



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS VII  
COLEGIADO DE ENFERMAGEM**

**ANDRESSA SILVA AZAEL LIMA ARAÚJO**

**CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O  
PARTO E PUERPÉRIO**

**SENHOR DO BONFIM  
2022**

**ANDRESSA SILVA AZAEL LIMA ARAÚJO**

# **CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O PARTO E PUERPÉRIO**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB/DEDC/Campus VII.

Orientador: Profª Dra. Magna Santos Andrade

**SENHOR DO BONFIM, NOVEMBRO DE 2022**

**ANDRESSA SILVA AZAEL LIMA ARAÚJO**

## **CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O PARTO E PUERPÉRIO**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado à Banca Examinadora para apreciação e aprovação para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB – Departamento de Educação - Campus VII.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Magna Santos Andrade - Doutora em Ciências – Docente da Universidade Estadual da Bahia- (UNEB) – Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Cleuma Sueli Santos Suto – Doutora em ciências - (Universidade Estadual da Bahia-UNEB)

---

Enfermeira Tacila Nogueira Azevedo Rocha – Enfermeira Obstetra - (Universidade Federal da Bahia- UFBA)

### **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde, resiliência e determinação para não desistir deste sonho. À minha orientadora Magna, pela oportunidade que me foi dada, pela confiança, por todo apoio e ensinamentos partilhados. O meu aprendizado e minha evolução foram constantes, à senhora a minha eterna admiração e gratidão.

Minha mãe Anita, meu exemplo de força. Com seu amor incondicional e palavras de incentivos nos momentos mais difíceis da minha vida. Ao meu pai Jocks, por sempre ter acreditado no meu potencial. Ao meu irmão Axel, por toda admiração e cuidado. Á minha irmã Naara, que desde criança é minha maior inspiração, a força motriz deste sonho. Você é meu exemplo de determinação, cuidado e entrega. Obrigada por toda cumplicidade e por todo amor.

Vovó Alaíde (*In memoriam*) minha eterna saudade, você continua sendo a minha referência de humildade. Te agradeço pelas doces lembranças. Agradeço à vovó Dalva por todas as orações, sempre me fortalecendo através da sua fé e do seu amor. Aos meus tios e primos que mesmo distantes, demonstraram muito carinho e orgulho ao longo de todo tempo em que me dediquei a graduação.

Benedito, esposo, meu parceiro de vida, meu incentivo diário. Que compreendeu todos esses anos de ausência, fez o inalcançável para que minha formação fosse possível, me acolheu nos momentos de fragilidade e desânimo e me mostrou o quão forte eu sou. Sem você nada disso seria possível.

À minha Trups, que nunca soltou a minha mão. Vocês trouxeram leveza para os meus dias. Obrigada pela parceria, pelas alegrias compartilhadas, por toda troca e por toda ajuda. Quel, Karolzinha, Di e Gabi, vocês são essenciais em minha vida. Meu agradecimento mais que especial para minha dupla Raquel, minha irmã de alma. Você que me acolheu, trouxe positividade para os meus dias, me ensinou tanto. Eu tenho muita sorte de ter você comigo. Minha eterna gratidão! À Diego, meu amigo de todas as horas. Grata a Deus por te encontrar nesta caminhada. Obrigada por nossa amizade, você contribuiu muito na minha formação.

À Cátia Vanessa, por estes anos de parceria e contribuição na pesquisa. Aos professores que durante a graduação me preparam para desempenhar o meu melhor enquanto profissional e ser humano. E por fim, os enfermeiros (as) e os Agentes comunitário de Saúde pela disponibilidade em contribuir com este estudo.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ACE - Agentes de Combate às Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DPP - Data Provável de Parto

ESF - Estratégia da Saúde da Família

F - Falso

FAT - Faculdade Anísio Teixeira

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

MG – Minas Gerais

MS - Ministério de Saúde

NS - Não sabe

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento

PN - Pré-natal

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM - Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da mulher

PR - Paraná

PSF - Programa de Saúde da Família

RAMI - Rede de Atenção Materna e Infantil

RN - Recém-nascido

SP - São Paulo

SPSS - *Statistical Package for the Social*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNEB - Universidade do Estado da Bahia

V - Verdadeiro

VD - Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>33</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>35</b>
2.1. Objetivo geral .....	35
2.2. Objetivos específicos .....	35
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>36</b>
3.1. . Atenção básica .....	36
3.2. Estratégia de Saúde da Família .....	37
3.3. Agente Comunitário de Saúde .....	39
3.4. Saúde da mulher .....	40
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>48</b>
4.1. Tipo de Estudo .....	48
4.2. Local do estudo .....	48
4.3. Participantes do estudo .....	49
4.4. Coleta de dados .....	49
4.5. Análise dos dados .....	51
4.6. Aspectos éticos .....	53
<b>REFERÊNCIA</b> .....	<b>53</b>
<b>5. ARTIGO</b> .....	<b>60</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>84</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>94</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>95</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) são resultado da expressão da Atenção Primária de Saúde no Brasil. Em 1991 o ACS foi inserido em rede nacional através da concepção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), resultante da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O papel do ACS junto a sua comunidade é oferecer serviços interligados a saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas. (CASTRO et al., 2017; BRASIL, 2009).

É sabido que fatores como residir na mesma comunidade, conhecer os moradores e as suas respectivas condições de vida são alguns dos diferenciais do profissional. A atuação do ACS se desenvolve principalmente através das visitas domiciliares (VD) ou em outros âmbitos comunitários, realizando o acompanhamento de todas as famílias do seu território, principalmente aquelas em situações de risco (BRASIL, 2009).

Na VD, os ACSs têm a possibilidade de identificar precocemente os sinais e sintomas de risco apresentados pelas gestantes e puérperas, realizando o encaminhamento das mesmas para as UBSs, reduzindo o tempo entre a ocorrência da complicação e a assistência adequada, o que é imprescindível para um bom prognóstico. Além disso, a educação em saúde realizada pelo ACS nos domicílios viabiliza a promoção do autocuidado as gestantes e seus familiares, impactando positivamente na saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2011).

O trabalho do ACS juntamente com a equipe de saúde, é crucial no processo da melhoria da assistência. O trabalho em conjunto promove estratégias e ações voltadas à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e educação em saúde para comunidade, afim proporcionar o bem estar físico, psíquico e social dos usuários do sistema de saúde. (BRASIL, 2001).

O usuário da Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser visto e acolhido de forma holística, recebendo um atendimento contínuo e centrado, nas principais dificuldades da comunidade que está inserido, levando em consideração os contextos políticos, socioculturais e econômicos que estão inseridos (CASTRO et al., 2017).

No que diz respeito à Estratégia de Saúde da Família (ESF), a mesma deve proporcionar um cuidado integral, individual e de qualidade em especial para as gestantes que utilizam os serviços de saúde. Neste contexto, o ACS tem papel primordial na identificação das gestantes da comunidade, concomitantemente com um acompanhamento personalizado em todas as fases da gestação, inclusive no parto e puerpério (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho de parto se constitui de diversos sinais e sintomas que surgem fisiologicamente, a exemplo das contrações uterinas ritmadas que auxiliam na passagem do feto e na retirada da placenta. Entretanto, estes sinais, são pouco compreendidos por parte das gestantes, o que inviabiliza a busca por atendimento de saúde nos momentos oportunos (FELIX et al., 2019).

Para então facilitar a disseminação destes conhecimentos sobre a processo de trabalho de parto, dentre outros, é que se faz necessário o uso de práticas em educação em saúde para este público, fomentando discussões que facilitem a identificação dos sinais de trabalho de parto e de possíveis complicações, pois é visto que a disseminação do conhecimento adequado, diminui as possíveis internações por falta de informações prévias, corroborando assim, com a saúde materno-infantil. (FELIX *et al.*, 2019).

O puerpério também denominado como pós-parto é uma fase na vida da mulher que merece uma atenção especial por parte da equipe de saúde. No puerpério existe o risco de surgir complicações de saúde ainda associadas à gestação, que podem favorecer a morbimortalidade materna e neonatal. Entretanto, o cuidado no puerpério ainda é pouco priorizado nas Unidades Básica de Saúde se comparado à assistência pré-natal (BRASIL, 2013).

Diante dos fatos, a puérpera precisa de um acompanhamento qualificado, em especial do ACS. Cabe ao profissional fortalecer o elo entre as mulheres e a equipe de saúde, para assim contribuir com a diminuição dos desconfortos, medos, dúvidas e dificuldades, promovendo um período puerperal tranquilo e sem complicações. Neste contexto, para o enfrentamento das complicações maternas grave e do óbito materno, a atuação do ACS é fundamental, pois esses profissionais estão diariamente nos domicílios das áreas adscritas, sendo o elo entre os usuários e serviço de saúde (MAZZO *et al.*, 2018; BRASIL, 2009).

O diagnóstico sobre o conhecimento desses profissionais voltados ao parto e o puerpério é de suma importância, justamente por eles exercerem um papel que visa apoiar e esclarecer os questionamentos relacionados à gestante e puérpera, assim contribuir na concretização de profissionais capacitados, beneficiando toda comunidade e os serviços de saúde.

A atuação do ACS possui um enorme potencial para desenvolver melhorias em toda assistência, através da educação permanente. Os resultados desta pesquisa mostram as concepções dos ACSs sobre o parto e o ciclo gravídico-puerperal, ao mesmo tempo em que trabalhará os déficits de conhecimento. Desta forma, contribuirá para uma melhoria na

assistência destes profissionais ofertando assistência segura, desmistificando todas as dúvidas maternas e prevenindo possíveis situações que coloque a mulher em risco.

Feito uma busca ativa nas bases de dados científicos, observou-se que os poucos estudos a respeito da temática abordada, evidenciando a necessidade de novos estudos que contemplem o conhecimento do ACS no que se refere a assistência à saúde materno-infantil, a fim de contribuir com a prevenção/diminuição do adoecimento e mortalidade materna e neonatal. Desse modo, a pergunta problema proposta para a presente pesquisa é: Qual o nível de conhecimento sobre sinais de trabalho de parto/puerpério e os fatores associados à esses entendimentos entre os Agentes Comunitários de Saúde que atuam em Senhor do Bonfim-BA?

Através desta pesquisa serão identificadas as dificuldades e dúvidas dos profissionais relacionadas ao cuidado com mulher no parto e no puerpério e após as análises, oferecer capacitações para que os mesmos possam ampliar seus conhecimentos científicos, entender a relevância dos serviços prestados e oferecer as usuárias um atendimento resolutivo e humanizado.

Tais resultados poderão ser utilizados pelos gestores e equipes de saúde para uma reorganização da rede de cuidados, a fim de melhorar o conhecimento e condutas a respeito do parto e puerpério, impactando positivamente nos agravos a saúde materna e neonatal.

Mediante a estes aspectos, o presente estudo tem como objetivo analisar o nível de conhecimento sobre o parto e puerpério e os fatores associados a esses entendimentos entre os Agentes Comunitários de Saúde que atuam em Senhor do Bonfim-BA.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Analisar o nível de conhecimento sobre sinais de trabalho de parto/puerpério e os fatores associados a esses entendimentos entre os Agentes Comunitários de Saúde.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Descrever as características sociodemográficas dos ACSs;

- Verificar o nível de conhecimento dos ACSs em relação sinais de trabalho de parto/ puerpério e os equívocos mais frequentes sobre o tema;
- Analisar os fatores associados ao nível de conhecimento dos ACSs em relação aos aspectos do parto/puerpério.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Atenção básica

Formulada em 1978 na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, a *Declaração de Alma-Ata* foi referência para a criação de políticas e planos que objetivaram a consolidação da APS como modelo de assistência dentro dos sistemas nacionais de saúde. A elaboração da referida Declaração tinha a finalidade de alavancar recursos e unir forças políticas para atuar nos determinantes ambientais e sociais que prejudicavam a saúde de modo geral (ALVES; CUETO, 2017).

A Declaração de Alma-Ata traz que a APS deve ser a porta de entrada dos indivíduos que buscam por cuidados necessários à saúde. Toda a assistência prestada através da APS é amparada por tecnologias e práticas comprovadas cientificamente, sendo ofertadas nas comunidades de forma universal, participativa e por um custo relativamente cabível ao orçamento de cada país (OMS, 1978).

A partir da conferência, discutiu-se que a saúde também sofre influência de fatores externos, como o desemprego, a ausência de saneamento básico, a fome, o analfabetismo, entre outros, em 1988 a Constituição Federal Brasileira estabeleceu “saúde como direito de todos e dever do estado”, e a partir daí, foi criado no país Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

O SUS tem como prioridade o atendimento em saúde gratuito, com base nos princípios da equidade, universalidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social. Neste sentido, a APS também deve ser direcionada pelos princípios supracitados, incluindo a acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade da assistência, integralidade e responsabilização compartilhada (ALVES; CUETO, 2017; BRASIL, 2006).

Em meados de 1990, a fim de regulamentar a criação do SUS e dispor de condições aceitáveis para o seu desenvolvimento – como é o caso da promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e do funcionamento dos serviços – foi promulgada em 1990 a Lei nº

8.080, amplamente conhecida como “Lei Orgânica da Saúde” (BRASIL, 1990).

As bases da Reforma Sanitária auxiliaram o SUS na responsabilidade constitucional de coordenar a formação de profissionais da saúde. Os avanços no processo da educação e capacitação dos profissionais devem estar vinculados às diretrizes do SUS que fundamentam as políticas públicas de saúde do Brasil, desencadeando mudanças benéficas ao sistema (BRASIL, 2018).

Como parte do sistema de saúde nacional, a APS tem como princípios a universalidade, integralidade, equidade e desde 1990 passou a ser a referência de saúde para a população brasileira. A APS, portanto, abarca tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de solucionar os problemas mais frequentes que podem vir a sobrecarregar os demais níveis de atenção à saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018; BRASIL, 2006).

A APS é conceituada como um conjunto de ações que visam assegurar a manutenção da saúde do indivíduo e da comunidade, através da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento. Esta modalidade de assistência à saúde é desenvolvida por meio do trabalho em equipe, com responsabilidade sanitária, e deve ser dirigido a territórios delimitados e individualmente amparados (BRASIL, 2006).

O intuito da APS é promover cuidado integral através de ações em saúde, objetivando o bem-estar coletivo e individual. Uma maior ênfase é dada na prevenção de agravos e na promoção à saúde, buscando impactar diretamente nos fatores condicionantes e determinantes de toda coletividade. A APS foi criada especificamente para facilitar o acesso a saúde por parte dos usuários (BRASIL, 2002; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ 2019).

Na assistência ofertada na APS, a prioridade é o indivíduo como um todo e não apenas a doença. O olhar integral colabora para que a equipe e os usuários aos poucos criem vínculos. Entretanto, o fortalecimento do vínculo acontece quando o usuário passa a se sentir seguro e começa a entender que o trabalho da equipe de saúde traz benefícios para sua vida e para a comunidade (BRASIL, 2002).

### **3.2 Estratégia de Saúde da Família**

Ainda nos anos 90, o Brasil criou o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo buscar maiores níveis da cobertura em saúde de toda a nação brasileira, tornando-se a principal ferramenta para o fortalecimento e ampliação da APS no país (BRASIL, 1997).

A mudança do PSF para a ESF ocorreu a partir da priorização da assistência na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento composto por diretrizes operacionais para as esferas municipal, estadual e federal seguirem (BRASIL, 2006).

A PNAB foi estabelecida em 2006, porém tem sido alterada ao longo dos últimos anos. Tais alterações aconteceram especificamente nos anos de 2011 e de 2017, atualmente remodelada pela portaria GM nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017<sup>a</sup>).

A PNAB é um instrumento fundamental na sistematização da APS. Entretanto, a última versão não contempla um melhoramento na formação e no crescimento das equipes de saúde (BRASIL, 2017<sup>a</sup>; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ 2019), trazendo inclusive retrocessos para a Atenção Básica brasileira (AB).

Os principais retrocessos trazidos pela nova PNAB incluem a revogação da prioridade dada à ESF na organização do SUS, perda de recursos para outras configurações da AB, retração do financiamento da saúde e alterações na distribuição da carga horária dos trabalhadores das equipes de AB e nas regras de composição profissional, sendo a presença do ACS não mais requerida na composição mínima das equipes de AB, diferente do que acontece na ESF. Essa nova política ganha cada vez mais espaço e prejudica todo processo do princípio da equidade instalado pelo SUS, comprometendo as ações em saúde e, como consequência, à saúde da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Apesar de serem agentes da saúde antes mesmo da existência do PSF, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) só foram inseridos no sistema de saúde brasileiro através do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) programa pertencente à Política Nacional da Atenção Básica. Nela, são estabelecidos elementos fundamentais para a construção do perfil profissional do ACS, sendo os principais a propensão pela solidariedade e a identificação com a comunidade (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Há mais de 30 anos o profissional ACS existe, mesmo antes de sua profissão se consolidar. Foi no estado do Ceará que os ACS desenvolveram um trabalho voltado para a erradicação da seca e consequentemente da fome no estado, mostrando bons resultados para a saúde pública (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

O preconizado na PNAB de 2006 era 100% de cobertura da população vinculada por ACS, sendo 4 a 12 ACS por ESF e 1 ACS para no máximo 750 pessoas. Contrariando a história deste profissional, a PNAB de 2017 sugeriu mudanças drásticas na participação do ACS na composição das equipes de saúde, definindo 1 ACS para cada ESF (BATALHA; LAVOR, 2017).

Além do aumento das atribuições profissionais, outra mudança contribuiu com a desvalorização e a deturpação das características profissionais do ACS, como exemplo a recomendação da unificação das profissões dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos ACS (BATALHA; LAVOR, 2017; BRASIL, 2017b).

Estudo mostra um grande aumento dos profissionais nos anos de 2007 a 2012, sobressaindo como um dos profissionais mais participativos do SUS. Entretanto, no período de 2017 a 2019, houve uma redução nacional de 780 ACS, sendo a região nordeste a mais prejudicada com 0,4% na diminuição dos ACS (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Esta redução foi influenciada pela PNAB de 2017, que além de retirar a obrigatoriedade da presença dos ACS nas equipes de AB, também suprimiu a quantidade mínima deste profissional para compor uma equipe de ESF, propondo o fim da obrigatoriedade de cobertura dos mesmos para 100% da população (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

### **3.3 Agente Comunitário de Saúde**

Em 1991, o ACS foi inserido em rede nacional, através da concepção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, resultante da criação do SUS. O programa preconizava que diálogos com orientações voltadas à saúde podem ajudar na prevenção e na diminuição de doenças (BRASIL, 2001).

A característica profissional intrínseca do ACS e a sua importância perante a sociedade, mostra a potencialidade dos seus atributos como uma ferramenta para as melhorias no formato de atenção à saúde (GARCIA *et al.*, 2018).

O trabalho do ACS acontece no âmbito da APS, facilitando o contato dos usuários com a equipe, promovendo o acolhimento de forma singular, e isso acontece justamente pelo fato do profissional ter o diferencial de pertencer à mesma comunidade que oferece os serviços, ajudando no fortalecimento do elo entre os usuários e a equipe (GARCIA *et al.*, 2018).

O papel do ACS junto à sua comunidade é oferecer assistência integral à saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas assistidas. Fatores como residir na mesma comunidade, conhecer os moradores e as suas respectivas condições de vida são alguns dos diferenciais do profissional (BRASIL, 2009).

Os ACS através de suas ações se fazem presentes nos variados contextos culturais e geográficos da comunidade, promovendo o cuidado com a saúde da população, tornando-se

elementos fundamentais nas equipes de saúde. Sendo assim, o reconhecimento com a comunidade e a predisposição à solidariedade são os componentes principais na formação do perfil profissional, além dos saberes dos ACS adquiridos a partir da vivência com a coletividade (SAMUDIO *et al.*, 2017; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

A atuação do ACS se desenvolve através das visitas domiciliares e em outros âmbitos comunitários, realizando o acompanhamento de todas as famílias do seu território, principalmente aquelas em situações de risco, promovendo através de diversas ações a promoção à saúde, a prevenção de doenças, a educação em saúde, entre outras atividades planejadas por toda a equipe, tendo como objetivo principal o bem-estar físico, psíquico e social da população (BRASIL, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família deve proporcionar um cuidado integral, individual e de qualidade para as gestantes que utilizam os serviços de saúde, através do trabalho dos ACS, com a promoção do cuidado e com as visitas domiciliares. Seu trabalho é essencial, pois durante as visitas domiciliares esses profissionais tem a possibilidade de identificar as gestantes com complicações, aconselhá-las e acompanhá-las em todas as fases gestacionais (BRASIL, 2001).

### **3.4 Saúde da mulher**

No que diz respeito às políticas direcionadas à saúde da mulher, o acompanhamento e a busca ativa das gestantes e puérperas faltosas é crucial para o fortalecimento organizacional da APS e para evitar agravos à saúde materna (TINOCO *et al.* 2018). Para isso, é condição primária que a APS ofereça uma assistência de qualidade às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, priorizando o cuidado de forma integral.

É importante que os serviços de saúde priorizem a autonomia das gestantes, garantam seus direitos reprodutivos e sexuais e promovam uma melhor assistência à saúde deste público. Para tanto, é imprescindível o planejamento e implementação de ações desenvolvidas a partir das análises de todo território, traçando um perfil sociodemográfico e epidemiológico das gestantes da área atendida (TINOCO *et al.* 2018).

O desenvolvimento de uma política pública voltada para a saúde da mulher teve forte influência de fatores como: a política internacional, a redemocratização do país, a reforma sanitária e o movimento feminista. Todas estas manifestações resultaram na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério de Saúde (MS) em outubro de 1983. Somente 21 anos depois, em 2004, este programa foi

expandido, tornando-se então o Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (KORNIJEZUK, 2015).

O PNAISM trouxe uma proposta de gênero mais aprimorada que o PAISM, além de propor pautas mais focadas na autonomia do corpo feminino e na construção do gênero. Além disso, buscou abranger questões além do processo saúde-doença, trazendo para o público feminino, um plano que abrangesse a melhoria da qualidade de vida (KORNIJEZUK, 2015).

Destaca-se que o PNAISM fortaleceu ainda mais os direitos das mulheres, trazendo consigo além do planejamento familiar, avanços como os direitos sexuais, direito ao aborto nas condições previstas em lei, acesso à contracepção, direitos em saúde de modo geral, entre outros, colocando o Brasil em destaque por tais feitos (KORNIJEZUK, 2015).

O Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN), surgiu e foi instituído alguns anos depois do PNAISM, nos anos 2000. Entretanto, não teve o sucesso esperado devido à falta de recursos financeiros, materiais, entre outras limitações encontradas no sistema de saúde brasileiro, o impedindo de uma maior redução dos índices de mortalidade materna e neonatal (KORNIJEZUK, 2015).

Tendo em vista os crescentes índices de mortalidade materna, violência obstétrica e a baixa qualidade na assistência ao parto pela rede pública de saúde no território brasileiro, viu-se a necessidade da criação de um programa que buscasse o aprimoramento da assistência prestada às mulheres, sendo este a Rede Cegonha, criada em 2011 pelo Ministério da Saúde (CASSIANO *et.al*, 2014; LEAL *et. al*, 2019).

O PHPN e a Rede Cegonha, ofertava através de uma rede de apoio e cuidados uma assistência humanizada e de qualidade voltada para a gravidez, parto e pós-parto, mediante ações de educação em saúde, fortalecimento do empoderamento feminino e garantia dos seus direitos reprodutivos. A Rede de apoio englobava principalmente a criança, desde o nascimento até o crescimento de forma saudável, portanto acolher a mulher e a criança com dignidade é um dos principais deveres de gestores e trabalhadores das UBS (BRASIL, 2011).

O PHPN, entre outras iniciativas como a Rede Cegonha, quando implementadas e organizadas de acordo com as necessidades de cada localidade, resultavam em uma grande diminuição dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. A rede cegonha contribuiu com a diminuição dos índices de violência obstétrica, assim como melhorou a assistência pré-natal-parto e a assistência ao planejamento reprodutivo, mostrando o quão efetiva foi a intervenção dessa rede no sistema brasileiro de saúde pública (BRASIL, 2011; LEAL *et al.*, 2021).

Estudo realizado em 2021, comparou duas pesquisas nacionais que avaliou a assistência ao parto e nascimento no início da implantação (2011) e após a implantação (2017) da RC em 136 hospitais públicos e privados do país. Tal análise mostrou que a prática das diretrizes da RC, conseguiu reduzir significativamente as iniquidades raciais, territoriais e etárias, que limitavam o acesso às tecnologias adequadas para uma assistência apropriada. Reiterando o papel da RC na promoção da equidade nos cuidados materno-infantil ofertados pelos hospitais públicos brasileiros (LEAL *et al.*, 2021).

Todavia, recentemente ocorreu uma mudança na proposta da assistência à saúde materna-infantil, através da extinção da Rede Cegonha e da implementação da Rede Materno Infantil (RAMI), que foi anunciada no dia 4 de abril de 2022, através da portaria nº 715. Desse modo, as organizações feministas e os Conselhos Nacionais e Municipais dos Secretários de Saúde não aprovaram e criticaram a nova rede de assistência, por acreditarem que tal mudança retrocede os avanços conquistados em prol da saúde materna e neonatal (BRASIL, 2022; DOMINGUES, 2022).

Dentre as principais mudanças trazidas pela RAMI, está a exclusão do profissional enfermeiro obstetra da rede de cuidados, dando ênfase ao protagonismo do médico obstetra, centralizando-o como o único detentor do conhecimento. É visto que a enfermagem neonatal e obstétrica cada vez mais tem carecido de investimentos e esforços voltados a valorização da classe e do desenvolvimento da profissão. (ZVEITER *et al.*, 2022).

A RAMI segue ignorando a humanização do atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, afetando diretamente a qualidade da assistência e todos os direitos conquistados pelas mulheres, concomitante com a não contemplação de estratégias e ações voltadas às crianças na primeira infância. É sabido que a nova rede de assistência traz uma proposta ultrapassada, que desasiste a gestante e o recém-nascido, falhando com o compromisso de reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal no país no que diz respeito aos anos que antecederam (ZVEITER *et al.*, 2022).

### **3.5 Assistência ao pré-natal e puerpério**

Um estudo realizado com 100 gestantes em um hospital de ensino na cidade de Uberaba-MG, buscou averiguar o conhecimento das mulheres quanto os sinais e sintomas que antecedem o parto e os fatores associados. O estudo apontou que, 68% das gestantes não sabiam identificar os sinais e sintomas de trabalho do parto. 68% não tinham conhecimento da conduta a ser tomada após o rompimento da bolsa. 65% desconheciam as possíveis interferências nas contrações, que suscita um aparente trabalho de parto (FELIX *et al.*, 2019).

O mesmo estudo evidenciou que 61% das gestantes durante as consultas de pré-natal relataram não terem recebido orientações a respeito dos sinais e sintomas do trabalho de parto. A escassez de orientação, reflete no desconhecimento de como proceder no que tange a bolsa rota, nos sinais iniciais de trabalho do parto, nas possíveis contrações e movimentação fetal equivocadas. Salienta-se que as mesmas possuem conhecimento no que se refere às possíveis complicações gestacionais (FELIX *et al.*, 2019).

Mesmo com a existência de relevantes políticas públicas, ainda assim, percebe-se a necessidade da elaboração e implementação de capacitações a fim de atualizar os profissionais de saúde, no que concerne o cuidado pré-parto, o parto propriamente dito e o nascimento. Cabe aos profissionais da rede de saúde, se conscientizar e refletir acerca da assistência ofertada as mulheres em todo processo gestacional e de parturição. (SILVA *et al.*, 2017).

Estudo realizado em 2018, com dois grupos amostrais em North Kamagambo e em East, Kamagambo, localizados no Quênia, mostrou que os ACSs que residiam em North tinham um maior conhecimento em relação aos sinais e sintomas de risco no período gravídico-puerperal, o que pode estar associado às recentes e frequentes capacitações recebidas por esses profissionais. Outro achado acerca do estudo, é que a maioria dos ACSs compreendem e orientam as gestantes a procurar as unidade de saúde se apresentarem quaisquer sinais e sintomas de risco no período da gravidez (HEEBORTH *et al.*, 2020).

Durante as VD, o ACS deverá orientar a gestante a respeito da importância do acompanhamento Pré-Natal reforçando as orientações que constam na caderneta da gestante, além da responsabilidade de identificar os possíveis fatores de risco e sinais e sintomas das complicações maternas (BRASIL, 2019).

A assistência à mulher no período gravídico-puerperal envolve a preocupação com as queixas, avaliação minuciosa, solicitação dos exames preconizados, priorização dos sinais e sintomas e ensinamentos sobre autocuidado. A diminuição das morbimortalidades infantis e maternas é resultado do cuidado de qualidade ofertado durante o pré-natal, parto e puerpério, contribuindo com o bem estar da saúde da mulher e do bebê (BELO HORIZONTE, 2019).

Pesquisa realizada em São Paulo- SP, que buscou analisar a frequência e qualidade do pré-natal, constatou que 360 púérperas receberam uma assistência classificada como intermediária (56,9%), destacando-se também o significativo percentual da categoria assistência inadequada (27,8%), o que pode repercutir diretamente em maior risco para esta gestante. Portanto, considerando que o aumento da ocorrência de riscos no período gestacional e puerperal é oriundo de um pré-natal de baixa qualidade, infere-se que estes

agravantes podem ser reduzidos se a assistência pré-natal for oferecida de maneira adequada (SOUZA; SERINOLLI; NOVARETTI, 2019).

O PHPN tem como uma das vertentes a melhoria do acesso e a qualidade do cuidado com as mulheres também no período do pós-parto, pois durante este período a mulher ainda está exposta às complicações que podem ocorrer no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2011).

A assistência à gestante e puérpera deve ser equânime, com atenção às mulheres grávidas e vulneráveis biologicamente e socialmente, que devem ser assistidas por uma equipe de saúde preparada para oferecer o melhor cuidado mediante a prevenção, o tratamento precoce das intercorrências e a identificação das possíveis complicações (VARELA *et al.*, 2017).

A falta de qualidade no acompanhamento gestacional e a realização de menos de cinco consultas de pré-natal corroboram para um comprometimento dos indicadores de gravidade relacionados ao parto e pós-parto, prejudicando o processo gestacional. O parto prematuro e a mortalidade materna são alguns dos possíveis desfechos que podem ser evitados, mediante a realização do pré-natal de qualidade (SOUZA; SERINOLLI; NOVARETTI, 2019).

Um desafio que permeia a assistência ao pré-natal é a alta precoce da gestante no pré-natal, desassistindo a mulher no final da gestação e corroborando para possíveis intercorrências obstétricas (BRASIL, 2006).

Este empecilho não é inerente ao PHPN, mas sim aos serviços de saúde que erroneamente o cometem. As complicações e óbitos maternos ocorrem principalmente durante a gestação, sendo que 92% das mortes maternas poderiam ser evitadas apenas pela continuidade da assistência até o final do puerpério, evidenciando que ainda existe uma lacuna na atenção puerperal (BRASIL, 2006).

O puerpério, amplamente conhecido como período pós-parto, compreende um período de constantes variações fisiológicas e psíquicas que provocam manifestações físicas e principalmente emocionais nas mulheres. O período puerperal é dividido em três etapas: do 1º ao 10º dia (pós-parto imediato), do 11º ao 45º (tardio) e a partir do 45º, pós-parto remoto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2019).

O puerpério, assim como o período gestacional, deve ser compreendido pelos serviços de saúde, principalmente por se tratar de uma fase de aumento das vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres. A atenção básica deve esforçar-se para prover o cuidado necessário a mulher também após o parto e não apenas durante a gestação, o que acontece rotineiramente (BELO HORIZONTE, 2019).

Neste sentido, oferece-se um roteiro de consultas que se inicia até o quinto dia pós-parto, podendo ser realizada pelo enfermeiro ou médico pertencente à equipe da UBS. Esta primeira consulta tem o objetivo de acolher a mulher e o RN, provendo uma escuta ativa e qualificada e estimulando o esclarecimento de possíveis dúvidas (BELO HORIZONTE, 2019).

O agendamento da próxima consulta puerperal deve ser realizado 42 dias após o parto, estendendo-se ao máximo até 60 dias após o parto. Durante todo este percurso, as puérperas devem ser avaliadas quanto ao vínculo mãe-bebê, quanto à amamentação e cuidados gerais com o RN, mas também devem ser assistidas quanto à sua rede de apoio social, à sua saúde mental e sobre temáticas específicas, como é o caso do planejamento reprodutivo e contracepção (HONORATO *et al.*, 2020).

As consultas puerperais na Atenção Básica oportunizam a continuidade do cuidado, e, ademais, permitem apoio às mulheres em uma nova e desafiadora etapa das suas vidas, contribuindo para o seu bem estar físico, social e emocional.

Entretanto, apesar de prevenir diversas complicações, as consultas puerperais não ocorrem de maneira satisfatória em países de média e baixa renda, como é o caso do Brasil. Além de possuírem uma baixa adesão, quando realizadas, as consultas são direcionadas somente aos cuidados com o RN, negligenciando os sentimentos e necessidades da mulher, que neste cenário, é vista apenas no papel de mãe (HONORATO *et al.*, 2020; LOPES *et al.*, 2021).

Para a oferta de uma assistência de qualidade, é necessário o trabalho de uma equipe multidisciplinar qualificada e preparada para auxiliar essas mulheres em seu ciclo de convívio familiar, diminuindo assim as complicações físicas e psíquicas que podem acometer esse grupo de mulheres (MACIEL *et al.*, 2019).

Procurar o hospital em situações que sinalizem infecções, orientar o retorno em até 42 dias após o parto para a consulta puerperal, estimular a amamentação, informar sobre a necessidade de começar a puericultura, auxiliar em relação ao esquema vacinal da criança e da mãe, são orientações preconizadas pelo guia que auxilia no trabalho dos ACS e que devem ser repassadas para as puérperas (BRASIL, 2009).

Para facilitar a rotina das puérperas e diminuir o risco de evasão nas consultas, seria interessante; que as consultas puerperais e de puericultura fossem realizadas no mesmo dia. Em estudo realizado no município de Rio Grande – Rio Grande do Sul, com 572 mulheres observou-se que fatores como baixa escolaridade, adesão ao uso de métodos contraceptivos, pré-natal realizado no SUS e baixa renda, aumentavam o risco da evasão das puérperas às

consultas de pós-parto. Afirmando a necessidade de maiores empenhos, em conjunto com políticas públicas que reforcem a importância da adesão às consultas puerperais (GONÇALVES *et al.*, 2019).

O mesmo estudo mostrou que aproximadamente 25% das puérperas pesquisadas não retornaram à UBS para a realização da consulta de pós-parto. Assemelhando-se a resultado comumente encontrado na pouca literatura que aborda o tema, reforçando a carência da implementação de estratégias pelas equipes de saúde para o aumento aceitação das mulheres às consultas de pós-parto (GONÇALVES *et al.* 2019).

Os cuidados direcionados à mulher no ciclo gravídico-puerperal são relevantes e, portanto, precisam ser executados através de planos personalizados para cada mulher. Assim, estes cuidados iniciam-se no pré-natal e seguem até a fase puerperal, a fim de aperfeiçoar o conhecimento da mulher e assim encorajá-la a ter autonomia para desenvolver cuidados consigo mesma e com o recém-nascido (SIQUEIRA; MELO; MORAIS, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

No que diz respeito à assistência puerperal ofertada às mulheres na APS, pesquisa realizada entre novembro de 2016 a dezembro de 2018 buscou elaborar e organizar uma ferramenta, embasada em análise documental, revisão de literatura sistemática e integrativa, nacional e internacional e entrevistas com *stakeholders* (grupo de interesse), a fim de avaliar a assistência da APS direcionada às puérperas (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020).

Após elencar uma série de necessidades para um bom funcionamento da assistência puerperal na APS, o estudo desenvolveu modelo de programa fomentado por teorias específicas que pode ser utilizado tanto na assistência pós-parto de forma universal, como pode ser utilizado por diferentes atores, tendo como principal finalidade, mulheres no pós-parto amparadas por um atendimento integral (BARATIERI; NATAL; HARTZ 2020; RIBERIO *et al.*, 2019).

Estudo feito com os ACSs do Afeganistão, realizado nas províncias de Bamyan e Kandahardo, constatou que as visitas domiciliares ofertadas pelos profissionais às mulheres nos períodos pré e pós-parto tem uma grande importância na assistência e pode ajudar a melhorar a adesão aos serviços de saúde neonatal e materna. Também se observou que as visitas domiciliares são muito úteis e eficazes principalmente em países onde as mulheres não têm autonomia suficiente para procurar o sistema de saúde para seus filhos e para elas mesmas (EDMOUND *et al.*, 2018).

No estado do Ceará, no município de Acarape, 7 puérperas participaram de um estudo que mostrou que as VD proporcionaram às mulheres um momento de aconselhamento,

discussão e aprendizado. É possível promover o enfrentamento de problemas físicos, sociais e emocionais oriundos da fase gravídico-puerperal, através de estratégias como as supracitadas, que devem ser planejadas para minimizar as morbimortalidades maternas por meio dialogo e da oferta de apoio (HOLLANDA *et al.*, 2019; BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2019).

No que se concerne às práticas das visitas domiciliares (VD), o estudo realizado com 1.526 ACS das unidades de saúde das cinco regiões brasileiras, buscou aprofundar aspectos referentes às VD realizadas pelos profissionais, tais como: periodicidade, frequência, estratégias e planejamentos da VD. Foi visto que mesmo com alguns percalços nos acompanhamentos domiciliares, as visitas periódicas colaboram com a efetividade das ações ofertadas pela ESF, ratificando que a ausência dos ACS nas equipes de saúde promove uma descontinuidade na assistência às famílias (NUNES *et al.*, 2018).

Neste sentido, o ACS representa um importante agente de recrutamento e acompanhamento dessas puérperas, uma vez que, inteirando-se da sua proximidade com a comunidade, pode orientá-las quanto ao retorno à unidade de saúde para o acompanhamento no pós-parto, realizar busca ativa das mulheres que faltaram às consultas puerperais e também encorajar e participar das visitas domiciliares, observando, nestes momentos, outras carências que podem levar estas puérperas à unidade de saúde (WAGNER *et al.*, 2018).

Quanto à cobertura das consultas puerperais no Brasil, estudo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais – MG, com 121 participantes, aponta que apenas um terço das puérperas compareceram à consulta de pós-parto. O acolhimento da equipe durante o pré-natal foi referido como um dos principais motivos que facilitam a adesão à consulta puerperal (PINTO *et al.*, 2020).

Pesquisa realizada em Botucatu - São Paulo, evidenciou maiores taxas de adesão à consulta puerperal, sendo 46,9% nas UBSs e 69,7% nas ESFs. O Mato Grosso do Sul obteve 43,1% de adesão às consultas, enquanto que a região Sul evidenciou 75,2%, com o estado do Paraná, por exemplo, apresentando 51,1% de adesão (PINTO *et al.*, 2020; FUSQUINE *et al.*, 2019; OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020; GONÇALVES *et al.*, 2019).

Tais índices são insatisfatórios quando comparados aos dados de outros países, como o Reino Unido, como foi evidenciado em uma revisão integrativa, que apontou o índice de 91% de adesão à consulta puerperal (PINTO *et al.*, 2020; BARATIERI, NATAL, 2019).

Ademais, quanto à visita domiciliar realizada pelo ACS, estudo transversal realizado em 95,6% dos municípios brasileiros, com dados secundários de 2017 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), afirma que mulheres

que receberam visita domiciliar realizada pelo ACS possui 4,81 mais chances de comparecer à consulta puerperal, valor inferior quando comparado às chances relacionadas às consultas de pré-natal (2,74), à procura de atendimento na unidade (1,21) e a realização das consultas de pré-natal pelo mesmo médico (1,14) (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2022).

## **4. METODOLOGIA**

### **1.1. Tipo de Estudo**

É um estudo quantitativo, descritivo-analítico, do tipo transversal, cuja investigação foi embasada no nível de conhecimento sobre parto e puerpério e os fatores associados a esse entendimento entre os Agentes Comunitários de Saúde que atuam em Senhor do Bonfim-BA.

Esse estudo pertence a uma pesquisa maior denominada “Análise do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado pré-natal no município de Senhor do Bonfim-BA”.

A pesquisa quantitativa se desenvolve através de variáveis que transformam as informações em números, afim de relacionar essas variáveis e analisá-las através de porcentagens, coeficientes de correlação, regressões, médias, medianas, dentre outras técnicas e métodos estatísticos (SILVA, 2004).

### **1.2. Local do estudo**

Esta pesquisa foi feita em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipes de Saúde da Família (ESF) e equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do município de Senhor do Bonfim-BA que possuíam ACS ativos no serviço. A cidade de Senhor do Bonfim é localizada no Centro-norte do estado da Bahia, teve a população estimada em 2021 de 79.813 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,666 (IBGE, 2022).

O IDHM representa as especificidades e desafios regionais que impedem ou favorecem o desenvolvimento humano no Brasil. A medida é composta pelas dimensões de desenvolvimento educação, renda e longevidade; o índice varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o índice de desenvolvimento humano (UNDP, 2022).

A mensuração desse índice serve para classificar o IDH como baixo ( $\leq 0,49$ ) médio (0,79 a 0,5) e alto ( $\geq 0,8$ ), assim o índice de 0,666 do município pesquisado classifica-o como de médio desenvolvimento humano (FERREIRA; MANDÚ; SANTOS, 2021).

### **1.3. Participantes do estudo**

Participaram do estudo todos os ACS pertencentes às ESF (10 equipes na zona urbana e 6 na zona rural) e às equipes do PACS (02 equipes na zona urbana e 02 equipes na zona rural), sendo que algumas unidades de saúde funcionam com mais de uma equipe de saúde da família ou com equipes de saúde da família e PACS, totalizando 175 profissionais.

Para este estudo, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser ACS; atuar nas Unidades de Saúde de Senhor do Bonfim; estar ativo na sua atribuição durante o período da coleta de dados; ter pelo menos um ano de experiência na profissão de ACS.

Já como critérios de exclusão, foram considerados: ACS que estavam de férias durante o período da coleta de dados; ACS que estavam de licença-saúde; ACS que estavam em desvio de função e ACS com menos de um ano de experiência na profissão.

Contudo, devido a perdas durante a coleta de dados, foram pesquisados 153 ACS. As perdas ocorreram pelos seguintes motivos: 8 profissionais afastados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 1 de licença maternidade, 1 de férias, 1 se recusou a participar, 5 não compareceram para aplicação do questionário e não apresentaram justificativas, mesmo sendo convocados por inúmeras vezes, 1 de atestado médico e 5 possuíam menos de um ano de experiência na profissão, que de acordo com critérios do estudo, inviabilizou a participação na pesquisa.

### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2019 a fevereiro de 2020 e aconteceu nas unidades de trabalho dos ACS. Foi utilizado um questionário auto aplicado, contendo 97 questões, estas subdivididas em 8 blocos de conhecimento, o instrumento de coleta foi construído a partir da revisão de literatura sobre os temas pesquisados e de outro questionário utilizado em estudo semelhante realizado no município de Ribeirão Preto - SP (BONIFÁCIO; MARQUES; VIEIRA, 2018), o que resultou em um instrumento.

No bloco 1 foram alocadas as variáveis sociodemográficas: tempo de atuação como ACS, tempo de atribuição como ACS na unidade atual, vínculo institucional em ESF ou PACS, se reside na microárea em que atua, idade, sexo, raça/cor, filhos, número de filhos,

escolaridade, classe social conforme o Critério Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2018), curso técnico na área de saúde e qual curso técnico possuíam na área de saúde, não sendo válido o curso realizado ao ingressar na profissão.

O bloco 2 é formado por 9 questões referentes à atuação do ACS (conhecimento I), referenciadas no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2000) – documento formulado pelo Ministério da Saúde a fim de fornecer capacitação profissional através de um conjunto de materiais de apoio direcionados as atribuições do ACS.

O bloco 3 é formado por 12 questões relacionadas o trabalho do ACS na abordagem inicial da gestante, considerado como um grupo prioritário.

O bloco 4 é formado por 2 sub-blocos com questões referentes às vacinas e exames importantes na gestação durante o acompanhamento PN.

O bloco 5 é formado por 14 questões que abordam o trabalho do ACS direcionado ao pré-natal e nas orientações relevantes a serem dadas as gestantes.

O bloco 6 é formado por 14 questões referentes aos sinais e sintomas de risco e sinais de trabalho de parto.

O bloco 7 é formado por 8 questões relacionadas ao pós-parto. As questões abordam o conceito de puerpério, a responsabilidade do ACS no acompanhamento pós-parto, complicações pós-parto, métodos contraceptivos, período de repouso pós-cesárea e realização da visita domiciliar pós-parto.

O último bloco, bloco 8 é formado por 13 questões e tem como tema aleitamento materno.

No que concerne aos blocos de conhecimento referentes às temáticas elencadas, o ACS deveria marcar se as alternativas eram verdadeiras, falsas ou se não sabiam a resposta.

Além dos blocos de conhecimentos específicos, o questionário continha mais 3 questões discursivas que abordavam: tipo de instrumento que o ACS utilizava para o registro do acompanhamento mensal das gestantes; existência de algum tema especial dentro do atendimento da gestante que ele gostaria de saber mais; como o entrevistado se sentiu ao responder ao questionário.

Ao final, o questionário continha mais 2 questões objetivas, de múltipla escolha, que perguntava, respectivamente, se o ACS já recebeu alguma capacitação sobre pré-natal e sobre aleitamento materno. Antes da coleta de dados, foram realizados contatos com as equipes de PACS e ESF, com o objetivo de explicar para os ACS e os enfermeiros coordenadores de cada equipe quais eram os objetivos do estudo e como iria ocorrer a coleta de dados. Foi acordado um momento para aplicação do questionário na própria unidade de saúde, a partir

dos dias e horários disponibilizados pela própria equipe, de modo a não atrapalhar o fluxo de atendimento.

Foi realizado pré-teste com 8 ACS e as inconsistências observadas foram utilizadas para a readequação do instrumento de coleta de dados. Como as adequações foram mínimas, foi possível a participação desses 8 profissionais no estudo final.

Para a aplicação do instrumento, foram fornecidas as informações e explicações sobre o mesmo. Feito isso, era entregue o material para preenchimento, sempre contando com a supervisão dos pesquisadores para esclarecimentos de dúvidas e para que não tivesse nenhum tipo de consulta externa, como celulares e meios eletrônicos, tão pouco consulta aos outros pesquisados presentes na sala.

Ao final do preenchimento dos questionários, foi pactuado com os ACS que após a análise e consolidação dos dados, os resultados seriam apresentados em reunião com todos os ACS participantes, para que assim ocorra um retorno acerca deste trabalho. Além disso, após a fase de coleta e análise dos dados, será realizada capacitação para os ACS sobre os temas abordados na pesquisa, com o objetivo de melhorar a atuação desses profissionais nos seus respectivos locais de trabalho.

Em relação aos ACS que não estavam presentes no dia da aplicação do instrumento de pesquisa, houve até três tentativas de contato para agendamento da aplicação do questionário conforme a disponibilidade do profissional. Foram consideradas perdas os casos em que tentou-se contato e agendamento do profissional por até três vezes e o mesmo não compareceu para preenchimento do instrumento.

#### **4.5 Análises dos dados**

Para a construção do banco e análise dos bancos foi utilizado o software *Statistical Package for the Social* (SPSS) versão 22, sendo que os dados foram digitados duplamente, e em seguida verificou-se as inconsistências a partir da comparação das frequências simples entre as variáveis de ambos os bancos.

Após as verificações e correções das inconsistências de digitação, foi realizada análise descritiva a partir das frequências simples e absolutas das variáveis referentes às características sociodemográficas, profissionais e ao conhecimento dos ACS em relação aos aspectos do parto e pós-parto.

Dentre os blocos de conhecimentos do questionário autoaplicado, dois deles foram explorados por esta pesquisa: Bloco 6 (referente ao parto) e bloco 7 (referente ao pós-parto).

Tratando-se do bloco 6, o mesmo continha 14 questões, sendo que 10 questões que abordavam os sinais e sintomas de risco durante a gestação e 4 questões que abordavam os sinais de trabalho do parto. Entretanto, apenas as 4 questões referentes os sinais de trabalho de parto foram escolhidas para serem analisadas no presente estudo. Assim, para cada alternativas, o ACS assinalava se estava “Certa”, “Errada” ou se “Não Sabe” resposta.

Já o bloco 7 é formado por 8 questões, na qual todas foram escolhidas para serem utilizadas no estudo. As questões investigaram o conceito de puerpério, a responsabilidade do ACS no acompanhamento pós-parto, complicações no pós-parto, métodos contraceptivos, período de repouso pós-cesárea e realização da visita domiciliar pós-parto pelo ACS. O ACS deveria marcar novamente apenas uma assertiva, afirmando estar “Certo” ou “Errado” ou se “Não sabe” a resposta.

A análise de comparação foi feita através do conjunto de preditores, assim a variável dependente foi o “Conhecimento dos ACS sobre trabalho de parto e puerpério”. Esta variável dependente dividiu-se em duas categorias, “Conhecimento baixo” e “Conhecimento elevado”.

As duas categorias (conhecimento alto e baixo) foram construídas a partir da mediana do total de acertos das 12 questões relacionadas aos sinais de trabalho de parto e puerpério. A mediana encontrada foi de 10 questões respondidas de maneira correta, com isso, ficou definido como “Conhecimento baixo” quando o ACS acertou até 10 questões e “Conhecimento elevado” quem acertou 11 questões ou mais.

As variáveis independentes utilizadas foram: sociodemográficas (gênero, idade, raça/cor, filhos, escolaridade, classe social definida pelo Critério Brasil (ABEP, 2018), tempo de atuação como ACS, equipe em que trabalha (PACS ou PSF), curso na área da saúde e “Conhecimento sobre as atribuições do ACS”.

Esta última variável foi elaborada a partir do cálculo da mediana do total de acertos das 9 questões que formavam o bloco 2 do questionário (conhecimento sobre as atribuições da profissão); A mediana foi de 9 acertos, sendo considerando “Conhecimento baixo” quem acertou de até 8 questões (abaixo da mediana) e “Conhecimento elevado” quem acertou 9 questões (mediana ou mais).

Para averiguar as associações entre a variável dependente (conhecimento dos ACS sobre parto e puerpério) e as variáveis independentes, foi realizado análise bivariada a partir do cálculo do Odds Ratio (OR), Intervalo de Confiança (IC) de 95% e Testes Qui-quadrado/Exato de Fisher (considerada associação quando o valor de p menor que 0,05).

Em seguida, foi realizada a análise ajustada através de Regressão Logística Múltipla com método de Stepwise.

#### 4.6. Aspectos éticos

Antes dos ACS iniciarem o preenchimento dos questionários, as pesquisadoras informaram aos mesmos a temática da pesquisa, o objetivo e a importância do estudo, autorizando o preenchimento das assertivas e somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Os participantes que aceitaram participar do estudo receberam uma via do TCLE, e a outra via ficou com as pesquisadoras responsáveis na aplicação dos questionários.

Dentre os possíveis riscos ofertados pelo estudo, elenca-se o risco do ACS apresentar medo, ansiedade e desconforto ao responder o questionário proposto pelas pesquisadoras com intuito de avaliar o conhecimento de ambos. Frente a isso, os profissionais foram orientados quanto ao respeito da privacidade nas suas identificações quando os resultados forem divulgados, dado que os resultados serão explanados de modo geral. Assim, salienta-se que não haverá o risco de expor ou constranger o indivíduo pesquisado.

O sigilo da identificação e a privacidade dos entrevistados foram preservados durante todo período de coleta e análise dos dados.

Os instrumentos de coleta de dados estão sob a responsabilidade da professora Magna Santos Andrade, os quais foram arquivados na Universidade do Estado da Bahia/Campus VII, Senhor do Bonfim e após cinco anos serão destruídos e descartados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da Faculdade Anísio Teixeira (FAT) por meio do parecer do nº 3.206.049 em 18 de março de 2019, iniciando a coleta de dados.

#### REFERÊNCIA

**ABEP, Associação Brasileira De Empresas De Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil - Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 16/04/2018. São Paulo, 2018. 6 p. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 19 out. 2022.**

ALONSO, Carolina Maria do Carmo; BÉGUIN, Pascal Daniel; DUARTE, Francisco José de Castro Moura. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 52, p.14-27, 26 fev. 2018. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395.pdf). Acesso em: 16 fev. 2020.

ALVES, Fernando Antônio Pires; CUETO, Marcos. A década de Alma-Ata: a crise do

desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.22, n.7, pp.2135-2144, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702135&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702135&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 8 mar. 2021.

BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 11, p.4227-4238, nov. 2019. Disponível em: 10.1590/1413-812320182411.28112017. Acesso em: 14 fev. 2020.

BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cad. Saúde Pública**, Guarapuava, v. 36, n. 7, p. 14, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000705010&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000705010&script=sci_arttext). Acesso em: 3 mar. 2021.

BATALHA E, LAVOR A. Atenção Básica não é Atenção Mínima. **Rev. Radis** [Internet]. 2017 dez [cited 2022 Aug 17];45(3):1-9. Available from: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/183>.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria de Saúde. Pré-natal e puerpério: **Protocolo. 2ª ed revisada e atualizada**; Belo Horizonte-MG, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal-perperio-31-05-2019.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2020.

BONIFÁCIO L., MARQUES J., VIEIRA E. **Assessment of the knowledge of Brazilian Community Health Workers regarding prenatal care**. Primary Health Care Research & Development. 2018,1-7. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/assessment-of-the-knowledge-of-brazilian-community-health-workers-regarding-prenatal-care/5ADFE2733FDBDB1E81853B0D46A23322>. Acesso em: 30 de ago 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição** da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de **1988**.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1997.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119 p. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_05a.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf). Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva, **Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1. Brasília, DF, 2002. 11 de julho de 2002. PL 6035/2002. Disponível em:

<http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/agentes/leis%20dos%20agentes%20comunitarios%20%20.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 648 DE MARÇO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 28 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1. Ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf) Acesso em: 17 de Mar. de 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**. Dispõe sobre a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo. 2019. 56 p. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 01 set. 2021.

BRASIL. **Portaria nº715 de 4 de abril de 2022**. Altera a portaria nº3 de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial da União, 2022; Seção 1

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, Brasília, v. 65, n. 2, p.227-244, jun. 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>. Acesso em: 26 out. 2020.

CASTRO, Thiago Alves de et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 294-301, 9 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030190>.

DOMINGUES, Sana Gimenes Alvarenga. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: aspectos sociológicos e jurídicos. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Campos**, [S.I.], v.

7, n. 1, p. 21-27, Não é um mês valido! 2022. Disponível em: <http://www.revistas.uniflu.edu.br:8088/seer/ojs-3.0.2/index.php/direito/article/view/474/272>. Acesso em: 25 out. 2022.

EDMOND, Karen M. et al. Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study. **Bmc Medicine**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-13, 9 jul. 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-018-1092-9>. Acesso em: 05 mar. 2020.

FÉLIX, Hevyllin Cipriano Rodrigues et al. **Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., v. 19, n.2, p. 343-349 abr-jun., 2019. Acesso em: 27 set. 2022.

FERREIRA, L.; MANDÚ, M. J.; SANTOS, SANDBERG. Análise comparativa do índice de desenvolvimento humano (IDH) e sua aplicabilidade nas políticas públicas. **Revista Dissertar**, v. 1, n. 35, 11 fev. 2021. Disponível em: <http://revistadissertar.adesa.com.br/index.php/revistadissertar/article/view/299>. Acesso em: 19 out. 2022.

FONSECA, Angélica Ferreira; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.525-552, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462013000300005>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300005). Acesso em: 09 fev. 2020.

FUSQUINE, R.S.; LINO, N.C.F.; CHAGAS, A.C.F.; MULLER, K.T.C. Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Arch Health Sci**, v. 26, n.1, p. 37-40, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.26.1.2019.1241>. Acesso em: 22.jul.2022.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 118, p. 606-617, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811805>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0606.pdf>.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.4, p. 1327-1337, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 09 fev. 2020.

GONÇALVES, Cristiana de Souza et al. Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 1, p. 71-78, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n1/pt\\_1519-3829-rbsmi-19-01-0063.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n1/pt_1519-3829-rbsmi-19-01-0063.pdf). Acesso em: 1 mar. 2021.

HEERBORTH, Sara A, et al. Knowledge of Obstetric and Neonatal Danger Signs among Community Health Workes in the Ronngo Sub-County of Migori Count, Kenya: Resulto f a Xommunity-based Cross-Sectional Survey. **African Journal of Reproductive Health**.2020. v. 16, n. 1, p.1-13, 1 mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32358944/>

HOLLANDA, Gabriela Silva Esteves de et al. Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. **Journal Of Nursing And Health**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 1-13, 14 maio 2019. Universidade Federal de Pelotas. <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v9i3>.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17027>. Acesso em: 26 nov. 2020.

HONORATO, Mikellayne Barbosa et al. Avaliação da assistência puerperal no âmbito da atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.12, n.11, p. 1-7, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4992.2020>. Acesso em: 11 fev. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/senhor-do-bonfim.html>. Acesso em: 07 jul. 2022.

KORNIJEZUK, Natália Peres. Do programa ao plano : a política de atenção integral à saúde da mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa. 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado) - **Curso de Mestrado em Sociologia**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/132850>. Acesso em: 11 set. 2022

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 7, n. 35, p.1-14, 22 jul. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000905002&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000905002&script=sci_arttext). Acesso em: 18 out. 2020.

LOPES, Giovana Almeida et. al. Consulta de enfermagem no puerpério na atenção básica: uma revisão de literatura. **Revista Ciência & Inovação - FAM**, v.6, n.1, p. 29-14, out. 2021. Disponível em:

[http://faculdadedeamericana.com.br/revista/index.php/Ciencia\\_Inovacao/article/view/604](http://faculdadedeamericana.com.br/revista/index.php/Ciencia_Inovacao/article/view/604). Acesso em: 11 fev. 2022.

MACIEL, Luciana Pessoa et al. Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion / Transtorno mental no puerpério. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.1096-1102, 1 jul. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6988/pdf>. Acesso em: 06 mar. 2020.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 1, p.18-37, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.

MAZZO Maria Helena Soares da Nóbrega. Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. **Investig Enferm Imagen Desarr**. 2018;20(2):1-9. doi: <https://doi.org/10.11606/issn1518-9757.v20i2p1-9>

org/10.11144/Javeriana.ie20-2.ppsp. Disponível em:  
file:///C:/Users/user/Downloads/silviacaastro,+145256681008\_visor\_jats.pdf. Acesso em: 10 jun.2021.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia fundamental, Rezende**. 14. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 1002 p.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 116, p.11-24, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

NUNES, Cristiane Abdon et al. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 127-144, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s209>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000600127&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600127&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 30 nov. 2020.

OLIVEIRA, Renata Leite Alves de; FERRARI, Anna Paula; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 27, p. 1-9, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2806.3058>.

OLIVEIRA, Thaís Damasceno et al. Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam**, [s.l.], v. 3, n. 11, p.620-626, maio 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-994787>. Acesso em: 11 fev. 2020.

OMS, Organização Mundial Da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em :  
<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/2011/11/07Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 22 de out. 2020.

PINTO, Ingrid Rosane et al. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. Escola Anna Nery, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 1-9, 25 fev. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0249>.

RIBERIO, Juliane Portella et al. Necessidades sentidas pelas mulheres no período puerperal. **Rev. Enferm. Ufpe**, Recife, v. 13, n. 1, p.61-69, jan. 2019. Disponível em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006029>. Acesso em: 05 mar. 2020.

SAMUDIO, Jania Lurdes Pires; BRANT, Letícia Carneiro; MARTINS, Ana Clara de Freitas Dias Costa; VIEIRA, Maria Aparecida; SAMPAIO, Cristina Andrade. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.745-769, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0745.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

SILVA, Cassandra Ribeiro de O. Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, Thayná Champe da et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S.L.], v. 7, p. 1-8, 19 abr. 2017. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>.

SIQUEIRA, Larissa Karla Rocha; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; MORAIS, Ramon José Leal de. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. **Rev. Enferm. Ufsm**, [s.i.], v. 9, n. 18, p.1-18, jul. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33495/pdf>. Acesso em: 21 fev. 2020.

SIQUEIRA, Larissa Karla Rocha; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; MORAIS, Ramon José Leal de. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. **Rev. Enferm. Ufsm**, [s.i.], v. 9, n. 18, p.1-18, jul. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33495/pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SOUZA, Ivelise Araújo De ; SERINOLLI, Mário Ivo ; ZAGO NOVARETTI, Márcia Cristina. Assistência pré-natal e puerperal e indicadores de gravidade no parto: um estudo sobre as informações disponíveis no cartão da gestante. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant** , Recife, v. 19, n. 4, p. 991-997, dez 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n1/pt\\_1519-3829-rbsmi-19-01-0063.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n1/pt_1519-3829-rbsmi-19-01-0063.pdf). Acesso em: 8 mar. 2021.. Acesso em: 8 mar. 2021.

TINOCO, Tayane Fraga; ACIOLI, Sonia; NETO, Mercedes; SILVA, Lucimara Alves. Mortalidade materna e a prática educativa na atenção primária. **Revista Nursing**, [s.i], v. 21, n. 247, p.2535-2541, ago. 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg89.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). O que é o IDHM. PNUD no Brasil. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-%C3%A9-o-idhm>. Acesso em: 13 set 2022.

VARELA, Patrícia Louise Rodrigues et al. Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, p.29-49, 8 jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2156.2949>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-11692017000100412](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-11692017000100412). Acesso em: 08 fev 2020.

WAGNER, Abram L. *et al.* Using community health workers to refer pregnant women and young children to health care facilities in rural West Bengal, India: a prospective cohort study. *Plos One*, [S.L.], v. 13, n. 6, p. 0199607, 21 jun. 2018. **Public Library of Science (PLOS)**. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0199607> Acesso em: 10 jan.2022.

ZVEITER, Marcele *et al.* O fim anunciado da Rede Cegonha – que decisões tomaremos para o nosso futuro? **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 1-6, 21 set. 2022. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66736>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/66736>. Acesso em: 25 out. 2022.

## 5. ARTIGO

### **CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O PARTO E PUERPÉRIO**

KNOWLEDGE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS ABOUT CHILDBIRTH AND THE PUERPERUM

**Andressa Silva Azael Lima Araújo**

Graduanda de Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Senhor do Bonfim, BA, Brasil. andressa\_azael@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-4627-9556

**Magna Santos Andrade**

Professora Doutora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Senhor do Bonfim-BA, Brasil. andrademagna01@gmail.com. ORCID: 0000-0002-0557-216

A SER ENVIADO PARA A REVISTA COGITARE ENFERMAGEM

## CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O PARTO E PUERPÉRIO

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o nível de conhecimento sobre sinais de trabalho de parto/puerpério e fatores associados à esses entendimentos entre os Agentes Comunitários de Saúde. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo-analítico. A coleta de dados ocorreu entre novembro/2019 a Fevereiro/2020, através de questionário contendo 12 questões. Fizeram parte do estudo 153 profissionais. Realizou-se análise descritiva sociodemográfica/profissional e referente ao conhecimento sobre sinais de trabalho de parto e puerpério. Foi considerado como conhecimento elevado, acertos de 11 ou mais questões e conhecimento baixo acerto de 10 ou menos questões. Para averiguar conhecimento sobre trabalho de parto/puerpério foi realizada análise bivariada a partir do cálculo do *Odds Ratio*, Intervalo de Confiança de 95%, Testes Qui-quadrado/Exato de Fisher, seguido de análise ajustada através de Regressão Logística Múltipla (método de Stepwise). **Resultados:** 56,8% dos profissionais possuem conhecimento elevado, mas alguns equívocos foram identificados. Observou-se associação entre conhecimento elevado com gênero feminino e conhecimento sobre atribuições profissionais. **Conclusão:** Os profissionais apresentaram um elevado nível de conhecimento, mas alguns entendimentos errôneos podem comprometer a qualidade da assistência obstétrica ofertada pela atenção básica.

**DESCRITORES:** Conhecimento; Agentes Comunitários de Saúde; Trabalho de Parto; Período Pós-parto; Enfermagem.

### SUMMARY

**Objective:** To analyze the level of knowledge about signs of labor/puerperium and factors associated with these understandings among Community Health Agents **Methods:** Quantitative, descriptive-analytical study. Data collection took place between November/2019 and February/2020, through a questionnaire containing 12 questions. 153 professionals took part in the study. A sociodemographic/professional descriptive analysis was carried out, referring to knowledge about signs of labor and puerperium. It was considered as high knowledge, correct answers to 11 or more questions and low knowledge, correct answers to 10 or less questions. To investigate knowledge about labor/puerperium, a bivariate analysis was performed based on the calculation of the Odds Ratio, 95% Confidence Interval, Fisher's Chi-square/Exact Test, followed by an adjusted analysis through Multiple Logistic Regression (Stepwise method). **Results:** 56.8% of professionals have high knowledge, but some mistakes were identified. There was an association between high knowledge with the female gender and knowledge about professional attributions. **Conclusion:** The professionals had a high level of knowledge, but some misunderstandings can compromise the quality of obstetric care offered by primary care.

**HEADINGS:** Knowledge; Community Health Agents; Labor of Childbirth; Postpartum period; Nursing.

## **Resumen**

**Objetivo:** Analizar el nivel de conocimiento sobre las señales del trabajo de parto/puerperio y los factores asociados a estas comprensiones entre los Agentes Comunitarios de Salud que actúan en Senhor do Bonfim-Bahia. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo-analítico. La recolección de datos ocurrió entre noviembre/2019 y febrero/2020, a través de un cuestionario que contenía 12 preguntas. 153 profesionales participaron en el estudio. Se realizó un análisis descriptivo sociodemográfico/profesional, referente al conocimiento sobre signos de trabajo

de parto y puerperio. Se consideró como alto conocimiento, respuestas correctas a 11 o más preguntas y bajo conocimiento, respuestas correctas a 10 o menos preguntas. Para investigar el conocimiento sobre trabajo de parto/puerperio, se realizó un análisis bivariado basado en el cálculo de la Odds Ratio, Intervalo de Confianza al 95%, Chi-cuadrado de Fisher/Test Exacto, seguido de un análisis ajustado a través de Regresión Logística Múltiple (método Stepwise). **Resultados:** el 56,8% de los profesionales tienen conocimientos altos, pero se identificaron algunos errores. Hubo asociación entre el alto conocimiento con el género femenino y el conocimiento sobre las atribuciones profesionales. **Conclusión:** Los profesionales tenían un alto nivel de conocimiento, pero algunos malentendidos pueden comprometer la calidad de la atención obstétrica ofrecida por la atención primaria.

**DESCRIPTORES:** Conocimiento; Agentes Comunitarios de Salud; Trabajo de parto; Período Posparto; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é resultado da expressão da Atenção Primária de Saúde (APS) no Brasil. Em 1991 o ACS foi inserido em rede nacional através da concepção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), resultante da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O papel do ACS junto a sua comunidade é oferecer serviços voltados à saúde a fim de promover melhorias na qualidade de vida dos usuários da rede de Atenção Básica.<sup>1,2</sup>

É sabido que fatores como residir na mesma comunidade, conhecer os moradores e as suas respectivas condições de vida são alguns dos diferenciais do profissional. A atuação do ACS se desenvolve principalmente através das visitas domiciliares (VD) ou em outros âmbitos comunitários, realizando o acompanhamento de todas as famílias do seu território, principalmente aquelas em situações de risco.<sup>2</sup>

Na VD, os ACS têm a possibilidade de identificar precocemente os sinais e sintomas de risco apresentados pelas gestantes e puérperas, realizando o encaminhamento das mesmas para as UBS, reduzindo o tempo entre a ocorrência da complicação e a assistência adequada, o que é imprescindível para um bom prognóstico.<sup>3</sup>

Além disso, a educação em saúde realizada pelo ACS nos domicílios viabiliza a promoção do autocuidado para as gestantes e seus familiares, impactando positivamente na saúde da mulher e do recém-nascido.<sup>3</sup>

No que diz respeito à Estratégia de Saúde da Família (ESF), a mesma deve proporcionar um cuidado integral, individual e de qualidade em especial, sendo que um dos grupos prioritários é a mulher no período gravídico puerperal. Cabe ao ACS desenvolver através do cuidado um trabalho responsável, direcionado para a identificação das gestantes da comunidade, concomitantemente com um acompanhamento personalizado em todas as fases da gestação, inclusive no parto e puerpério.<sup>4</sup>

O processo de trabalho de parto se constitui de diversos sinais e sintomas que surgem fisiologicamente, a exemplo das contrações uterinas ritmadas que auxiliam na passagem do feto e na retirada da placenta. Entretanto, estes sinais, são pouco compreendidos por partes das gestantes, o que inviabiliza a busca por atendimento de saúde nos momentos oportunos.<sup>5</sup>

Para então facilitar a disseminação destes conhecimentos sobre o processo de trabalho de parto, dentre outros, é que se faz necessário o uso de práticas de educação em saúde para as gestantes e seus familiares, fomentando discussões que facilitem a identificação dos sinais de trabalho de parto e de possíveis complicações, pois é visto que a disseminação do conhecimento adequado diminui as possíveis internações por falta de informações, corroborando assim, com à saúde materno-infantil.<sup>5</sup>

O puerpério, também denominado como pós-parto é uma fase na vida da mulher que merece atenção especial por parte da equipe de saúde. No puerpério existe o risco de surgir

complicações de saúde ainda associadas à gestação, que podem favorecer a morbimortalidade materna. Entretanto, o cuidado no puerpério ainda é pouco priorizado nas Unidades Básicas de Saúde se comparado à assistência pré-natal.<sup>6</sup>

Diante de tais situações, a puérpera precisa de um acompanhamento qualificado, o que inclui o ACS. Cabe a esse profissional fortalecer o elo entre as mulheres e a equipe de saúde, para assim contribuir com a diminuição dos desconfortos, medos, dúvidas e dificuldades, promovendo um período puerperal tranquilo e sem complicações.<sup>7</sup>

Neste contexto, para o enfrentamento das complicações maternas graves e do óbito materno, a atuação do ACS é fundamental, pois estão diariamente nos domicílios das áreas adscritas, sendo o elo entre os usuários e serviço de saúde.<sup>6</sup>

O diagnóstico sobre o conhecimento desses profissionais a respeito do trabalho de parto e puerpério é de suma importância, justamente por eles exercerem um papel que visa apoiar e esclarecer os questionamentos relacionados à nutriz e a gestante, contribuindo assim na concretização de profissionais capacitados, beneficiando toda comunidade e os serviços de saúde.

Estudos a respeito do conhecimento dos ACS sobre o período gravídico puerperal são escassos, mas são relevantes pois abordam o entendimento dos profissionais que estão na comunidade e dentro dos domicílios diariamente, cujo trabalho de qualidade pode contribuir com a prevenção/diminuição do adoecimento e mortalidade materna.

Desse modo, a pergunta problema proposta para a presente pesquisa é: Qual o nível de conhecimento sobre sinais de trabalho de parto/puerpério e os fatores associados às esses entendimentos entre os Agentes Comunitários de Saúde que atuam em Senhor do Bonfim-BA?

Tais resultados poderão ser utilizados pelos gestores e equipes de saúde para uma reorganização da rede de cuidados, a fim de melhorar o conhecimento e condutas a respeito do parto e puerpério, impactando positivamente nos agravos a saúde materna e neonatal.

Mediante a estes aspectos, o presente estudo tem como objetivo analisar o nível de conhecimento sobre sinais de trabalho de parto/puerpério e os fatores associados às esses entendimentos entre os Agentes Comunitários de Saúde que atuam em Senhor do Bonfim-BA.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-analítico, do tipo transversal, pertencente a uma pesquisa maior denominada “Análise do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado pré-natal no município de Senhor do Bonfim-BA”.

A pesquisa foi feita em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipes de Saúde da Família (ESF) e equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Senhor do Bonfim-BA que. A cidade está localizada no Centro-norte do estado da Bahia, teve a população estimada em 2021 de 79.813 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,666.<sup>8</sup>

O IDHM representa as especificidades e desafios regionais que impedem ou favorecem o desenvolvimento humano no Brasil. A medida é composta pelas dimensões de desenvolvimento educação, renda e longevidade; o índice varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o índice de desenvolvimento humano.<sup>9</sup>

Tal indicador é categorizado em baixo ( $\leq 0,49$ ), médio (0,79 a 0,5) e alto ( $\geq 0,8$ ), assim o índice de 0,666 do município pesquisado enquadra-o como de médio desenvolvimento humano.<sup>10</sup>

Participaram do estudo todos os ACS do município, pertencentes às ESF (10 equipes

na zona urbana e 6 na zona rural) e às equipes do PACS (02 equipes na zona urbana e 02 equipes na zona rural), sendo que algumas unidades de saúde funcionam com mais de uma equipe de saúde da família ou com equipes de saúde da família e PACS, totalizando 175 profissionais.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser ACS; atuar nas Unidades de Saúde de Senhor do Bonfim; estar ativo na sua atribuição durante o período da coleta de dados; ter pelo menos um ano de experiência na profissão de ACS.

E como critérios de exclusão foram considerados: ACS que estavam de férias durante o período da coleta de dados; ACS que estavam de licença-saúde; ACS que estavam em desvio de função e ACS com menos de um ano de experiência na profissão.

Contudo, devido às perdas durante a coleta de dados, foram pesquisados 153 ACS. As perdas ocorreram pelos seguintes motivos: 8 profissionais afastados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 1 de licença maternidade, 1 de férias, 1 se recusou a participar, 5 não compareceram para aplicação do questionário e não apresentaram justificativas, mesmo sendo convocados por inúmeras vezes, 1 de atestado médico e 5 possuíam menos de um ano de experiência na profissão, que de acordo com critérios do estudo, inviabilizou a participação na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2019 a fevereiro de 2020 e aconteceu nas unidades de trabalho dos ACS. Foi utilizado um questionário auto aplicado, construído a partir da revisão de literatura sobre o tema pesquisado e de instrumento utilizado em estudo semelhante realizado no município de Ribeirão Preto – SP.<sup>11</sup>

Ao todo, o questionário foi composto por 97 questões, divididos em 8 blocos: bloco 1 (variáveis sociodemográficas e da profissão), bloco 2 (conhecimento sobre as atribuições da profissão), bloco 3 (atuação do ACS no grupo prioritário das gestantes), bloco 4 (exames e vacinas recomendados no PN), bloco 5 (trabalho do ACS sobre as orientações que devem

fornecer para as gestantes), bloco 6 (entendimento sobre sinais e sintomas de risco para a gestante e os sinais de trabalho de parto), bloco 7 (conhecimento sobre aspectos do pós-parto) e o bloco 8 (aleitamento materno).

No que concerne aos blocos de conhecimento referentes às temáticas elencadas no instrumento de coleta (bloco 2 ao 8), o ACS deveria assinalar se a alternativa era “Verdadeira”, “Falsa” ou “Não sabe”.

Para a presente análise utilizou-se os blocos 6 e 7 do instrumento de coleta de dados, totalizando 12 questões, subdivididos em dois grupos de análise, sendo o 1º “Conhecimento dos ACS sobre os sinais de trabalho de parto” e o 2º “Conhecimento dos ACS sobre o puerpério”. Vale ressaltar que o bloco sobre os sinais de trabalho de parto era composto por 14 questões, sendo que 10 questões abordavam os sinais e sintomas de risco durante a gestação e 4 questões abordavam os sinais de trabalho do parto. Entretanto, apenas as 4 assertivas referentes os sinais de trabalho de parto foram escolhidas para serem analisadas no presente recorte.

A coleta dos dados foi realizada por 3 pesquisadoras vinculadas ao curso de Bacharelado de Enfermagem da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), e as graduandas do curso foram previamente capacitadas para o desenvolvimento da função.

Antes da coleta de dados realizou-se contatos com as equipes de PACS e ESF, com o objetivo de explicar para os ACS e os enfermeiros coordenadores de cada equipe quais eram os objetivos do estudo e como iria ocorrer a coleta de dados. Foi acordado um momento para aplicação do questionário na própria unidade de saúde, a partir dos dias e horários disponibilizados pela própria equipe, de modo a não atrapalhar o fluxo de atendimento.

Antes dos ACS iniciarem o preenchimento dos questionários, as pesquisadoras informaram aos mesmos sobre a temática da pesquisa, o objetivo e a importância do estudo, seguido da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em

duas vias sendo que uma ficava com o ACS e a outra via ficou com as pesquisadoras responsáveis pela aplicação dos questionários. O sigilo da identificação e a privacidade dos entrevistados foram preservados durante todo período de coleta e análise dos dados.

Durante o preenchimento do instrumento, as pesquisadoras permaneciam no mesmo ambiente, disponíveis para os esclarecimentos de dúvidas e monitorando para que não ocorresse possíveis tentativas do uso de eletrônicos, celulares e consulta de informações com os outros pesquisados.

Para a construção do banco e análise dos dados utilizou-se o software *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. Os dados foram digitados duplamente, e em seguida verificadas as inconsistências a partir da comparação das frequências simples entre as variáveis de cada banco.

Após as verificações e correções das inconsistências de digitação, procedeu-se a análise descritiva a partir das frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas, profissionais e referentes aos blocos de conhecimentos pesquisados.

A análise de comparação foi feita através do conjunto de preditores, assim a variável dependente foi o “Conhecimento dos ACS sobre trabalho de parto e puerpério”. Esta variável dependente dividiu-se em duas categorias, “Conhecimento baixo” e “Conhecimento elevado”.

As duas categorias (conhecimento alto e baixo) foram construídas a partir da mediana do total de acertos das 12 questões relacionadas aos sinais de trabalho de parto e puerpério. A mediana encontrada foi de 10 questões respondidas de maneira correta, com isso, ficou definido como “Conhecimento baixo” quando o ACS acertou até 10 questões e “Conhecimento elevado” quem acertou 11 questões ou mais.

As variáveis independentes utilizadas foram: sociodemográficas (gênero, idade, raça/cor, filhos, escolaridade, classe social) definida pelo Critério Brasil <sup>12</sup>, tempo de atuação como ACS, equipe em que trabalha (PACS ou PSF), curso na área da saúde e “Conhecimento

sobre as atribuições do ACS".

Esta última variável foi elaborada a partir do cálculo da mediana do total de acertos das 9 questões que formavam o bloco 2 do questionário (conhecimento sobre as atribuições da profissão); A mediana foi de 9 acertos, sendo considerando "Conhecimento baixo" quem acertou de até 8 questões (abaixo da mediana) e "Conhecimento elevado" quem acertou 9 questões (mediana ou mais).

Para averiguar as associações entre a variável dependente (conhecimento dos ACS sobre os sinais de trabalho de parto e puerpério) e as variáveis independentes, realizou-se análise bivariada a partir do cálculo do Odds Ratio (OR), Intervalo de Confiança (IC) de 95% e Testes Qui-quadrado/Exato de Fisher (considerada associação quando o valor de p menor que 0,05).

Em seguida, foi realizada a análise ajustada através de Regressão Logística Múltipla com método de Stepwise.

A aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Anísio Teixeira (FAT) ocorreu em 18 de março de 2019 (parecer nº 3.206.049).

## **RESULTADOS**

Dos 153 participantes do estudo, 115 (75,2%) eram mulheres, 88 (57,5%) tinham idade igual ou maior que 45 anos, 135 (88,2%) se autodeclaram pretos/pardos e 128 (83,7%) possuíam filhos (tabela 1).

Em relação à escolaridade, 80 (53,3%) entrevistados tinham 12 anos ou mais de estudo. 104 (68%) pertenciam à classe social C, D ou E, 83 (54,2%) tinham 15 anos ou menos de atuação como ACS e 98 (64,1%) referiram não possuir curso na área de saúde. Quanto ao conhecimento, 87 (56,9%) apresentaram conhecimento elevado a respeito das atribuições da profissão.

Dentre todos os ACS pesquisados, 87 (56,8%) possuíam conhecimento elevado sobre sinais e trabalho de parto e o puerpério, visto que acertaram 11 ou mais questões.

No que refere às características sociodemográficas/profissionais, houve associação entre “Conhecimento dos ACS sobre parto e puerpério” e “Gênero feminino” ( $p= 0,01$ ). Também observou-se associação entre a variável dependente e o “Conhecimento das atribuições da profissão” ( $p= 0,02$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas/profissionais e conhecimento sobre sinais de trabalho de parto/puerpério entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Senhor do Bonfim-BA, 2019-2020.

Variáveis sociodemográficas/profissionais	Total	Conhecimento Parto/Puerpério		OR (IC95%)	P
	N(%)	Baixo N(%)	Alto N(%)		
<b>Gênero</b>					<b>0,01</b>
Masculino	38(24,8)	25(37,8)	13(14,9)	1	
Feminino	115(75,2)	41(62,2)	74(85,1)	3,4 (1,5-8,2)	
<b>Idade (anos)</b>					0,61
< 45	65(42,5)	26(39,4)	39(44,8)	1	
≥ 45	88(57,5)	40(60,6)	48(55,2)	0,8 (0,4-1,6)	
<b>Raça/cor</b>					0,38
Preta/parda	135(88,2)	56(84,8)	79(90,8)	1	
Não preta/parda	18(11,8)	10(15,2)	8(9,2)	0,6 (0,2-1,7)	
<b>Filhos</b>					0,57
Sim	128(83,7)	57(86,3)	71(81,6)	1	
Não	25(16,3)	9(13,7)	16(18,4)	0,7 (0,3-1,8)	
<b>Escolaridade (anos)</b>					0,75
< 12	73(47,7)	30(45,5)	43(49,4)	1	
≥ 12	80(52,3)	36(54,5)	44(50,6)	0,6 (0,4-1,7)	
<b>Classe social<sup>a</sup></b>					0,82
A ou B	49(32,0)	20(30,3)	29(33,3)	1	
C, D ou E	104(68,0)	46(69,7)	58(66,7)	1,1 (0,5-2,4)	
<b>Tempo de atuação como ACS</b>					1,00
<15	83(54,2)	36(54,5)	47(54,0)	1	
≥ 15	70(45,8)	30(45,5)	40(46,0)	1,0 (0,5-2,0)	
<b>Equipe em que trabalha</b>					0,48
PACS	43(28,1)	21(31,9)	22(25,3)	1	
ESF/PSF	110(71,9)	45(68,1)	65(74,7)	1,4 (0,6-3,0)	
<b>Curso na área da</b>					0,79

<b>saúde</b>				
Sim	55(35,9)	25(37,9)	30(34,5)	1
Não	98(64,1)	41(62,1)	57(65,5)	0,9 (0,4-1,8)
<b>Conhecimento das atribuições</b>				<b>0,02</b>
Baixo	66(43,1)	36(54,5)	30(34,5)	1
Elevado	87(56,9)	30(45,5)	57(65,5)	2,3 (1,1-4,6)

<sup>a</sup>Renda mensal média das classes A (>20 salários mínimos), B (>5 e <10 salários mínimos), C (> 1 e <3), D e E (< 1 salário mínimo. O salário mínimo em reais no Brasil na época da pesquisa era R\$ 1.045,00.

ACS – Agente Comunitário de Saúde; PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; ESF – Estratégia de Saúde da Família; PSF – Programa de Saúde da Família.

Na análise ajustada permaneceu a associação entre “Conhecimento dos ACS em relação ao parto/puerpério” com “ Gênero” (p=0,03) e “Conhecimento das atribuições da profissão” (p=0,01) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Estimativas das razões de chances (Odds ratio – OR) ajustadas e correspondentes intervalos de 95% de confiança (IC 95%) para as variáveis analisadas no modelo de regressão múltipla (Stepwise), entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Senhor do Bonfim-BA, 2019-2020.

<b>Variáveis sociodemográficas/ profissionais</b>	<b>OR ajustado (IC 95%)</b>	<b>P</b>
<b>Gênero</b>		<b>0,01</b>
Masculino	1	
Feminino	3,2 (1,5-7,2)	
<b>Conhecimento das atribuições</b>		<b>0,03</b>
Baixo	1	
Elevado	2,1 (1,1-4,1)	

OR – Odds Ratio; IC = Intervalo de Confiança.

A Tabela 3 mostra o conhecimento dos ACS a respeito dos sinais do trabalho de parto e chama atenção o percentual de erros em algumas questões.

A afirmativa “somente o médico (a) e o enfermeiro (a) podem informar à gestante sobre os sinais de trabalho de parto para dar segurança à mulher” é Falsa, mas 73 (47,7%) dos ACS responderam como Verdadeira. Já a questão “quando a gestante tem contrações com intervalo de uma hora entre as contrações, é o momento dela ir para o hospital” obteve 66 (43,1%) de erros, ou seja, profissionais marcaram como Verdadeira, mas era Falsa (Tabela 3).

**Tabela 3** - Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sinais de trabalho de parto, município Senhor do Bonfim-BA, 2020-2021.

Assertivas	<b>Acerto</b>	<b>Erro</b>	<b>NS</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Somente o médico (a) e o enfermeiro (a) podem informar à gestante sobre os sinais de trabalho de parto para dar segurança à mulher. (F)	76 (49,7)	73 (47,7)	4 (2,6)
Quando a gestante tem contrações com intervalo de uma hora entre as contrações, é o momento dela ir para o hospital. (F)	71 (46,4)	66 (43,1)	16 (10,5)
A presença de contrações é o único sinal de trabalho de parto. (F)	130 (85,0)	21 (13,7)	2 (1,3)
Os sinais de trabalho de parto são: perda de “tampão” mucoso (secreção) pela vagina, dor nas costas que vai para a parte de baixo da barriga, contrações e a perda de líquido pela vagina que é o rompimento da bolsa. (V)	149 (97,4)	0	4 (2,6)

V – Verdadeiro; F – Falso; ACS – Agente Comunitário de Saúde.

Em relação ao puerpério, os erros mais frequentes foram: 79 (51,6%) dos profissionais acreditavam que a mulher que teve cesárea deve ficar 15 dias em repouso absoluto no pós-parto; 22 (14,4%) apontaram que sinais de depressão e ansiedade no puerpério são comuns, não havendo necessidade de acompanhamento profissional; para 12 (7,8%) deles o acompanhamento no pós-parto é de responsabilidade apenas do médico e da enfermeira (Tabela 4).

**Tabela 4** - Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o puerpério, município Senhor do Bonfim-BA, 2020-2021.

As seguintes informações são:	<b>Acerto</b>	<b>Erro</b>	<b>NS</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
A mulher que teve cesárea deve ficar em repouso na cama a maior parte do tempo, nos primeiros 15 dias após o parto. (F)	65 (42,5)	79 (51,6)	9 (5,9)
Durante a visita domiciliar, o ACS deve observar se a puérpera apresenta sinais de depressão ou ansiedade, caso presente, ele deve informar para a mulher que são sinais comuns, não havendo necessidade de acompanhamento profissional. (F)	131 (85,6)	22 (14,4)	0

É de responsabilidade apenas do médico e do enfermeiro o acompanhamento da mulher no pós-parto. (F)	140 (91,5)	12 (7,8)	1 (0,7)
É importante que o ACS pergunte à puérpera se ela está em uso de métodos para evitar uma nova gestação, caso não esteja, a mesma deve ser encaminhada ao serviço de saúde. (V)	141 (92,2)	9 (5,9)	3 (2,0)
Puerpério é o nome dado ao pós-parto que dura em torno de 5 a 6 semanas, iniciando após o nascimento do bebê. (V)	148 (96,7)	5 (3,3)	0
No puerpério, sintomas como febre, perda de grande quantidade de sangue, corrimento vaginal com mau cheiro e falta de ar são sinais e sintomas comuns após o parto. (F)	143 (93,5)	5 (3,3)	5 (3,3)
É papel do ACS orientar sobre a importância da consulta da mãe até 45 dias após o parto. (V)	150 (98,0)	3 (2,0)	0
Na primeira semana de pós-parto é fundamental a realização de visita domiciliar pela equipe de saúde ACS, enfermeiro (a) e/ou médico (a) para verificação das condições de saúde da mãe e do bebê. (V)	147 (96,1)	3 (2,0)	3 (2,0)

V – Verdadeiro; F – Falso; ACS – Agente Comunitário de Saúde.

## DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou a predominância de mulheres na profissão, semelhante a outros estudos realizados no Brasil, como em Juazeiro (BA) e Juiz de Fora (MG), o que pode ter relação da mulher ainda ser associada exclusivamente a responsabilidade do cuidar, além de apresentar melhores índices no que diz respeito à escolaridade, aumentando da chance de ser selecionada para a função.<sup>13,14</sup>

No que se refere aos demais aspectos sociodemográficos o perfil predominante no presente estudo foi de mulheres jovens, com um bom nível de escolaridade, pertencentes às classes sociais mais baixas. Outro estudo realizado em Paranaguá e em Paranavaí, duas cidades do estado do Paraná, apresentou a mesma predominância no perfil dos ACSs.<sup>14</sup>

Na presente análise, observou-se que os ACSs apresentaram conhecimento elevado a respeito dos sinais de trabalho de parto e puerpério. Todavia, alguns conhecimentos errôneos estão presentes, o que pode repercutir de maneira negativa na manutenção da saúde materna.

Além disso, foi identificado através da regressão múltipla (Stepwise), que o conhecimento elevado do ACS sobre sinais de trabalho de parto e puerpério teve associação com o gênero feminino e o conhecimento dos mesmos acerca de suas atribuições profissionais.

O estudo evidenciou que o fato das ACSs mulheres possuírem filhos, não está associado a um maior conhecimento quanto a temática. Outro estudo traz que o cuidado, resistência e paciência são qualidades pertencentes as mulheres, que fortalecem o trabalho do ACS e o papel do cuidar. O que pode ser levado em consideração, é que as experiências vividas pelas profissionais, no processo do cuidar de outras mulheres durante a gestação e o pós-parto podem favorecer tal conhecimento.<sup>13</sup>

O conhecimento elevado identificado no estudo acerca da temática e da atuação da profissão, pode ser associado as capacitações recebidas ao ingressar na profissão ofertadas aos ACSs, sobre diversos assuntos que diz respeito a Atenção Básica e suas atribuições profissionais.<sup>11</sup> Visto que o ACS precisa ser capacitado antes de iniciar as suas demandas, ratificando a importância de capacitações.

Ainda sobre o estudo realizado com 40 ACE e 58 ACSs nas cidades Paranaguá e em Paranavaí- PR no ano 2016, evidenciou que 52 dos profissionais não se consideravam capacitados o suficiente para o desenvolvimento da função. Um achado preocupante, visto que os mesmos têm papel primordial na promoção do cuidado, principalmente para os menos favorecidos socialmente.<sup>14</sup>

O profissional que entende o seu papel frente à comunidade e conhece seus direitos e deveres tem maior capacidade de assimilar e disseminar conhecimento, podendo repassar

informações seguras, o que contribui com o cuidado à saúde. Assim, entende-se que a implementação de atividades ligadas a saúde, a disseminação de informações, o incentivo aos programas da AB, fazem parte das atribuições profissionais do ACS.

Enfatizando a importância do ACS, é sabido que o seu papel social exerce extrema influência na relação entre equipe multiprofissional de saúde e comunidade. Entretanto, visando o fortalecimento do elo supracitado, é necessário que os ACSs estejam minimamente capacitados acerca dos temas concernentes à saúde do indivíduo, família e comunidade, a fim de multiplicarem as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e assumirem o papel de educadores em saúde.<sup>15</sup>

Sendo assim, considerando o papel gerencial e supervisor da (o) enfermeira (o), estas tornam-se as responsáveis por aperfeiçoar o trabalho e os conhecimentos do ACSs, uma vez que, o trabalho exercido por este profissional é fundamental para que se desenvolvam as ações de saúde de enfermagem e da equipe multiprofissional no âmbito da ESF. A enfermeira (o), neste contexto, deve utilizar de estratégias educativas voltadas para a superação das vulnerabilidades que emergem do cotidiano do trabalho, como é o caso da educação permanente em saúde (EPS).<sup>15</sup>

A EPS se configura como um modelo de educação que articula as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, envolvendo os diferentes contextos e indivíduos pertencentes ao ambiente de trabalho das organizações de saúde. Os benefícios vão muito além da atualização científica e técnica dos profissionais, pois, através da EPS é possível promover a análise reflexiva dos processos de trabalho, facilitando a identificação e priorização dos problemas e possíveis soluções.<sup>15</sup>

Através da EPS, a (o) enfermeira (o) deve utilizar instrumentos que facilitem o aprendizado e que melhorem o processo de trabalho de todos os agentes de saúde, inclusive os ACS, objetivando a melhoria da oferta de serviços e cuidados para a comunidade.

No que se refere aos importantes equívocos apresentados pelos profissionais pesquisados acerca dos sinais de trabalho de parto, os sinais de proximidade são: saída do tampão mucoso (que não determina a hora de ir para maternidade, uma vez que pode acontecer dez dias antes do parto), rompimento das membranas que contém líquido amniótico e as contrações uterinas ritmadas e em intervalos regulares, sendo que a cada dez minutos, a sinalização de duas a três contrações.<sup>16</sup>

O desconhecimento das mulheres e seus familiares sobre os sinais de trabalho de parto, pode contribuir para idas desnecessárias à maternidade ou solicitação pelos profissionais da instituição que essas mulheres retornem para seus domicílios, e ambas as situações podem levar a sintomas da ansiedade, estresse psíquico e físico, que interferem não apenas na saúde do binômio mãe-filho, mas também em todo núcleo familiar que acompanha a gestação.<sup>17</sup>

A orientação correta a ser dispensada para a gestante é que a partir de 36 semanas é comum que ocorram contrações uterinas chamadas de Braxton Hicks, ou contrações de treinamento, que não indicam trabalho de parto imediato. As contrações que indicam trabalho de parto são aquelas frequentes, ocorrendo três ou mais num intervalo de 10 minutos, com duração de 20 a 60 segundos, aliadas à perda de líquido vaginal.<sup>5</sup>

Não obstante, os profissionais de saúde, incluindo o ACS, tem a responsabilidade de esclarecer dúvidas e fornecer informações substanciais sobre o período gravídico puerperal, a fim de tranquilizar a família e a gestante sobre as variadas transformações desse ciclo da vida da mulher.<sup>17</sup>

Outro entendimento errôneo que chama atenção entre os ACSs de Senhor do Bonfim é que a mulher nas primeiras duas semanas de pós-parto cesárea deve ficar em repouso absoluto no leito.

Uma das principais causas de morte materna no puerpério é o tromboembolismo venoso, ocorrendo na maioria das vezes no segundo dia de pós-parto. Alguns sinais e sintomas são sugestivos para tal condição, como exemplo, a presença de edema, dor, hiperemia na panturrilha e ou na coxa, febre, comprometimento na deambulação e sinal de homans (dor após realizar dorsiflexão do pé).<sup>16</sup>

É possível prevenir seu surgimento e reduzir os índices de morte materna oriundos desta complicação através do estímulo à deambulação precoce, aliado a exercícios para as extremidades que favoreçam o retorno venoso e ao posicionamento dos membros em elevação, quando possível.<sup>18</sup> Ou seja, o entendimento dos ACSs de que é necessário repouso absoluto nos primeiros 15 dias após cesariana, se transmitido às puérperas e familiares pode levar à prática de um comportamento que eleva significativamente o risco de trombose e suas complicações para a puérpera.

Durante a análise constatou-se também o desconhecimento dos profissionais acerca da importância do acompanhamento da equipe às puérperas que apresentam sinais de ansiedade e depressão. Toda via, durante as VD os ACSs devem se atentar às possíveis complicações maternas, como exemplo a depressão pós-parto, pois se não intervir e tratar assim que percebido, tal patologia poderá comprometer as relações familiares e prejudicar o vínculo maternal.<sup>6,19</sup>

No ciclo gravídico puerperal a mulher fica mais suscetível a alterações psicológicas e comportamentais em decorrência da depressão. Cabe a equipe de saúde promover orientações no ciclo familiar, com intuito de fomentar a aceitação das medidas terapêuticas propostas. Entretanto, poderia haver uma redução nos índices de depressão pós-parto, mediante a priorização desses aspectos ainda no período gestacional, contribuindo assim, para o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho.<sup>6,19,20</sup>

Dentre os conhecimentos errôneos identificados no estudo, alguns profissionais acreditam que a responsabilidade da realização da VD às puérperas, concerne apenas ao médico e a enfermeira. Um estudo realizado em três UBS em Campestre- MA, mostrou que a maior parte das puérperas 52,9% eram acompanhadas pelo ACS, enfermeiro e médico. Sendo que, 47,1% eram assistidas exclusivamente pelo ACS e o enfermeiro.<sup>21</sup> Mostrando a participação ativa dos ACS no cuidado pós-parto, ratificando a importância das equipes de ESF serem integrativas e atuantes na assistência domiciliar a este público.

No mesmo estudo, 70,6% das mulheres receberam a VD e foram orientadas sobre a primeira consulta na UBS. Preconiza-se então a VD por parte dos ACS dentro das primeiras 48 horas pós saída da maternidade ao binômio. Em situações em que houver complicações é imprescindível a presença do enfermeiro junto ao ACS na VD que deverá ser realizada em até 24 horas. Para que seja possível este acompanhamento, a equipe deverá estar ciente a respeito da DPP e da alta da maternidade.<sup>21,6</sup>

Quanto à exclusividade do profissional médico e enfermeiro para fornecer informações inerentes ao parto para a gestante, salienta-se que no âmbito da AB, visando a assistência integral à saúde da gestante, o cuidado e o serviço devem ser articulados entre a equipe, e nela, insere-se o ACS.<sup>22</sup>

Portanto, também é de responsabilidade deste profissional fornecer informações às gestantes, uma vez que o ACS precisa conhecer o seu território de atuação, além de monitorar, acompanhar e agir diante dos problemas de saúde, transformando a realidade das famílias.<sup>22</sup>

Assim sendo, esse profissional é um membro da equipe de saúde que intervém para melhorias na saúde da população assistida, principalmente por realizarem seu trabalho casa a casa e também por morar na própria localidade, o que o aproxima ainda mais da comunidade

e viabiliza que tenha conhecimento precoce dos problemas vivenciados por indivíduo e família.

Uma das limitações deste estudo foi o fato de a equipe de pesquisa não ter conseguido contato com alguns profissionais, mesmo após diversas tentativas, por via telefone ou através da própria enfermeira da unidade.

Considera-se como vantagem, este estudo ter identificado a necessidade de ofertar capacitação aos ACS do município sobre o trabalho de parto e o puerpério. Outra vantagem do estudo, é o fato de ser oriundo de uma análise realizada em uma área que não existe estudos semelhantes que contemple o conhecimento dos ACS sobre a temática.

## **CONCLUSÃO**

Os ACS pesquisados neste estudo apresentaram um elevado nível de conhecimento em relação ao parto e puerpério. Todavia, importantes equívocos, que caso façam parte das orientações fornecidas às gestantes e puérperas podendo impactar negativamente para a saúde materna.

Tendo em vista os aspectos observados, compreende-se então, que mesmo os ACS apresentando um conhecimento satisfatório, é indubitável a necessidade da realização de capacitações a fim de aprimorar o conhecimento dos profissionais.

Este estudo possibilitou traçar um perfil dos ACS do município em relação ao conhecimento sobre saúde materna, assim como, identificar a carência de ações e capacitações voltadas a estes profissionais.

Os resultados poderão colaborar na formulação de estratégias que viabilizem a disseminação do conhecimento adequado a respeito da temática e a partir daí, estratégias podem ser estruturadas e implementadas para melhor desenvolvimento da assistência materna realizada casa a casa pelos ACS, o que pode levar a melhoria da saúde das mulheres da localidade.

## Contribuições dos autores

Os autores tiveram participação na produção, na coleta de dados, nos resultados e na escrita do artigo. Os autores aprovaram o texto final do artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Castro TA, Davoglio RS, Nascimento AAJ, Santos KJS, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Oct 9 [cited 2022 Feb 8];25:294–301. Available from: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZrxpxGtjBGQPbG3zkYVLS5B/abstract/?lang=pt>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do agente comunitário de saúde, série A. Brasília [Internet]: MS[Cited 22 Jun 2022], 2009. Available From: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf).
3. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Dispõe sobre a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 15 nov. 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 28 de fev 2021.
5. Félix HCR et al. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Internet]. 2019 [acesso em 27 set 2022]; 19(2): 343-349. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3Mk45ZSNH3Z9zWV8QxStyHw/?lang=pt>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo. 2019. 56 p. [cited 2021 Set 01];74(2). Available from: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>.
7. Mazzo MHSN, Brito RS, Silva ICG, Feitosa MM, Lima MSE, Silva ECP. Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. *Investigación en Enfermería* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 8];20(2):1-10. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/1452/145256681008/145256681008.pdf>

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados- Senhor do Bonfim –BA. **IBGE**; 2022. [Internet]. [cited 2022 Jul 07]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/senhor-do-bonfim.html>
9. O que é o IDHM | United Nations Development Programme [Internet]. **UNDP**. 2022. Available from: <https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-%C3%A9-o-idhm>
10. Ferreira LR, Mandú MJS, Santos SM. ANÁLISE COMPARATIVA DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) E SUA APLICABILIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS. Revista Dissertar [Internet]. 2020 [cited 2022 Out 19];1(35). Available from: <http://revistadissertar.adesa.com.br/index.php/revistadissertar/article/view/299>.
11. Bonifácio LP, Marques JMA, Vieira EM. Assessment of the knowledge of Brazilian Community Health Workers regarding prenatal care. Prim Health Care Res Dev. 2019 Jan;20:e21. doi: 10.1017/S1463423618000725. Epub 2018 Oct 9. PMID: 30296960; PMCID: PMC6476401. [cited 2021 Ago 30]; Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/assessment-of-the-knowledge-of-brazilian-community-health-workers-regarding-prenatal-care/5ADFE2733FDBDB1E81853B0D46A23322>.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios de Classificação Econômica Brasil – Alterações na Aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 16/04/2018. São Paulo, 2018. [Internet]. [cited 2022 Nov 19]. Available from: <https://www.abep.org/criterio-brasil>.
13. Andrade CCB, Paschoalin HC, Sousa AI, Greco RM, Almeida GBS. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2018 Jun 2 [cited 2022 Jun 8];12(6):1648–56. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231047>
14. Nisihara R, Santos JC, Kluster GM, Favero G, Silva AB, Souza L. Avaliação do perfil sociodemográfico, laboral e a qualidade de vida dos agentes de saúde responsáveis pelo combate à dengue em duas cidades do estado do Paraná. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 8];16(4):393–9. Available from: <https://www.rbmt.org.br/details/378/pt-BR/avaliacao-do-perfil-sociodemografico--laboral-e-a-qualidade-de-vida-dos-agentes-de-saude-responsaveis-pelo-combate-a-dengue-em-duas-cidades-do-estado>
15. Santos SG, Franco DSCS, Souza LFD. The Importance of the nurse in the permanent education of the Community Health Agent (CHA) in the Family Health Strategy (FHS). Braz. J. of Develop. 2020 Dec;6(12):98517-98533.
16. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. [cited 2020 Mai 28]; 12(3). Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdfxc](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdfxc)
17. Alves MCOM, Rodrigues EOMA. Análise da Adesão ao Atendimento Gravídico Puerperal das Mulheres de uma Unidade Básica de Saúde. Revista Científica de Enfermagem [Internet]. 2017 Aug [cited 2022 Jun 8];12;7(20). Available from: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/139>

18. MARQUES, Mariá do Carmo; BEZERRA, Rute da Silva. Protocolo De Exercício Para Mulheres no Puerpério Imediato: Associação com o Tipo De Parto. Orientador: Andrea de Vasconcelos Gonçalves. 2008. 50 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Universidade São Francisco, Bragança Paulista, 2008.
19. Silva FR, Lacerda MR, Gomes IM, Denipoti AGM, Teruya LM. A experiência do puerpério para as famílias: revisão integrativa. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 28];10(3):1-10. Available from: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3103273-a-experi%C3%A2ncia-do-puerp%C3%A9rio-para-fam%C3%ADlias-revis%C3%A3o-integrativa](https://redib.org/Record/oai_articulo3103273-a-experi%C3%A2ncia-do-puerp%C3%A9rio-para-fam%C3%ADlias-revis%C3%A3o-integrativa)
20. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*[Internet]. 2017 Oct 9[cited 2022 Jun 8];33(9). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VqTcfSwmyjxB8CRCDcRjJYf/?lang=pt&format=pdf>.
21. Silva KL, Mourão ISS, Junior FAL, Medeiros FHA, Tourinho EF, Queiroz PSS. A percepção das puérperas aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem quanto ao seu puerpério. *Research, Society and Development*. 2021 Nov 19;10(15):1-9.
22. Moimaz SAS et al. Agentes comunitários de saúde e o aleitamento materno: desafios relacionados ao conhecimento e à prática. *Rev. CEFAC*. [Internet]. 2017 [acesso em 29 set 2022];19(2):198-212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/T9M3fbNYDsfyVJWbVqWYCbJ/abstract/?lang=en>.

## APÊNDICE A

### Universidade do Estado da Bahia – UNEB Departamento de Educação – Campus VII

#### Questionário

Nº identificação: (id) \_\_\_\_\_ (Não preencher – uso do pesquisador)

Situação do questionário:(sitques) (Não preencher – uso do pesquisador)

- 1.(  ) Completo
- 2.(  ) Incompleto
- 3.(  ) Recusado
- 4.(  ) Outro \_\_\_\_\_

Data de preenchimento do questionário: (data) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: (nome) \_\_\_\_\_

Telefone: (telefone) \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: (UBS) \_\_\_\_\_

#### SEÇÃO A

##### Identificação

Nós começaremos com algumas perguntas sobre você, sua escolaridade e seu trabalho.

01. Há quanto tempo trabalha como Agente Comunitário de Saúde (ACS)? (tempoacs)  
\_\_\_\_\_ (anos completos)

02. Há quanto tempo trabalha como ACS nesta unidade de saúde? (tempounid)  
\_\_\_\_\_ (anos completos)

03. Atualmente você trabalha em uma equipe de: (pacsesf)

- 1.(  ) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 2.(  ) Estratégia de Saúde da Família (ESF) / Programa de Saúde da Família (PSF)

04. Você mora na micro área que atua como ACS? (mora)

- 1.(  ) Sim
- 2.(  ) Não

05. Qual a sua idade? (idade)\_\_\_\_\_ (anos completos)

06. Gênero: (genero)

- 1.(  ) Masculino
- 2.(  ) Feminino
- 3.(  ) Outro

07. Se "OUTRO", qual o gênero? (qoutgen) \_\_\_\_\_

08. Qual a sua cor de pele? (cor)

- 1.(  ) Branca
- 2.(  ) Parda
- 3.(  ) Preta
- 4.(  ) Amarela
- 5.(  ) Indígena

09. Você tem filhos? (filhos)

- 1.(  ) Sim
- 2.(  ) Não (**Passe para a questão 11**)

10. Se SIM, quantos filhos vivos? (nfilhos) \_\_\_\_\_ número de filhos

99.( ) Não tem filhos

11. Qual é a sua escolaridade, o curso mais elevado **concluído**? (escolaridade)

1.( ) Analfabeto/Fundamental I incompleto (Primário incompleto)

2.( ) Fundamental I completo (Primário completo) / Fundamental II Incompleto (Ginásio incompleto)

3.( ) Fundamental II completo (Ginásio completo) / Médio Incompleto (Colegial incompleto)

4.( ) Médio completo (Colegial completo) / Superior incompleto (Superior incompleto)

5.( ) Superior completo

88.( ) Não sabe

12. Por quantos anos você estudou até hoje (incluindo os anos da escola, curso técnico, faculdade, etc.)? (anoestudo) \_\_\_\_\_ (anos completos)

13. Você possui algum curso na área da saúde? (caresaude)

1.( ) Sim

2.( ) Não (**Passe para a questão 16**)

14. Se "SIM", qual curso você possui? (outcaresaude)

1.( ) Técnico/Auxiliar de enfermagem

2.( ) Técnico de radiologia

3.( ) Técnico de laboratório

4.( ) Outro

99.( ) Não se aplica

15. Se "OUTRO", qual curso? (qoutroprof) \_\_\_\_\_

16. De acordo com os Critérios de Classificação Econômica Brasil, vamos fazer um levantamento sobre o seu perfil econômico, para isso você deve responder se possui tais itens na sua residência e se sim quantos de cada item, **MARCANDO UM X**.

Quantidade					
	Não tem	Tem			
		Quantidade de itens			
	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular (automóvel)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana (empredomes)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho (lavrou)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de banheiros (banheiros)	0	01	02	03	04 ou +
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel (dvd)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de geladeiras (gelad)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex (freezer)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones (microcomp)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de lavadora de louças (lavalou)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de fornos de micro-ondas (micrond)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional (moto)	0	01	02	03	04 ou +
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca (secaroupa)	0	01	02	03	04 ou +

17. Quem é o chefe da família? (chefefamilia)

1.( ) Eu mesmo(a) (**Passar para a questão 19**)

2.( ) Companheiro(a)

3.( ) Pai

4.( ) Mãe

5.( ) Outro

88.( ) Não sabe

18. Qual é o grau de instrução do chefe da família? (instchefe)

1.( ) Analfabeto/Fundamental I incompleto (Primário incompleto)

2.( ) Fundamental I completo (Primário completo) / Fundamental II Incompleto (Ginásio incompleto)

3.( ) Fundamental II completo (Ginásio completo) / Médio Incompleto (Colegial incompleto)

4.( ) Médio completo (Colegial completo) / Superior incompleto (Superior incompleto)

5.( ) Superior completo

88.( ) Não sabe

19. A água utilizada na casa onde você mora é proveniente de: (agua)

1.( ) Rede geral de distribuição

2.( ) Poço ou nascente

3.( ) Outro meio

20. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: (asfalto)

1.( ) Asfaltada/pavimentada

2.( ) Terra/cascalho

## SEÇÃO B

### Conhecimento I

No bloco seguinte existe uma série de afirmações sobre seu trabalho e suas atividades como agente comunitário.

Assinale se a afirmativa está **CERTA**, **ERRADA** ou **NÃO SABE** de acordo com sua experiência e conhecimento.

	O papel do Agente Comunitário de Saúde é:	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
21.	O agente comunitário não faz atividades de educação em saúde. (educacao)			
22.	Uma das principais atividades do agente comunitário é a visita domiciliar. (visita)			
23.	Conhecer o território que a unidade de saúde atende e as redes de parceria como igrejas e associações de bairro não são importantes no trabalho do agente comunitário. (redes)			
24.	Formar vínculos com a comunidade é fundamental para o agente comunitário. (vinculo)			
25.	Ter iniciativa, gostar de aprender coisas novas e ser um bom observador das coisas, pessoas e ambiente são qualidades de um bom agente comunitário. (observador)			
26.	O agente comunitário cuida da saúde e não precisa planejar melhorias no bairro e na comunidade. (planejar)			
27.	O agente comunitário tem autonomia e não precisa repassar à enfermeira as informações que encontrou durante seu trabalho. (autonomia)			
28.	Quando o agente comunitário tem dúvidas ele deve buscar respostas junto à equipe da Unidade de Saúde. (equipe)			
29.	A gestante é um grupo importante de atenção no trabalho do ACS. (gestante)			

## SEÇÃO C

### Conhecimento II

Em relação ao grupo prioritário das gestantes temos algumas afirmativas sobre o assunto.  
Assinale se a afirmativa está **CERTA**, **ERRADA** ou **NÃO SABE** de acordo com sua experiência e conhecimento.

	As seguintes situações são:	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
30.	Durante a visita domiciliar o agente comunitário deve perguntar se existe gestante na casa. (gescasa)			
31.	Se tiver gestante na casa o agente comunitário deve perguntar se ela tem alguma queixa, como está se sentindo e se está realizando o pré-natal. Se não estiver fazendo o pré-natal, orientá-la a procurar a Unidade de Saúde. (queixa)			
32.	O cadastro e acompanhamento mensal do estado de saúde da gestante devem ser preenchidos e atualizados no e-SUS. (acompanhamento)			
33.	Alguns dos sinais de gravidez são a falta de menstruação, peitos doloridos e aumentados, enjoo, tonturas e sonolência. (sinaisgrav)			
34.	O pré-natal é o primeiro passo para cuidar da saúde da gestante e do bebê. (prenatal)			
35.	O agente comunitário deve conferir se a gestante possui o cartão de gestante e reforçar a importância de ir a todas as consultas pré-natais. (cartao)			
36.	O agente comunitário faz busca ativa das gestantes faltosas às consultas de pré-natal. (busca)			
37.	Se a gestante reside na sua área de trabalho e faz o pré-natal em outro serviço não é necessário o ACS fazer o acompanhamento dela. (outroserv)			
38.	É recomendado que a gestante realize no mínimo 6 consultas durante o pré-natal. (consultas)			
39.	Não é necessário o agente comunitário conferir o cartão de vacinação da gestante, isso é trabalho da enfermagem. (confvac)			
40.	O agente comunitário sempre deve perguntar à gestante sobre a realização dos exames. (perexam)			
41.	Os resultados dos exames devem ficar anotados no cartão da gestante, pois são muito importantes. (examcat)			

## SEÇÃO D

## Conhecimento III

De acordo com seu conhecimento e prática como agente comunitário responda as seguintes questões em relação aos exames e vacinas importantes que necessitam de atenção durante o pré-natal.

42. Marque um X nos **exames** que, de acordo com o Ministério da Saúde, devem ser solicitados durante o pré-natal e que você deve acompanhar se a gestante realizou?

<input type="checkbox"/>	Hemograma ou hemoglobina/hematócrito (hemo)	<input type="checkbox"/>	Densitometria óssea (densitometria)
<input type="checkbox"/>	Hepatite B (hepb)	<input type="checkbox"/>	Ultrassonografia (usg)
<input type="checkbox"/>	Exame de papanicolau/preventivo de colo de útero (cito)	<input type="checkbox"/>	Raio X (raiox)
<input type="checkbox"/>	Tomografia (tomo)	<input type="checkbox"/>	AIDS (Anti HIV I e II) (hiv)
<input type="checkbox"/>	Sífilis/VDRL (sífilis)	<input type="checkbox"/>	Tipo sanguíneo e fator Rh (+ ou -) (aborh)
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose (toxox)	<input type="checkbox"/>	Cintilografia (cinti)
<input type="checkbox"/>	Hepatite C (hepc)	<input type="checkbox"/>	HTLV I e II (htlv)
<input type="checkbox"/>	Exame de glicose/detecção de diabetes (glicemia)	<input type="checkbox"/>	Urocultura (uro)
<input type="checkbox"/>	Exame de fezes (fezes)	<input type="checkbox"/>	Citomegalovírus (citomega)
<input type="checkbox"/>	Teste rápido (Sífilis/HIV) (sifilishiv)	<input type="checkbox"/>	Eletroforese para hemoglobinopatias (para diagnóstico de anemia falciforme) (falciforme)
<input type="checkbox"/>	Rubéola (rubeola)		
<input type="checkbox"/>	Sumário de urina (sumurina)		

43. Quais são as **vacinas** mais importantes na gestação de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febre amarela (febama)  | <input type="checkbox"/> Hepatite A (hepa)    | <input type="checkbox"/> Tétano (dT dupla adulto) (dt) |
| <input type="checkbox"/> Influenza/gripe (gripe) | <input type="checkbox"/> Hepatite B (vachepb) | <input type="checkbox"/> dTp acelular (dTpa) (dtpa)    |
| <input type="checkbox"/> Varicela (varicela)     | <input type="checkbox"/> Hepatite C (vachepc) | <input type="checkbox"/> Tríplice viral (tviral)       |

## SEÇÃO E

### Conhecimento IV

Temos algumas afirmativas sobre seu trabalho como agente comunitário e as orientações para as gestantes.

Assinale se a afirmativa está **CERTA**, **ERRADA** ou **NÃO SABE** de acordo com sua experiência e conhecimento.

	As seguintes informações são:	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
44.	O agente comunitário deve orientar a gestante sobre higiene, conforto, amamentação e queixas mais comuns na gravidez. (amam)			
45.	A gestante deve se alimentar com alimentos bastante gordurosos, para ajudar o feto a ganhar peso. (devealim)			
46.	A gestante deve comer por dois, menos vezes ao dia, em grandes quantidades e ela pode pular refeições. (comerdois)			
47.	Caminhada 3 a 5 vezes por semana é uma boa sugestão de atividade física para as gestantes que não tenham complicações. (caminhada)			
48.	A gestante não deve lavar a cabeça todos os dias, pois prejudica o bebê. (lavarcab)			
49.	Não há nenhum problema da gestante usar salto alto. (salto)			
50.	A gestante pode ter problemas nos dentes e na gengiva por conta das mudanças hormonais que acontecem na gravidez. (horm)			
51.	Quando há sangramento de gengiva a gestante não deve usar o fio dental. (sanggeng)			
52.	É importante que a gestante faça um acompanhamento com dentista. (dentista)			
53.	São exemplos de hábitos saudáveis: cuidado com a alimentação, prática regular de exercícios físicos, não fumar e não tomar bebidas alcoólicas ou usar outras drogas. (habitos)			
54.	Se uma gestante da minha microárea não quer fazer o pré-natal é um direito que ela tem, por isso não preciso passar a informação para a enfermeira da unidade. (microarea)			
55.	O uso do ácido fólico pela gestante é importante para a formação do feto. A mulher deve tomar 1 comprimido todos os dias até a 12ª semana de gestação. (acidofolico)			
56.	O uso do sulfato ferroso, tem como consequência o aumento do peso da mulher durante a gestação. (sulferro)			
57.	O ideal é que a mulher inicie o pré-natal até a 12ª semana (primeiro trimestre) de gestação. (inipngest)			

## SEÇÃO F

## Conhecimento V

Temos algumas afirmativas em relação aos principais sinais e sintomas de risco para a gestante e os sinais de trabalho de parto.

Assinale se a afirmativa está **CERTA**, **ERRADA** ou **NÃO SABE** de acordo com sua experiência e conhecimento.

	As seguintes informações são:	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
58.	O relato da gestante de perda de líquido ou sangue pela vagina merece atenção do agente comunitário e precisa ser encaminhada à Unidade de Saúde. (perdaliqu)			
59.	É normal a gestante sentir fortes dores de cabeça e vomitar frequentemente durante a gravidez, assim o agente comunitário não precisa se preocupar com estes casos. (dores)			
60.	Acordar com pernas, mãos, braços e olhos inchados é comum durante a gravidez e não é sinal de risco. (edema)			
61.	Além de não ser sinal de risco, a febre alta é normal na gravidez. (febre)			
62.	Se a gestante relata que tem contrações fortes na barriga mesmo antes do tempo para o parto, isso é sinal de risco e o agente comunitário deve orientá-la a buscar ajuda na unidade de saúde. (contraçao)			
63.	Quando a barriga da gestante não cresce ou cresce demais em relação ao tempo da gestação, é um sinal de risco e precisa ser repassado para a equipe. (cresbar)			
64.	Se a gestante disser que parou de sentir o bebê mexer por mais de 24 horas você deve tranquilizá-la e dizer que isso é normal. (paroumex)			
65.	A presença de contrações é o único sinal de trabalho de parto. (trabparto)			
66.	Somente o médico (a) e o enfermeiro (a) podem informar à gestante sobre os sinais de trabalho de parto para dar segurança à mulher. (infrabpar)			
67.	Os sinais de trabalho de parto são: perda de "tampão" mucoso (secreção) pela vagina, dor nas costas que vai para a parte de baixo da barriga, contrações e a perda de líquido pela vagina que é o rompimento da bolsa. (sintrabpart)			
68.	Quando a gestante tem contrações com intervalo de uma hora entre as contrações, é o momento dela ir para o hospital. (conthosp)			
69.	Fortes dores na região do estômago que irradiam para o lado direito, são normais devido ao aumento do útero durante a gravidez. (dorestom)			
70.	É normal a mulher grávida ter alterações na visão como: visão dupla, enxergar pontos brilhantes ou a visão ficar embaçada. (altvisao)			
71.	Em toda situação que tenha aparecido algum sinal de risco você deve encaminhar a gestante à unidade para atendimento o mais rápido possível. (sinalrisc)			

## SEÇÃO G

### Conhecimento VI

Em relação ao pós-parto, temos algumas alternativas sobre o assunto.  
Assinale se a afirmativa está **CERTA**, **ERRADA** ou **NÃO SABE** de acordo com sua experiência e conhecimento.

	As seguintes situações são:	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
72.	Puerpério é o nome dado ao pós-parto que dura em torno de 5 a 6 semanas, iniciando após o nascimento do bebê. (nomepuer)			
73.	É de responsabilidade apenas do médico e do enfermeiro o acompanhamento da mulher no pós-parto. (respmedenf)			
74.	Durante a visita domiciliar, o ACS deve observar se a puérpera apresenta sinais de depressão ou ansiedade, caso presente, ele deve informar para a mulher que são sinais comuns, não havendo necessidade de acompanhamento profissional. (sindepansi)			
75.	É importante que o ACS pergunte à puérpera se ela está em uso de métodos para evitar uma nova gestação, caso não esteja, a mesma deve ser encaminhada ao serviço de saúde. (metevgest)			
76.	É papel do ACS orientar sobre a importância da consulta da mãe até 45 dias após o parto. (consmae)			
77.	A mulher que teve cesárea deve ficar em repouso na cama a maior parte do tempo, nos primeiros 15 dias após o parto. (cesativfis)			
78.	No puerpério, sintomas como febre, perda de grande quantidade de sangue, corrimento vaginal com mau cheiro e falta de ar são sinais e sintomas comuns após o parto. (sintcomig)			
79.	Na primeira semana de pós-parto é fundamental a realização de visita domiciliar pela equipe de saúde (ACS, enfermeiro (a) e/ou médico (a)) para verificação das condições de saúde da mãe e do bebê. (privistpos)			

## SEÇÃO H

### Conhecimento VII

Em relação ao aleitamento materno, temos algumas alternativas sobre o assunto. Assinale se a afirmativa está **CERTA**, **ERRADA** ou **NÃO SABE** de acordo com sua experiência e conhecimento.

	As seguintes situações são:	CERTO	ERRADO	NÃO SABE
80.	O ministério da saúde recomenda o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida. (minaldois)			
81.	Crianças amamentadas apresentam menos riscos de obter infecções, diarreias, alergias, hipertensão, colesterol, diabetes, obesidade e malformação da cavidade oral. (menrisinf)			
82.	Algumas mães produzem leite materno fraco ou em pouca quantidade, e nestes casos, é necessária a utilização de outros tipos de leite. (leitefraco)			
83.	O bebê precisa mamar 10 minutos em cada mama, sendo que a troca para a outra mama sempre deve ser feita após esse período. (trocamama)			
84.	Estresse, cansaço, dúvidas, sono e alimentação ruins são fatores que podem prejudicar o aleitamento materno. (estprejalei)			
85.	Quanto mais o bebê mama, mais leite a mãe produz. (maisleite)			
86.	O leite materno não pode ser armazenado na geladeira para posteriormente ser oferecido ao bebê. (armazleite)			
87.	A posição que a mãe segura a criança na hora da amamentação, não interfere para uma boa mamada. (posiamam)			
88.	É aconselhável que as gestantes tenham os seguintes cuidados diários: passem bucha vegetal nos mamilos, lavem as mamas com bastante sabonete e logo após realizem a hidratação com cremes ou pomadas. (cuiddiario)			
89.	É aconselhável que as mães desde a gestação exponham as mamas ao sol de 10 a 15 minutos, pelo menos três vezes por semana. (mamasol)			
90.	O ACS tem importante papel no sucesso do aleitamento materno, visto que é o profissional de saúde mais próximo das mulheres após o parto. (acsprox)			
91.	É importante que a criança mame a cada 3 horas para que não fique acordando várias vezes durante a noite. (acordvarias)			
92.	O uso de bicos e mamadeiras é recomendado desde a 1º semana de vida da criança, pois estes colaboram com o processo de amamentação. (bicosmama)			

93. Qual o instrumento que você utiliza para o registro do acompanhamento mensal das gestantes? (instmensal)

---



---

94. Você já recebeu alguma capacitação sobre pré-natal? (capacitpre)

- 1.( ) Sim  
2.( ) Não

95. Você já recebeu alguma capacitação sobre aleitamento materno? (capacitaleit)

- 1.( ) Sim  
2.( ) Não

96. Existe algum tema especial dentro do atendimento da gestante que você gostaria de saber mais?  
Quais? (sabermais)

---

---

97. Como se sentiu ao responder ao questionário? (sentquest)

---

---

## APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO CAMPUS VII  
COLEGIADO DE ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO Nº 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Prezado (a) Agente Comunitário de Saúde, o senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa “Análise do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado pré-natal”, de responsabilidade da pesquisadora Magna Santos Andrade, docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). O presente estudo tem como objetivo “Analisar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) das Unidades de Saúde de Senhor do Bonfim - BA em relação ao cuidado Pré-Natal”. Para participar do estudo você responderá a um questionário auto aplicado, voltado para a categoria de Agentes Comunitários de Saúde, com questões envolvendo a temática da assistência pré-natal na atenção básica. Você responderá as questões de acordo com seu conhecimento sobre o assunto e com a sua experiência como ACS. O questionário contém 80 questões e em média são gastos 40 minutos para respondê-lo. A participação na pesquisa poderá lhe oferecer riscos como a demanda de algum tempo da sua jornada de trabalho, e isso poderá ser negociado diretamente para que seja realizado num momento mais oportuno. Além disso, podem ocorrer retaliações por parte dos colegas ou do serviço, em decorrência do resultado obtido no questionário, mas a pesquisadora garante que os demais colegas e profissionais do serviço não terão acesso aos resultados individuais, apenas os resultados do grupo serão informados. As informações adquiridas no estudo, através das respostas do questionário, serão analisadas apenas pela pesquisadora responsável e pela colaboradora, ficando garantido o sigilo da identificação e a privacidade dos dados no momento de apresentar os resultados. Como benefícios deste estudo tem-se que as informações obtidas poderão mostrar um panorama do real conhecimento dos ACS em relação à assistência pré-natal, ter um retorno mais fidedigno para as Unidades de Saúde e talvez possibilitar mais investimento na educação dos ACS para que possam realizar seu trabalho com maior direcionamento e segurança, já que são profissionais de imensa importância na Atenção Básica. Os questionários serão guardados por um período de cinco anos na sala 05 na Universidade do Estado da Bahia/Campus VII, sob a responsabilidade da professora Magna Santos Andrade e serão destruídos após período de cinco anos. Se sentir dúvida, a qualquer momento poderá dirigir-se a Universidade do Estado da Bahia, localizada na Rodovia Lomanto Junior, Br 407, Km 127, Senhor do Bonfim - BA, CEP 48970-000, ou entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (74) 3541-8948 ou do e-mail institucional msandrade@uneb.br. Caso queira obter maiores informações sobre a pesquisa ou mesmo realizar reclamações sobre a mesma, poderá dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Anísio Teixeira (FAT) localizado na Rua Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 313, Ponto Central, Feira de Santana – BA, CEP. 44075-495, através do telefone (75) 3616-9464 ou do e-mail cep@fat.edu.br. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir retirar seu consentimento e desligar-se do estudo, o que não interferirá em nada em seu trabalho. Não haverá nenhum gasto ou remuneração em decorrência da sua participação na pesquisa. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto, o senhor (a) não será identificado. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileiras o senhor (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa, sendo garantido o ressarcimento se necessário. O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo onde consta o contato institucional da pesquisadora responsável, que poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Após ter sido devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora sobre os objetivos, benefícios e riscos relacionados à participação na pesquisa “Análise do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado pré-natal”, e ter entendido o que foi explicado, caso concorde em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário (a) consentindo que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a identificação não seja realizada, solicito que o (a) senhor (a) assine este documento em duas vias sendo uma destinada à pesquisadora e outra para o (a) senhor (a).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## ANEXO A



FACULDADE ANÍSIO TEIXEIRA  
- FAT

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado pré-natal

**Pesquisador:** Magna Santos andrade

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 08094819.8.0000.5631

**Instituição Proponente:** Universidade do Estado da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.206.049

**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo intitulado "Análise do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado pré-natal" trata-se de um Projeto de Pesquisa integrante do Grupo de Pesquisa sobre o cuidado em Enfermagem (GPCEnf/UNEB) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) pertencente a linha de pesquisa: Gênero e saúde, proposto pela orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magna Santos Andrade e tendo como Equipe de Pesquisa a aluna Lívia Pimenta Bonifácio. "Faz parte da atribuição dos profissionais envolvidos na Atenção Primária orientar e auxiliar no pré-natal. Uma figura chave nesse contexto é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que possui grande contato com a comunidade e que pode ser um importante aliado nessa estratégia de assistência à gestante." (Projeto Completo). Deste modo, o presente estudo visa "Analisar o grau de conhecimento dos ACSs das unidades de saúde de Senhor do Bonfim - BA em relação ao cuidado Pré-Natal."

"Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-analítico, do tipo transversal. Os dados serão coletados a partir de um questionário auto aplicado a ser preenchido por todos os ACSs do município de Senhor do Bonfim, totalizando 173 profissionais. A análise descritiva será realizada a partir das frequências simples das variáveis pesquisadas. Além disso, a proporção de pessoas com diferentes níveis de conhecimento será comparada através de cada variável demográfica, separadamente para cada bloco de conhecimento, usando os testes qui-quadrado (2) e teste exato de Fisher, utilizando o programa SPSS versão 19." (Projeto Completo)

O estudo apresenta instrumento de coleta de dados adaptado e referenciado no projeto completo,

**Endereço:** Rua Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 313

**Bairro:** Ponto Central

**CEP:** 44.075-495

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3616-9464

**E-mail:** cep@fat.edu.br



Continuação do Parecer: 3.206.049

baseado nas normatizações vigentes. "Critérios de Inclusão: Ser ACS, Atuar nas Unidades de Saúde de Senhor do Bonfim, Estar ativo na sua atribuição durante o período da coleta de dados, Ter pelo menos um ano de experiência na profissão de ACS. Critérios de exclusão: ACSs que estiverem de férias durante o período da coleta de dados; ACSs que estiverem de licença-saúde durante o período da coleta de dados; ACSs que estiverem em desvio de função durante o período da coleta de dados. Ter menos de 1 ano de atuação como ACS" O projeto apresenta cronograma atualizado, com coleta de dados prevista entre os meses de agosto a novembro de 2019. Apresenta um orçamento de R\$3.490,00, os pesquisadores declaram que o financiamento é próprio, mas não informam contrapartida da instituição proponente (Projeto Completo e Formulário Simplificado PB).

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o nível de conhecimento dos ACSs das Unidades de Saúde de Senhor do Bonfim - BA em relação ao cuidado Pré-Natal.

Objetivos específicos

Traçar o perfil sócio demográfico dos ACSs;

Mensurar o conhecimento dos ACSs sobre a atribuição geral da profissão segundo os Manuais Técnicos da atribuição do ACS de referência do MS;

Mensurar o conhecimento dos ACSs sobre como deve ser feita e quais os cuidados e orientações necessárias numa abordagem inicial da gestante;

Mensurar o conhecimento dos ACSs em relação aos tipos de exames, seus objetivos, assim como conhecimento das vacinas preconizadas pelas normativas pelos Manuais de Assistência Pré-Natal e os Manuais Técnicos da atribuição do ACS de referência do MS;

Mensurar o conhecimento do ACS em relação às gestantes e o desenvolvimento da gestação, sinais e sintomas de risco para mãe e bebê assim como, os sinais de trabalho de parto que estão descritos nos Manuais de Assistência Pré-Natal e os Manuais Técnicos da atribuição do ACS de referência do MS;

Investigar o conhecimento dos ACSs em relação às orientações voltadas para a alimentação saudável, prática de atividades físicas, mitos e verdades sobre a gestação, saúde bucal além de outras orientações gerais preconizadas nos Manuais de Assistência Pré-Natal e os Manuais Técnicos da atribuição do ACS de referência do MS;

Verificar se há associação entre o grau de conhecimento dos ACS em relação à assistência pré-natal e as características pessoais e profissionais destes.

**Endereço:** Rua Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 313  
**Bairro:** Ponto Central **CEP:** 44.075-495  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3616-9464 **E-mail:** cep@fat.edu.br



Continuação do Parecer: 3.206.049

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Após a conclusão dessa pesquisa, deve ser enviado um RELATÓRIO FINAL a esse CEP pela Plataforma Brasil informado sua finalização bem como informações adicionais pertinentes. Importante lembrar que os documentos da pesquisa devem ser armazenados pelo prazo mínimo de 05 anos, para eventuais consultas.

Ressalta-se que futuras ALTERAÇÕES MENORES em cronograma, metodologia, número de participantes ou em objetivo do estudo em questão possam surgir a partir desta data, deverão ser encaminhados ao CEP na forma de ofício para verificar a possibilidade de inclusão da modificação por EMENDA.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1298276.pdf	18/03/2019 11:54:56		Aceito
Outros	oficio_detalhamento_correcoes.pdf	18/03/2019 11:34:01	Magna Santos andrade	Aceito
Outros	questionario.pdf	18/03/2019 11:30:10	Magna Santos andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_versao2.pdf	18/03/2019 11:28:36	Magna Santos andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_versao2.pdf	18/03/2019 11:25:16	Magna Santos andrade	Aceito
Orçamento	orcamento_versao2.pdf	18/03/2019 00:45:01	Magna Santos andrade	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	16/03/2019 10:22:30	Magna Santos andrade	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade1.pdf	14/02/2019 19:26:28	Magna Santos andrade	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	14/02/2019 19:25:55	Magna Santos andrade	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_institucional_da_propONENTE.pdf	14/02/2019 19:25:04	Magna Santos andrade	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_institucional_	14/02/2019	Magna Santos	Aceito

**Endereço:** Rua Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 313

**Bairro:** Ponto Central **CEP:** 44.075-495

**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3616-9464

**E-mail:** cep@fat.edu.br



Continuação do Parecer: 3.206.049

Outros	da_coparticipante.pdf	19:22:58	andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/02/2019 19:21:37	Magna Santos andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_ic_2019.pdf	14/02/2019 19:21:17	Magna Santos andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_concordancia_com_ode_senvolvimento_do_projeto_de_pesquisa.pdf	14/02/2019 19:15:50	Magna Santos andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/02/2019 19:15:30	Magna Santos andrade	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/02/2019 19:00:14	Magna Santos andrade	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FEIRA DE SANTANA, 18 de Março de 2019

---

**Assinado por:**  
**Julita Maria Freitas Coelho**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 313  
**Bairro:** Ponto Central **CEP:** 44.075-495  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3616-9464 **E-mail:** cep@fat.edu.br