



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

SYLMARA CARLOS BRITO DOS SANTOS PITTA

**SAÚDE MATERNO-INFANTIL: SABERES E PRÁTICAS DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DO
PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**FORTALEZA
2025**

SYLMARA CARLOS BRITO DOS SANTOS PITTA

**SAÚDE MATERNO-INFANTIL: SABERES E PRÁTICAS DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DO
PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Ruy de Deus e Mello Neto.

Coorientador: Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P761s Pitta, Sylmara Carlos Brito dos Santos.

Saúde materno-infantil : saberes e práticas do agente comunitário de saúde na visita domiciliar no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Sylmara Carlos Brito dos Santos Pitta. – 2025.
81 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Ruy de Deus e Mello Neto.

Coorientação: Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Materno-infantil. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Visita Domiciliar. 5. Avaliação de Políticas Públicas. I. Título.

CDD 320.6

SYLMARA CARLOS BRITO DOS SANTOS PITTA

**SAÚDE MATERNO-INFANTIL: SABERES E PRÁTICAS DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DO
PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: 28/07/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ruy de Deus e Mello Neto (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda (Coorientador)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Lucelindo Dias Ferreira Junior Reis
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A Deus, Senhor de todas as coisas e que, nesse tempo, me ajudou a superar todos os desafios por meio da oração e do silêncio.

À minha mãe, Maria Geralda, que me ensinou que cuidar é também transformar, que ter coragem é persistir e que, a cada dia, a vida deve ser vivida da melhor forma que pudermos. Ao meu pai, Pedro Carlos (*in memorian*), por sua sabedoria silenciosa que sempre me guiou e me guia sempre.

À minha família, por ser abrigo e sustento nos momentos de dúvida e cansaço, e por acreditar em mim mesmo quando eu ainda não acreditava. Cláudio Pitta, Pedro e Francisco, eu amo vocês. Na singularidade de cada um, vocês foram “chão”, afeto e resistência em cada etapa desta caminhada.

Aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, especialmente Agentes Comunitárias de Saúde, que, com coragem e compromisso, constroem o Sistema Único de Saúde (SUS) cotidiano, mesmo diante de tantas invisibilidades.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos e companheiros de caminhada, que estiveram presentes com palavras, silêncios e afetos que confortam e fortalecem. Renata Leorne e André Moura, gratidão pelas inúmeras rodas de conversa.

Às Agentes Comunitárias de Saúde. Queridas ACS, com vocês compartilhei escuta, aprendizado e resistência. Vocês são a pulsação da saúde nos territórios e a razão deste trabalho existir. Gratidão por terem me acolhido em seus territórios, compartilhado saberes e experiências, e por me mostrarem que o cotidiano é, sim, lugar de potência. Esse trabalho é, em grande parte, de vocês.

À Universidade Federal do Ceará (UFC), que possibilitou este curso e aos docentes e discentes que constroem, diariamente, um ensino superior de qualidade e excelência.

Aos Professores Dr. Ruy de Deus e Dr. André Moura, pela orientação generosa, pela confiança nas palavras e pela escuta que atravessa os muros da academia. Gratidão.

RESUMO

As Políticas Públicas de Saúde (PPS) têm papel central na promoção da saúde materno-infantil, buscando reduzir a morbimortalidade e garantir o cuidado integral à mulher e à criança. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é o principal cenário de implementação dessas políticas, especialmente em comunidades vulneráveis. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são protagonistas nesse processo, realizando visitas domiciliares para prevenção, promoção da saúde e acompanhamento de gestantes e crianças. No entanto, persistem lacunas no conhecimento e nas práticas desses profissionais quanto à atenção materno-infantil, o que pode comprometer a qualidade da assistência. O presente estudo visa avaliar o conhecimento e as práticas dos agentes comunitários de saúde na atenção materno-infantil durante a visita domiciliar na atenção primária à saúde. Logo, trata-se de estudo qualitativo, sob uso de referencial interpretativo no campo da pesquisa social. Foi realizado no município de Itaitinga/Ceará, no período entre maio e junho de 2005, envolvendo 14 agentes comunitários de saúde atuantes em seis equipes de Saúde da Família selecionadas com base na localização geográfica e presença de vulnerabilidades sociais. A apreensão do material qualitativo foi realizada por meio de grupos focais, nos quais os agentes comunitários de saúde discutiram suas experiências e conhecimentos. Os materiais qualitativos foram analisados utilizando a Análise Temática, buscando identificar padrões e temas relevantes. A análise dos grupos focais revelou que os ACS desempenham papel essencial na identificação precoce de gestantes, na orientação sobre o pré-natal e no acompanhamento contínuo da gestante e da criança. Práticas como a conferência do cartão da gestante, o incentivo à vacinação, a promoção do aleitamento materno e o monitoramento do desenvolvimento infantil foram recorrentes nos relatos. No entanto, também foram evidenciadas dificuldades como a ausência de balanças para aferição de peso, desinteresse das usuárias por ações educativas sem benefício material, resistência ao diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, e sobrecarga laboral. Outros aspectos identificados incluem a baixa adesão das gestantes adolescentes ao acompanhamento, pouca participação paterna, fragilidade da saúde mental das ACS e a desvalorização da qualidade do atendimento em favor da quantidade de metas cumpridas. Os resultados evidenciaram a complexidade do trabalho dos ACS na atenção materno-infantil e apontaram para a necessidade de valorização institucional de sua atuação. A escuta qualificada, o fortalecimento da rede de apoio às famílias e a revalorização das ações educativas emergem como estratégias fundamentais para qualificar o cuidado. Além disso, torna-se imperativo o investimento em

educação permanente e infraestrutura básica, como materiais e instrumentos de trabalho, para garantir que as ações desenvolvidas sejam sustentáveis e eficazes. A pesquisa reforça o papel do ACS como elo entre a comunidade e os serviços de saúde, destacando que o cuidado à saúde materno-infantil deve considerar as especificidades territoriais, socioculturais e emocionais das usuárias, favorecendo uma atenção mais humanizada, integral e resolutiva.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde materno-infantil; agentes comunitários de saúde; visita domiciliar; políticas públicas de saúde; avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

Public Health Policies (PPS) play a central role in promoting maternal and child health, aiming to reduce morbidity and mortality and ensure comprehensive care for women and children. In Brazil, Primary Health Care (APS), through the Family Health Strategy (ESF) and the Community Health Agents Program (PACS), serves as the main setting for the implementation of these policies, especially in vulnerable communities. Community Health Agents (ACS) are key players in this process, conducting home visits for prevention, health promotion, and monitoring of pregnant women and children. However, gaps persist in the knowledge and practices of these professionals regarding maternal and child care, which may compromise the quality of assistance. This study aims to evaluate the knowledge and practices of community health agents in maternal and child care during home visits within primary health care. It is therefore a qualitative study, guided by an interpretive framework in the field of social research. The study was conducted in the municipality of Itaitinga, Ceará, involving 14 community health agents working in six Family Health teams selected based on geographic location and presence of social vulnerabilities. The qualitative data were collected through focus groups, in which community health agents discussed their experiences and knowledge. The qualitative materials were analyzed using Thematic Analysis, aiming to identify patterns and relevant themes. The focus group analysis revealed that Community Health Agents (ACS) play a crucial role in the early identification of pregnant women, guidance on prenatal care, and ongoing monitoring of both the mother and child. Practices such as verifying the maternal health card, promoting vaccination, encouraging breastfeeding, and tracking child development were frequently mentioned in participants' accounts. However, several challenges were also identified, including the absence of scales for weighing, users' lack of interest in educational activities that offer no material benefit, resistance to sexually transmitted infection diagnoses, and workload overload. Other aspects observed include low adherence among adolescent pregnant women, limited paternal involvement, fragility in ACS mental health, and the devaluation of service quality in favor of meeting quantitative targets. The results highlighted the complexity of ACS work in maternal and child care and pointed to the need for institutional recognition of their contributions. Active listening, strengthening family support networks, and revaluing educational initiatives emerge as fundamental strategies to improve care quality. Moreover, investment in continuing education and basic infrastructure, such as materials and working tools, is essential to ensure that implemented actions are sustainable and effective. The research reinforces the role of ACS as a bridge between the community and health services, emphasizing that maternal and child

health care must take into account users' territorial, sociocultural, and emotional specificities, promoting more humanized, comprehensive, and effective care.

Keywords: primary health care; maternal and child health; community health agents; home visit; public health policies; public policy evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Análise Temática
CCA	Centro de Ciências Agrárias
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégias de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FACISC	Faculdade de Ciências da Saúde do Sertão Central
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAPP	Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas
NUREPS	Núcleo Regional de Educação Permanente em Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Agente de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMI	Programa Materno-Infantil
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPS	Políticas Públicas de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UECE	Universidade Estadual do Ceará
VDI	Visitas Domiciliares Inovadoras
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	A pergunta de partida: contextos que embasam e justificam o objeto de pesquisa	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	Políticas públicas de saúde no Brasil	20
3.2	Do Programa Agentes de Saúde (PAS) ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	23
3.3	Saúde materno-infantil: do que estamos falando?	27
4	PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1	Concepção avaliativa da pesquisa	29
4.2	Definição da abordagem metodológica da pesquisa, estratégias e técnicas de coleta de dados	31
4.2.1	<i>Tipo de pesquisa</i>	31
4.2.2	<i>Cenário de pesquisa</i>	32
4.2.3	<i>Participantes da pesquisa</i>	32
4.2.3.1	<i>Critérios de inclusão</i>	33
4.2.3.2	<i>Critérios de exclusão</i>	33
4.2.4	<i>Apreensão do material qualitativo</i>	33
4.3	Definição do método de análise dos dados	35
4.4	Aspectos éticos e legais	36
5	RESULTADOS	37
5.1	Perfil dos participantes	37
5.2	Grupo focal	39
5.2.1	<i>Expansão das atribuições das ACS no cuidado materno-infantil</i>	48
5.2.2	<i>Condições estruturais e invisibilização do trabalho cotidiano</i>	48
5.2.3	<i>Vulnerabilidades sociais e barreiras culturais no território</i>	49
5.2.4	<i>Protagonismo invisível: identidade e reconhecimento das ACS</i>	49
5.2.5	<i>Fragmentação da equipe e hierarquias no cuidado</i>	49

5.2.6	<i>Educação permanente e revalorização das ações coletivas</i>	50
6	DISCUSSÃO	51
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	77
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO	80
	APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE - INSTRUMENTO QUALITATIVO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE	81

1 INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas de Saúde (PPS) consistem em conjunto de ações para melhorar a saúde da população, em nível individual e coletivo, promovidas pelo Estado (Lucchese, 2004; Carmo; Guizardi, 2018). Na atenção materno-infantil, as PPS visam promover a saúde de mães e crianças e prevenir doenças e agravos que ponham em risco a integridade física, mental e/ou social deste público-alvo (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Ressalte-se que elas compreendem vastos campos de atuação – econômico, social, ambiental, dentre outras. As políticas públicas sociais (onde o objeto, aqui demarcado, se situa) são as mais próximas do dia-a-dia do cidadão, pois são criadas para atender as necessidades básicas – educação, saúde, moradia, habitação, transporte, trabalho, cultura, lazer etc. Estas políticas são operacionalizadas por meio de um conjunto de programas, projetos e ações.

Nesse contexto, cabe ressaltar que historicamente há a necessidade de diminuir a mortalidade materna e infantil, aspecto reafirmado pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na agenda 2030 (World Health Organization, 2015).

No Brasil, o principal meio de cuidado da saúde materno-infantil se dá pela Atenção Primária à Saúde (APS), estrutura que reorientou o aspecto funcional do Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilitou a implementação de metas em PPS efetivas à população, especialmente as mais vulneráveis (Minas Gerais, 2024). Um dos programas que auxiliam no alcance de metas é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que surgiu desde a década de 1980, mas foi oficializado apenas em 1991 (Levy; Matos; Tomita, 2004).

Há uma relação estreita e importante entre o PACS e a APS na efetivação das políticas públicas de saúde no Brasil. O PACS, criado em 1991, foi uma das primeiras iniciativas do SUS para ampliar o acesso à saúde nas comunidades e territórios, especialmente nas áreas mais vulneráveis. Os ACS são considerados pilares da APS, atuando como elo entre os serviços de saúde e a população, bem como atuam em conjunto com os demais trabalhadores e profissionais da saúde.

O PACS permitiu que Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizassem visitas domiciliares, identificando alternativas para melhorar a saúde nas comunidades. A formação dessa nova equipe de profissionais facilitou a aproximação entre governo e comunidade, promovendo uma intermediação eficaz das necessidades locais, facilitando a assistência oferecida pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) (Santos; Franco; Souza, 2020).

As ESF atuam nas comunidades promovendo informação e acolhimento, orientando a população sobre os serviços do sistema de saúde e realizando vigilância em saúde

para prevenir doenças e suas complicações. A proximidade dos ACS, que frequentemente residem na mesma comunidade em que trabalham, fortalece o vínculo e a confiança com a população assistida (Freire *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o acolhimento proporcionado pelos ACS ganhou relevância, contribuindo para o surgimento de diversos programas de saúde, incluindo aqueles voltados para a atenção materno-infantil. Essa nova abordagem possibilitou uma ênfase maior na saúde materno-infantil, resultando em uma significativa redução da mortalidade infantil, devido ao incremento de cuidados pré-natais e melhorias na higiene e na alimentação (Moura *et al.*, 2024).

É papel do ACS incentivar a comunidade a cuidar da saúde, assegurando que cada indivíduo participe ativamente do programa, como comparecer às consultas agendadas. No público materno-infantil, o ACS busca entender as razões que levam as mães a não levarem seus bebês às consultas e atendem aspectos do pré-natal e puerpério. Se o profissional não demonstrar interesse por essa questão e não incentivar a assistida, a efetividade do trabalho em saúde tende a ser comprometida (Shibukawa *et al.*, 2021).

A capacitação e as técnicas empregadas pelos ACS devem ser continuamente avaliadas, pois, mesmo que a visita domiciliar siga um protocolo que orienta a observação do contexto do assistido, torna-se necessário fazer perguntas para oferecer uma melhor orientação. Contudo, em situações de saúde materno-infantil, frequentemente se observam dificuldades e falhas na assistência que resultam em baixa efetividade do programa, especialmente no que diz respeito à qualidade do pré-natal e pós-natal (Maia *et al.*, 2018).

O processo de qualificação dos ACS envolve um investimento significativo por parte dos entes governamentais, cuja estratégia é expandir e aprofundar o conhecimento desses profissionais. Esse investimento visa garantir a efetividade do trabalho realizado, possibilitando que as visitas domiciliares não apenas justifiquem os custos, mas também contribuam para a redução dos gastos em saúde. Além disso, a escuta atenta dos agentes permite identificar não apenas problemáticas de saúde, mas também questões pessoais que repercutem nos eixos educacionais, sociais e da saúde (Gomes; Fracolli; Machado, 2015).

A seguir, iremos tecer algumas problematizações importantes para a elaboração desta Dissertação.

1.1 A pergunta de partida: contextos que embasam e justificam o objeto de pesquisa

Como questionamentos norteadores deste estudo, consideramos fundamental investigar sobre a seguinte questão (aqui, objeto de pesquisa/pergunta de partida): “Quais conhecimentos e práticas os ACS detêm para viabilizar a atenção materno-infantil, durante visita domiciliar, no âmbito da atenção primária à saúde?”. Também relevante é saber sobre: a) o(s) processo(s) de trabalho dos ACS e os recursos utilizados durante as visitas domiciliares, na atenção materno-infantil e, b) quais os desafios apresentados durante a realização da visita domiciliar na atenção materno-infantil?

O debate em torno do cuidado do ACS junto à saúde materna e infantil deve ser prioritário e se tornar relevante na gestão em saúde pública, em especial, no espectro da Atenção Primária à Saúde, na Estratégia Saúde da Família, por ser um cuidado que visa o acompanhamento da gestante (que tornar-se-á puérpera) e da criança, nas suas distintas fases de desenvolvimento. Esses cuidados vão desde a visita domiciliar (para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) ao acompanhamento às consultas de puericultura e imunização no tempo certo.

Portanto, acompanhar, orientar e se preocupar com a saúde da população é algo visível no trabalho dos ACS. Há uma satisfação com o trabalho realizado por eles/elas ao ressaltar suas potencialidades pessoais, bem como que as atividades que realizam são consideradas importantes (Arruda *et al.*, 2010), o que inclui as relativas ao cuidado da mãe e do bebê.

Neste contexto, um outro ponto importante para este diálogo é acerca da importância do fortalecimento das políticas públicas na área da saúde materno-infantil, a fim de compreender as interfaces do objeto de pesquisa, aqui demarcado. Para isso, é importante que se destaque que o Brasil possui 40,1 milhões de brasileiros e brasileiras até a idade de 14 anos, o que equivale a menos de 20% do total de pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Com isso, faz-se necessário enaltecermos que os primeiros anos de vida são extremamente importantes, porque o que ocorre na primeira infância (entre 0 e 6 anos) faz diferença para toda a vida. Dessa forma, a ciência nos mostra o que devemos oferecer às crianças e o que devemos protegê-las para garantir a promoção de seu crescimento e desenvolvimento saudável, papel fundamental do ACS em conjunto com os demais membros das equipes de saúde da família.

Dados fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará também reforçam

a relevância desse cuidado, pois segundo a referida instituição, no presente ano de 2025 até a última atualização realizada dia 2 de setembro de 2025, no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o número de nascidos vivos no Ceará foi de 67.428 crianças e o número de gestantes que realizaram de uma a três consultas de pré-natal foi de 1.938 (Ceará, 2025b). Esses números destacam a importância do acompanhamento contínuo e da oferta de serviços de saúde adequados para gestantes e crianças, com o objetivo de garantir uma assistência integral e de qualidade, desde o pré-natal até o cuidado com a criança após o nascimento.

Destarte, o efeito da elaboração e implementação das políticas públicas em saúde voltadas para a saúde materno-infantil deve garantir o que preconiza a Constituição Federal (direito à saúde e bem-estar, moradia digna, dentre outros), bem como tudo aquilo que a população brasileira tem necessidade, isto é, essa implementação deve tratar dos problemas existentes no país e, também, é a partir das necessidades das pessoas e coletividades, que tais políticas são instituídas.

Assim, tais políticas públicas devem favorecer a atenção integral às mulheres (durante a gravidez) e crianças (no primeiro ano de vida), a fim de possibilitar a saúde destas mulheres e crianças, além de contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil (Teixeira, 2012). Ressalte-se que esse cuidado deve ser proporcionado na ESF por meio das equipes de saúde da família, em especial.

No Brasil, os Programas Materno-Infantil (PMI), em 1975, e o de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, foram preponderantes para intensificar o cuidado em saúde materno-infantil. Esses programas marcaram a mobilização brasileira em prol de uma saúde com mais qualidade, acesso, universalidade e integralidade para todos os brasileiros.

Um resgate à história do Programa Materno-Infantil (PMI), é que ele era composto em seis subprogramas, tais sejam: 1) Assistência materna: gestação, parto e puerpério; 2) Assistência à criança e ao adolescente: controle de crianças menores de 05 anos e do grupo de 05 a 14 anos; 3) Expansão da assistência materno-infantil: integração de grupos comunitários, controle e orientação de gestantes; 4) Suplementação alimentar: prevenção de desnutrição materna, gestação e lactação; 5) Atividades educativas; e, 6) Capacitação de recursos humanos (Tyrrell; Carvalho, 1995; Osis, 1994).

Muito do que previa no referido Programa segue sendo operacionalizado atualmente pelos serviços de saúde públicos, em especial, na APS. Cabe à gestão municipal, estadual e federal de forma interfederativa, elaborar diretrizes e políticas públicas que

contemplem essas dimensões, bem como, cada ente tem a sua responsabilidade em cada uma delas.

Ainda, no que diz respeito ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, é importante ratificar que ele prevê ações básicas de assistência integral à saúde da mulher, acumulando vários subprogramas, tais como: o planejamento reprodutivo, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas, dentre outras.

Salienta-se, no entanto, que atualmente este Programa evolui como para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), trabalhando nos mesmos subprogramas e acrescido de outras ações, por exemplo: na implantação de ações que contribuam para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil e na ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS (Pereira *et al.*, 2023).

A Rede Alyne é uma estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha, com o objetivo de melhorar a assistência à saúde materna e infantil no Brasil, focando na redução da mortalidade materna e na promoção de um cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças. Criada para reduzir as desigualdades nas taxas de mortalidade, especialmente entre mulheres negras e vulneráveis, a Rede Alyne busca corrigir as falhas do modelo anterior, que não conseguiu resultados significativos, apesar de seus esforços para melhorar o acesso à saúde materna (Brasil, 2023).

O nome da Rede Alyne é uma homenagem a Alyne Pimentel, mulher negra e pobre que faleceu em 2002 devido à desassistência obstétrica. Seu caso se tornou um marco na luta por justiça reprodutiva, sendo reconhecido pela Corte Interamericana de Direitos Humanos como uma violação dos direitos das mulheres. A morte de Alyne expôs as desigualdades no sistema de saúde, e a Rede Alyne tem como objetivo continuar essa luta, buscando garantir que nenhuma mulher passe por situações semelhantes. Um dos principais focos do programa é reduzir a mortalidade materna, com ênfase na diminuição dos índices entre mulheres negras (Brasil, 2023).

Com uma meta ambiciosa de reduzir a mortalidade materna em 25% e a mortalidade entre mulheres negras em 50% até 2027, a Rede Alyne visa garantir cuidados de saúde desde a Atenção Primária até a Especializada. A estratégia também prioriza o pré-natal e o planejamento reprodutivo, fundamentais para a prevenção de complicações. No Ceará, por exemplo, a taxa de mortalidade materna aumentou drasticamente durante a pandemia, mas vem apresentando uma recuperação gradual, destacando a importância de ações emergenciais, como a vacinação contra a COVID-19, que ajudou a proteger gestantes e a reduzir complicações

(Ceará, 2025a).

Conquanto, corrobora-se a ideia de Benevides (2010, p. 29), ao destacar que

É importante considerar, a princípio, que as condições de vida infantil estão diretamente relacionadas a uma série de circunstâncias e fatores onde a família, o Estado e a sociedade exercem papéis determinantes, ainda mais quando essa criança venha a nascer ou tenha nascido em uma família que enfrenta situações de vulnerabilidade social provocadas pela pobreza.

Benevides (2010) nos lembra, à época, da necessidade de políticas públicas que possam dialogar e contribuir para que as crianças possam ter condições de vida mais saudáveis. A isto, estende-se, sobremaneira, o cuidado em saúde da mulher e a atuação direta dos gestores públicos que, em seu turno, devem se preocupar com a elaboração de políticas públicas voltadas à saúde da criança e da mulher.

Por fim, a melhoria da qualidade de vida das crianças e das mulheres em nosso país atravessa, além de uma questão técnica, uma questão de comprometimento político, que envolve, além de um processo de trabalho qualificado, recursos humanos e financeiros. Por outro lado, são, também, ações de mobilização coletiva, ou seja, de aproximar forças para enfrentar as barreiras da iniquidade e da desigualdade, focando na elaboração e implementação de políticas públicas, em maiores investimentos e esforços dos governos (municipais, estaduais e federal), profissionais e trabalhadores da saúde, família e sociedade civil para favorecer um bem-estar e um futuro mais promissor para as crianças e mulheres do nosso país (Arruda, 2015).

Em suma, realizar um estudo sobre o conhecimento e as práticas de ACS na atenção materno-infantil durante as visitas domiciliares é fundamental, uma vez que este estudo pode contribuir para a avaliação do conhecimento do ACS sobre temas relevantes da saúde materno-infantil, identificando lacunas que podem ser abordadas através de formação e processos de educação permanente.

Ainda, identificar as práticas dos ACS pode levar a melhorias nas abordagens utilizadas durante as visitas domiciliares, assegurando que as informações e cuidados oferecidos às gestantes e crianças sejam baseados em evidências, diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos previstos para os processos de trabalho na APS, adequados às necessidades desse público.

Um outro fator importante e que se refere ao cuidado dispensado pelo ACS na saúde materno-infantil é o desenvolvimento de ações de promoção à saúde. Informar e sensibilizar/mobilizar as mães e famílias sobre cuidados essenciais pode reduzir a incidência de doenças e complicações na gestação e infância, promovendo um melhor estado de saúde geral.

Acrescenta-se a isso o fato de o ACS ser o elo entre a comunidade e as equipes de saúde da família. Ademais, compreender seu papel e práticas facilita a integração da equipe de saúde e fortalece a abordagem multidisciplinar na APS.

O desenvolvimento deste estudo pode contribuir, ainda, no conhecimento de como as práticas e conhecimentos dos ACS, sobre os cuidados voltados à saúde materno-infantil, se alinham às características culturais dos territórios e comunidades, garantindo que as intervenções sejam respeitosas e eficazes. Ademais, não só amplia o entendimento sobre o trabalho dos ACS, mas também contribui para uma atenção mais eficaz e humanizada à saúde materno-infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o conhecimento e as práticas de agentes comunitários de saúde na atenção materno-infantil, durante visita domiciliar, no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o processo de trabalho dos ACS e os recursos utilizados durante as visitas domiciliares, na atenção materno-infantil.
- Verificar os desafios apresentados durante a realização da visita domiciliar na atenção materno-infantil.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas públicas de saúde no Brasil

A história das PPS no Brasil reflete um processo de construção contínua e complexa, marcado por avanços significativos e desafios estruturais persistentes até os dias atuais. Em remonte histórico, desde o período colonial, o acesso à saúde tem sido moldado por diferentes contextos econômicos, sociais e políticos. No início, a saúde pública no país estava voltada principalmente para o combate a surtos epidêmicos, com intervenções sanitárias limitadas e desiguais (Santos; Gabriel; Mello, 2020; Kucharski *et al.*, 2022).

Nesse contexto histórico, a saúde ainda era ofertada apenas à uma parcela populacional e, por vezes, vinculada às contribuições financeiras, uma vez que, até o século XX, o Brasil, possuía um sistema de saúde extensamente fragmentado, baseado em iniciativas isoladas e sem uma coordenação nacional efetiva. Apenas no período pós-Segunda Guerra Mundial, com a crescente urbanização e a pressão por melhores condições de vida, que surgiram as primeiras tentativas de um modelo mais integrado de saúde pública, focando principalmente na profilaxia e no controle de doenças transmissíveis, seguindo uma tendência intercontinental, isto é, baseando-se em experiências exitosas de outros países, especialmente Europeus (Santos; Gabriel; Mello, 2020; Kucharski *et al.*, 2022).

Esse avanço foi fruto de uma intensa mobilização popular e de um movimento sanitário que, ao longo das décadas de 1970 e 1980, pressionou pela reformulação do sistema de saúde (Santos; Gabriel; Mello, 2020). A Constituição de 1988 fez com que o Brasil experienciasse uma verdadeira revolução no campo das políticas de saúde, consolidando a saúde como um direito universal para todos, com serviços ofertados a partir do SUS (dever do estado) (Brasil, 1988; Kucharski *et al.*, 2022).

A criação do SUS representou um marco na democratização do acesso à saúde, estabelecendo um modelo de atenção à saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Detalha-se que a universalidade corresponde ao acesso universal, de todos; a integralidade ao modelo holístico de atenção do indivíduo como parte de um todo; e a equidade, que se difere da igualdade, mas que, em termos globais, visa diminuir as iniquidades de saúde (Brasil, 1988; Kucharski *et al.*, 2022).

A reformulação, mencionada nos parágrafos anteriores, remonta um processo de ruptura que ocorre até os dias atuais, visto que a criação e regulamentação do SUS consistiu em abalo no modelo assistencial biomédico de saúde que possui caráter reducionista de

intervenção, exclui do seu campo de cuidado dimensões que levam em consideração aspectos sócio-históricos como, por exemplo, a cultura e a política e suas influências no corpo, para um despertar da necessidade de um modelo voltado às necessidades da população com ações de promoção e prevenção em saúde (Raimundo; Silva, 2020).

Nesse contexto, a APS e a ESF representam dois dos maiores avanços no SUS, sendo fundamentais para a transformação do modelo assistencial brasileiro. A APS, como porta de entrada para o sistema de saúde, prioriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o acompanhamento contínuo da saúde dos indivíduos e da coletividade, ao invés de focar exclusivamente no tratamento de doenças. Essa mudança de enfoque, mais próximo das realidades locais e das necessidades de cada comunidade, configurou um marco na busca por um atendimento mais integral, resolutivo e humanizado (Ribas; Araújo, 2021).

A ESF, com sua inicialização ainda como programa, na década de 1990, ampliou ainda mais esse conceito, ao estabelecer equipes multidisciplinares que atuam diretamente nas comunidades, levando cuidados à população de maneira contínua e com maior proximidade, especialmente em áreas de difícil acesso (Pinto; Caldas, 2022).

Historicamente, a implementação da ESF permitiu uma mudança significativa na organização dos serviços de saúde no Brasil, uma vez que integrou médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde e outros profissionais da saúde, a estratégia e proporcionou um atendimento mais completo e coordenado, voltado para as especificidades locais e para a realidade social das populações atendidas. A presença contínua desses profissionais nas comunidades fortaleceu a confiança da população no sistema de saúde e contribuiu para a redução das desigualdades no acesso aos serviços (Pinto; Caldas, 2022; Ribas; Araújo, 2021).

Cabe ressaltar que a ESF tem sido eficaz na identificação precoce de doenças crônicas e na gestão de condições como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias, áreas nas quais o SUS historicamente enfrentou dificuldades. Ao atuar preventivamente, a estratégia não só diminuiu a demanda por atendimentos de urgência e emergência, como também melhorou a qualidade de vida e a saúde da população de maneira sustentável. Contudo, ainda traceja aspectos inerentes ao modelo assistencial biomédico (Raimundo; Silva, 2020).

O princípio da integralidade no cuidado à saúde, inerente ao SUS, propõe uma visão holística que vai além da simples intervenção técnica no processo saúde-doença, visto que busca integrar fatores sociais, culturais e econômicos, considerando o indivíduo em sua totalidade e contexto (Ribas; Araújo, 2021). Nesse cenário, a formação dos profissionais de saúde precisa ser ampliada, exigindo competências não apenas técnicas, mas também interpessoais e

interdisciplinares.

Para a garantia efetiva da integralidade no SUS, é essencial repensar os modelos tradicionais de cuidado centrados no médico e na tecnologia, como é predominante no modelo biomédico, e promover uma organização mais ampla e conectada dos serviços de saúde, tal como subentendido nos parágrafos anteriores. Essa reestruturação, que envolve a participação ativa da comunidade e a articulação com outros dispositivos de saúde, visa proporcionar um atendimento mais equitativo e centrado nas necessidades reais dos usuários (Raimundo; Silva, 2020).

Entretanto, a implementação da integralidade enfrenta desafios significativos, particularmente com a persistência do modelo biomédico, que foca no tratamento de sintomas e doenças, negligenciando aspectos sociais e subjetivos do adoecimento. A prevalência dessa abordagem tem levado a uma medicalização excessiva, especialmente no campo da saúde mental, onde o uso de psicofármacos muitas vezes predomina em detrimento de intervenções mais amplas que considerem o contexto de vida do paciente.

As recentes mudanças legislativas, como a implementação de novos modelos de financiamento da APS, têm gerado preocupações sobre o enfraquecimento da atuação de equipes multidisciplinares que são fundamentais para um cuidado integral. A tendência de um modelo mais médico-centrado, aliado à falta de incentivos para a diversidade de profissionais, pode limitar a efetividade da ESF e comprometer a universalidade e a integralidade do SUS (Massuda, 2020).

Ainda assim, os impactos da APS e da ESF nas PPS são notáveis. Ao fortalecer a APS, o SUS tem garantido maior cobertura e eficiência nos cuidados de saúde, reduzindo a sobrecarga dos hospitais e das unidades de urgência e emergência. O modelo também tem contribuído para a expansão da cobertura de saúde em áreas periféricas e rurais, que, anteriormente, eram negligenciadas pelos serviços convencionais. Esse avanço se reflete na melhoria de indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e a ampliação do acesso aos cuidados pré-natais (Massuda, 2020; Fernandez; Lotta; Correa, 2021).

Apesar dos avanços supracitados, SUS tem sido desafiado por questões como subfinanciamento, desigualdade no acesso e dificuldades de gestão, mas permanece como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com o desafio contínuo de garantir que as PPS atendam a todos os brasileiros de forma eficaz e justa. Ademais, a implementação plena da ESF ainda enfrenta desafios, como a escassez de profissionais em regiões remotas e a necessidade de maior financiamento e capacitação contínua (Santos, 2008; Raimundo; Silva, 2020; Fernandez; Lotta; Correa, 2021; Kucharski *et al.*, 2022). Em suma, superar as limitações

impostas pela conjuntura, aqui abordada, será essencial para consolidar, de forma ainda mais robusta, os princípios da APS e da ESF no SUS.

3.2 Do Programa Agentes de Saúde (PAS) ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Antes de assumirem um denominação constitucional e uniforme em território nacional, os agentes de saúde já faziam parte dos serviços de saúde desde 1943, quando por iniciativa da Fundação de serviço especial de saúde pública, instituição vinculada ao ministério da saúde formava auxiliares, visitadores sanitários, guardas da malária e auxiliares de saneamento para realizarem ações de saúde em áreas, por vezes, desassistidas (Ávila, 2011a).

Ainda assim, com as repercussões de Alma-Ata, especialmente direcionadas às estratégias para desenvolvimento de ações na APS, o Brasil se viu na necessidade de criar os Agentes Comunitários de Saúde. No município de Jucás - Ceará, a experiência com os ACS se destaca por ser pioneira, já que o estado foi o primeiro a institucionalizar o PAS. Essa iniciativa teve um papel fundamental no desenvolvimento da proposta que, posteriormente, seria implementada pelo Ministério da Saúde como o PACS (Ávila, 2011a; Poz, 2002).

Nesse cenário, detalha-se que além da necessidade de assistência de saúde à população, o PAS surgiu como uma solução para empregar mão de obra não qualificada, atendendo simultaneamente à necessidade de sustento de milhares de famílias e à urgência de implementar ações capazes de melhorar os preocupantes indicadores de saúde infantil. O programa proporcionou experiências isoladas que demonstram intervenções simples para alcançar esse objetivo. Ademais, politicamente, o programa também simbolizou transformações promovidas pelo governo do Ceará (Ávila, 2011a).

Antecedendo a implantação do PACS, propriamente dito, o PAS ainda passou por períodos de transformações e adaptações às mudanças de governos da região. Nesse contexto, após a divulgação de experiências bem-sucedidas no Ceará, a estratégia de utilizar moradores da própria comunidade como agentes de saúde, já amplamente conhecida e adotada em diversos países, ganhou destaque no Brasil. Estados como Pernambuco, Maranhão, Goiás, Mato Grosso, São Paulo e Rio de Janeiro também aplicavam essa abordagem (Ávila, 2011a; Lima *et al.*, 2021).

O projeto se baseou nas iniciativas locais supracitadas, incluindo a da Pastoral da Criança, como referência. Inicialmente, o PACS foi institucionalizado em alguns estados das regiões Norte e Nordeste, expandindo-se posteriormente para o restante do país (Ávila, 2011a;

Poz, 2002). Esse fenômeno estimulou a regionalização do SUS, municipalização das ações e estruturou o vínculo entre os profissionais da APS e a comunidade.

O PACS é amplamente reconhecido como o precursor do Programa Saúde da Família (PSF) devido às suas características inovadoras na APS que trouxe o foco para as relações entre a comunidade, a família e o indivíduo, adotando estratégias de cobertura por área, ações preventivas e suporte de unidades básicas de saúde como referência. Além disso, o programa exigia a coordenação e supervisão de técnicos de nível superior, o que garantiu maior organização e eficiência na prestação de serviços. Com essas diretrizes, o PACS representou uma etapa de transição essencial para o desenvolvimento do PSF, inspirando-se em experiências exitosas no Brasil e em outros países (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b).

Com a implementação do PSF, houve uma ampliação significativa do escopo de atuação. Enquanto o PACS priorizava o grupo materno-infantil, o PSF adotou a família como unidade central de cuidado, considerando o meio em que vive e as relações estabelecidas no território. Essa mudança de enfoque incorporou o princípio da vigilância à saúde, promovendo ações interdisciplinares e multidisciplinares. A equipe de saúde passou a assumir responsabilidade integral pelas pessoas dentro de sua área de abrangência, fortalecendo o vínculo entre os profissionais e a comunidade (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b; Filgueiras; Silva, 2011).

Uma das principais metas do PSF foi a reorientação do modelo assistencial, alinhando-se aos princípios do SUS, na busca por estabelecer vínculos de confiança e corresponsabilidade entre os ACS e os usuários, promovendo uma assistência integral, contínua e humanizada. Assim, consolidou-se como um eixo estruturante da atenção primária à saúde, reorganizando a forma como os serviços eram ofertados e priorizando o atendimento de qualidade para toda a população (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b).

Outrossim, o PSF também refletiu o sucesso de práticas específicas dentro de uma política universal, direcionando ações especialmente para populações socialmente vulneráveis. Apesar disso, em áreas de menor risco, o modelo tradicional de assistência continuou a ser aplicado. Esse equilíbrio reforça a capacidade do PSF de adaptar-se às diferentes realidades locais, ao mesmo tempo em que se firma como um instrumento de transformação do sistema de saúde brasileiro (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b).

O expirar do PSF e o nascimento da ESF trouxeram mudanças significativas nas práticas e na forma como os ACS são percebidos dentro do sistema de saúde. No Ceará, ainda quando o PSF foi implantado, muitos ACS já acumulavam quase uma década de experiência, atuando com relativa autonomia. Contudo, ao serem integrados à equipe, esses profissionais

enfrentaram uma redefinição de papéis, passando a ocupar uma posição de mediadores entre a comunidade e o serviço de saúde. Essa mudança, embora essencial para a integração, também representou uma perda de *status* para os ACS, que anteriormente exerciam suas funções com maior independência (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b; Filgueiras; Silva, 2011).

Outra transformação significativa foi a redução do sentimento de solidariedade que caracterizava as ações dos ACS no início de sua atuação. Isso se deve, em parte, à crescente necessidade de quantificar os procedimentos realizados, com os ACS assumindo a função de coleta e registro de dados para alimentar sistemas de informações em saúde. Esse aspecto tornou a produtividade do ACS uma prioridade no contexto da ESF. Além disso, as normas implícitas dentro das equipes passaram a orientar suas ações, muitas vezes priorizando a dinâmica do funcionamento interno do serviço em detrimento da qualidade do atendimento prestado à comunidade (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b; Filgueiras; Silva, 2011).

Com a implantação da ESF, algumas atividades que antes eram exclusivas dos ACS, como o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento infantil e a vigilância à imunização, passaram a ser compartilhadas com outros profissionais da equipe. Nesse cenário, a visita domiciliar rotineira tornou-se a principal responsabilidade dos agentes, o que contribuiu para uma percepção de fragilidade em sua posição. Embora sejam reconhecidos como fundamentais para o vínculo entre a equipe e a comunidade, os ACS enfrentam uma hierarquia implícita que os coloca em uma posição inferior em relação aos profissionais de nível superior, dentro da ESF (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b; Méllo; Santos; Albuquerque, 2023).

Essa hierarquia, embora não explicitada formalmente, se manifesta na prática, marcada pela autoridade atribuída ao conhecimento acadêmico dos profissionais de nível superior da equipe. Muitos desses profissionais reforçam essa dinâmica, consolidando um ambiente de submissão para os ACS. Assim, apesar de seu papel central na conexão entre comunidade e serviço de saúde, os agentes enfrentam desafios que fragilizam sua posição no contexto da ESF, tanto em termos de autonomia quanto de reconhecimento prático de sua importância (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b; Santos; Albuquerque, 2023).

Em termos de atuação, a programação das visitas domiciliares dos ACS é elaborada em conjunto com os demais profissionais de saúde, geralmente sob supervisão do profissional enfermeiro e/ou médico da família. Detalha-se que deve abranger aspectos centrais da vulnerabilidade das famílias, e indivíduos, podendo considerar os determinantes sociais da saúde e as particularidades tanto individuais quanto coletivas de determinadas populações (Ávila, 2011b; Fonseca; Morosini, 2021).

Apesar das vantagens, um estudo identificou prevalência substancial de usuários que não recebem visitas domiciliares de ACS, principalmente devido à ausência de visitas no local, ao desconhecimento sobre a existência do ACS na área ou à falta de moradores disponíveis para atendê-lo. A ausência dessas visitas é mais comum em regiões menos vulneráveis, municípios de maior porte, entre pessoas com maior renda e sem condições crônicas de saúde, evidenciando desigualdades no acesso e a necessidade de ampliar a cobertura de ACS no país para promover maior equidade em saúde (Kessler *et al.*, 2022).

Em suma, a integração do ACS na ESF é um dos pilares essenciais para o sucesso da APS no Brasil, pois permite uma aproximação direta e contínua entre a equipe de saúde e a comunidade. O ACS atua como um elo entre o sistema de saúde e a população, realizando visitas domiciliares, monitorando condições de saúde e identificando necessidades específicas da comunidade, o que possibilita intervenções mais eficazes e personalizadas (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b; Filgueiras; Silva, 2011; Fonseca; Morosini, 2021).

Além do supracitado, ressalta-se que o ACS desempenha um papel fundamental na educação em saúde, promovendo a conscientização sobre prevenção de doenças e cuidados básicos, o que contribui para a redução de fatores de risco e a melhoria da qualidade de vida. Sua presença nas comunidades, especialmente em áreas mais periféricas e vulneráveis, também ajuda a quebrar barreiras culturais e a construir uma relação de confiança entre os moradores e os profissionais de saúde. Dessa forma, a atuação do ACS é crucial para o sucesso da ESF, pois amplia o alcance e a efetividade das ações de saúde, tornando o sistema mais inclusivo e resolutivo (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b; Filgueiras; Silva, 2011; Lima *et al.*, 2021; Fonseca; Morosini, 2021).

A trajetória dos ACS demonstra uma evolução significativa desde suas origens em 1943 até a consolidação na ESF. Iniciando com ações focadas em áreas desassistidas e ganhando impulso com o Programa de Agentes de Saúde no Ceará, que pavimentou o caminho para o PACS, os ACS tornaram-se peças-chave na APS. Apesar de o PACS não ter sido extinto, mas sim integrado e expandido na ESF, sua essência permanece, com os ACS atuando como elo fundamental entre a comunidade e os serviços de saúde, promovendo a saúde, prevenindo doenças e contribuindo para um sistema de saúde mais inclusivo e resolutivo (Ávila, 2011a; Ávila, 2011b; Filgueiras; Silva, 2011; Fonseca; Morosini, 2021).

3.3 Saúde materno-infantil: do que estamos falando?

A saúde materno-infantil refere-se ao conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde de mulheres durante o período gestacional, parto e pós-parto, bem como de crianças, especialmente nos primeiros anos de vida. Essa abordagem abrange aspectos biológicos, sociais e psicológicos, reconhecendo que a saúde de mães e crianças é interdependente e exerce influência direta no desenvolvimento de famílias e comunidades (Cassiano *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2023).

No âmbito da saúde pública, a saúde materno-infantil é considerada um pilar essencial, uma vez que indicadores como mortalidade materna e/ou infantil e cobertura de pré-natal refletem a qualidade dos sistemas de saúde e o grau de equidade de uma sociedade (Genovesi *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2023).

O contexto da saúde materno-infantil envolve desafios históricos e contemporâneos, que vão desde a desigualdade no acesso a serviços de saúde até questões relacionadas à educação em saúde, saneamento básico e condições socioeconômicas. Além disso, diversos contextos têm fragilizado a assistência materno-infantil, sendo o mais recente a pandemia da covid-19, em que as medidas de enfrentamento contribuíram para fortalecer barreiras de acesso aos serviços sociais e de saúde, dificuldades relacionadas à manutenção do bem-estar e a conexão às fontes confiáveis de apoio. Detalha-se que os fenômenos expressos aqui decorreram de publicações nacionais e internacionais (Iileka; Geldenhuys; Nyasulu, 2024; Meherali *et al.*, 2024).

Dessa forma, PPS e programas internacionais, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), têm priorizado a redução das disparidades nesses indicadores, destacando a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar (World Health Organization, 2015). Ademais, o debate em torno da saúde materno-infantil não se limita a questões clínicas, mas engloba dimensões éticas, culturais e econômicas, ampliando o escopo das responsabilidades sociais e governamentais no cuidado de mães e crianças.

No Brasil, a atenção materno-infantil se fortificou a partir de movimentos sociais, especialmente o movimento feminista, que por sua vez exigiu direitos à mulher, incluindo componentes sociais e de saúde, que resvalem na saúde infantil. Dessa forma, mesmo com ações individualizadas, remontadas pela herança do modelo biomédico de assistência à saúde, as ações de saúde voltadas ao público materno-infantil são incorporadas por todas as esferas do SUS (Cassiano *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2023).

Nesse contexto, explicita-se que o SUS desempenha papel essencial na promoção

da saúde materno-infantil no Brasil, uma vez que oferece um conjunto abrangente de ações e programas voltados para a proteção e cuidado de gestantes, puérperas e crianças. Um dos principais pilares dessas ações é o pré-natal, realizado pela ESF e maternidades públicas, que garante acompanhamento multidisciplinar, exames periódicos e orientações para a mãe e família (Genovesi *et al.*, 2020; Vettore *et al.*, 2013; Souza *et al.*, 2023). O Programa Rede Cegonha, por exemplo, foi implementado para assegurar que as gestantes tenham acesso a serviços de qualidade, desde a confirmação da gravidez até o pós-parto, incluindo a atenção ao bebê até os dois primeiros anos de vida (Genovesi *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2023).

Outro destaque consiste no suporte no momento do parto. O SUS disponibiliza maternidades e hospitais com equipes especializadas para realizar partos normais ou cesarianas, respeitando as particularidades de cada caso. Além disso, promove o parto humanizado, valorizando a autonomia da mulher, a presença de acompanhantes e a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Após o nascimento, as ações se estendem ao recém-nascido, incluindo testes como o do pezinho e da orelhinha, administração de vacinas e o acompanhamento pediátrico regular, que são fundamentais para a detecção precoce de doenças e o desenvolvimento saudável da criança (Genovesi *et al.*, 2020; Pícoli; Carandina; Ribas, 2006; Souza *et al.*, 2023).

A implementação de tecnologias também resultou em contribuições para o campo da atenção materno-infantil, tal como demonstrado por um estudo que mapeou 1.082 aplicativos que apresentam orientações, preenchimento de dados e jogos simulados em contextos como: atenção ao pré-natal, parto e puerpério; e cuidados com o recém-nascido (Nunes *et al.*, 2023).

A saúde materno-infantil no SUS também é fortalecida por programas de nutrição e educação em saúde. O incentivo ao aleitamento materno, por meio de campanhas e orientação às mães, é um exemplo de ação integrada que beneficia tanto a mãe quanto o bebê. Além disso, o fornecimento de suplementos, como ácido fólico e ferro para gestantes, e a vigilância nutricional infantil contribuem para a prevenção de problemas como anemia e desnutrição. Essas iniciativas refletem o compromisso do SUS em reduzir a mortalidade materna e infantil, garantindo o direito à saúde como um bem universal (Pícoli; Carandina; Ribas, 2006; Souza *et al.*, 2023).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Concepção avaliativa da pesquisa

A concepção avaliativa para avaliar a Política Pública, aqui definida, dialoga com o referencial interpretativo no campo da pesquisa social, sendo justificada pela própria natureza do objeto de pesquisa, aqui demarcado.

Para Minayo (2009), o objeto das ciências sociais é histórico, isto se justifica pelo fato de que cada sociedade humana existe e se constrói num determinado espaço e, além disso, se organiza de forma particular e distinta de outras.

Vale salientar que a avaliação se fundamenta no referencial da pesquisa social, como já aludido, tendo em vista que, conforme Minayo (2009), os objetos desse tipo de pesquisa são essencialmente qualitativos, ou seja, o que aqui se expressará diz respeito a um conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas representações sociais, nas expressões da subjetividade, dentre outros.

A perspectiva avaliativa, que ora se expressa neste trabalho, sustenta-se na delineada por Rodrigues (2008), ou seja, avaliação em profundidade que, para a autora, quanto mais mergulhamos na situação estudada, mais ampliamos o campo de investigação. Para tanto, os passos para a realização deste tipo de avaliação de políticas públicas no campo das ciências sociais compreendem:

a) Análise de conteúdo do programa com atenção aos aspectos de formulação, bases conceituais e coerência interna:

A análise de conteúdo do programa visa: analisar os objetivos do programa, os critérios utilizados, a dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação; identificar os paradigmas orientadores, as concepções e valores que os informam, bem como os conceitos e noções centrais que sustentam essas políticas; e verificar se há não-contradição entre as bases conceituais que informam o programa, a formulação de sua implementação e os itens priorizados para seu acompanhamento, monitoramento e avaliação. Logo, comprehende a análise de materiais institucionais como leis, portarias, documentos internos, projetos, relatórios, atas de reuniões, fichas de acompanhamento e dados estatísticos (Rodrigues, 2008).

b) Análise de contexto da formulação da política:

O segundo passo foca em compreender o cenário em que a política foi criada: levantamento de dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas em que a política foi formulada, considerando a articulação entre as instâncias local, regional, nacional e

internacional/transnacional; apreensão do modelo político, econômico e social que sustentou a política na época de sua formulação; levantamento de outras políticas e programas correlacionados à política em foco; e atenção ao marco legal que ampara a política, articulando-o ao contexto identificado nos itens anteriores (Rodrigues, 2008).

c) Trajetória institucional:

No terceiro passo, busca-se compreender o grau de coerência ou dispersão do programa ao longo de seu percurso pelas instituições. Isto, compreende: reconstituição da trajetória do programa, desde sua concepção na esfera federal até sua implementação na base, observando as mudanças nos sentidos dados aos objetivos e à dinâmica do programa; realização de pesquisa de campo com entrevistas com diferentes agentes e representantes de instituições envolvidas na formulação e implementação da política; e atenção aos aspectos culturais inerentes aos espaços institucionais e organizacionais (Rodrigues, 2008).

d) Espectro temporal e territorial.

O último passo visa apreender a configuração temporal e territorial do percurso da política, confrontando os objetivos gerais da política com as especificidades locais e sua historicidade. Dessa forma, analisa-se as possibilidades de articular as perspectivas e objetivos de propostas generalizantes às particularidades locais e possibilidades de implementação de políticas, de forma localizada, que levem em conta seu percurso temporal e territorial (Rodrigues, 2008).

Ainda nesse contexto, este passo envolve a sistematização dos dados coletados e a utilização de instrumentos metodológico-analíticos para atingir um maior nível de abstração, síntese e criatividade, como esquemas, gráficos, modelos estatísticos e técnicas qualitativas de análise (Rodrigues, 2008).

Especificamente para fins avaliativos do objeto, aqui descrito, seguiremos os passos descritos nos itens “a” e “b” pela natureza da política pública em questão, pelas seguintes justificativas:

1. Item a: no que tange à formulação, a teoria permite investigar como o programa foi concebido, levando em conta os contextos sociopolíticos e os pressupostos que orientaram sua construção. Avalia se há consistência entre os problemas diagnosticados e as soluções propostas; relativo às bases conceituais, analisa criticamente os conceitos que embasam o programa, como “equidade”, “participação”, “educação popular” ou “territorialidade”, que se observa na tessitura das narrativas (a seguir descritas); e, coerência interna, que busca identificar se há articulação lógica entre os objetivos, ações, estratégias e resultados esperados do programa. Permite compreender possíveis contradições internas ou fragilidades que

comprometam sua efetividade.

2. Item b: será observado, mais adiante nas narrativas das ACS, que a formulação do PACS ocorre dentro de contextos específicos marcados por disputas, interesses, desigualdades e condições territoriais. Ainda, será possível identificar como normas, estruturas de governo, conjunturas econômicas e alinhamentos políticos influenciaram as decisões e prioridades desse programa, no âmbito das políticas públicas em saúde, em especial, no âmbito da APS.

4.2 Definição da abordagem metodológica da pesquisa, estratégias e técnicas de coleta de dados

4.2.1 Tipo de pesquisa

Esta investigação considera os pressupostos teóricos e metodológicos da abordagem qualitativa, no âmbito dos estudos avaliativos que privilegiam aspectos subjetivos. A abordagem qualitativa, em interface com a subjetividade, propõe que o raciocínio científico se baseie, sobretudo, na percepção e na compreensão humana (Stake, 2011). Nesta investigação, em especial, as percepções e compreensões serão apreendidas de trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde, mais especificamente, dos Agentes Comunitários de Saúde.

Ainda, sobre esta abordagem de pesquisa, Moreira (2002) aponta que a pesquisa qualitativa se utiliza dos discursos, textos, sons, imagens, símbolos, abdicando total ou quase totalmente das abordagens matemáticas no tratamento dos dados. De forma complementar, Denzin e Lincoln (2006), nos falam que ela envolve o estudo e a coleta de vários materiais empíricos, entre eles o estudo de caso, experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevista, textos e produções culturais, dentre outros.

Já os estudos avaliativos, recorre-se aos pressupostos de Bosi e Uchimura (2007), que discutem acerca da avaliação qualitativa de políticas, programas e serviços de saúde. Logo, a avaliação qualitativa está voltada a dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, ultrapassando o alcance de instrumentos estruturados que não permitem apreender a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde.

4.2.2 Cenário de pesquisa

O estudo foi realizado no município de Itaitinga, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, Estado do Ceará. Segundo dados da Prefeitura de Itaitinga, a população estimada do município é de 60.706 habitantes (Itaitinga, 2025). A APS em Itaitinga é composta por 15 Equipes de Saúde da Família (eSF) e conta com um total de 79 ACS, profissionais que desempenham papel fundamental na interface entre a comunidade e os serviços de saúde.

A escolha do cenário de estudo recaiu especificamente sobre a APS de Itaitinga, considerando-se as suas características organizacionais e a diversidade territorial. A pesquisa foi desenvolvida em seis áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), selecionadas estrategicamente para contemplar diferentes realidades socioespaciais do município. São elas: eSF Genezaré, eSF Parque Santo Antônio I, eSF Parque Santo Antônio II, eSF Ocupação, eSF Sede I e eSF Sede II. A seleção dessas equipes levou em consideração dois critérios principais: a localização geográfica (incluindo zonas urbana e rural) e a presença de contextos de vulnerabilidades sociais, buscando, assim, captar a pluralidade de vivências e desafios enfrentados pelos ACS nas distintas regiões do território municipal.

4.2.3 Participantes da pesquisa

Como etapa preliminar ao início da coleta de dados, foi realizada uma visita exploratória à APS de Itaitinga. Essa visita teve como objetivo permitir uma aproximação mais direta com o contexto local, possibilitando a observação in loco da dinâmica de trabalho das equipes, bem como o diálogo informal com profissionais da gestão e da linha de frente. Tal iniciativa buscou aprofundar o conhecimento acerca das especificidades organizacionais, culturais e sociais do município, fortalecendo o alinhamento metodológico da pesquisa.

O processo de identificação e seleção dos participantes seguiu uma sequência de articulações institucionais, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa. O primeiro contato formal foi realizado junto ao Núcleo Regional de Educação Permanente em Saúde (NUREPS) do município de Itaitinga, órgão responsável por ações de educação permanente em saúde. Durante essa interlocução, foram apresentados os objetivos, a metodologia e a importância da pesquisa, com especial destaque para o papel central dos ACS enquanto sujeitos da investigação.

O próprio NUREPS assumiu a responsabilidade pela indicação dos 14

participantes, observando o critério orientado pela pesquisadora de assegurar a representação tanto de trabalhadores da zona urbana quanto da zona rural. Outro aspecto considerado na seleção foi a diversidade de experiências profissionais, visando contemplar ACS com diferentes tempos de atuação e trajetórias dentro das respectivas equipes de saúde da família, o que poderia contribuir para uma maior riqueza nas discussões.

Após a definição dos participantes, foi realizado o contato com a coordenação da Atenção Primária do município, para alinhamento institucional e definição logística. Essa etapa envolveu o agendamento, a confirmação de datas e a escolha de local acessível e adequado para a realização de dois grupos focais, cada um contou com 07 participantes. O apoio da gestão municipal foi fundamental para a viabilização da infraestrutura necessária, bem como para a liberação dos ACS durante o horário de serviço, garantindo condições apropriadas para o desenvolvimento da pesquisa.

Por fim, destaca-se que todos os ACS convidados participaram de forma voluntária, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com direito à recusa ou desistência a qualquer momento, conforme as normativas éticas vigentes, especialmente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012b).

4.2.3.1 Critérios de inclusão

Fizeram parte da pesquisa os referidos agentes comunitários de saúde, como ainda servidores públicos municipais que desenvolvem atividades nas equipes da ESF há pelo menos cinco anos, ininterruptamente.

4.2.3.2 Critérios de exclusão

Não foram contemplados os agentes comunitários de saúde que se encontravam remanejados, readaptados para outras funções ou em processo de aposentadoria e afastados por licença médica ou maternidade.

4.2.4 Apreensão do material qualitativo

Para esse fim específico de obtenção do material qualitativo, foi utilizado um roteiro contendo alguns elementos compondo uma caracterização do informante (aspectos socioeconômicos e relacionados à saúde), como também a questão norteadora: “Gostaria que

me falasse como o (a) senhor (a) vem desenvolvendo as suas funções na estratégia saúde da família, no que tange ao cuidado da saúde materno-infantil durante a visita domiciliar?"

Utilizou-se a seguinte técnica qualitativa: grupo focal. Ele é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços. Geralmente é composto de seis a dez participantes e constituído a partir de alguns critérios associados aos objetivos da pesquisa (Gatti, 2005).

O desenvolvimento dos grupos focais ocorreram em três fases:

1^a Fase: Este estudo foi apresentado para a gestão municipal que, em conjunto com a pesquisadora, avaliou e validou as escolhas previamente definidas das áreas (equipes de saúde da família) que participaram da pesquisa.

Após a seleção das áreas, os ACS (dessas áreas) foram convidados a participar de uma reunião com dia, hora e local previamente estabelecidos, o que corrobora com as estratégias já descritas anteriormente.

2^a Fase: A reunião do pesquisador com os profissionais visou tratar sobre a pesquisa, objetivos, metodologia e benefícios. Esse primeiro contato com o grupo foi importante e significativo, pois favoreceu um clima de confiabilidade e desejo em participar da pesquisa. Buscou-se proporcionar um ambiente agradável e descontraído. Na oportunidade, os profissionais, após concordarem com a proposta de investigação, assinaram o Termo de Consentimento Livre para participarem da pesquisa.

3^a Fase: O desenvolvimento dos Grupos Focais ocorreu por meio da utilização do roteiro em anexo (Apêndice B). Portanto, os participantes discorreram sobre o assunto com auxílio de perguntas que versaram sobre os cuidados com a saúde materno-infantil durante a visita domiciliar.

Ainda nesta fase (3^a), é importante destacar que os grupos focais foram desenvolvidos em local fechado, livre de barulho e com uma boa acústica. Cada grupo focal durou, em média, 1h10min. Os grupos foram conduzidos por dois pesquisadores sendo eles, o coorientador desta Dissertação com a ajuda da mestrandona. Para as transcrições, não foi utilizado nenhum aplicativo de transcrição automática. Um *expert* em transcrições realizou, com precisão e qualidade, as duas transcrições.

4.3 Definição do método de análise dos dados

Neste estudo, foi adotada a Análise Temática (AT), um método de análise qualitativa de dados que possibilita identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos (Souza, 2019). A Análise Temática, proposta por Braun e Clarke (2021), oferece uma abordagem flexível e acessível, adequada tanto para pesquisadores iniciantes quanto experientes na análise qualitativa (Souza, 2019).

Existem diferentes tipos de AT, que variam desde abordagens mais descritivas e quantitativas até abordagens reflexivas e interpretativas (Clarke; Braun, 2017). Neste estudo, utilizou-se a abordagem reflexiva da AT, proposta por Braun e Clarke (2021), que se caracteriza pela busca de padrões de significado nos dados, com ênfase na interpretação e compreensão dos fenômenos (Souza, 2019).

O processo de análise foi desenvolvido em seis fases (Braun; Clarke, 2021; Souza, 2019):

- a) Familiarização com os dados:** Leitura e releitura do material transscrito, buscando uma imersão nos dados e identificação de padrões iniciais;
- b) Geração de códigos iniciais:** Identificação de aspectos interessantes nos dados e atribuição de códigos (rótulos) a esses trechos, de forma sistemática e abrangente;
- c) Busca de temas:** Agrupamento dos códigos em temas potenciais, buscando identificar conexões e relações entre os diferentes códigos;
- d) Revisão dos temas:** Refinamento dos temas, verificando sua consistência interna e validade em relação aos dados, e reorganizando-os conforme necessário;
- e) Definição e nomeação dos temas:** Definição clara da essência de cada tema e atribuição de nomes concisos e representativos;
- f) Produção do relatório:** Elaboração de uma narrativa coerente e persuasiva, apresentando os temas identificados e ilustrando-os com exemplos dos dados.

Durante todo o processo de análise, foi dada atenção à recursividade, com movimentos constantes entre as diferentes fases, e à reflexividade, considerando o papel ativo do pesquisador na interpretação dos dados (Braun; Clarke, 2021; Souza, 2019).

4.4 Aspectos éticos e legais

O presente estudo respeitou todos os aspectos éticos e legais, sendo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2012b). Esta Resolução prevê que as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser adequadas aos princípios científicos, estar fundamentada em fatos científicos, buscar sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis, dentre outros (Brasil, 2012b).

Após a devida socialização dos objetivos, procedimentos e possíveis implicações da pesquisa, os participantes foram devidamente informados sobre seus direitos, incluindo a garantia de anonimato, confidencialidade dos dados e liberdade para desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo algum. Em seguida, todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as diretrizes éticas estabelecidas para pesquisas envolvendo seres humanos.

Ressalta-se que esta Dissertação será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, visando assegurar o cumprimento dos princípios éticos e legais que regem a condução de estudos científicos.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil dos participantes

As Agentes Comunitários de Saúde estavam distribuídas em diferentes equipes da Estratégia Saúde da Família no município, selecionadas de forma a contemplar tanto áreas urbanas quanto áreas rurais. Essa diversidade possibilitou a captação de múltiplas perspectivas e experiências práticas no cotidiano da atenção primária à saúde no território investigado.

Participaram desta pesquisa 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (como descrito na Tabela 1), todas residentes no município de Itaitinga, Ceará. As informações foram coletadas por meio de dois grupos focais realizados nos dias 18 e 20 de junho de 2025.

No que se refere à ocupação, todas exercem a função de Agente Comunitária de Saúde, com carga horária de 40 horas semanais. O sexo das participantes foi exclusivamente feminino.

A faixa etária variou entre 33 e 58 anos, com média de idade de aproximadamente 45 anos.

A maioria declarou-se casada ($n = 8$), enquanto as demais se identificaram como solteiras ($n = 5$) ou divorciada ($n = 1$).

Quanto à religião a fé católica foi majoritária ($n = 8$), seguida pela evangélica ($n = 5$); uma participante declarou não possuir religião definida.

No que diz respeito à autodeclaração étnico-racial, predominaram mulheres que se autodeclararam pardas ($n = 9$), seguidas por brancas ($n = 5$).

Em termos de escolaridade, todas possuem, no mínimo, o ensino médio completo. Duas participantes relataram formação de nível superior: uma em Enfermagem e outra em Pedagogia.

O tempo de atuação na profissão de Agente Comunitário de Saúde no município variou de 5 a 35 anos, evidenciando significativa experiência profissional no território. A maioria das participantes permanecem na mesma área de atuação desde o início de sua trajetória na equipe da Estratégia Saúde da Família; apenas uma profissional passou a integrar uma equipe diferente daquela em que iniciou sua atuação, permanecendo nela há 6 anos.

Todas as participantes referiram ter algum tipo de formação relacionada à saúde materno-infantil, com destaque para o Curso Técnico de Nível Médio em Agente Comunitário de Saúde, comum a todas. Algumas relataram formações complementares, como cursos de qualificação em saúde da mulher, saúde do recém-nascido, desenvolvimento infantil e saúde

mental na atenção básica, bem como formações técnicas adicionais, como o curso de técnico de enfermagem.

Tabela 1 - Perfil dos Participantes

Variáveis	Agentes Comunitários de Saúde	
	N	%
Equipe Saúde da Família		
Equipe Saúde da Família zona Urbana	03	50
Equipe Saúde da Família zona Rural	03	50
Total	06	100
Agentes Comunitários de Saúde		
Agentes Comunitários de Saúde zona Urbana	08	57,2
Agentes Comunitários de Saúde zona Rural	06	42,8
Total	14	100
Carga Horária		
40 horas	14	100
Total	14	100
Sexo:		
Masculino	00	00
Feminino	14	100
Total	14	100
Faixa Etária		
33 a 39 anos	06	42,8
40 a 49 anos	05	35,7
50 a 58 anos	03	21,5
Total	14	100
Estado Civil		
Solteira	05	35,7
Casada	08	57,1
Divorciada	01	7,2
Total	14	100
Religião		
Católica	08	57,1
Evangélica	05	35,7
Não definida	01	7,2
Total	14	100
Raça/Cor		
Branca	05	35,7
Parda	09	64,3
Total	14	100
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	12	85,7
Superior Completo	02	14,3
Total	14	100
Tempo de Atuação na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família		
5 a 10 anos	03	21,5
11 a 15 anos	04	28,5
16 a 20 anos	04	28,5
21 a 25 anos	02	14,3
26 a 30 anos	00	00
31 a 35 anos	01	7,2
Total	14	100

Tempo de Atuação na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família			
5 a 10 anos	04	28,5	
11 a 15 anos	04	28,5	
16 a 20 anos	03	21,5	
21 a 25 anos	02	14,3	
26 a 30 anos	00	00	
31 a 35 anos	01	7,2	
Total	14	100	
Formação na Área Materno-Infantil			
Sim	14	100	
Não	00	00	
Total	14	100	

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

5.2 Grupo focal

Foram realizados dois grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ratificando, o primeiro grupo teve duração de 62 minutos e 27 segundos, resultando em uma transcrição com 19 páginas. Já o segundo grupo focal contou com 81 minutos e 54 segundos de duração, gerando uma transcrição correspondente a 26 páginas. Ambos os grupos contaram com a moderação do coorientador da dissertação, Carlos André Moura Arruda, e com a mestrandona atuando como apoiadora no acompanhamento e registro do encontro. As gravações foram transcritas de forma manual, sem o uso de aplicativos de transcrição automática.

As discussões de ambos os grupos foram unidas e apresentadas conforme método de Braun e Clarke (2021). Após familiarização com os dados, imersão inicial e identificação de padrões primários, seguiu-se para geração de códigos ou rótulos.

Quadro 1 – Segunda fase da análise qualitativa, geração de rótulos. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2025

Rótulo	Trecho
Captação de gestantes durante visitas domiciliares	“[...] eu sempre faço a pergunta: você está grávida? Tem delas que acha graça e tem delas que dizem Deus me livre, tem delas que escondem que estão grávidas, inclusive agora há pouco tempo eu vim saber da gravidez da criatura, ela já estava bem pertinho de ter o bebê [...]”
Orientação sobre pré-natal e cuidados maternos	“[...] pede para elas iniciarem o pré-natal que é muito importante... inclusive até o orientamento materno - maezinha comece o pré-natal, porque o que eu estou dizendo... a enfermeira e a doutora vai passar pra você [...]”
Encaminhamento à equipe multiprofissional	“Quando elas têm bebê a gente leva para enfermeira,

	para Doutora, para fonoaudióloga para conversar [...]"
Acompanhamento do calendário vacinal	"[...] com 1 mês a gente já começa a cobrar a vacina de dois meses pra não esquecer [...]"
Realização de rodas de conversa com gestantes	"[...] às vezes a gente faz rodas de conversa com a gestante, a gente faz — inclusive a gente fez um eventozinho que a gente doou até umas besteirinhas [...]"
Monitoramento do desenvolvimento infantil	"[...] eu procuro perceber se tem alguma coisa de errado no desenvolvimento da criança... aconteceu isso de uma criança com 2 anos de idade não falava nada [...]"
Comunicação com famílias e rede de apoio	"[...] eu fui procurar a mãe dela e a mãe dela disse não, ela realmente tá grávida [...]"
Visitas pós-parto e orientação à puérpera	"[...] a visita da puérpera que as enfermeiras fazem com a agente de saúde, ela orienta sobre... o aleitamento materno, massageia a mama da mãe, ensina a posição correta [...]"
Confirmação de dados em cartões durante visitas	"[...] confere o cartãozinho da gestante, vê se ela vem pra consulta, verifica se foi colocado peso, se foi colocado... os centímetros da barriga [...]"
Lembrete ativo para comparecimento às consultas	"[...] a gente já entra em contato pra elas não perder, porque muitas vezes elas fazem é dizer: mulher, se tu não tivesse me dito eu tinha perdido [...]"
Resistência ao diagnóstico e tratamento de sífilis	"[...] no início da gestação dela deu sífilis e ela não aceitou, ela fez uma briga danada, disse que o médico tava querendo colocar coisa nela... passou 4 meses negligenciando o pré-natal [...]"
Dificuldade de adesão ao aleitamento materno	"[...] outra coisa também é as crianças — é a dificuldade de orientar as mães sobre o aleitamento materno exclusivo, porque essas crianças já vêm da maternidade com fórmula [...]"
Falta de balança prejudica acompanhamento	"[...] a gente parou de fazer esse peso e aí a gente não tem mais esse gráfico... porque não tem mais balança [...]"
Diminuição da puericultura pós-pandemia	"[...] depois da pandemia... teve esse remancho de consertar balança, disse que vai trazer, diz que vai ser balança digital e até hoje [...]"
Desconfiança e falta de colaboração das famílias	"[...] tenho família que não tenho cadastro feito porque... a mulher não quer passar o nome do esposo... não sei de onde foi que essa família veio [...]"
Medo de entrar em algumas casas	"[...] tem casa que eu não faço nem visita porque tenho medo de chegar nessa casa e que Deus o livre chegar... então eu passo lá e dou a informação e saio bem rápido [...]"

Desinteresse de gestantes e mães por informações	“[...] tem muita gestante que pergunta logo: vai ter brinde? elas não vêm atrás de informação [...]”
Carga de trabalho e pressão por metas	“[...] meu amor, é difícil, fia, a gente trabalha na pressão, sobre metas e metas e metas, a gente tá em tempo de correr é louca [...]”
Frustração com sistema e burocracia	“[...] nosso trabalho é todo no sistema e às vezes eu reclamo gente... Que coisa chata... é aquela questão medonha, eles deixam muito naquela coisa de quantidade [...]”
Desvalorização da qualidade do atendimento	“[...] não tem mais a qualidade, não tem... o negócio deles é coisa de quantidade [...]”
Falta de ações efetivas para saúde mental das ACS	“[...] nunca na minha vida eu tive... saúde mental... a maioria se aposenta com auxílio-doença. É saúde mental, é alguma dificuldade física [...]”
Exposição precoce e excessiva às telas digitais	“[...] hoje em dia as crianças nascem e já tá com o celular ou ao redor de uma televisão [...]. “[...] a mãe dele vinha deixar ele no colégio e não durava 30 minutos... ele só conseguia ficar calmo se tivesse um celular [...]”
Falta de rede de apoio às mães	“[...] eu vejo que ela consegue fazer isso porque ela tem uma grande rede de apoio tanto familiar como financeiro... eu não posso condenar uma mãezinha que entrega o celular porque precisa lavar uma louça [...]”
Falta de interesse das mães por ações educativas	“[...] eu acho que a maior dificuldade hoje em dia é conseguir tirar a mãe dessas crianças de dentro de casa até à unidade pra participar numa roda de conversa [...]”
Desvalorização de ações educativas sem benefício material	“[...] tem muita gestante que pergunta logo: vai ter brinde? elas não vêm atrás de informação [...]”
Gravidez na adolescência e tabu familiar	“[...] engravidou com 17 anos... a mãe por ser evangélica... confiou muito... e aí criou aquele tabu e os pais não orientarem a filha [...]”
Dificuldade de comunicação com adolescentes grávidas	“[...] foi muito difícil eu poder trabalhar com ela como grávida... menina com a mãe dela mesmo tratava muito mal [...]”
Falta de envolvimento paterno	“[...] é muito importante orientar o pai para fazer o acompanhamento junto com a mãe... até mesmo para evitar que ela tenha uma... depressão pós-parto [...]”
Julgamento social sobre programas sociais	“[...] passa o dia dentro de casa, deixa o filho na creche o dia todinho, passa o dia dormindo... ganha mais de 1.500 reais e não quer mais trabalhar [...]”
Acompanhamento da gestante e do bebê	“[...] a gente faz esse acompanhamento de seguir, de olhar direitinho para ver se tá fazendo, se tá vindo com pré-natal, tudo certinho [...]”

Encaminhamento de demandas clínicas para a equipe de saúde	“[...] qualquer problema que a gente vê que tem naquela pessoa, a gente passa pra nossa enfermeira e ela já tenta resolver lá para não se expandir e ficar pior [...]”
Verificação e cobrança do cumprimento do calendário de consultas	“[...] a gente já entra em contato pra elas não perder, porque muitas vezes elas fazem é dizer: mulher, se tu não tivesse me dito eu tinha perdido [...]”
Monitoramento do cartão da gestante e da criança	“[...] confere o cartãozinho da gestante, vê se ela vem pra consulta, verifica se foi colocado peso, se foi colocado... os centímetros da barriga [...]”
Observação e triagem informal de atrasos no desenvolvimento	“[...] a criança tá com tantos meses e não fala nenhuma palavra, as próprias mães vão atrás pra saber se é autista... mas essa mãe fica jogando a atenção para o celular [...]”
Promoção de ações educativas e preventivas com adolescentes	“[...] eu converso com ela na frente da mãe, peço pra elas terem responsabilidade, pra elas terem um cuidado e pra não colocar um bebê sem planejamento [...]”
Apoio à saúde mental da gestante	“[...] orientar o pai para fazer o acompanhamento junto com a mãe... até mesmo para evitar que ela tenha uma depressão pós-parto [...]”
Comunicação direta com famílias vulneráveis	“[...] a gente chega para conversar com elas da porta, elas deitadas numa rede com celular não olha nem pra cara da gente [...]”
Adaptação às demandas do território	“[...] eu tenho família que não tenho cadastro feito... tem casa que eu não faço nem visita porque tenho medo... mas eu sei que elas estão lá [...]”
Defesa do cuidado integral e da qualidade da puericultura	“[...] eu vejo que não tem mais atendimento assim muito fino com as crianças, as mães estão deixando de ir... a gente detectava... agora é só vacina [...]”
Acompanhamento desde o desejo de engravidar	“[...] a gente começa a acompanhar a mãe desde o momento em que ela sente vontade de engravidar... começa todo um acompanhamento de orientação, tanto na unidade de saúde quanto da gente na visita domiciliar [...]”
Aconselhamento e vínculo com a família	“[...] o ACS faz parte da família em tudo... orientar, prevenir, acolher... eles têm na mente deles que o seu ACS é em primeiro lugar... antes de chegar no posto de saúde [...]”
Visita domiciliar à puérpera e recém-nascido	“[...] a visita da puérpera da enfermeira na casa do paciente... a gente consegue com muita peleja... a consultoria de amamentação... as mães ficavam muito felizes de receber [...]”
Orientação sobre abertura do pré-natal	“[...] pede o cartão de vacina, se já abriu o pré-natal, se não abriu, a gente orienta a fazer o exame de sangue BetaHCG... muitas vezes a gente marca a consulta [...]”

Incentivo ao aleitamento materno exclusivo	“[...] a gente orienta também a respeito da importância do aleitamento materno... Se possível fazer isso, porque é muito difícil. É poucas mãezinhas que fazem isso [...]”
Busca ativa de gestantes até 12 semanas	“[...] o município cobra a gente que faça busca ativa e encontre mulheres que estejam gestantes até 12 semanas... é uma das nossas atribuições [...]”
Monitoramento mensal da gestante	“[...] todo mês a gente tem que ir acompanhar se teve consulta, se teve vacina, se teve alguma alteração [...]”
Encaminhamento e defesa dos direitos da paciente	“[...] mandei a paciente pra ouvidoria... já tentei resolver de várias maneiras... a gente orienta e informa sobre os direitos... a gente vira é quase advogado do povo [...]”
Coleta e registro de dados do recém-nascido	“[...] visitar o bebê e a mãe, coletar os dados... ver se tomou vacina ao nascer, se nasceu prematuro, se nasceu com alguma deficiência [...]”
Aconselhamento sobre rotina e cuidados com o bebê	“[...] o bebê troca a noite pelo dia – a gente orienta... olha a cirurgia da mãe, sangramento, higiene da casa, visitas excessivas ao recém-nascido [...]”
Conferência do cartão de vacinas e puericultura	“[...] eu olho as vacinas, oriento... olho peso... prescrevo os cartões... vejo se tá dentro do padrão [...]”
Articulação com a equipe para encaixe de consultas	“[...] quando a enfermeira não pode atender, ela bota no caixa na sexta... ela prioriza o pré-natal [...]”
Falta de articulação com enfermeiros	“[...] tem enfermeiro que se acha que chegou numa unidade pra fazer o atendimento, ficar 24 horas sentada em frente ao computador... e às vezes nem isso fazem [...]”
Falta de reconhecimento do trabalho das ACS	“[...] eles acham que a gente somos uma mentira, a gente escuta bastante isso [...]”
Abertura tardia do pré-natal	“[...] a abertura do pré-natal... já é uma abertura tardia... mais de 12 semanas, o que já prejudica [...]”
Enfermeiros sobrecarregados com gestão e assistência	“[...] o enfermeiro tem que ser gestor e assistencialista. Não tem condições de atender a população e participar de treinamento [...]”
Ausência ou atraso em visitas puerperais	“[...] a visita da puérpera... não vai... aproveitam quando a mãezinha vai fazer o teste do pezinho e fazem tudo na unidade, o que não é o certo [...]”
ACS assumindo funções de outros profissionais	“[...] a gente tá sendo quase o médico e o enfermeiro desse posto... a gente que tem que tá lá com o mamilo botando pra fora, orientando [...]”
Falta de acompanhamento após parto cesáreo	“[...] a mãe de primeira viagem faz muita pena... foi cesariano... só nós agentes de saúde esclarecendo, porque não tem mais enfermeiro ali [...]”

Falta de balanças e equipamentos básicos	“[...] antigamente eu pesava e media as crianças... mas hoje não faço mais porque não sou cobrada... o município deu balança, mas caiu no desuso [...]”
Falta de cobrança e liderança técnica	“[...] se eu fosse cobrada, eu faria... só que elas não têm poder nem pra fazer o delas, quem dirá cobrar a gente [...]”
Desmotivação das ACS	“[...] vai desmotivando... porque você quer que aconteça e não tem ninguém... agente de saúde gosta de ver acontecer, mas não vê resultado [...]”
Difícil acesso a pacientes com planos de saúde	“[...] muitas mãezinhas, quando eu vou saber, já tiveram filho... elas não aceitam a visita do agente porque têm plano de saúde [...]”
Gravidez precoce e falta de maturidade	“[...] tem muito adolescente... a falta de maturidade prejudica o cuidado com o bebê [...]”
Dificuldade de envolver parceiros no cuidado	“[...] dificuldade de tratar o parceiro... homem não gosta de se cuidar... culturalmente não participa do pré-natal [...]”
Gestão ausente ou sem atuação efetiva	“[...] o que falta é se impor, a cobrança mesmo... com tudo faltando, se tiver alguém cobrando a gente faz [...]”
Falta de apoio familiar e comunitário	“[...] hoje em dia acabou, acabou mesmo... como é que pode uma enfermeira não querer ir mais no domicílio?... acabou totalmente o vínculo... só existe ganhar o dinheiro [...]”
Vulnerabilidade social e desinformação	“[...] a gente assiste uma área muito carente, carente até de informações mesmo [...]”
Gravidez na adolescência e falta de preparo	“[...] a dificuldade maior é acompanhar a adolescente quando engravidia... não entende que agora tem outra vida dependendo dela [...]”
Bebês cuidados por avós ou terceiros	“[...] o cuidado, querendo ou não, na maioria das vezes, fica na responsabilidade dos avós ou da família que já não tem uma orientação [...]”
Uso de substâncias por gestantes	“[...] as mães dos menores... são usuárias... muito difícil fazer com que ela entenda que precisa de responsabilidade [...]”
Dificuldade de acesso a famílias em áreas de habitação popular	“[...] na minha área é mais casa da Caixa... muitos passam o dia fora e só dormem... não consigo efetuar o cadastro [...]”
Recusa à visita da ACS por ter plano de saúde	“[...] muitas mãezinhas... não aceitam a visita do agente porque têm plano de saúde [...]”
Culturalmente, homens não participam do cuidado pré-natal	“[...] homem não gosta de se cuidar, não gosta de ir pra unidade de saúde, de participar de palestra... a gente tem dificuldade de encontrar eles [...]”
Desvalorização de ações educativas contínuas	“[...] não só uma vez no ano como na semana do

	bebê... porque na semana do bebê tem movimento, mas no restante do ano isso não acontece [...]"
Enfraquecimento da prevenção e promoção em saúde	"[...] o PSF hoje tá funcionando como uma UPA... não tem mais a prevenção da doença, a promoção da saúde como tinha antigamente [...]"
Acolhimento e vínculo com a comunidade	"[...] o ACS faz parte da família em tudo... orientar, prevenir, acolher... eles têm total confiança no seu ACS [...]"
Escuta ativa e mediação de conflitos	"[...] eles vão até a gente ACS pra poder que aconteça realmente isso, que é de extrema importância... às vezes só precisam de aconchego, de conversa [...]"
Defesa dos direitos das gestantes e puérperas	"[...] eu vou lá e resolvo... como profissional e como mãe... nos tornamos as advogadas do povo e as metidas que querem resolver tudo [...]"
Iniciativa frente a falhas do sistema	"[...] eu ligo logo pro secretário, ligo até pro prefeito se for preciso [...]"
Proatividade na articulação com a equipe	"[...] sempre a gente tem umas ideias... buscar a gestante pra ensinar como fazer a pegada do mamilo [...]"
Liderança na busca ativa e mobilização	"[...] toda sexta-feira a enfermeira pedia produção da semana... eu gostava porque ela me cobrava, e eu fazia [...]"
Carga emocional e sobrecarga profissional	"[...] a dor do povo é a dor da gente... eu tô tão assim... falei pra minha amiga que estou pensando em sair de agente de saúde [...]"
Sentimento de abandono institucional	"[...] parece que esse pessoal não tem pai, não tem mãe, não tem irmão [...]"
Visão ampliada do cuidado	"[...] a gente quer uma criança bem assistida, uma puérpera bem cuidada, um idoso acolhido [...]"
Orgulho e pertencimento profissional	"[...] a gente quer ser a melhor equipe... agente de saúde gosta de ver acontecer as coisas [...]"
Defesa do papel educativo da equipe de saúde	"[...] eu acho que poderia acontecer pelo menos as reciclagens... não ficar só no papel, mas ter capacitação de qualidade [...]"
Capacidade de organizar e executar ações comunitárias	"[...] movimento, panfletagem, mutirão... capacitação tanto para os profissionais quanto para a comunidade [...]"

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

Na terceira etapa da análise temática, a busca de temas com base nos rótulos gerados a partir dos dois grupos focais (GF01 e GF02) foi agrupado os códigos por similaridade de sentido para formar temas provisórios, que representam padrões de significado nos dados. Nessa etapa, agrupou-se em seis temas provisórios.

Quadro 2 – Busca de temas. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2025

Tema Provisório	Rótulos Agrupados
Atribuições ampliadas das ACS no cuidado materno-infantil	Acompanhamento desde o desejo de engravidar; visitas domiciliares mensais à gestante; coleta e registro de dados do recém-nascido; orientação sobre aleitamento materno; aconselhamento sobre rotina do bebê; conferência e preenchimento do cartão da criança; encaminhamento à equipe de saúde; apoio no pós-parto (ex.: cuidados com mama, cesariana); monitoramento das vacinas e agendamentos; busca ativa de gestantes e puérperas; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.
Desafios estruturais e limitações no trabalho cotidiano	Atraso na abertura do pré-natal; ausência ou atraso em visitas puererais; falta de enfermeiros ou substituições inadequadas; acúmulo de funções da enfermagem (gestão e assistência); falta de balanças e equipamentos; falta de cobrança e coordenação técnica; carga de trabalho excessiva e pressão por metas; desvalorização da puericultura; ausência de reuniões ou retorno das lideranças; descontinuidade de programas e ações.
Vulnerabilidades sociais e barreiras culturais no território	Gravidez na adolescência; falta de maturidade das gestantes; cuidado terceirizado para avós; resistência ao atendimento (por plano de saúde ou desinformação); uso de drogas por mães/adolescentes; dificuldade de acesso a domicílios em habitações populares; desinteresse ou ausência de vínculo com unidades; ausência de figuras paternas no cuidado; desigualdade de gênero no autocuidado e participação; uso precoce de telas por crianças.
Identidade profissional das ACS e protagonismo no cuidado	Vínculo e confiança com a comunidade; escuta e acolhimento como formas de cuidado; defesa dos direitos das gestantes e puérperas; mediação entre família e serviços; postura ativa diante das negligências institucionais; sentimento de injustiça e desvalorização; carga emocional e sobrecarga; desejo de transformação e reconhecimento; orgulho do trabalho e sentimento de missão.
Falta de integração e corresponsabilidade na equipe de saúde	Ausência de trabalho em equipe; enfermeiros que não cumprem funções básicas; técnica de enfermagem sobrecarregando ACS; ACS assumindo tarefas clínicas (curativos, apoio ao mamilo); falta de escuta da gestão para as denúncias; substituição de cuidado presencial por registros formais; percepção de hierarquias desiguais e desrespeito; carência de coordenação efetiva e valorização.

Necessidade de educação permanente e fortalecimento de ações coletivas	Reciclagens para todos os profissionais; capacitação para ACS e comunidade; atividades criativas e rodas com gestantes; campanhas educativas fora da “semana do bebê”; desejo de retomar ações de prevenção e promoção; planejamento participativo e protagonismo local; movimentos comunitários como espaços de pertencimento.
------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Dados produzidos pela pesquisa.

Após a identificação inicial dos temas provisórios, a análise avançou para a etapa de revisão temática, com o objetivo de verificar a coesão interna de cada tema e a distinção entre os diferentes núcleos de sentido emergentes. Essa fase foi fundamental para garantir que os temas representassem de maneira fiel e robusta os padrões significativos dos dados, evitando sobreposições indevidas e assegurando consistência interpretativa.

Inicialmente, os temas provisórios foram confrontados com os conjuntos de rótulos codificados que os compunham, avaliando-se se os dados agrupados em cada um formavam um todo significativo. Os temas que apresentaram heterogeneidade interna ou fronteiras pouco nítidas foram reavaliados criticamente. Por exemplo, observou-se certa interseção entre os temas intitulados “Desafios estruturais e limitações no trabalho cotidiano” e “Falta de integração e corresponsabilidade na equipe de saúde”, uma vez que ambos abarcam dimensões organizacionais e institucionais do processo de trabalho.

Durante a revisão, optou-se por manter essa distinção, dado que cada um enfatiza aspectos específicos: o primeiro concentra-se nas condições estruturais e materiais que dificultam o cuidado, enquanto o segundo foca na dinâmica relacional e hierárquica entre os membros da equipe de saúde.

Também foram examinadas a relevância analítica e a abrangência temática de cada agrupamento. Os temas como “Atribuições ampliadas das ACS no cuidado materno-infantil” e “Vulnerabilidades sociais e barreiras culturais no território” apresentaram alta coesão interna e clara correspondência com o objetivo da pesquisa, sendo mantidos em sua forma original. O mesmo ocorreu com o tema “Identidade profissional das ACS e protagonismo no cuidado”, que revelou um núcleo forte de sentido em torno da atuação política, afetiva e ética das Agentes Comunitárias de Saúde, ainda que atravessado por tensões como o reconhecimento profissional e a sobrecarga emocional.

Além disso, buscou-se identificar eventuais rótulos “órfãos” ou deslocados, códigos que, ao final da revisão, não se encaixavam adequadamente em nenhum dos temas ou poderiam ser redistribuídos para melhor expressar o conteúdo analítico. Esse processo resultou em

pequenos ajustes na alocação de alguns rótulos, favorecendo a consistência e a precisão das categorias.

Ao final da etapa de revisão, os temas apresentaram-se como unidades coesas e distintivas, capazes de sustentar uma interpretação crítica dos dados à luz da pergunta de pesquisa. Com isso, a análise pôde avançar para a próxima fase, dedicada à definição e nomeação dos temas, com foco na construção da narrativa analítica.

Com os temas revisados e consolidados, procedeu-se à etapa de definição e nomeação, na qual cada tema foi submetido a uma análise mais aprofundada, buscando-se captar sua essência central e a contribuição específica que oferece à compreensão do fenômeno investigado. Essa fase envolveu tanto a reformulação dos títulos dos temas quanto a elaboração de descrições interpretativas que sintetizam seus significados principais, fundamentadas nos dados empíricos.

A seguir, apresenta-se o conjunto final dos temas, com nomes refinados e respectivos resumos analíticos:

5.2.1 Expansão das atribuições das ACS no cuidado materno-infantil

Este tema evidencia o protagonismo das ACS no acompanhamento contínuo de gestantes, puérperas e recém-nascidos. As falas destacam uma atuação multifacetada, que vai desde o acompanhamento precoce da gestação até o suporte pós-parto, incluindo orientações, registros, agendamentos, busca ativa e escuta qualificada. As ACS emergem como pontes entre as famílias e os serviços, assumindo tarefas que, em muitos casos, extrapolam suas atribuições formais. A atuação próxima ao cotidiano das usuárias favorece a construção de vínculos, mas também evidencia lacunas institucionais que são supridas por essa presença constante no território.

5.2.2 Condições estruturais e invisibilização do trabalho cotidiano

O segundo tema reflete os obstáculos materiais e organizacionais que comprometem a qualidade do cuidado. A ausência de profissionais-chave, a precariedade de insumos e equipamentos, a sobrecarga de trabalho e a descontinuidade das ações são apontadas como fatores recorrentes. Além disso, há uma percepção de falta de reconhecimento institucional, especialmente quanto à importância da puericultura e do cuidado continuado. O

acúmulo de tarefas e a falta de coordenação evidenciam uma estrutura que, muitas vezes, ignora as demandas reais do território.

5.2.3 Vulnerabilidades sociais e barreiras culturais no território

Este tema reúne elementos que demonstram como as desigualdades sociais e as dinâmicas familiares e culturais afetam o cuidado materno-infantil. As ACS relatam desafios como gravidez precoce, abandono paterno, uso de substâncias por mães adolescentes e resistência ao cuidado oferecido. Há também menções à dificuldade de acesso físico a certas residências, à desinformação sobre os serviços públicos e à terceirização dos cuidados às avós. Tais fatores interferem na adesão ao cuidado e exigem das ACS uma atuação sensível às complexidades locais.

5.2.4 Protagonismo invisível: identidade e reconhecimento das ACS

Este tema revela a dimensão subjetiva e política do trabalho das ACS. As profissionais expressam sentimentos de pertencimento, orgulho e responsabilidade com o cuidado das mulheres e crianças, pautados pela escuta, acolhimento e defesa de direitos. Ao mesmo tempo, compartilham experiências de invisibilidade, sobrecarga emocional e ausência de reconhecimento por parte da gestão e da equipe. A tensão entre o compromisso ético com a comunidade e a negligência institucional revela um protagonismo invisibilizado, sustentado por vínculos afetivos e senso de missão.

5.2.5 Fragmentação da equipe e hierarquias no cuidado

Este tema trata da falta de integração e corresponsabilidade entre os membros da equipe de saúde, com destaque para a sobrecarga das ACS frente à ausência de atuação adequada de enfermeiros e técnicos. Os dados revelam uma realidade em que as ACS assumem funções clínicas e burocráticas que não lhes caberiam, diante da fragilidade do trabalho em equipe e da hierarquização das relações. A ausência de escuta e de apoio institucional compromete tanto o cuidado quanto a saúde mental das profissionais.

5.2.6 Educação permanente e revalorização das ações coletivas

Por fim, este tema aborda a necessidade de formação continuada e de retomada de práticas educativas e coletivas no território. As participantes ressaltam o desejo por capacitações acessíveis e contextualizadas, bem como pela valorização de atividades em grupo com gestantes e mães, indo além das ações pontuais. Há uma demanda clara por reconstruir o caráter preventivo e participativo da atenção básica, valorizando os espaços comunitários e o protagonismo local.

A definição dos temas buscou não apenas sintetizar o conteúdo dos dados, mas também dar visibilidade à complexidade das experiências relatadas, reconhecendo as ACS como sujeitos ativos, críticos e fundamentais para o cuidado materno-infantil. Os nomes refinados refletem tanto a dimensão descritiva quanto a crítica, possibilitando que a análise avance para a construção da narrativa analítica final, dialogando com o referencial teórico e os objetivos da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam a centralidade do ACS na atenção materno-infantil no contexto da visita domiciliar, destacando tanto o compromisso ético e afetivo com as famílias assistidas quanto as dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional. As falas dos participantes revelaram um conjunto de saberes construídos a partir da experiência e da convivência com a comunidade, ainda que, em muitos casos, esses conhecimentos careçam de atualização sistemática e fundamentação técnico-científica.

Observou-se também que, apesar de a visita domiciliar ser reconhecida como uma estratégia essencial para a promoção da saúde materno-infantil, os ACS enfrentam desafios estruturais e institucionais, como sobrecarga de funções, ausência de formação continuada e limitações no reconhecimento profissional. Esses resultados evidenciam a necessidade de fortalecimento das políticas de educação permanente, bem como de estratégias de valorização do ACS como elo fundamental entre os serviços de saúde e a comunidade, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais.

Outro tema que emergiu foi **expansão das atribuições das ACS no cuidado materno-infantil**, com destaque para a relação entre a prática cotidiana com os princípios da integralidade, humanização e vínculo preconizados na ESF. A visita domiciliar é reconhecida como a principal atividade e ferramenta essencial no processo de trabalho dos ACS e da ESF. Por meio da VD, o ACS estabelece um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, facilitando o acesso, identificando agravos e necessidades da população, proporcionando orientações e encaminhamentos pertinentes a cada contexto individual e coletivo (Aquino, 2014; Méllo; Santos; Albuquerque, 2023).

As visitas podem ter múltiplos objetivos, incluindo cadastro, cuidado, informação, prevenção, identificação de problemas de saúde, e vigilância de grupos prioritários como gestantes e puérperas. Durante as visitas, o ACS deve verificar a caderneta da gestante, reforçar a importância das consultas, verificar a vacinação, orientar sobre alimentação saudável, atividade física, aleitamento materno e sinais de risco materno-infantil (Hendler; Schacker, 2024). No puerpério, as atribuições incluem identificar sinais de alerta, fornecer informações sobre cuidados corporais, planejamento reprodutivo e amamentação (Robles, 2012).

Embora a visita seja uma ação importante, a qualidade, frequência e sua sistematização revelam desafios. Em uma pesquisa envolvendo essa questão, apenas quatro das 15 gestantes entrevistadas se recordavam da atuação do ACS, e uma queixou-se de não receber acompanhamento periódico (Aquino, 2014). Além disso, a frequência e os objetivos da visita

domiciliar se revelam um desafio para o serviço, sendo que essa falta de periodicidade nas visitas domiciliárias dificulta o vínculo e o conhecimento das condições diárias da mulher e da sua saúde, o que impede a oferta de um cuidado singular (Handler; Schacker, 2024).

As ações desenvolvidas pelos ACS ainda se mostram frágeis diante das atividades sugeridas pelas ações de educação permanente oferecidas na APS. Evidencia-se que visitas domiciliárias muitas vezes são rápidas e consideradas superficiais, focando apenas em perguntas sobre consultas e vacinas, sem aprofundamento em temas de promoção da saúde. Embora a preocupação sobre esses temas seja deseável, outros aspectos da saúde da mulher e da criança podem ser negligenciados (Handler; Schacker, 2024).

Um fator que pode se relacionar a esses desafios na visita domiciliar é a grande quantidade de famílias sob a responsabilidade de cada ACS, o que impede o acompanhamento mensal de toda a microárea (Santos *et al.*, 2021). Além disso, o excesso de atribuições pode comprometer as ações desenvolvidas e limitar o tempo disponível para visitas domiciliares efetivas (Kessler *et al.*, 2022).

Iniciativas como o Programa de Visitas Domiciliares Inovadoras (VDI), baseado num guia de orientação, demonstraram melhorias significativas nos indicadores de saúde materno-infantil, nos conhecimentos das mães e nas práticas de amamentação e alimentação complementar, ao padronizar tarefas específicas para cada visita, indicando o potencial de uma abordagem mais estruturada e baseada em evidências científicas para promoção da saúde materno-infantil (Maia *et al.*, 2018).

Destacam-se atribuições fundamentais dos ACS no cuidado materno-infantil, que se relacionam à identificação das gestantes na comunidade e encaminhamento para as consultas de pré-natal, o que é fundamental para o diagnóstico precoce de alterações e intervenções adequadas (Silva *et al.*, 2024). Assim, esses profissionais incentivam e agendam as consultas de pré-natal, apoiam a realização de exames solicitados e a vacinação, e realizam visitas domiciliares regulares às gestantes para monitorar a sua saúde e a do bebê (Lima *et al.*, 2021; Maia *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2024).

Após o parto, os ACS realizam visitas domiciliares regulares à puérpera, embora se observe que o foco da atenção tende a ser mais no recém-nascido do que na mulher (Aquino 2014). Dessa forma, contribuem para o reconhecimento de sinais de risco no pós-parto, como febre, dor persistente, sangramento anormal e sofrimento mental, culminando com o repasse dessas informações ao enfermeiro da unidade (Santos *et al.*, 2023).

Fornecem orientações iniciais sobre cuidados corporais, planejamento reprodutivo, amamentação e a importância da consulta de puerpério, que deve ser agendada entre 30 e 42

dias após o parto (Aquino, 2014). A visita da ACS na primeira semana pós-parto aumenta a adesão à consulta puerperal (Hendler; Schacker, 2024).

Com base nos desafios identificados nessa pesquisa, é fundamental que as visitas domiciliares sejam reconhecidas, pelas gestões municipais, como uma ação estratégica da APS, e não apenas como tarefa operacional. Para isso, é necessário garantir tempo adequado para sua realização, instrumentos padronizados de registro e orientação, bem como condições logísticas apropriadas (transporte, segurança, equipamentos de proteção e materiais educativos). Além disso, recomenda-se a implantação de fluxos que favoreçam o encaminhamento ágil de demandas identificadas durante essas visitas, assegurando resolutividade no cuidado materno-infantil.

Um tema também presente nos grupos focais foram as **condições estruturais e invisibilização do trabalho cotidiano** em seu processo de trabalho na ESF, tais como resistência de famílias; sobrecarga de tarefas administrativas; ausência de capacitação contínua; hierarquização e desvalorização da atuação dos ACS dentro da equipe multiprofissional. De acordo com a literatura, os ACS enfrentam uma série de desafios que podem limitar a sua efetividade e a qualidade da atenção prestada, especialmente na saúde materno-infantil. Um dos principais é a insuficiência de educação permanente e capacitação adequada, especialmente sobre temas como aleitamento materno, alimentação complementar ou saúde bucal (Hendler; Schacker, 2024).

A falta de clareza das diretrizes e a ausência de indicações de tarefas específicas para cada visita domiciliar também são apontadas como obstáculos. Outra dificuldade reside na excessiva carga de tarefas burocráticas, que reduz o tempo disponível para as visitas domiciliares e outras ações educativas. Tarefas como preenchimento de formulários e atualização de cadastros são percebidas como desqualificantes, afastando-os do trabalho no território (Aquino, 2014).

A baixa remuneração e a insatisfação com o processo de trabalho são fatores que limitam a atuação do ACS (Lima *et al.*, 2018). A precariedade das condições de contratação (contratos temporários, baixos salários) e a falta de oportunidades para progressão na carreira são desafios persistentes para a categoria. Este aspecto contribui para a desvalorização do trabalho do ACS (Lima *et al.*, 2021; Méllo; Santos; Albuquerque, 2023).

Aliado a isso, os ACS enfrentam desafios relativos à **fragmentação da equipe e hierarquias no cuidado**. A hierarquia se configura de forma implícita nas equipes de saúde da família, onde o ACS pode ser visto como o profissional mais fragilizado em relação aos de nível superior, e a falta de reconhecimento do seu papel, também são outros desafios frequentemente

relatados (Ávila, 2011b; Robles, 2012). Além disso, as mudanças na PNAB que propunham a não obrigatoriedade do ACS nas equipes ou a redução do seu número, podem debilitar a categoria profissional e desmotivar os profissionais, contribuindo para o enfraquecimento das equipes de saúde da família e afetando o acesso à saúde, especialmente em áreas rurais remotas (Lima *et al.*, 2021).

A supervisão inadequada ou infrequente por parte dos enfermeiros ou coordenadores também é um problema recorrente, com reuniões de equipe muitas vezes reduzidas à verificação da produção, em vez de focar na qualificação e discussão de casos (Lima *et al.*, 2021). Para contribuir com a melhoria das ações de saúde materno-infantil e maximização das ações de supervisão, destacam-se iniciativas locais como o Programa Cresça Com Seu Filho, desenvolvido pela Prefeitura de Fortaleza, no estado do Ceará, que integra um movimento direcionado à promoção do desenvolvimento infantil. Esse programa adota uma metodologia específica, centrada principalmente em visitas domiciliares acompanhadas de supervisão. A supervisão fornece subsídios importantes para o planejamento, a definição de ações futuras e a tomada de decisões, além de permitir a análise dos resultados e impactos da iniciativa (Alves *et al.*, 2016).

Destacam-se ainda a existência de múltiplos fatores limitantes ao trabalho dos ACS, como dificuldade de acesso geográfico, ausência de moradores nas residências em detrimento do atendimento em horário comercial e exposição à violência local (Hendler; Schacker, 2024). A dupla condição do ACS, de ser um profissional de saúde e, ao mesmo tempo, um morador da comunidade, pode gerar situações de risco. Há relatos de ACS que temem represálias da comunidade se denunciarem casos como abuso infantil ou abortos, levando ao silêncio ou à “impermeabilização” das redes de informação (Robles, 2012).

Somado a esses fatores, destaca-se a falta de apoio municipal para o transporte no caso de áreas remotas, onde muitas vezes o ACS é o único recurso disponível, cujo fornecimento de combustível por parte das secretarias municipais é frequentemente descontínuo ou insuficiente (Lima *et al.*, 2021). Por sua vez, o apoio material para o trabalho dos ACS varia e, frequentemente, falta reposição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e materiais básicos de trabalho, como balanças e esfigmomanômetros (Lima *et al.*, 2021).

Diante dos desafios enfrentados pelos ACS, como sobrecarga de trabalho, ausência de reconhecimento e limitações na autonomia profissional, exigem resposta institucional urgente. Do ponto de vista das políticas públicas, torna-se imprescindível revisar a carga de atribuições dos ACS, estabelecer mecanismos de escuta e acolhimento às suas demandas, bem como criar dispositivos de valorização profissional, como progressão funcional, gratificações

por desempenho e reconhecimento público de boas práticas no território. A promoção da saúde mental e do bem-estar desses profissionais também deve ser incluída nas agendas de gestão.

Outro tema discutido nos grupos focais foi o **protagonismo invisível: identidade e reconhecimento das ACS**, com foco no diálogo intercultural nas práticas dos ACS, a partir do equilíbrio entre saberes populares e saberes biomédicos. Os ACS são figuras únicas no SUS, residindo e atuando na mesma comunidade, o que lhes confere um conhecimento aprofundado da realidade local, dos problemas do território e da população. Esta proximidade permite-lhes falar a "mesma linguagem" que os usuários, compartilhando o mesmo universo sociocultural e linguístico, o que é fundamental para a criação de vínculo e confiança. Eles funcionam como um elo integrador entre a equipe de saúde e a comunidade, mediando o acesso e a comunicação (Aquino, 2014; Hendler; Schacker, 2024).

Conforme observado, os ACS demonstram alta motivação para o seu trabalho, percebendo a sua importância direta para a comunidade, o que está de acordo com o indicado na literatura (Lima *et al.*, 2021, Paula; Vianna, 2017). Expressam satisfação pessoal ao impactar as condições de saúde dos utilizadores e ao estabelecer vínculos com as famílias (Lima *et al.*, 2021).

Contudo, a sua atuação baseia-se muitas vezes em vivências culturais e no cotidiano de trabalho, o que pode levar a um conhecimento que não é considerado cientificamente relevante pela comunidade ou por outros membros da equipe de saúde (Ávila, 2011b). Embora se reconheça que a formação dos ACS deve ser adequada às necessidades do SUS (Brasil, 2011), há uma tensão entre o seu saber popular/experiencial e a necessidade de dominar conteúdos e práticas da área biomédica (Robles, 2012).

A inserção do ACS nas equipes de saúde da família pode, de certa forma, representar uma “perda de *status*” ou uma “descaracterização”, ao serem impelidos a focar em quantificação de procedimentos e a seguir normas pré-estabelecidas, em detrimento do seu papel social e educativo inerente à comunidade (Ávila, 2011b). Nesse contexto, a transição e o modelo de organização da ESF, com o foco na produtividade e na hierarquia implícita, transformaram o papel do ACS, muitas vezes desvirtuando-o da sua essência de agente comunitário e educador, levando a uma percepção de desvalorização e de perda da sua identidade profissional mais próxima da comunidade (Ávila, 2011b).

Outra questão relatada é o fato de que residir e trabalhar na mesma comunidade cria uma tensão entre a vida pessoal e profissional, levando a situações de incomodidade e à dificuldade de se “desligar” do trabalho (Robles, 2012; Hendler; Schacker, 2024). Os ACS podem ser abordadas fora do horário de expediente para questões de saúde (Robles, 2012), o

que pode gerar sobrecarga e exaustão (Hendler; Schacker, 2024). Diante desse desafio, esse profissional deve desenvolver estratégias de cuidado com sua própria saúde mental e de gestão de limites profissionais, com apoio da equipe e da coordenação da unidade.

Diante dessa realidade, a pedagogia da problematização, que valoriza a realidade como fonte de conhecimento e problemas, é sugerida como uma forma de permitir que os trabalhadores sejam atores reflexivos e construtores do conhecimento, integrando o ensino e a aprendizagem à vida cotidiana. A qualificação do ACS deve fortalecer a dimensão social da comunidade, que é o foco que os caracteriza entre os profissionais da equipe de saúde da família, sem desvalorizar as suas experiências vivas do território (Aquino, 2014).

Portanto, políticas públicas devem considerar os saberes populares como parte do processo de cuidado, reconhecendo que os ACS, por geralmente serem moradores das próprias comunidades, atuam como mediadores entre as práticas tradicionais e os conhecimentos institucionais. Nesse sentido, propõe-se a inclusão de módulos formativos sobre diálogo intercultural, comunicação popular e respeito às práticas culturais locais nos programas de educação permanente. Essa abordagem contribui para uma atenção mais sensível, acolhedora e eficaz.

Na presente pesquisa houve ênfase em relação ao tema **vulnerabilidades sociais e barreiras culturais no território**, abordando como a atuação do ACS no território influencia as possibilidades de cuidado, considerando determinantes sociais da saúde, grau de vulnerabilidade e acesso às ações de saúde. Ressalta-se que a territorialidade é um pilar fundamental da atuação do ACS, pois geralmente eles residem na mesma área em que trabalham, o que lhes confere um conhecimento aprofundado das condições de vida da população, do seu ambiente social, cultural e linguístico (Paula; Vianna, 2017).

Esta imersão no território permite ao ACS identificar problemas de saúde, situações de maior vulnerabilidade social e determinantes sociais da saúde que afetam as famílias. Eles atuam como “ponte” de acesso das famílias aos serviços de saúde, facilitando a entrada no SUS e mediando a continuidade do cuidado, especialmente para populações em áreas de difícil acesso ou rurais remotas, onde muitas vezes são o único recurso de saúde acessível. Assim, a presença do ACS no território contribui diretamente para a garantia de acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde, um princípio basilar do SUS e da APS (Lima *et al.*, 2021).

Ao conhecerem o dia a dia e as redes de apoio locais, os ACS são capazes de atuar de forma mais equitativa, reconhecendo as diferentes condições de vida e saúde e adaptando o cuidado às necessidades singulares de cada indivíduo e família. Eles são vistos como

“educadores permanentes” e “formadores de elos” entre os serviços de saúde e a comunidade, promovendo a participação popular e o envolvimento de lideranças locais no enfrentamento dos problemas de saúde. Nesse contexto, a visita domiciliar, principal instrumento de trabalho do ACS, reforça o vínculo e permite o conhecimento das condições do dia a dia da mulher e de sua saúde, favorecendo um cuidado singular e longitudinal (Paula; Vianna, 2017).

Dentre os principais desafios relatados, os participantes da pesquisa deram ênfase à gravidez na adolescência, negligência parental, abuso de substâncias entre mães jovens e relutância em aceitar os serviços de apoio fornecidos. Além disso, também destacam a prevalência de desinformação sobre serviços públicos e à delegação de responsabilidades de cuidado às avós.

A gravidez na adolescência é destacada como um problema de saúde pública que necessita de cuidado especial, especialmente em regiões mais pobres, áreas rurais e entre populações com menor escolaridade. Este fenômeno é influenciado pelo início cada vez mais precoce da puberdade e da atividade sexual. A qualificação dos ACS pode incluir a abordagem deste tema, com a proposta de realização de atividades educativas para a redução de casos (Aquino, 2014).

Sobre a ausência/abandono paterno no cuidado, um estudo com homens-pais em Juazeiro do Norte-CE, embora não use o termo “abandono paterno”, observou a ausência paterna nas consultas pré-natais e um conhecimento fragilizado dos pais quanto ao aleitamento materno (Cruz *et al.*, 2024). Portanto, destaca-se a necessidade de apoio por parte da equipe de saúde às adolescentes que vivenciam essa situação, tendo em vista as possíveis consequências para a saúde materno-infantil em curto e longo prazo.

Quanto a uso de Substâncias (e outras práticas de risco) por mães, os ACS têm a atribuição de orientar as gestantes sobre os malefícios do tabaco e do consumo abusivo de drogas e bebidas alcoólicas (Hendler; Schacker, 2024), bem como os riscos de automedicação (Hendler; Schacker, 2024). Apesar da importância dessas orientações, estudos indicam que comportamentos de risco, como o consumo de álcool e drogas ilícitas, ainda são observados em grande quantidade entre gestantes, mesmo aquelas que realizam pré-natal em serviços públicos. Isso sugere um desafio no que tange à efetividade da educação em saúde (Hendler; Schacker, 2024).

Acerca da delegação/influência dos Cuidados por Avós/Outros Familiares, é cada vez mais observável que os pais, devido a seus inúmeros compromissos diários, estão tendo um tempo reduzido para seus filhos; consequentemente, os avós assumem um papel fundamental como fontes vitais de apoio, segurança, estabilidade e reforço emocional para seus netos durante

períodos de estresse e/ou adversidade familiar (Deus; Dias, 2016).

Por outro lado, o processo de tornar-se avó pode favorecer o surgimento de decepções, pois em algumas situações como a de gestação na adolescência, ao receberem a notícia da gravidez da filha, as avós podem não se sentir felizes com essa nova realidade, o que pode gerar conflitos no relacionamento com as filhas (Deus; Dias, 2016). Nesse contexto, é importante que o ACS valorize o papel das avós como figuras de apoio, incentivando o fortalecimento dos vínculos familiares e o diálogo intergeracional, sem, contudo, desconsiderar as tensões que possam emergir desse processo, com respeito aos valores culturais e a dinâmica de cada núcleo familiar.

Outro ponto citado pelos participantes da presente pesquisa é o fato de os usuários frequentemente desconhecerem as tarefas e atribuições específicas dos ACS, atribuindo a eles a responsabilidade por agendamento de exames e consultas, ou entrega de medicamentos, que não são suas atribuições diretas. Esse desconhecimento das atribuições pode levar a expectativas desalinhadas e sobrecarga dos ACS (Hendler; Schacker, 2024; Lima *et al.*, 2021). Diante do desconhecimento por parte dos usuários sobre as atribuições específicas do ACS, é fundamental que esse profissional atue de forma educativa, comunicativa e assertiva, esclarecendo suas funções com empatia e respeito durante as visitas domiciliares e ações coletivas, com o apoio da equipe de saúde.

Portanto, a atuação dos ACS deve considerar as especificidades dos territórios, sobretudo nas regiões com maiores índices de vulnerabilidade social. É necessário que as políticas públicas priorizem a alocação de recursos humanos e materiais para esses territórios, promovendo a equidade no acesso aos serviços. Além disso, recomenda-se a adoção de indicadores de saúde territorializados, que permitam o monitoramento das condições materno-infantis com base em critérios de justiça social, favorecendo a identificação e o enfrentamento das desigualdades.

Também foi abordada na discussão a **educação permanente e revalorização das ações coletivas** no SUS, especialmente para os ACS. Esses profissionais por estarem em contato contínuo com as famílias e conhecerem a realidade local, beneficiam-se de processos formativos que lhes permitem refletir criticamente sobre o seu cotidiano de trabalho e aperfeiçoar suas ações (Aquino, 2014; Hendler; Schacker, 2024).

A literatura evidencia que nível de conhecimento desses profissionais é fundamental para a qualidade da assistência materno-infantil na APS, pois pode influenciar diretamente as práticas de amamentação e os indicadores de saúde (Aquino, 2014). No entanto, embora os ACS percebam os benefícios da capacitação na aquisição de novos conhecimentos

para orientar a população com maior segurança, existem lacunas e fragilidades significativas no seu entendimento sobre diversos aspectos da saúde materno-infantil (Hendler; Schacker, 2024; Cruz *et al.*, 2024).

Corroborando esta fala, uma pesquisa realizada na Paraíba mostrou que mais de metade dos profissionais (59,5%) foi classificada com “baixo conhecimento” sobre o pré-natal, o que pode comprometer a qualidade do acompanhamento e impactar negativamente a saúde materna e neonatal. Especificamente no que se refere à alimentação infantil, verificou-se que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentaram um domínio significativamente maior de informações sobre o aleitamento materno, com 88% de acertos, em comparação à alimentação complementar, que registrou apenas 62% de acertos. A insuficiência de conhecimento sobre esta última foi apontada como uma das principais limitações para a efetiva implementação e o sucesso das ações sob responsabilidade desses profissionais (Silva, 2022).

De forma semelhante, outro estudo realizado na Bahia identificou erros significativos no conhecimento dos ACS, como a crença de que gestantes com sangramento gengival não devem usar fio dental (37,3% erraram) ou que não é necessário acompanhar gestantes que fazem pré-natal em outros serviços (13,7% erraram). Também há desconhecimento sobre a importância da suplementação de ácido fólico e a interpretação de alguns sinais de risco durante a gestação (Silva *et al.*, 2024).

Em outra pesquisa conduzida no estado na Bahia, constatou-se que após uma ação de educação permanente com os ACS, esses profissionais estavam mais preparados para assistir gestantes do que puérperas, com destaque para a visita domiciliar como principal ação para a atenção materno infantil durante ciclo gravídico puerperal, contudo as informações fornecidas nem sempre estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (Aquino, 2014).

Além disso, apesar de reconhecerem a importância da saúde bucal materno-infantil, muitos ACS demonstraram incertezas sobre procedimentos odontológicos seguros durante a gestação (como anestesia e radiografia) e abordam pouco esses temas nas visitas domiciliares ou atividades educativas (Santos *et al.*, 2021).

A atuação do ACS, por vezes, baseia-se em vivências culturais e no cotidiano de trabalho, mais do que em uma formação especializada, o que pode levar a um conhecimento limitado e a orientações que nem sempre estão alinhadas com às recomendações do Ministério da Saúde. A inadequação ou ausência de informações essenciais durante a gravidez e puerpério, pode implicar em consequências negativas para a saúde materno-infantil (Silva, 2022; Silva *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, recomenda-se que as políticas públicas em saúde invistam

na elaboração de instrumentos que favoreçam a convergência entre o conhecimento técnico-científico e as práticas empíricas desenvolvidas pelos ACS. Isso pode incluir a construção de manuais atualizados, protocolos acessíveis e espaços de discussão coletiva entre profissionais da equipe de saúde da família, de modo a promover uma prática crítica, contextualizada e baseada em evidências, mas também enraizada nas realidades locais. Tais medidas devem valorizar o saber acumulado pela experiência prática e estimular a reflexão sobre o fazer cotidiano.

A capacitação deve ir além da mera transmissão de conhecimento técnico, buscando desenvolver competências, despertar motivação e promover a intervenção crítica na realidade. Modelos pedagógicos como a pedagogia da problematização e a aprendizagem baseada em problemas são indicados para as ações de educação permanente, pois desafiam os educandos a construir uma compreensão crítica e a serem atores reflexivos de sua prática (Aquino, 2014).

Um curso de atualização para ACS na atenção à saúde da mulher e da criança, por exemplo, demonstrou ser capaz de provocar reflexão nos agentes, embora a fragilidade das ações desenvolvidas ainda necessite de aprimoramento. No entanto, as estratégias pontuais, como o curso de atualização, precisam funcionar como “molas propulsoras” para motivar a equipe, mas a aprendizagem precisa ser constante e as reflexões e discussões devem ser incorporadas ao cotidiano dos serviços de saúde (Lima *et al.*, 2021). É imperativo que a educação permanente em saúde adote uma abordagem multidisciplinar, envolvendo enfermeiros, médicos e vários outros profissionais na deliberação e supervisão das atividades conduzidas pela ACS (Aquino, 2014; Méllo; Santos; Albuquerque, 2023).

Nesse contexto, a implementação de programas contínuos de educação permanente é essencial para garantir a atualização e o fortalecimento do trabalho dos ACS. Tais programas devem estar articulados às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e considerar metodologias participativas, baseadas na problematização da realidade (Brasil, 2018). Além disso, é recomendável o uso de recursos tecnológicos, como plataformas digitais e aplicativos educativos, que facilitem o acesso à informação e à capacitação em serviço.

Outro aspecto considerado foi a **revalorização das ações coletivas no SUS**, com incentivo a atividades educativas criativas e rodas com gestantes de forma continuada, pautadas na valorização das ações de prevenção e promoção da saúde.

A realização de atividades de educação em saúde com o tema em sala de espera ou no território é uma ação preconizada para os ACS. Estudos indicam que atividades em grupo, seja em sala de espera ou em outros espaços, possibilitam o compartilhamento de saberes entre

as gestantes, o esclarecimento de dúvidas e estimulam a autoperceção em relação à saúde bucal e geral, promovendo a autonomia e a incorporação de práticas saudáveis (Aquino, 2014; Santos *et al.*, 2021). Embora alguns ACS relatam realizar essas atividades, há uma percepção de que a prática é ainda restritiva, muitas vezes resumida a palestras (Aquino, 2014).

Nesse âmbito, destaca-se que a transição de um modelo de saúde mais autoritário e disciplinar para abordagens que valorizam o “acompanhamento” e o “aconselhamento” exige que as estratégias de educação em saúde sejam lúdicas, possuam compromisso social, permitam o convívio e interações enriquecedoras entre os participantes, e sejam planejadas e executadas de acordo com as condições do serviço e as necessidades dos usuários (Aquino, 2014; Robles, 2012).

A respeito do enfoque em ações de prevenção e promoção da saúde, o investimento na primeira infância é reconhecido como um dos maiores legados para a sociedade, com impactos positivos e duradouros na vida adulta. O ACS é visto como um agente promotor de saúde, facilitando o papel proativo da comunidade na resolução de seus problemas. As orientações fornecidas por esses profissionais, como as relacionadas à importância do pré-natal, alimentação saudável, preparação para o parto, incentivo ao aleitamento materno e à vacinação, são exemplos claros de ações de promoção e prevenção (Ávila, 2011a; Méllo; Santos; Albuquerque, 2023).

Assim, para o fortalecimento do papel do ACS como promotor de saúde, recomenda-se a valorização das ações de educação em saúde como práticas dialógicas, participativas e centradas nas necessidades das usuárias, superando o modelo tradicional de palestras e incorporando metodologias lúdicas e interativas que promovam a autonomia e o protagonismo das gestantes. Portanto, é essencial incentivar a realização sistemática de grupos educativos em espaços comunitários ou salas de espera, com planejamento interprofissional e sensível às especificidades territoriais.

Diante dos temas que emergiram dos grupos focais, é possível dialogar sobre as **implicações do estudo para a gestão pública e formulação de políticas**, com a necessidade de revisão dos modelos de supervisão e gestão do trabalho dos ACS, incluindo estratégias para garantir maior valorização, protagonismo e efetividade na atenção materno-infantil.

Ressalta-se que a atuação do ACS é fundamental para a saúde materno-infantil na APS, e as fragilidades e potencialidades identificadas têm profundas implicações para a gestão pública e a formulação de políticas de saúde. Primeiramente, a evidência de lacunas de conhecimento e prática entre os ACS, especialmente em áreas como pré-natal, puerpério, alimentação complementar e saúde bucal, aponta para a necessidade urgente de investimento

contínuo e sistemático em educação permanente. A gestão municipal deve garantir cursos introdutórios de qualidade e educação continuada em serviço para os ACS, com base nas suas reais necessidades e nos documentos técnicos (Lima *et al.*, 2021).

Além disso, é fundamental que as políticas públicas reconheçam e valorizem o papel único do ACS como mediador entre a comunidade e os serviços de saúde, evitando a descaracterização da sua função através de imposições burocráticas ou a diluição do seu foco social. A redução do número de ACS ou a não obrigatoriedade da sua presença nas equipes de saúde, como previsto em algumas políticas, debilitam a categoria profissional e o acesso à saúde, especialmente em áreas rurais remotas onde o ACS é muitas vezes o único representante do Estado (Hendler; Schacker, 2024).

Outra questão importante é que a gestão deve assegurar apoio material, transporte e supervisão adequada para o pleno desenvolvimento do trabalho dos ACS, além de promover a sua integração efetiva nas equipes multidisciplinares (Lima *et al.*, 2021). A criação e implementação de guias orientados por ações, pode padronizar e otimizar as visitas domiciliares, melhorando a efetividade das ações materno-infantis (Lima *et al.*, 2017). Além disso, a contínua avaliação dos programas e intervenções é essencial para a retroalimentação da formulação de políticas, permitindo ajustar estratégias e garantir que os objetivos de redução da morbimortalidade materna e infantil sejam alcançados (Aquino, 2014).

Por fim, destaca-se a importância de que os gestores públicos incorporem os resultados desse estudo ao planejamento e à formulação de políticas locais de saúde. Isso inclui a escuta ativa dos ACS nos processos decisórios, a institucionalização de espaços de diálogo interprofissional e a definição de estratégias específicas para a atenção materno-infantil nos territórios. Tais ações devem convergir para a construção de uma atenção primária resolutiva, humanizada e comprometida com a equidade e os direitos sociais.

Embora este estudo tenha sido conduzido com rigor metodológico e compromisso ético, é importante reconhecer algumas **limitações** que podem ter influenciado a amplitude e a profundidade dos resultados obtidos. A amostra foi composta por 14 ACS, o que, embora justificado pela técnica de grupo focal, limita a generalização dos achados para outros territórios ou contextos do SUS. Além disso, a representação exclusivamente feminina, embora reflita a realidade predominante da profissão, também restringe a diversidade de percepções de gênero no exercício da função.

Ressalta-se ainda que o estudo foi desenvolvido apenas um município do Ceará. Essa delimitação territorial, apesar de estratégica, não contempla a diversidade regional brasileira em termos de políticas públicas, práticas assistenciais, vulnerabilidades sociais ou

organização da atenção primária. Ademais, a pesquisa utilizou exclusivamente grupos focais como técnica de coleta, sem a inclusão de outros instrumentos, como observação direta, análise documental complementar ou entrevistas individuais. Isso pode limitar a profundidade da compreensão sobre o cotidiano do trabalho dos ACS, especialmente sobre elementos mais sensíveis ou não verbalizados em grupo.

Outro aspecto a ser considerado é que a pesquisa se centrou exclusivamente na visão dos ACS, sem incluir a percepção de enfermeiros, médicos, gestores ou usuários, o que restringe a análise da interprofissionalidade e do trabalho em equipe, fundamentais para a atuação na ESF. Por fim, a natureza transversal do estudo impede a análise de mudanças ao longo do tempo, como evolução do conhecimento dos ACS, impacto de capacitações ou efeitos de políticas públicas.

Apesar dessas limitações, acredita-se que os achados deste estudo oferecem importantes subsídios para a compreensão do papel dos ACS no cuidado materno-infantil, evidenciando práticas, saberes e desafios vivenciados no cotidiano da APS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou plenamente os objetivos propostos ao avaliar os saberes e as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na atenção materno-infantil durante a visita domiciliar, no contexto do PACS, na Atenção Primária à Saúde, no município de Itaitinga – CE. A partir da escuta qualificada de 14 ACS, distribuídas em equipes representativas de áreas urbanas e rurais, foi possível identificar não apenas o processo de trabalho desses profissionais, mas também os recursos utilizados e os desafios enfrentados em seu cotidiano.

Os resultados evidenciam que, apesar da experiência e do comprometimento das ACS com a saúde das gestantes, puérperas e crianças, persistem lacunas importantes em relação ao conhecimento técnico-científico e à padronização de condutas durante as visitas domiciliares. Embora a aproximação com as famílias seja uma fortaleza reconhecida, a ausência de formação continuada, materiais de apoio padronizados e suporte técnico efetivo comprometem a resolubilidade e a integralidade do cuidado prestado.

A relevância clínica dos resultados se expressa na constatação de que o ACS é figura central na promoção da saúde materno-infantil, funcionando como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. No entanto, a efetividade dessa atuação está diretamente relacionada ao investimento em educação permanente, à valorização do papel do agente no contexto das equipes de Saúde da Família e à superação de barreiras estruturais que fragilizam sua atuação, como a hierarquia funcional, a sobrecarga de trabalho e a insuficiência de instrumentos de apoio às práticas assistenciais.

Do ponto de vista das políticas públicas, o estudo reforça a importância da qualificação das visitas domiciliares como estratégia potente de intervenção precoce e vigilância em saúde materno-infantil, alinhada às diretrizes da Rede Alyne e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O fortalecimento do cuidado longitudinal e territorializado exige ações intersetoriais, planejamento estratégico e envolvimento das gestões locais na construção de ambientes favoráveis ao desempenho eficaz dos ACS.

Algo importante a destacar é que o percurso analítico realizado nesta dissertação evidenciou a expansão das atribuições das ACS no cuidado materno-infantil como um movimento estratégico para o fortalecimento da APS e para a consolidação dos princípios do SUS no âmbito do PACS. Essa ampliação não se dá com o envolvimento das/os ACS em ações educativas de promoção à saúde, acompanhamento pré-natal, orientação sobre aleitamento materno, estímulo ao vínculo mãe-bebê e vigilância ativa de situações de risco da mãe e/ou do bebê, em conjunto com os demais profissionais da eSF.

Tal expansão reflete uma maior valorização do saber contextualizado com as necessidades das pessoas, da escuta qualificada e atenta e da construção de vínculos, elementos que caracterizam o cuidado integral na saúde da família. Ao mesmo tempo, revela novos desafios, como a necessidade de formação permanente, reconhecimento institucional e melhores condições de trabalho para essas profissionais, que atuam muitas vezes em contextos de vulnerabilidade social nos distintos territórios do Brasil.

Reafirma-se, neste texto dissertativo, o papel das/os ACS na promoção à saúde materno-infantil, especialmente em territórios periféricos e rurais, onde sua presença representa o primeiro contato da família com o sistema de saúde.

Ao lado disso, esse estudo revela que o trabalho cotidiano dos ACS, ocorre em meio a condições estruturais limitantes, marcadas por fragilidade de recursos, sobrecarga de funções e ausência de reconhecimento institucional. Essa realidade não apenas compromete a qualidade e a continuidade das ações de cuidado, em especial, na saúde materno-infantil, como também invisibiliza o protagonismo desses trabalhadores, cujas práticas estão fortemente enraizadas nos territórios e nas relações com a comunidade.

A invisibilidade se manifesta na escassa valorização simbólica e material das atividades realizadas, nas lacunas de registros oficiais, e na baixa presença de suas vozes nos espaços de formulação e avaliação de políticas públicas. Evidencia-se, portanto, um descompasso entre a centralidade do trabalho desses profissionais nas estratégias de saúde e o lugar que ocupam nos discursos institucionais.

É preciso afirmar que a superação desse cenário exige não apenas melhorias estruturais, mas também mudança na cultura organizacional, na forma como se reconhece, se escuta e se legitima o saber cotidiano que sustenta o cuidado em saúde. Reverter a invisibilidade é reconhecer que o cotidiano é também lugar de potência, produção de vida e resistência.

A fragmentação da equipe e a presença de hierarquias no cuidado foi um tema importante que nasceu das narrativas dos ACS, a partir do movimento da AT. Elas se configuraram obstáculos significativos à efetivação da APS como espaço de cuidado integral, contínuo e interprofissional e multiprofissional. A desarticulação entre os diversos profissionais e trabalhadores da saúde, somada à existência de hierarquias que privilegiam determinados saberes e funções, resulta em um ambiente onde o trabalho coletivo é enfraquecido e o cuidado à população é segmentado.

Essa realidade compromete a potência das práticas interdisciplinares, silencia experiências fundamentais ao cuidado e restringe o protagonismo de profissionais como os ACS, cuja atuação é muitas vezes limitada por barreiras institucionais invisíveis. Além disso,

contribui para a reprodução de modelos biomédicos verticalizados, pouco sensíveis às especificidades territoriais e às necessidades reais das pessoas, comunidades e territórios.

Reconhecer esse cenário é o primeiro passo para transformá-lo. Superar a fragmentação e as hierarquias requer investimento na construção de vínculos horizontais, na valorização dos diversos saberes profissionais e comunitários, e na criação de espaços de diálogo e corresponsabilidade. Ao afirmar isso, esta dissertação propõe que a reconfiguração das relações no interior das equipes de saúde da família na ESF é uma condição indispensável para avançar na consolidação de um cuidado mais justo, democrático e humanizado no SUS e na saúde materno-infantil, bem como no respeito à história e a construção do PACS no Brasil.

Como recomendações para estudos futuros, destaca-se a necessidade de investigações que incluam outros atores da equipe multiprofissional da APS, como enfermeiros e médicos, a fim de compreender a integralidade da assistência ofertada e as articulações possíveis entre os profissionais na atenção à saúde materno-infantil. Sugere-se, ainda, a realização de pesquisas avaliativas com abordagem longitudinal, que analisem o impacto da atuação dos ACS nos indicadores de saúde da mulher e da criança, bem como estudos de intervenção que testem estratégias formativas para qualificar as visitas domiciliares.

Conclui-se, portanto, que investir na ampliação e qualificação das atribuições das ACS é investir na equidade e na humanização do cuidado, reconhecendo que seu trabalho transcende a dimensão técnica e se enraíza no compromisso ético com a vida e com o território.

Por fim, reitera-se que investir nos saberes e práticas dos ACS é investir na equidade do SUS e no cuidado em saúde com foco nas necessidades reais da população. A valorização desses profissionais não é apenas uma diretriz técnica, mas uma escolha política e ética em favor da vida, especialmente das mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandra Silva; BEZERRA, Carolina Cunha; BRECKENFELD, Maria do Perpetuo Socorro Martins; SILVA, Cristiana Ferriera da; LIMA, Cláudio Ricardo Gomes de. Supervisão da visita domiciliar para o desenvolvimento na primeira infância. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 2, n. 11, p. 118-129, jul./out. 2016. Edição especial. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/11835>. Acesso em: 9 jul. 2025.

AQUINO, Marina Garcia Cardoso de. **O agente comunitário de saúde na atenção à gestante e à puérpera**: repercussões e uma estratégia de educação permanente. Orientadora: Alcione Brasileiro Oliveira Cunha. 2014. 67 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ARRUDA, Carlos André Moura. **Formação de agentes comunitários de saúde e enfermeiros no Programa Cresça com seu Filho**: potencialidades e desafios. Orientadora: Márcia Maria Tavares Machado. 2015. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

ARRUDA, Carlos André Moura; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; MACHADO, Márcia Maria Tavares; PESSOA, Vanira Matos; OLIVEIRA, Célida Juliana de. O ACS ensina a gente a ter amor pela vida: percepções de usuários assistidos na estratégia saúde da família no Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 935-50, 2010.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-68, abr./jun. 2011a. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2067>. Acesso em: 15 out. 2024.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pzvr3xNFKnKLjnnVmVLSFkB/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

BENEVIDES, Maria Inês Serpa. **Família, crianças e políticas públicas**: uma avaliação do Programa Família Brasileira Fortalecida. Orientador: Alcides Fernando Gussi. 2010. 146 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/article/evaluation-of-quality-or-qualitative-evaluation-of-health-care/>. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: Acesso em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne**: a política de saúde materna em 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 24 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-basica>. Acesso em: 25 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/Datasus/index.php?area=060701>. Acesso em: 25 fev. 2025.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 out. 2024.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. **Thematic analysis**: a practical guide. London: Sage, 2021. 376 p.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2024.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes; CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza; GOMES, Cristiane Faccio; BENNEMANN, Rose Mari. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em:
<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>. Acesso em: 18 nov. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **IntegraSUS**: cenário de mortalidade materna. Fortaleza: SESA, 2025a. Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-vigilancia-saude/situacao-epidemiologica/razao-mtl-materna>. Acesso em: 24 fev. 2025.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Nascidos vivos no estado do CEARÁ**. Fortaleza: SESA, 2025b. Disponível em: <http://extranet.saude.ce.gov.br/tabulacao/deftohtm.exe?sim/nascido.def>. Acesso em: 15 set. 2025.

CLARKE, Victoria; BRAUN, Virginia. Thematic analysis. **The Journal of Positive Psychology**, [s. l.], v. 12, n. 3, 297-298, 2017.

CRUZ, Daniella Bandim; SANTOS, Camila Carvalho dos; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; SILVA, Suzana Lins da; BATISTA FILHO, Malaquias; MENDONÇA, Cláudia Roberta Selfes de; CUNHA, Lígia Cristina Câmara; BELO, Janaína Natália Alves de Lima; FARIA, Carolina Ferreira; GOMES, Renan de Azeredo. Conhecimento, atitude e prática de gestantes e do agente comunitário de saúde sobre o desenvolvimento infantil e aleitamento materno. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 12, p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/18756>. Acesso em: 9 jul. 2025.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. Disponível em: <http://bds.unb.br/handle/123456789/863>. Acesso em: 18 out. 2024.

DEUS, Meiridiane Domingues de; DIAS, Ana Cristina Garcia. Avós cuidadores e suas funções: uma revisão integrativa da literatura. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 56-69, jul. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 jul. 2025.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a atenção primária à saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **TES: Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 19, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2024.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/phyisis/2011.v21n3/899-916/pt>. Acesso em: 18 out. 2024.

FONSECA Angélica Ferreira; MOROSINI, Márcia Valéria. O caráter estratégico do agente comunitário de saúde na APS integral. **APS em Revista**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 210-223, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/63994>. Acesso em: 5 dez. 2024.

FREIRE, Deborah Ellen Wanderley Gomes; FREIRE, Aldelany Ramalho; LUCENA, Edson Hilan Gomes de; CAVALCANTI, Yuri Wanderley. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 55, n. 85, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/S3qYTtYsxxX8KXsKvDVzhLh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber Livro Editora, 2005. 77 p. (Série Pesquisa em Educação, 10).

GENOVESI, Flávia Françoso; CANARIO, Márcia Aparecida dos Santos Silva; GODOY, Christine Bacarat de; MACIEL, Sandra Mara; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Maternal and child health care: adequacy index in public health services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, p. 1-8, 2020. Supplement 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KbbGjGzCsY3KpRQ77XDdkZN/?lang=en>. Acesso em: 10 dez. 2024.

GOMES, Maria Fernanda Pereira; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; MACHADO, Bruno César. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972965>. Acesso em: 17 dez. 2024.

HENDLER, Vitória Hahn; SCHACKER, Lisara Carneiro. Atuação do agente comunitário de saúde na gestação e puerpério: olhar das mulheres. **Revista Foco**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 1-21, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3987>. Acesso em: 9 jul. 2025.

IILEKA, Ellen; GELDENHUYSEN, Maryke; NYASULU, Juliet Charity Yauka. The effects of the SARS-CoV-2 pandemic on the delivery of maternal and child health services in South Africa. **Infectious Diseases Now**, [s. l.], v. 54, n. 7, p. 1-6, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666991924001453?via%3Dihub>. Acesso em: 12 jan. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Idade da população**. [S. l.]: IBGE, 2022. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/nosso-povo/19623-idade-da-populacao.html>. Acesso em: 13 set. 2025.

ITAITINGA. Prefeitura Municipal. **Dados do município**. Itaitinga: Prefeitura Municipal de Itaitinga, 2025. Disponível em: <https://www.itaitinga.ce.gov.br/omunicipio.php>. Acesso em: 13 set. 2025.

KESSLER, Marciane; THUME, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine. Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde no Brasil e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 11, p. 4253-4263, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BDd8knxyJ7KwfyVH3Ddkgvz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025.

KUCHARSKI, Karina Wahhab; BATTISTI, Iara Denise Endruweit; FERNANDES, Denise Medianeira Mariotti; ANASTÁCIO, Zélia Ferreira Caçador. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma trajetória do império a criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, v. 37, n. 117, p. 38-49, 2022. Edição especial. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/12871>. Acesso em: 19 dez. 2024.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/brwPfqgg4pXST8tyFYyH9Ts/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidelis de. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 8, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n8/e00247820/pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

LIMA, Tereza Rebecca de Melo; MAIA, Paula Ferdinanda Conceição de Mascena Diniz; VALENTE, Emanuelle Pessa; VEZZINI, Francesca; TAMBURLINI, Giorgio. Inovando visitas domiciliares a gestantes e crianças por agentes comunitários de saúde: um guia orientado por ações. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 4, p. 871-876, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/bQjnVRd5t9pTZpTSksCCp9z/?lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2025.

LUCCHESE, Patrícia T. R. (coord.). **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004.

MAIA, Paula Ferdinanda Conceição de Mascena Diniz; LIMA, Tereza Rebecca de Melo e; VEZZINI, Francesca; TAMBURLINI, Giorgio. Visitas domiciliares inovadoras e a saúde materno-infantil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [Fortaleza], v. 31, n. 3, p. 1-13, jul./set. 2018a. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8135>. Acesso em: 16 jan. 2025.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2025.

MEHERALI, Salima; AHMAD, Mariam; HUSSAIN, Amber; REHMANI, Amyna Ismail; NISA, Saba; LEBEUF, Simone; MUNRO, Sarah; ASHTON, Chandra; LASSI, Zohra S.; VANDERMORRIS, Ashley; SAMJI, Hasina; NORMAN, Wendy V. “Will I survive this?”: a qualitative exploration of the wider impacts of the COVID-19 pandemic on the health and well-being of pregnant and parenting youth and their children in Canada. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 1-16, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11566254/>. Acesso em: 12 jan. 2025.

MÉLLO, Lívia Milena Barbosa de Deus e; SANTOS, Romário Correia dos; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Agentes comunitárias de saúde: o que dizem os estudos internacionais? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 501-520, fev. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/674G6vRBymvqsbMRTMYhSDn/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2025.

MELO, Nayra Carla de; CUNHA, Mônica Pereira Lima. Alinhamento das metas para redução da mortalidade materno-infantil no plano de desenvolvimento sustentável e plano estadual de saúde do estado de Rondônia com a Agenda 2030. **Revista Ciência Plural**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 1-14, 2023.

MINAS GERAIS. **Linha de cuidado materno-infantil de Minas Gerais**. [Belo Horizonte]: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2024. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/12-11-linha-de-cuidado-materno-infantil-Final-1-1.pdf>. Acesso em: 13 set. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOURA, Albelânia Silva de; SILVA, Ariany Malheiro e; ANDRADE, Isabelle Mendes Vale; MORAS, Mônica Sousa de; ANDRADE, Nobillino Kennedy Egidio. O planejamento familiar no escopo das ações da atenção materno infantil: um projeto de intervenção na atenção básica. **Caderno Impacto em Extensão**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 27-34, 2024. Disponível em: <https://revistas.editora.ufcg.edu.br/index.php/cite/article/view/2404>. Acesso em: 12 jan. 2025.

NUNES, Laura Barbosa; SANTOS, Jéssica Caroline dos; REIS, Ilka Afonso; TORRES, Heloísa Carvalho. Avaliação do programa comportamental em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico randomizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 851-862, mar. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qSHtDpxYfqB6fgFsfjcFpVQ/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2025.

OLIVEIRA, Dannielly Azevedo de; SILVA, Márcia Andreia Pereira da; LEOPOLDINO, Ramon Weyler Duarte; LISBOA, Lilian Lira; ANDRADE, Fábia Barbosa de; CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira; NOBRE, Thaiza Xavier Teixeira. Desafios da implementação da rede cegonha: reflexões sobre planejamento e avaliação dos serviços de acolhimento com classificação de risco obstétrico. **Revista Ciência Plural**, v. 9, n. 2, p. 1-21, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/29306>. Acesso em: 9 jan. 2025.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. Orientador: José Luiz dos Santos. 1994. 1986. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

PAULA, Maiara Corrêa de; VIANNA, Karina Mary de Paiva. Agravos fonoaudiológicos sob a ótica do agente comunitário de saúde. **Revista CEFAC**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 221-232, mar./abr. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/KLsKL5VgvDBBMgSTJzsnLgq/?lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2025.

PEREIRA, Islei Daiana Alves da Silva; FERREIRA, Patrícia Lima; LIMA, Vanessa dos Santos; SANTOS, Walquiria Lene dos. As contribuições da Política Nacional de Assistência Integrada de Saúde da Mulher para o processo saúde e doenças das mulheres. **Revista FT**, Rio de Janeiro, v. 27, ed. 123, jun. 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/as-contribuicoes-da-politica-nacional-de-assistencia-integrada-de-saude-da-mulher-para-o-processo-saude-e-doencas-das-mulheres/#:~:text=O%20programa%20trouxe%20para%20a,qualquer%20esp%C3%A9cie%20com%20o%20SUS>. Acesso em: 13 set. 2025.

PEREIRA, Tamiris Heleni Santos Alves; ARAÚJO, Juliane Pagliari; GALLO, Adriana Martins; ZANI, Adriana Valongo; ELER, Gabrielle Jacklin; SHISHIDO, Henrique Yoshikazu. Mapeamento sistemático de aplicativos móveis para cuidados em saúde materno-infantil. **Journal of Health Informatics**, v. 16, p. 1-15, 2025. Número especial. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/1251/577>. Acesso em: 12 jan. 2025.

PÍCOLI, Renata Palópoli; CARANDINA, Luana; RIBAS, Dulce Lopes Barbosa. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, área indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 223-227, jan. 2006.

PINTO, Luiz Felipe; CALDAS, Ana Luiza Ferreira Rodrigues. Atenção primária à saúde infantil: a maior avaliação de base populacional da história do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 8, p. 3153-3156, ago. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Z7WpTwdPjDMJBzW7X5tScJR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025.

POZ, Mário Roberto Dal. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 6, n. 10, p. 88-90, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6ZbKT7DjgHtYKwYFXLdgQfp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 nov. 2024.

RAIMUNDO, Juliana Soares; SILVA, Roberta Barbosa da. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da atenção básica de saúde no Brasil. **Revista Mosaico**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 109-116, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2184>. Acesso em: 12 jan. 2025.

RIBAS, Késsia Hellen; ARAÚJO, Andrey Hudson Interaminense Mendes de. A importância do letramento em saúde na atenção primária: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 16, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/24063/21144>. Acesso em: 12 jan. 2025.

ROBLES, Alfonsina Faya. A “polícia amiga”: o trabalho de controle dos agentes comunitários de saúde na cidade de Recife. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 92-126, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/xTSXz3ZCvBWcbkY6Xhwc38j/?format=pdf&lang=es>. Acesso em: 9 jul. 2025.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, Fortaleza, ano 1, v. 1, n. 1, p. 7-15, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/22510>. Acesso em: 14 jan. 2025.

ROSA, Liane Serra da; MACKEDANZ, Luiz Fernando. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Atos de Pesquisa em Educação**, Blumenau, v. 16, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8574>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SANTOS, Cátia Vanessa Rodrigues dos; ARAÚJO, Andressa Silva Azael Lima; SILVA, Raquel Leite da; BONIFÁCIO, Lívia Pimenta; SUTO, Cleuma Sueli Santos; ROCHA, Tacila Nogueira Azevedo; LETTI, Ariel Gustavo; ANDRADE, Magna Santos. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o aleitamento materno. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 1-8, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/78287>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SANTOS, Erlane Ribeiro dos; GADELHA, Isabella Pereira; SOARES, Rita de Cássia Souza; ARAÚJO, Lorrane Teixeira; AMADOR, Samuel Murilo Miranda; ALBUQUERQUE, Waléria Beatriz Moura; CALDAS, Samantha Pereira. Educação permanente para agentes comunitários de saúde na saúde materno-infantil: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2949/3691>. Acesso em: 9 jul. 2025.

SANTOS, Irailde Ferreira dos; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 382-391, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2964>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SANTOS, Isis Cardoso Benício dos; FERREIRA, Suelem Maria Santana Pinheiro; SILVA, Rogério Vieira; SANTOS, Carla Maria Lima; PEREIRA, Rejane Marques; FERNANDES, Jinária Silva; ALMEIDA, Carla Santos. O cuidado em saúde bucal na gestação: conhecimentos e atitudes de agentes comunitários de saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 28-46, jul. 2021. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/rcc/article/view/5943/3452>. Acesso em: 9 jul. 2025.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 13, p. 2009-2018, dez. 2008. Suplemento 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mKys4NZc6rY9hQck9kFWshz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025.

SANTOS, Sdnei Gomes dos; FRANCO, Damiana Solange da Cunha Silva; SOUZA, Ladyane Fernandes Deolino. A importância da enfermeira na educação permanente do agente comunitário de saúde (ACS) na estratégia de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 98517-98533, dez. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/21650>. Acesso em: 12 jan. 2025.

SHIBUKAWA, Bianca Machado Cruz; RISSI, Gabrieli Patrício; UEMA, Roberta Tognolo Borota; MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes; CHEFFER, Maycon Hoffmann; HIGARASH, Ieda Harumi. Comportamento faltoso em serviços de saúde materno-infantil: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/65051/36753>. Acesso em: 19 jan. 2025.

SILVA, Liliane Cecília da. **Conhecimento sobre alimentação infantil dos agentes comunitários de saúde de uma região de saúde no estado da Paraíba**. Orientador: Dixis Figueroa Pedraza. 2022. 72 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

SILVA, Raquel Leite da; ARAÚJO, Andressa Silva Azael Lima; SANTOS, Cátila Vanessa Rodrigues dos; SUTO, Cleuma Sueli Santos; ROCHA, Tacila Nogueira Azevedo; LETTI, Ariel Gustavo; FRAGA, Chalana Duarte de Sena; ANDRADE, Magna Santos. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o cuidado pré-natal em um município do interior da Bahia. **REVISA**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 793-805, jul./set. 2024. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/245>. Acesso em: 9 jul. 2025.

SOUZA, Fernando Versiani de; SOUZA, Juliana Aparecida Versiani de; MACHITI, Juliana Schneider; CORRÊA, João Bosco Corrêa de; REIS, Kecyani Lima dos; RAMOS, Kezia Santos; SILVA, Syang Rodrigues; LEITE FILHO, Tiago Rezende; SOUSA, Raianny de. A saúde materno infantil no Brasil: overview. In: SILVA, Marcela Rosa da; BELLOTTO, Paula Cristina Barth; MACHADO, Liane Unchalo; CAZEIRO, Cristine Coelho (org.). **Estratégias para promoção da saúde materno-infantil**: os desafios da assistência. [S. l.] Editora Científica Digital, 2023. Cap. 1, p. 9-26. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/books/chapter/a-saude-materno-infantil-no-brasil-overview>. Acesso em: 19 jan. 2025.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/245380>. Acesso em: 19 jan. 2025.

STAKE, Robert E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Tradução Karla Reis. Porto Alegre: Penso, 2011. Título original: Qualitative research: studying how things work.

TEIXEIRA, Regina Mônica Viana. **Indicadores de saúde materno-infantil**: uma análise a partir do sistema de informação da atenção básica. Orientadora: Maria Vaudelice Mota. 2012. 69 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; CARVALHO, Vilma de. **Programas nacionais de saúde materno-infantil:** impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: Gráfica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.

VETTORE, Marcelo Vianna; DIAS, Marcos; VETTORE, Mario Vianna; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/KRfVM46kBNQpyhbgttMhx4c/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transforming our world:** the 2030 agenda for sustainable development. [S. l.]: WHO, 2015. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>. Acesso em: 19 dez. 2024.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo “**Saúde Materno-Infantil: Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde na Visita Domiciliar**”, realizado por Carlos André Moura Arruda, pesquisador(a) vinculado(a) à **Faculdade de Ciências da Saúde do Sertão Central (FACISC)**, da **Universidade Estadual do Ceará (UECE)** e, também, pela pesquisadora Sylmara Carlos Brito Dos Santos Pitta, mestrandra do Programa de Avaliação de Políticas Públicas, nível Mestrado Profissional, da **Universidade Federal do Ceará**. Nesse estudo pretendemos **avaliar o conhecimento e as práticas de agentes comunitários de saúde na atenção materno-infantil, durante visita domiciliar, no âmbito da atenção primária de saúde**. Por isso, o que nos motiva a estudar esse assunto deve ser a sua relevância e contribuição no campo da saúde coletiva, em especial, a saúde materno-infantil, uma vez que tem a pretensão de elucidar (des)contornos que se materializam nas práticas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família e, também, o que vem ocorrendo para que de fato se pense a saúde, não apenas como a simples ausência de alguma enfermidade/avaria/doença, mas como produto do bem-estar, socialmente determinado.

Sua participação consistirá em participar **de uma sessão de Grupo Focal** (esta última, apenas se for necessário). A sessão do Grupo Focal terá a duração média **de 1 hora e 20 minutos**. O Grupo Focal será gravado, ou seja, será utilizado um gravador de voz digital. As gravações e transcrições serão armazenadas em um local seguro e criptografado no servidor do pesquisador, que está protegido por *firewalls* e outras medidas de segurança de Tecnologia da Informação (TI).

Saiba que você será esclarecido(a) acerca de qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Por isso, a sua participação é voluntária e a recusa em contribuir com a pesquisa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo(a) pesquisador(a) ou pela Faculdade de Ciências da Saúde do Sertão Central (FACISC), da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Esse estudo apresenta risco **mínimo**, ou seja, informamos que a pesquisa, aparentemente, não traz risco a sua saúde e que o (a) senhor (a) pode desistir de participar da mesma quando decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade, como já descrito. Lembramos, ainda, que na pesquisa qualitativa, habitualmente, não existe desconforto ou riscos físicos. Entretanto, o desconforto que o participante poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar. Nesse sentido, o (a) senhor (a), como já dito acima, não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de

informações obtidas nesta entrevista, se sentir-se que ela é muito pessoal ou sentir-se desconforto em falar. O (a) senhor (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo.

Se mesmo assim houver um desconforto causado pela atividade proposta que foi suficiente para a sua preocupação, garantimos que você pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem maiores prejuízos. Cabe ainda informar que, como prevê a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, no art. 19, parágrafo 2º, todo “participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito à assistência e a buscar indenização”.

Você não terá nenhum custo para participar da pesquisa e não receberá qualquer vantagem financeira. Mesmo assim, a sua participação pode te proporcionar alguns benefícios, tais como o de contribuir para a produção do conhecimento no campo da Saúde da Família, em especial, da saúde materno-infantil, bem como, poderá trazer elementos importantes para os processos de trabalho das equipes de saúde da família no município de Itaitinga/Ceará. Além de possibilitar, por meio das suas narrativas, tomadas de decisões que contribuam na melhoria do trabalho e do cuidado em saúde e qualidade de vida dos usuários.

Será garantido o sigilo de sua identidade, assim como a privacidade dos dados coletados durante todas as fases da pesquisa. Por isso, seu nome, imagem e todo o material que indique a sua participação não será divulgado sem a sua permissão. Como garantia, os dados e instrumentos utilizados no estudo ficarão arquivados com o(a) Pesquisador(a) Responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Porém, os resultados da pesquisa estarão à sua disposição assim que o estudo estiver finalizado.

Este documento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo(a) pesquisador(a) e a outra será entregue a você.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o(a) pesquisador(a), **Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda**, por meio do telefone: **(85) 988817-4748** e e-mail: carlos.arruda@uece.br. Da mesma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ceará, CEP: 60.714-903. O Comitê de Ética atende pelo telefone (85) 3101-9890 ou ainda pelo e-mail cep@uece.br, funcionando nos seguintes horários: das 8h às 12h e 13h às 17h, de segunda à sexta-feira.

Concordando com esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você autoriza o(a) Pesquisador(a) Responsável a utilizar os dados coletados em atividades de ensino, pesquisa e para publicações científicas, estando preservada a sua identidade, se assim desejar.

Você concorda com o TCLE? Sim () Não ()

Você concorda que o seu nome seja divulgado na pesquisa? Sim () Não ()

Você concorda que a sua imagem seja divulgada na pesquisa? Sim () Não ()

Itaitinga/Ceará, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do/a participante

Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda

Matrícula nº 300044-7-7

Coordenador e Pesquisador Responsável

Sylmara Carlos Brito dos Santos Pitta

Pesquisadora

APÊNDICE B – FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO

Parte 1: Caracterização dos/as participantes.

1.1 Número do questionário: 1.2 Codinome:

1.3 Estratégia saúde da família:

1.4 Idade: 1.5 Sexo:

1.6 Carga horária semanal:

1.7 Tempo de atuação no cargo de agente comunitário de saúde:

Parte 2: Perguntas norteadoras

2.1 De acordo com sua prática profissional, quais são as atribuições inerentes ao trabalho dos agentes comunitários de saúde na saúde materno-infantil?

2.2 Gostaria que me falasse como o (a) senhor (a) vem desenvolvendo as suas funções na estratégia saúde da família, no que tange ao cuidado da saúde materno-infantil durante a visita domiciliar?

3.3 Quais desafios o (a) senhor (a) encontra ao desenvolver atividades voltadas à atenção materno-infantil?

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE - INSTRUMENTO QUALITATIVO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. Caracterização dos (as) Participantes:

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____

Município de Residência: _____

Ocupação: _____ Carga horária Semanal: _____

Equipe de saúde da família que atua: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Cor/raça: _____

Escolaridade: (maior titulação): _____

Tempo de atuação no cargo de agente comunitário de saúde (em anos): _____

Tempo de atuação na APS/ESF de Itaitinga (em anos): _____

Você possui alguma formação na área da Saúde Materno e Infantil (se sim, cite qual(ais) – curso de curta duração, aperfeiçoamento, extensão, especialização, mestrado e/ou doutorado): _____