quando tem marcação ela manda eu vim” (Gestante 03).*

Em relação à realização da busca ativa às gestantes faltosas, dois ACS referiram realizar essa atividade, e outros 03 ACS referiram observar se a gestante está sendo acompanhada no pré-natal regularmente.

*“Geralmente eu marco pra ela, se ela veio, procuramos saber se ela veio, se ela não veio vamos até ela, procurar saber por que ela não veio, aí remarcamos de novo” (ACS 06).*

*“Verifico se ela está sendo acompanhada mensalmente, se ela está indo e o porquê se ela não tiver indo...” (ACS 08).*

Os depoimentos revelam que os ACS da unidade estudada buscam desenvolver um elo importante entre a gestante e o serviço de saúde, facilitando e apoiando o acesso.

Todos os ACS da amostra referiram já ter feito atividades de educação em saúde com o tema em sala de espera ou no território, porém 07 afirmaram não realizar essa atividade há algum tempo. Apenas um ACS informou que essa é uma atividade frequentemente realizada na unidade.

*“Já realizei, já fiz sala de espera, orientando com relação à pressão, com relação à diabetes, inclusive algumas gestantes tem picos de pressão, enjoos e tal, então de vez em quando a gente faz as salas de espera, fazíamos com mais frequencia, mas o ritmo vem caindo...” (ACS 01).*

Dois ACS justificam a ausência da realização dessas atividades relatando:

*“Algum curso na área algo assim a gente não tá fazendo atualmente porque existe falta de carro no distrito sanitário e como está havendo esse processo de mudança de estatuário, tá saindo algumas pessoas e entrando pessoas novas, agente tá um pouco parado em relação a isso...” (ACS 02)*

*“É que a gente tá num período agora em que tá período de mudança de profissionais aí deu uma paradinha...” (ACS 04).*

A enfermeira afirma que durante a gravidez a mulher participa em média de duas ou três ações de educação em saúde realizadas pelos ACS, em sua equipe, mas não esclarece se essas atividades são feitas pelos ACS individualmente com a mulher, ou se seriam atividades na unidade ou na comunidade.

Entre as mulheres entrevistadas, todas informaram não ter participado desse tipo de ação. A Puérpera foi à única que referiu ter sido avisada sobre uma ação educativa:

*“Não participei porque no dia que foi marcado eu faltei, mas teve aqui...”.*  
(Puérpera)

Percebe-se nas falas dos ACS e das usuárias um olhar ainda restritivo quanto à educação em saúde, uma vez que resumem essa prática à realização de palestras e cursos.

Jorge e Queiroz, (2006), fazem em seu estudo uma reflexão sobre a prática da educação em Saúde, relacionando ao cuidado e ensino em pediatria. Ressaltam que está predominante centrada no saber dos profissionais, sendo necessário incluir diálogos e escuta sensível. Referem ainda que as estratégias de Educação em Saúde devem ser lúdicas, possuir compromisso social, permitir o convívio e interações enriquecedoras entre os participantes, devendo ser planejadas e executadas de acordo com a condição do serviço e as necessidades dos usuários.

Souza e Marcone, (2011), identificaram em seu estudo que, de forma geral, as gestantes atribuem grande importância a estas ações, principalmente para a prevenção de doenças e agravos durante a gestação e para aprender sobre os cuidados com o bebê após o parto, porém considera ainda haver lacuna em relação às ações educativas direcionadas a assistência pré-natal na atenção primária à saúde.

O quadro se modifica quando a ação educativa é voltada para o indivíduo ou a família. Todos os ACS entrevistados afirmam fornecer orientações à gestante, à puérpera e seus familiares durante as visitas domiciliares.

*“Para a gestante a gente orienta a ter uma dieta balanceada, comer coisas saudáveis, atividade física, dentro das condições dela. Orientamos em relação às vacinas... orientamos a iniciar o pré-natal no primeiro trimestre”* (ACS 2)

Apenas um ACS referiu a importância da observação de situações risco social, relacionado à violência.

*“A gente observa a sua vida social, o tratamento, o marido também, se se alimenta bem, nos horários, se trabalha, se tem trabalho, se tem alguma violência familiar que atrapalha muito a gestação” (ACS 03)*

O Curso em questão aborda o tema da violência contra a mulher tentando se aproximar das causas da violência contra as mulheres, a importância da denúncia de violência, o papel das delegacias de defesa da mulher, a Lei Maria da Penha, a importância do atendimento humanizado, os riscos à saúde da mulher e os sentimentos vivenciados nestas situações. A violência na gestação pode trazer significativas repercussões para o bebê e para gestante, como o início tardio da atenção pré-natal, riscos obstétricos que incluem sangramentos, abortos, prematuridade, além dos fatores emocionais que dificultam a possibilidade da mulher quanto ao auto-cuidado e ao cuidado com o bebê (MONTEIRO ET AL, 2009). Contudo, tal questão não foi pontuada pelos ACS.

Outras atividades preconizadas que não foram citadas são: conferir o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante; e informar o (a) enfermeiro (a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme.

### **4.3 Conhecimento dos ACS**

Essa dimensão foi subdividida em dois momentos: conhecimento sobre o pré-natal e conhecimento sobre o puerpério a fim de facilitar a análise dos dados, que foram analisados tendo como referência o Guia Curricular do Curso em questão.

#### **4.3.1 Conhecimentos sobre o Pré-natal**

Sobre o início do pré-natal, 07 ACS responderam a questão corretamente, afirmando que o momento correto de iniciar o pré-natal é quando a gravidez é confirmada, ou no início no início do primeiro trimestre.

*“Então, diria no primeiro mês, assim que souber que está grávida ela tem que iniciar o pré-natal, que são as consultas referente a informações e cuidado que ela tem que tomar” (ACS 08)*

Sobre quantas consultas pré-natais as gestantes devem realizar, 07 ACS responderam corretamente a questão, surgindo afirmações que retratam o cuidado significativo do ACS com a gestante, como:

*“no meu ver são nove, né isso? Assim, foi detectado que ela tá grávida vem logo pra visita com a enfermeira e aí mensalmente, e aí se ocorrer alguma coisa a enfermeira manda que a gente vá até a casa da gestante pra saber por que ela não veio, o que tá acontecendo e dá aquela assistência.” (ACS 06)*

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005).

Quanto às vacinas preconizadas para a gestante, apenas um dos entrevistados forneceu a resposta completa, que seria a vacina antitetânica, a hepatite B e a influenza (Brasil, 2013).

Um ACS lembrou-se da vacina contra a hepatite b e logo que percebeu que havia esquecido as outras vacinas indicadas, e segundo a mesma, *“a principal”*, saiu da sala de entrevista para buscar informações, retornando com a resposta correta: *“a antitetânica, a hepatite e a da gripe”*, demonstrando o interesse pelo aprendizado e a busca de informações.

Entre as respostas incompletas sobre esse item, a antitetânica foi lembrada em 100% das respostas, porém, a influenza apareceu em apenas 02 respostas e só 01 ACS referiu a hepatite. Foi identificado erro em apenas uma das respostas, que citou a febre amarela como uma das vacinas indicadas.

Estudos discutem a importância da vacinação contra a influenza entre as gestantes, visto que esse grupo apresenta risco aumentado de desenvolver doença grave, com complicações e hospitalizações associadas à infecção pelo vírus influenza, especialmente no terceiro trimestre da gestação (FOURI E RICHTMANN, 2013; ESPÍNDULA, 2014). Não foi verificada na unidade a taxa de cobertura da vacinação

das gestantes contra a influenza e a hepatite B, porém é fato que a maioria dos ACS da localidade não orienta as gestantes para receber as doses.

Quanto aos sinais de proximidade do parto que indicam a hora certa de ir à maternidade, 05 dos ACS referiram as contrações como sinal de proximidade do parto, e 04 ACS referiram a perda de líquido. Outros sinais mencionados que não refletem a hora certa de ir à maternidade foram respiração ofegante e edema nos pés. Este último sinal apareceu em 03 das entrevistas. 02 ACS referiram não saber responder a essa pergunta, indicando um viés de memória já que o curso em questão abordou o tema através de dramatização, discussão em grande grupo e roda de leitura do texto.

O texto “preparo da gestante para o parto”, presente no Guia Curricular do Curso, aponta como sinais de proximidade do parto, a saída do tampão mucoso que protege o colo do útero (aproximadamente dez dias antes do parto, não indicando a hora certa de ir a maternidade), as contrações do útero em intervalos regulares, e o rompimento das membranas contendo líquido amniótico.

Foi ressaltado no Guia Curricular do Curso que nem sempre os sinais de trabalho de parto estão presentes, devendo o ACS estar atento a DPP (Data Provável do Parto). Nas entrevistas, dois ACS referiram cálculo da DPP nesse momento.

*“a gente faz um cálculo pelo tempo da última menstruação, mas os sinais pode vir antes, pode atrasar um pouco e ter que fazer cesariana...” (ACS 03)*

Em que pese o reconhecimento dos sinais de perigo na gestação como ação imprescindível para a prevenção da mortalidade materna, nenhum dos informantes deu resposta completa quando abordados sobre os conhecimentos que possuíam sobre os sinais e sintomas de perigo na gestação. Ainda assim, alguns dos sinais ou sintomas que indicam perigo foram citados por alguns deles:

*“Sangramento, dores, as vezes quando a mulher depois de uns seis meses não está sentindo mais nenhum movimento, o bebê não tá mexendo, essas coisas, aí fica muito preocupado”(ACS 03)*

No texto utilizado no curso “Acompanhamento do pré Natal”, adaptado do Ministério da Saúde, (2005), são citados como sinais de alarme: Sangramento vaginal, Perda de fluídos pela vagina, mais de 06 Contrações rítmicas por hora, dor abdominal prolongada ou de intensidade crescente, febre ou calafrios, disúria, vômitos prolongados com impossibilidade de alimentação por mais de 24 horas, diminuição significativa da

frequência ou intensidade de movimentos fetais, cefaléia forte e contínua, alterações visuais ou edema generalizado (especialmente para as gestantes hipertensas).

Ainda sobre os sinais de perigo da gestação, um ACS ponderou:

*“Um dos perigos mesmo seria até a própria falta do pré-natal porque se ela não faz pré-natal ela não tem como obter essas informações e não tem como ela saber, então eu caracterizo o primeiro de todos a falta do pré-natal...” (ACS 08)*

#### **4.3.2 Conhecimentos sobre o Puerpério**

O conhecimento sobre os sinais e sintomas de risco no puerpério foi um dos aspectos trabalhados no curso, em que estão apontadas como principais intercorrências do puerpério alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos.

Quando questionados a esse respeito, nenhum ACS citou todos os sinais mencionados no curso, porém foram citados problemas psicológicos, infecção ou seus sinais, hemorragia ou sangramento, dor abdominal e hipertensão.

Três respostas foram consideradas incorretas para esse período. Destas, duas consideravam que a mulher já não correria risco e, portanto a atenção deveria ser para o recém-nascido, e uma citava o enjoo como sinal de perigo (ACSs 02; 03; 06).

*“O puerpério fica mais com a enfermeira, eu não tenho muita noção de sinais de risco no puerpério, não lembro de nenhum” (ACS 02)*

*“No meu ver a mãe não corre muito risco não, é o bebezinho, o curativo mau feito no umbigo, o posicionamento na hora de dormir” (ACS 06)*

Quando investigado sobre os cuidados que os ACS consideraram relevantes para a mulher nesse período, 07 ACS citaram cuidados corretos que a puérpera deve ter, mas de forma incompleta, e um deles referiu não saber a resposta. Foram citados cuidados como: alimentação, resguardo sexual, repouso, verificação da pressão, evitar pegar peso, evitar bebidas alcoólicas e o fumo, e evitar o estresse. Também foram citados

cuidados com a amamentação e com a criança, e a importância de fazer o acompanhamento na unidade.

Quanto ao agendamento da consulta pós parto, apenas 01 ACS respondeu a partir de um mês, não terminando o intervalo de forma correta. Todos os outros provavelmente confundiram o agendamento da consulta puerperal com a realização da visita pós parto.

*“Assim que identificamos que nasceu uma criança na área a gente marca pra outra semana, aí no máximo com dois dias” (ACS 02).*

Segundo o Ministério da Saúde, (2005), a consulta puerperal deve ser agendada entre 30 e 42 dias após o parto. A consulta tem o objetivo de escutar a mulher solucionando suas dúvidas, realizar exame clínico e ginecológico e promover orientações relacionadas ao período. (BRASIL, 2005)

Na análise do guia curricular, observou-se que o texto que trata sobre a atenção no puerpério, não aborda o tema consulta puerperal. Durante a sequência de atividades, é orientado apenas que o enfermeiro docente ressalte na aula a sua importância.

Estudos ressaltam que complicações no puerpério, podem resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis, quando não são identificadas, nem tomadas às devidas providências. Apesar disso, para os serviços e para alguns profissionais, o parto é o final do processo gestatório, logo, não valorizam a consulta após o parto (SILVA ET AL, 2013).

#### **4.4 O que os sujeitos dizem sobre o curso**

Todos os ACS entrevistados atribuíram mudanças nas suas práticas após a participação no curso, citando adjetivos como ótimo, produtivo, proveitoso, bom, importante, eficaz, ressaltando a necessidade de um processo contínuo de formação.

A enfermeira também referiu ter percebido mudanças nas práticas dos ACS de sua equipe de saúde, quanto à abordagem à pacientes de alto risco, e no aumento do interesse pela busca do conhecimento relacionado ao assunto.

Um ACS afirmou que observou mudanças em *“algumas coisas”*, e quando questionado se poderia citar algumas, referiu: *“A gente esquece, por isso que tô falando,*

*a gente precisava fazer uma reciclagem, a mudança... aí eu não lembro bem*". (ACS 07).

As falas denunciam a importância da educação permanente nas Unidades de Saúde. As estratégias pontuais precisam funcionar como molas propulsoras para motivar a equipe e para que outras ações educativas ocorram. A aprendizagem precisa ser constante, sob o risco de se assim não for, os conhecimentos construídos podem ser esquecidos.

Um ACS sugeriu a participação de profissionais das diversas áreas da saúde na discussão durante o curso, destacando assim a importância da multidisciplinaridade no cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Essa fala remete à importância da continuidade das discussões na equipe de Saúde da Família após o curso, envolvendo o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Pode-se também sugerir a inserção no guia curricular do curso de mais momentos de discussão em equipe, e envolver outros profissionais além da equipe básica no suporte à construção de conhecimento do ACS.

A enfermeira referiu que a equipe de saúde manteve após o curso atividades de educação permanente com os ACS relacionados ao cuidado à gestante e à puérpera, *"por um certo tempo, depois parou"*. (Enfermeira)

Outra sugestão foi *"trazer a maternidade"* para a discussão.

Promover uma roda de conversa entre profissionais dos diferentes níveis de atenção poderia evidenciar a necessidade da integralidade das ações e do trabalho em rede. É necessário haver uma continuidade na responsabilidade dos profissionais pela mulher, assim, atenção básica e maternidades precisam estar articuladas.

O curso sugere que no último dia seja criado em equipe um plano de ação visando à melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal e à criança, situação que foi pontuada por um ACS, entretanto como visto o plano de ação construído não foi localizado nem implementado.

Um ACS comenta sobre o espaço físico onde o curso foi realizado, destacando a importância dos discentes se sentirem bem no momento do aprendizado.

O ambiente físico é um importante fator que pode facilitar ou dificultar o processo de ensino aprendizagem. Uma ambiência adequada contribui com a construção do conhecimento do discente.

A aprendizagem envolve inúmeros fatores, que se implicam mutuamente e embora possamos analisa-los em individualmente, fazem parte de um todo que depende de uma série de condições internas e externas ao sujeito (Malglaiive, 1990)

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu avaliar os efeitos do curso de atualização para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, a partir da descrição da organização das ações realizadas pelos ACS na assistência à gestante e à puérpera, da identificação dos conhecimentos dos ACS, além de buscar aferir mudanças nas práticas dos ACS após o curso em questão.

Percebeu-se que a Unidade estudada ainda apresenta uma organização incipiente para atender às mulheres no ciclo gravídico puerperal, uma vez que não cadastram suas gestantes no SISPRENATAL, e não possuem um plano de ação para o planejamento do atendimento à gestantes e puérperas.

Também se constatou que os ACS estão mais preparados para prestar assistência à gestante do que a puérpera, uma vez que a chegada do bebê faz com que o foco da atenção seja transferido da mulher para a criança.

Concluiu-se ainda que a principal atividade realizada pelo ACS em relação à mulher no ciclo gravídico puerperal é a visita domiciliar, porém as informações que nelas são dadas nem sempre estão condizentes com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Assim, o curso de Atualização para ACS na atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal pode ser avaliado como enriquecedor, porém, por ter uma carga horária fixa e ser realizado em um período específico, corre o risco de não contribuir para mudanças mais permanentes nas práticas, diante da possibilidade do conhecimento construído ser esquecido.

Estratégias pontuais, como se traduz a proposta do curso, precisam funcionar como molas propulsoras para motivar a equipe e para que outras ações educativas sempre ocorram.

Para a aprendizagem ser significativa, precisa haver uma constância nas as reflexões e discussões no cotidiano dos serviços de saúde, o que contempla a proposta da Educação Permanente em Saúde.

Cabe ressaltar que entre as limitações do estudo, destaca-se o longo tempo transcorrido ente a realização do curso e esse processo avaliativo (02 anos).

Desse modo, recomenda-se aprofundar o presente estudo ampliando o número de unidades investigadas com a observação do antes e depois da intervenção, buscando assim, inferir relação de causalidade entre as ações e os resultados primários obtidos.

Recomenda-se que seja feita uma revisão do guia curricular e dos textos do curso em questão, uma vez que foram identificados déficit de informações dos ACS que podem estar relacionadas com as lacunas identificadas no material educativo.

Seria também necessário nova pesquisa a fim de identificar as barreiras encontradas na implementação dos planos de ação sugeridos ao fim do curso, com a finalidade de produzir estratégias de enfrentamento, provavelmente melhorando os resultados do curso.

Uma vez que o curso aborda a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal e à criança menor de dois anos, recomenda-se ainda que seja realizado um estudo avaliativo sobre as repercussões dessa estratégia de educação permanente no cuidado do ACS à criança, a fim de que outras fragilidades sejam identificadas, podendo haver de fato o aperfeiçoamento do curso como um todo.

É preciso haver modificações no curso, intensificação nas ações de educação permanente nas unidades de saúde, e motivação para o cuidado, para que de fato sejam percebidas melhorias na assistência à gestante e à puérpera na Atenção Básica, afinal, como disse o ACS 01:

*“Está se tratando de uma vida né, uma vida dentro de outra vida” (ACS 01).*

## 6. REFERÊNCIAS

1. AQUINO, Cesar G VICTORA, Estela M L; LEAL, Maria do Carmo, MONTEIRO, Carlos Augusto; BARROS, Fernando C, SZWARCOWALD, Celia L. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Saúde no Brasil 2.** Disponível em <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>. Acesso em 20/10/2013.
2. ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros; ASSUNÇÃO, Raquel Silva. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev. bras. enferm.** vol.57 no.1 Brasília Jan./Feb. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>. Acesso em
3. BACHILLI, Rosane Guimarães; SCAVASSA, Ailton José; SPIRI, Wilza Carla. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. saúde coletiva** vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008. Disponível em [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100010&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100010&lang=pt). Acesso em 02/07/2012
4. BAHIA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde** do SUS /Governo do estado da Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, 2011.
5. BAHIA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis. Curso de Atualização para Agentes Comunitários de Saúde: Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil. Bahia,2011.
6. BARBOSA, Vanessa Baliego de Andrade; FERREIRA, Maria de Lourdes Silva Marques; BARBOSA, Pedro Marco Karan. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.33 no.1 Porto Alegre Mar. 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100008&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100008&lang=pt). Acessado em 08/09/2012.
7. BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: comunicação, saúde, educação.** V.2, n.2, 1998. [periódico on-line]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 22/06/12.
8. BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **SEMINA: Ci, Soc./Hum.** Londrina, v. 16, n. 2, Ed. Especial, p. 9-19, out. 1995.

9. BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1982
10. BAHIA. **Política Estadual de Atenção Básica**. Bahia, 2013. Disponível em [http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/PEAB\\_WEB.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/PEAB_WEB.pdf). Acesso em 18/01/2014.
11. BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 18/01/2014.
12. BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 08/02/2014.
13. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em 08/02/2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, 2007. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites\\_mortalidade\\_materna\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf). Acesso em 12/01/2012
15. BRASIL. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf)
16. BRASIL. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Acesso em 20/01/2012.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32350&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32350&janela=1). Acesso em 13/01/2012.
18. BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Disponível em <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.html>. Acesso em 13/01/2012.
19. BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna**. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35197](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197). Acesso em 21/06/2012.
20. BRASIL. **Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal**. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=3518](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=3518). Acesso em 21/06/2012

21. BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>. Acesso em 01/07/2012.
22. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual instrutivo: Ficha de qualificação dos indicadores. Brasília, 2012. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site\\_anexo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf). Acesso em 16/01/2014.
23. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em 01/07/2012.
24. BRASIL. **LEI Nº 10.507, DE 10 DE JULHO DE 2002**. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/lei10507\\_10\\_07\\_02.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf). Acesso em 01/07/2012.
25. BRASIL. **Lei nº11. 350, de 05 de outubro de 2006**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm). Acesso em 01/07/2012.
26. BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de Setembro de 1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 02/07/2012.
27. BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. 2006. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em 21/10/2013.
28. BRASIL. **Atenção Básica e saúde da família**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 27/08/2012.
29. BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, 2000. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_n1\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf). Acesso em 16/01/2014.
30. BRASIL. **PORTARIA Nº 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997**. Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21\\_Portaria\\_1886\\_de\\_18\\_12\\_1997.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf). Acesso em 10/11/2013.
31. BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família. Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php). Acesso em 31/08/2012.

32. BRASIL. Caderno de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília, 2012. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em 02/07/2014.
33. BRASIL. **PORTARIA Nº 1.498, DE 19 DE JULHO DE 2013**. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498\\_19\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html). Acesso em 19/07/2014.
34. BRASIL. DATASUS. **SISPRENATAL**. Disponível em <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>. acesso em 08/07/2014
35. BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. Brasília – DF, 2005. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf). Acesso em 17/07/2014
36. CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** vol.10 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2005. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lang=pt). Acesso em 08/09/2012.
37. CESAR, Juraci A.; CAVALETI, Marcelo A.; HOLTHAUSEN, Ricardo S.; Lima, Luis Gustavo S. de. **Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários**: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13261.pdf>. Acesso em 20/08/2013.
38. CORIOLANO, Maria Wanderleya de Lavor ET al. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab. educ. saúde** vol.10 no.1 Rio de Janeiro Mar./June 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000100003&script=sci_arttext). Acesso em 28/06/2013.
39. CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010. Disponível em [www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf). Acesso em 29/10/2013.
40. DAVINI, M<sup>a</sup>. C. **Currículo integrado**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde. Brasília, 1994. p.39-55.
41. DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. Ministerio da Saúde. **Série**

- Pactos pela Saúde.** Vol. 9. Política Nacional de Educação Permanente. Capítulo 3. Brasil, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>. Acesso em 08/09/2012.
42. DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; CESAR, Juraci Almeida; HAAG, Cristina Beatriz WATTE, Guilherme; VICENZI, Keli; SCHAEFER, Rafaela. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.13 no.2 Recife Apr./June 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-8292013000200003&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-8292013000200003&lang=pt)>. Acesso em 17/07/2014.
43. ESPÍNDOLA, Maria Fernanda Silveira. **Adequação da vacina contra a Hepatite B nas gestantes do município de Pelotas/RS e sua recomendação pelos profissionais de saúde.** Disponível em <http://ccs2.ufpel.edu.br/wp/2014/01/24/dissertacao-trata-sobre-adequacao-da-vacina-contr-hepatite-b-nas-gestantes-de-pelotas24-01-2014/>. Acesso em 19/07/2014
44. FERNANDES, Heloise da Costa Lima et al. Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde?. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2010, vol.44, n.3, pp. 782-788. ISSN 0080-6234. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300033>. Acesso em 28/06/2013.
45. FRAZÃO, Paulo; MARQUES, Débora. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Rev. Saúde Pública** vol.43 no.3 São Paulo May/June 2009 Epub Mar 27, 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300010). Acesso em 10/06/2013.
46. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
47. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia:** Saberes necessários à prática educativa. Edit. Paz e Terra. RJ, 1996
48. FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde Soc** 2004; 13(2): 70-5
49. FOURI, Renato de Ávila; RICHTMANN, Rosana. Vacinação contra o vírus influenza em gestantes: cobertura da vacinação e fatores associados. **Einstein (São Paulo) [online]**. 2013, vol.11, n.1, pp. 53-57. ISSN 1679-4508. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000100010>. Acesso em 19/07/2014
50. GALINDO, Elizabete Maria de Vasconcelos; BUELONI, Patrícia Moraes. **ACS: Agente de Transformação Social?** Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em Educação Popular no Distrito Sanitário III da Cidade do Recife.

Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/3897/2/000026.pdf>. Acesso em 25 de novembro de 2012.

51. GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Marin Helena Magalhães. **Atenção Primária a Saúde**. Jairnilson Silva. Modelos de Atenção a Saúde no Brasil. Giovanella, L.; Lobato, L de V.C.; Noronha, J.C de; Carvalho, A.I. (organizadores). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. Capítulo 16.
52. GIUGLIANI, Camila; HARZHEIM, Erno; DUNCAN Michael Schmidt; DUNCAN, Bruce Bartholow. **Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil: Revisão Sistemática**. Disponível em <<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=96443>>. Acesso em 02/07/2012.
53. HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliação a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública** vol.20 suppl. Rio de Janeiro 2004. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lang=pt). Acesso em 29/10/2013
54. LEAL, Maria do Carmo. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.24 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2008. Acesso em 10/06/2012.
55. LIMA, Bruno Gil de Carvalho. Efetividade da assistência pré-natal sobre a mortalidade materna e a morbi-mortalidade neonatal no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 27(10): 635-635, ND. 2005 Oct. Disponível em <<http://search.scielo.org/index.php>>. Acesso em 05/02/2012.
56. LOPES, Rosana Machado; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; HARTZ, Zulmira M. de Araújo. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S283-S297, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/22.pdf> >. Acesso em 18/01/2014.
57. MARANI, Virgínia Aparecida. **Currículo por competências e habilidades**. Disponível em [http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol\\_3\\_1228474852.pdf](http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_3_1228474852.pdf). Acesso em 12/07/2012.
58. MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.22 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100022&script=sci_arttext). Acesso em 12/01/2012.
59. MIRANDA, Frank José Silveira; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: ESTUDO DE TRÊS INDICADORES. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):179-84. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a03.pdf>>. Acesso em 18/07/2014.

60. MONTEIRO, CFS, ET AL. **VIOLÊNCIA CONTRA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ: um risco duplo**. VI congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal. Teresina-pi, 2009. Disponível em <<http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/cfsm.pdf>>. Acesso em 18/07/2014
61. NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim; Bethânia de Araújo Almeida; HOMEM, Carolina Ramos; MELO, Marise Claudia I. de C.. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez, 2002. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>. Acesso em 01/07/2012.
62. OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva** vol.14 no.5 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2009. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000500035&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035&lang=pt). Acesso em 29/10/2013
63. PACHECO, Alexandre José. **Vacinação da Gestante no Pré-Natal- Revisão Integrativa da Literatura**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3300.pdf>. Acesso em 17/07/2014.
64. PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de Atenção a Saúde no Brasil**. Giovanella, L.; Lobato, L de V.C.; Noronha, J.C de; Carvalho, A.I. (organizadores). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. Capítulo 15.
65. PRADO, Marta Lenise ET AL. **Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde**. Esc. Anna Nery vol.16 no.1 Rio de Janeiro Mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 22/06/12
66. QUEIROZ, Maria Veraci and JORGE, Maria Salete. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface (Botucatu)** [online]. 2006, vol.10, n.19, pp. 117-130. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100009>.
67. RIQUINHO, Deise Lisboa; CORREIA, Sandra Gomes. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev Bras Enferm** 2006 maio-jun; 59(3): 303-7.. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

71672006000300010. Acesso em 18/07/2012.

68. SANTOS, Luciana Patriota Gusmão Soares; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O Agente Comunitário de Saúde: Possibilidades e Limites para a Promoção da Saúde. **Rev. Esc Enferm USP**, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a11v44n1.pdf>. Acesso em 30/08/2012.
69. SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos; BRITO, Rosineide Santana de; Mazzo, Maria Helena Soares da Nóbrega. **Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera**. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/891>. Acesso em 17/07/2014
70. SANTOS, M. H. A. V.; FIGUEIREDO, M. I. T.; BORGES, O.; SANTANA, Z. H.; MONEGO, E. T. Diagnóstico em saúde coletiva - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família do setor Vila Nova. Gurupi (TO). **Revista da UFG**, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line ([www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br))
71. SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):635-642, 2012, Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a09.pdf>. Acesso em 29/06/2013.
72. SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer**. Editora Fiocruz, 2002.
73. SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** vol.20 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2004. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lang=pt). Acesso em 30/10/2013.
74. SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.5 no.4 Recife Oct./Dec. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000400013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400013&lang=pt). Acesso em 30/10/2013.
75. SOUSA, Francisca Georgina Macedo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MOCHEL, Elba Gomide. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto contexto - enferm.** vol.20 no.spe Florianópolis 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000500033&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500033&lang=pt). Acesso em 29/10/12
76. SOUZA, Viviane Barbosa de; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):199-210. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10162/9621>>. Acesso em 18/07/2014.

77. STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
78. STEFANELLO, Juliana, NAKANO, Ana Márcia Spanó, GOMES, Flávia Azevedo. **Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres.** Acta Paul Enferm 2008;21(2):275-81. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt\\_a07v21n2](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a07v21n2). Acesso em 19/07/2014
79. TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-94, fev 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>. Acesso em 31/08/2012.
80. VIDAL, Suely Arruda ET al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 3 (2): 205-213, abr. / jun., 2003. Acesso em 28/06/20

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Agente Comunitário de Saúde**

Nome:

Tempo de trabalho na ESF ou PACS:

Curso na área da saúde: ( ) Sim ( ) Não Qual:

**1. Caracterização da Área de atuação e das atividades**

- Quantas famílias têm na sua área de atuação?
- Quantas mulheres grávidas?
- Quantas puérperas?
- Quais as atividades que você realiza em relação às gestantes e puérperas?
- Possivelmente ele vai dizer da visita, então mantém o tema:
- O que procura observar nas visitas à gestante? E à puérpera?
- Quais orientações você fornece durante as visitas?
- Você já participou de alguma reunião para elaboração de um plano de ação voltado para melhoria da assistência à gestante e à puérpera na USF? Quando?
- Com que periodicidade realiza atividades de promoção da saúde (educação em saúde) com esse tema, em sala de espera e no território?
- Você facilita o acesso das gestantes e puérperas para as consultas pré natal e pós parto na USF? Como faz?

**2. Conhecimentos relacionados ao pré-natal**

- Quando a gestante deve iniciar o pré-natal?
- Quantas consultas pré-natais devem realizar?
- Quais as vacinas indicadas para gestante no pré-natal?
- Quais os sinais de proximidade do parto que indicam a hora certa de ir à maternidade?
- Quais sinais e sintomas de perigo na gestação que você conhece?

**3. Conhecimentos relacionados ao puerpério**

- Quais sinais e sintomas de risco no puerpério que você conhece?

- Quais os cuidados que a mulher deve ter no puerpério?
- Quando deve ser agendada a consulta pós-parto?

Sobre o Curso:

- 1- Você percebeu alguma mudança em sua prática após o curso?
- 2- Você daria alguma sugestão para contribuir com o curso?

#### **Entrevista com gestantes e puérperas:**

1. Com que regularidade o ACS realizou visita domiciliar à sua casa durante a gestação?
2. O ACS realizou visita domiciliar aproximadamente quanto tempo após seu parto?
3. O ACS trouxe informações úteis para você e sua família em relação ao período da gravidez e pós-parto?
4. O ACS mostra-se interessado em atender as suas necessidades de saúde?
5. O ACS facilitou o seu acesso aos serviços de saúde?
6. Você participou de alguma ação de educação/promoção em saúde com o tema cuidados na gravidez/puerpério realizada por ACS?

#### **4.11 Entrevista com o enfermeiro:**

1. Com que regularidade o ACS realiza visita à gestante na sua microárea?
2. Com que regularidade o ACS realiza visita à puérpera na sua microárea?
3. Com que regularidade o ACS realiza ações de educação em saúde relacionadas ao cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal?
4. Você observou mudanças em relação à prática do ACS após o curso de atualização em questão?
5. Caso a resposta anterior seja positiva, cite quais.
6. A equipe de saúde manteve após o curso atividades de educação permanente com os ACS relacionados ao cuidado com a gestante e com a puérpera?
7. Você daria alguma sugestão para contribuir com o curso?

**APÊNDICE B**  
**TERMOS DE CONSENTIMENTO**

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela  
Cep: 40.110-040- Salvador - BA  
3263-7407 (departamento) e 3263-7412

Projeto “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO À GESTANTE E À PUÉRPERA: Repercussões de uma Estratégia de Educação Permanente”

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as usuárias**

Você está sendo convidada a participar de um estudo realizado no curso do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde.

O objetivo deste estudo é avaliar o curso de atualização para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na a atenção à saúde da gestante e da mulher após o parto, no município de Salvador.

A sua participação consiste em permitir a realização de uma entrevista com você para saber a sua opinião sobre o cuidado que o ACS prestou a você durante a sua gravidez e após o parto.

Você não precisa se preocupar, pois tudo que disser ficará em segredo. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Solicito ainda autorização para gravação da entrevista. Após análise dos dados a gravação será descartada.

Sua participação nessa pesquisa é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e responder apenas as perguntas que desejar.

Eu (entrevistada) \_\_\_\_\_ fui orientada e declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação no estudo “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO À GESTANTE E À PUÉRPERA: Repercussões de uma Estratégia de Educação Permanente”, e aceito participar.

Local e Data:

Assinatura do entrevistador:

Assinatura do entrevistado:

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela  
Cep: 40.110-040- Salvador - BA  
3263-7407 (departamento) e 3263-7412

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Enfermeiros**

Você está sendo convidada/o para participar da pesquisa: “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO À GESTANTE E À PUÉRPERA: Repercussões de uma Estratégia de Educação Permanente”.

Este estudo pretende avaliar o curso de atualização para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na a atenção à saúde da gestante e da puérpera, no município de Salvador. Trata-se de um trabalho acadêmico e sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Serão realizadas algumas perguntas, porém lhe é garantido o direito de recusa em respondê-las.

As informações fornecidas serão usadas, apenas, para fins acadêmicos, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato das (os) participantes. Para isto, serão utilizados nomes fictícios na identificação das (os) entrevistadas (os) e não serão coletados dados como, endereços, datas de nascimento e outros, que possam identificar, de alguma maneira, você enquanto participante dessa pesquisa.

As entrevistas serão realizadas com privacidade e se alguém se aproximar podemos interromper imediatamente a conversa. Solicito autorização para gravação da entrevista, ressaltando que após a análise dos dados, a gravação será descartada.

Ao final, os resultados do estudo serão apresentados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento nas áreas acadêmicas, de saúde pública, dentre outras.

Embora não haja qualquer benefício imediato para sua participação, a pesquisadora desse estudo acredita que os seus resultados irão ajudar a identificar aspectos capazes de contribuir para aperfeiçoar o processo formativo em questão.

Ademais, gostaríamos de destacar que a participação na pesquisa não envolve nenhuma remuneração. Para saber informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode entrar em contato com a coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA) pelo telefone: 3283-7441. 38

Caso haja dúvidas, coloco-me à disposição para esclarecê-las agora, ou no decorrer da entrevista. Após ter lido e discutido os termos desse consentimento livre e esclarecido, se concorda em participar como informante colaborando assim, para a realização dessa pesquisa, favor assinar o termo abaixo. Uma via ficará com você, se assim o desejar, e a outra com a pesquisadora.

Salvador, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Entrevistado:

---

Nome completo da pesquisadora:

---

Assinatura da Pesquisadora:

---

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela  
Cep: 40.110-040- Salvador - BA  
3263-7407 (departamento) e 3263-7412

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Agentes Comunitários de Saúde**

Você está sendo convidada/o para participar da pesquisa: “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO À GESTANTE E À PUÉRPERA: Repercussões de uma Estratégia de Educação Permanente”.

Este estudo pretende avaliar o curso de atualização para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na a atenção à saúde da gestante e da puérpera, no município de Salvador.

Trata-se de um trabalho acadêmico e sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Serão realizadas algumas perguntas, porém lhe é garantido o direito de recusa em respondê-las.

As informações fornecidas serão usadas, apenas, para fins acadêmicos, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato das (os) participantes. Para isto, serão utilizados nomes fictícios na identificação das (os) entrevistadas (os) e não serão coletados dados como, endereços, datas de nascimento e outros, que possam identificar, de alguma maneira, você enquanto participante dessa pesquisa.

As entrevistas serão realizadas com privacidade e se alguém se aproximar podemos interromper imediatamente a conversa. Solicito ainda autorização para gravação da entrevista, ressaltamos que após a análise dos dados, a gravação será descartada.

Ao final, os resultados do estudo serão apresentados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento nas áreas acadêmicas, de saúde pública, dentre outras.

Embora não haja qualquer benefício imediato para sua participação, a pesquisadora desse estudo acredita que os seus resultados irão ajudar a identificar aspectos capazes de contribuir para aperfeiçoar o processo formativo em questão.

Ademais, gostaríamos de destacar que a participação na pesquisa não envolve nenhuma remuneração. Para saber informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode entrar em contato com a coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA) pelo telefone: 3283-7441.

Caso haja dúvidas, coloco-me à disposição para esclarecê-las agora, ou no decorrer da entrevista. Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos desse consentimento livre e esclarecido, se concorda em participar como informante colaborando assim, para a realização dessa pesquisa, favor assinar o termo abaixo. Uma via ficará com você, se assim o desejar, e a outra com a pesquisadora.

Salvador, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Entrevistado:

---

Nome completo da pesquisadora:

---

Pesquisadora assinatura:

---

**APÊNDICE C**  
**MATRIZ DE ANÁLISE**

Dimensões	CrITÉrios	Padrão	Resultado encontrado	Fontes de evidências
1.Organização dos serviços	Plano de ação	Plano de ação construído em parceria com a equipe de saúde.	USF não possui um plano de ação para o planejamento do atendimento à gestantes e às puérperas.	Entrevista com ACS, enfermeiro e registro na unidade.
	Gestantes, Identificadas na comunidade; incentivo ao pré-natal e consultas agendadas.	100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL  100% das Gestantes com no mínimo 06 consultas agendadas/realizadas;  100% das gestantes com a vacinação em dia.	0% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL  79% realizaram seis ou mais consultas pré-natais  90% das suas gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre,	SISPRENATAL, ficha SIAB e consolidado da rede cegonha de janeiro a maio de 2014.
	Consulta pós-parto agendada	Ao menos 01 Consulta agendada/realizada entre 30 e 42 dias após o parto	Dado não localizado	SISPRENATAL

2. Ações de atenção à saúde	Educação em saúde realizada com a mulher e família	Orientações sobre temas relacionados ao ciclo gravídico puerperal.	Regularmente realizado	Entrevista com ACS, mulheres e enfermeiro.
	Educação em saúde realizada na sala de espera;	Atividade de educação em saúde sobre temas relacionados ao ciclo gravídico puerperal realizado em sala de espera e/ou território ao menos uma vez no mês.	Não há regularidade na realização. Apenas 01 ACS relatou ser frequente. 07 ACS relataram não realizar a algum tempo	Entrevista com ACS e mulheres.
	Visita domiciliar à gestante	Visita domiciliar a 100% das gestantes, realizada ao menos uma vez no mês.	ACS e enfermeiros afirmam realizar visitas mensais regulares. 01 gestante afirma nunca ter sido visitada.	Entrevista com ACS, enfermeiro e gestantes.
	Visita pós-parto realizada	Visita domiciliar realizada até 30 dias após o parto	ACS e enfermeiro afirmam realizar visita na primeira semana após o parto. Puérpera entrevistada afirma ter sido visitada.	Entrevista com ACS e enfermeiro.
	Encaminhamento ao Pré-natal	Encaminhamento ao pré-natal das mulheres identificadas na comunidade como	Metade dos ACS entrevistados referiu realizar o encaminhamento e orientação para a realização do pré-natal ou o acompanhamento junto a outros membros da equipe (médico e enfermeiro).	Entrevista Não há registro formal na USF

		gestante.		
	Busca Ativa das Gestantes Faltosas	Busca ativa realizada às gestantes que estão faltando às consultas pré natais.	Apenas dois ACS referiram realizar essa atividade.	Entrevista
	Identificação de sinais e sintomas de risco e encaminha adequadamente.	Identifica sinais de perigo na gestação e avisa ao médico e ao enfermeiro.	Não foi citado durante as entrevistas.	Entrevista
	Identificação de situações de risco e vulnerabilidade	Identifica na comunidade gestantes e/ou puérperas que estejam em situação de risco e vulnerabilidade e avisa ao médico e ao enfermeiro.	Apenas um ACS referiu a importância da observação de situações risco social, relacionado à violência.	Entrevista
	Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal	100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL	0%	Não há cadastramento no sisprenatal.

1. Conhecimento dos ACS	Pré-natal	Responde corretamente as perguntas relacionadas a esse tema.			Entrevista ACS
			1ª Pergunta: Quando a gestante deve iniciar o pré-natal?	Resposta Esperada: No primeiro trimestre da gestação, assim que descobre a gravidez.  Achados: 07 ACS responderam corretamente.	Entrevista com os ACS
			2ª Pergunta Quantas consultas pré-natais devem realizar?	Resposta Esperada: No mínimo sete  Achados: 07 ACS acertaram a questão	Entrevista com os ACS
			3ª Pergunta Quais as vacinas indicadas para gestante no pré-natal?	Resposta Esperada: antitetânica, influenza e hepatite b.  Achados: Apenas um ACS respondeu corretamente. Seis deram a resposta incompleta e um ACS errou a pergunta ao apontar a febre amarela como vacina preconizada.	Entrevista com os ACS
			4ª Pergunta Quais os sinais de proximidade do parto que indicam a	Resposta Esperada: contrações do útero em intervalos regulares, e o rompimento das membranas contendo líquido amniótico	Entrevista com os ACS

			hora certa de ir à maternidade?	Achados: 02 ACS não souberam responder. As contrações do útero apareceram em cinco das respostas e a perda de líquido em 04 das 8 respostas.	
			5ª Pergunta Quais sinais e sintomas de perigo na gestação que você conhece?	Resposta Esperada: Sangramento vaginal, Perda de fluídos pela vagina, mais de 06 Contrações rítmicas por hora, dor abdominal prolongada ou de intensidade crescente, febre ou calafrios, disúria, vômitos prolongados com impossibilidade de alimentação por mais de 24 horas, diminuição significativa da frequência ou intensidade de movimentos fetais, cefaléia forte e contínua, alterações visuais ou edema generalizado.  Achados: Nenhum dos informantes forneceu a resposta completa. 07 mencionaram em suas respostas algum dos sinais ou sintomas que indicam perigo.	Entrevista com os ACS
	Puerpério	Responde corretamente as perguntas relacionadas a esse	1ª Pergunta: Quais os sinais e sintomas de perigo	Resposta esperada: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou nas	Entrevista ACS

		tema	no puerpério que você conhece?	<p>mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos.</p> <p>Achados: Nenhum ACS citou todos os sinais esperados. 04 ACS responderam de forma incompleta.</p>	
			<p>2ª Pergunta: Quais os cuidados que as mulheres devem ter no puerpério?</p>	<p>Resposta Esperada: questões sobre higiene, alimentação adequada, atividades físicas, atividade sexual, informações sobre prevenção de DST/AIDS, sobre planejamento familiar, cuidado com as mamas, e cuidados com o recém-nascido;</p> <p>Achados: 07 ACS citaram cuidados corretos que a puérpera deve ter, mas de forma incompleta, 01 ACS referiu não saber a resposta.</p>	
			<p>3ª Pergunta: Quando deve ser agendada a consulta pós parto?</p>	<p>Resposta Esperada: entre 30 e 42 dias após o parto.</p> <p>Achados: Nenhum ACS respondeu corretamente.</p>	Entrevista com os ACS

