Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Social

Lívia Pimenta Bonifácio

Avaliação do conhecimento dos Agentes
Comunitários de Saúde sobre a assistência pré-
natal

Ribeirão Preto

2015

Lívia Pimenta Bonifácio

Avaliação do conhecimento dos Agentes
Comunitários de Saúde sobre a assistência pré-natal

Dissertação apresentada no
Departamento de Medicina
Social da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo –
FMRP/USP para obtenção do
título de Mestre em Saúde da
Comunidade.

Área de Concentração: Saúde
na Comunidade

Orientadora: Prof^a Dr^a Elisabeth
Meloni Vieira

Versão II corrigida

Ribeirão Preto
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ficha Catalográfica

Bonifácio, Livia Pimenta

Avaliação do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a assistência pré-natal / Livia Pimenta Bonifácio; orientadora Elisabeth Meloni Vieira. – Ribeirão Preto, 2015.

160 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo, 2015

1. Conhecimento – 2. Agentes Comunitários de Saúde – 3. Assistência Pré-Natal.

Versão corrigida

Nome: BONIFÁCIO, Livia Pimenta

Título: Avaliação do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a assistência pré-natal

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina De
Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo FMRP/USP para
obtenção do título de Mestre em
Saúde da Comunidade

Aprovado em: 27 de fevereiro de 2015

Banca Examinadora

Profª. Drª. Ana Cristina D'Andretta Tanaka
Pública – FSP/USP

Instituição: Faculdade de Saúde

Profº. Drº. João Paulo Dias de Souza
de Ribeirão Preto – FMRP/USP

Instituição: Faculdade de Medicina

Profª. Drª. Elisabeth Meloni Vieira
de Ribeirão Preto – FMRP/USP

Instituição: Faculdade de Medicina

Dedico este trabalho à Luzia, mãe orgulhosa e grande incentivadora do meu esforço. Obrigada por todo apoio e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a Deus – o maior mestre que alguém pode contar.

Por ter me oferecido uma vida abençoada com uma família maravilhosa e pessoas especiais ao meu lado.

Por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e ver sempre o lado bom dos acontecimentos.

Agradecimento à Universidade

À Instituição pelo ambiente de constante aprendizado e oportunidades.

Agradecimento ao Departamento de Medicina Social – FMRP / USP

Pelo espaço oferecido para preparar meu trabalho.

Pelo corpo docente de alto nível que me ajudou a construir e contribuiu no conhecimento e no meu processo de formação profissional.

Pelas pessoas que trabalham neste local que são sempre solícitas e que me fizeram rir muito; tornaram o ambiente muito agradável de conviver.

Agradecimento à minha Orientadora – Prof^{ma} Dr^a Elisabeth Meloni Vieira

Pela oportunidade que me foi dada, em se prestar a conhecer meu trabalho.

Pela imensa paciência em me ensinar tudo que fosse necessário para executar um bom trabalho.

Pelo suporte, apoio e dedicação em formar não só para a área acadêmica como também para a vida.

Pelo aprendizado constante, pela confiança estabelecida e pela amizade que nasceu deste contato.

Agradecimento aos gerentes, enfermeiras e agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde

Pela abertura das suas unidades para a realização do projeto.

Pela confiança e interesse manifestado em relação ao nosso trabalho.

Pela disponibilidade em ajudar, apesar das inúmeras atividades que uma unidade de saúde envolve.

Agradecimento aos entrevistadores – Camila e Dulce

Pela ajuda, incentivos e disponibilidade em contribuir com meu trabalho.

Agradecimento aos parentes e amigos

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Agradeço a minha mãe Luzia, guerreira, meu exemplo de pessoa. Com seu apoio e incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Que com seu amor e carinho me faz sentir, mesmo nos momentos complicados, amada e que respeita as minhas decisões.

Ao meu padrasto Pedro, que sempre se alegrou mesmo com minhas pequenas conquistas, me motivou a continuar sempre em frente e que surpreendia meu paladar com suas comidas maravilhosas.

Ao meu noivo Rodolfo, que entende todos os obstáculos que esse trabalho apresenta, que foi um companheiro importante nas minhas escolhas, que me orientou nas minhas dúvidas, mesmo estando longe. Um parceiro para a vida.

A Daniela e Mariana, que com suas experiências prévias nos estudos, fizeram a minha caminhada na área acadêmica ser um pouco menos árdua.

Ao meu avô, tios, primos e amigos, que nos momentos de minha ausência dedicados aos estudos, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

“A verdadeira viagem de descobrimento
não consiste em procurar novas
paisagens, mas em ter novos olhos”.
(Marcel Proust)

RESUMO

BONIFÁCIO, L. P. **Avaliação do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a assistência pré-natal.** 2015. 160 f. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introdução: A assistência pré-natal é fundamental no controle e na minimização dos riscos à saúde da mulher e da criança. Além disso, o pré-natal tem como intuito aproximar a gestante dos serviços de saúde para contribuir na melhora da qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico puerperal. A oferta e o acesso ao cuidado pré-natal aumentaram, mas garantir a qualidade desse cuidado ainda é um grande desafio. Para isto é necessária uma mudança sensível na prestação de serviços de saúde adequados e na atitude e eficiência do trabalho dos profissionais de saúde. Faz parte da atribuição dos profissionais envolvidos na Atenção Primária orientar e auxiliar no pré-natal. Uma figura chave nesse contexto é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que possui grande contato com a comunidade e que pode ser um importante aliado nessa estratégia de assistência à gestante. **Objetivo:** Avaliar o grau de conhecimento dos ACSs das unidades de saúde de Ribeirão Preto - SP em relação à Assistência Pré-Natal. **Método:** Um questionário foi construído especificamente para o propósito deste estudo transversal cuja investigação é fundamentada na mensuração do grau de conhecimento em relação à assistência pré-natal de 194 ACSs. O questionário avaliou cinco blocos, incluindo: 1) atribuição geral do ACS; 2) abordagem inicial da gestante; 3) exames e vacinas recomendados à gestante; 4) sinais e sintomas de risco para a gestante e seu bebê e sinais de trabalho de parto e 5) orientações gerais à gestante. Pontuações foram estabelecidas para cada bloco em escala de 0 a 10. As pontuações foram agrupadas em conhecimento alto e baixo nos blocos 2 e 5, e para os três blocos restantes as pontuações foram agrupadas em conhecimento baixo, médio e alto. Dados demográficos (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, classificação socioeconômica, vínculo institucional e anos de atribuição como ACS e na unidade atual) também foram coletados. A análise descritiva foi realizada. Além disso, a proporção de pessoas com diferentes níveis de conhecimento foi comparada através de cada variável demográfica, separadamente para cada bloco de conhecimento, usando os testes qui-quadrado (χ^2) e teste exato de Fisher. **Resultados:** De maneira geral, a maioria dos ACSs obteve nível alto de conhecimento nos blocos 1 (43%), 2 (59%) e 5 (83%). Entretanto, no bloco 3 a proporção de pessoas

com nível alto de conhecimento sobre os exames e vacinas recomendados foi de 35 e 40% respectivamente. Apenas 24% dos participantes apresentaram nível alto de conhecimento no bloco 4. A análise bivariada dos dados sugere, estatisticamente, que as mulheres têm maior chance de possuir conhecimento alto em relação aos homens.

Conclusão: Os resultados encontrados sugerem que o ACS, em especial o ACS do sexo feminino, possui grande potencial como apoio na assistência voltada a gestante. Os achados ajudam a traçar e estabelecer um guia de capacitação aos ACSs nas áreas de conhecimento que requerem atenção maior e mais específica, para que assim eles possam ter maior conhecimento sobre o assunto e sintam segurança em passar as orientações de forma adequada.

Palavras-chave: Conhecimento; Agentes Comunitários de Saúde; Assistência Pré-Natal

ABSTRACT

BONIFÁCIO, L. P. **Assessment of knowledge of Community Health Workers on prenatal care.** 2015. 160 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introduction: The routine prenatal care is critical in reducing health risks in women and their children. Prenatal care visits also create opportunities for the pregnant woman to be educated in health lifestyle choices. Whilst the availability and access to prenatal care services have been improved, the quality of care remains a major challenge. To address this problem sensible changes are needed in the provision of prenatal health care and training of health professionals involved. One of the responsibilities of primary health care professionals is the provision of prenatal care. A community health worker (CHW) with his/her frequent contact with populations, works to improve health outreach efforts, and thus may be a key role player in prenatal care. **Objective:** This study aimed to assess knowledge on prenatal care of the CHW health units of Ribeirão Preto (São Paulo state). **Methodology:** A questionnaire developed specifically for the purpose of this cross-sectional study was used to ascertain the degree of knowledge on prenatal care of 194 CHWs. The questionnaire assessed five blocks of knowledge, including: 1) general responsibilities of CHWs; 2) the initial contact with a pregnant woman; 3) lab exams and vaccinations recommended for pregnant women; 4) pregnancy complications and signs of labor and 5) lifestyle considerations for pregnant women. Possible scores for each block ranged from 0 to 10. Responses were categorized into high and low levels for knowledge on blocks 2 and 5, and for the remaining three blocks responses were grouped into low, medium and high levels. Demographic data (age, gender, race, educational levels, economic status, institutional link and numbers of years of experience in community health work and in the current health care unit) was also collected. Descriptive analyses were conducted. Moreover, proportions of people with different levels of knowledge were compared across each demographic variable, separately for each block of knowledge, using chi-square and Fisher-exact tests. **Results:** Overall, the majority of CHWs had high levels of knowledge in blocks 1 (43%), 2 (59%) and 5 (83%). However, in block 3 the proportions of people with high levels of knowledge on exams and vaccinations were 35 and 40% respectively. Only 24% of the participants had the high level of knowledge in

block 4. Stratified data analyses suggest that females were statistically more likely to have high levels of knowledge. **Conclusion:** The results suggest that the CHW, and especially female CHWs, have an important role in assisting pregnant women in the community. The study indicates the areas of knowledge that require more specific attention of training providers.

Keywords: Knowledge; Community Health Workers; Prenatal Care

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 Introdução - Atenção Primária à Saúde (APS) e Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
2.2 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).....	25
2.3 Saúde da Mulher.....	30
3 OBJETIVOS	42
3.1 Objetivo geral	43
3.2 Objetivos específicos	43
4. MATERIAL E MÉTODO	44
4.1 Desenho do estudo	45
4.2 Critério de exclusão e critério de inclusão	46
4.3 Variáveis envolvidas no estudo	47
4.4 Pré-teste	53
4.5 Entrevistadores	53
4.6 Preparação do campo	54
4.7 Aspectos éticos	54
4.8 Coleta de dados	55
4.9 Planejamento da análise.....	55
5. RESULTADOS	59
5.1 Perfil dos participantes	60
5.2. Conhecimento dos participantes	66
5.2.1 Conhecimento I	66
5.2.2 Conhecimento II	69
5.2.3 Conhecimento III – exames	72
5.2.4 Conhecimento III – vacinas	75

5.2.5 Conhecimento IV	78
5.2.6 Conhecimento V	81
Figura 1. Distribuição da porcentagem de conhecimento em cada bloco	85
5.2.7 Pontuação total	85
Gráfico 1. Distribuição da pontuação total	87
5.2.8 Escalonamento das pontuações	88
Gráfico 2. Distribuição da pontuação total em escala de 0 a 10	91
5.3 Análise bivariada	92
1. Conhecimento I	92
1.1 Conhecimento I e sexo	92
1.2 Sexo e tempo de atuação na Unidade atual	92
1.3 Conhecimento I e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual.....	93
1.4 Sexo e vínculo institucional	94
1.5 Conhecimento I e sexo controlado pelo vínculo institucional	95
2. Conhecimento II	96
2.1 Conhecimento II e escolaridade controlado pela idade	96
3. Conhecimento III – exames	97
3.1 Conhecimento III – exames e idade	97
3.2 Idade e anos de estudo	98
3.3 Conhecimento III – exames e idade controlado pelos anos de estudo	99
3.4 Idade e tempo de atuação como ACS	100
3.5 Conhecimento III – exames e idade controlado pelo tempo de atuação como ACS	101
3.6 Conhecimento III – exames e sexo	101
3.7 Conhecimento III – exames e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual	102
3.8 Conhecimento III – exames e sexo controlado pelo vínculo institucional	102
4. Conhecimento III – vacinas	103
4.1 Conhecimento III – vacinas e sexo	104
4.2 Conhecimento III – vacinas e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual	104

4.3 Conhecimento III – vacinas e sexo controlado pelo vínculo institucional	105
4.4 Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS	106
4.5 Tempo de atuação como ACS e raça/ cor	107
4.6 Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS controlado pela raça/cor	108
4.7 Tempo de atuação como ACS e vínculo institucional	108
4.8 Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS controlado pelo vínculo institucional	109
5. Conhecimento IV	111
6. Conhecimento V	111
6.1 Conhecimento V e sexo	111
6.2 Conhecimento V e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual	112
6.3 Conhecimento V e sexo controlado pelo vínculo institucional	113
6. DISCUSSÃO	114
7. CONCLUSÕES	129
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
9. APÊNDICES	147
APÊNDICE A	148
APÊNDICE B	155
APÊNDICE C	158
APÊNDICE D	160

1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Este estudo tem o intuito de avaliar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde (ACSs) sobre a assistência pré-natal, dada a relevância desta temática na área da saúde.

O interesse em pesquisar o assunto surgiu após ter maior contato com estudos voltados para a saúde da mulher, assim como o trabalho prévio realizado com os ACSs que salientou a importância deste profissional no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e seu intenso contato com a comunidade. Este estudo prévio mostra que os ACSs apresentam grande responsabilidade remetida a eles no cumprimento do seu trabalho, porém, sem oferecer em troca respaldo técnico e teórico em que eles possam se apoiar para proporcionar um trabalho mais capacitado e digno.

A revisão bibliográfica feita acerca de toda essa temática inicia com uma introdução a APS e o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a origem e o trabalho do ACS e os dados sobre a saúde da mulher.

Na introdução abordaremos o contexto histórico da APS no mundo e no Brasil, assim como o SUS, com destaque para as políticas de saúde.

Após, abordamos o conteúdo sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as experiências anteriores com trabalhadores que possuíam o mesmo perfil e serviram de referência para o desenvolvimento do trabalho do ACS no Brasil. Como se deu o desenvolvimento do programa, as primeiras experiências e quais foram os resultados da implantação deste programa no país.

E finalizamos contextualizando a temática sobre a saúde da mulher e seu processo histórico. Os movimentos sociais e as discussões em torno da valorização da mulher, sua ascensão no mercado de trabalho, na escolaridade, na defesa dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

O início do programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surgiu em resposta a principal crítica da saúde da mulher ser definida apenas no contexto materno-infantil e ir além destas ações e assistir a mulher numa abordagem integral de saúde.

Também foi discutida a assistência materna e a importância do pré-natal na saúde materno-infantil. Os programas que foram implantados para aprimorar a

qualidade da assistência e quais foram os resultados destas ações e o impacto nos índices de mortalidade materna e infantil.

O trabalho do ACS inserido nas equipes de saúde dentro da APS é, de fato, muito importante e faz a diferença na qualidade da atenção prestada aos usuários. Avaliar o conhecimento deste profissional em relação à assistência pré-natal, como parte da sua atribuição, pode apontar o conhecimento sobre o assunto e também revelar quais foram as dificuldades dos profissionais em torno desta temática para que assim as capacitações possam ser direcionadas e garantir a segurança dos ACSs na sua atribuição no contexto do pré-natal.

Assim, a qualidade do serviço prestado em relação ao pré-natal pode ser aprimorada e impactar no conhecimento, na qualidade de vida das gestantes e na redução dos índices de mortalidade.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INTRODUÇÃO

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Conferência de Alma – Ata foi um marco em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) como iniciativa precursora do pensamento e discussão sobre a influência dos determinantes sociais na saúde (OMS, 1978).

Podemos destacar que antes da Conferência já havia indícios da importância do entendimento da influência do contexto social no estado de saúde das pessoas, ou seja, já se sabia que havia determinantes sociais para as condições de saúde de uma população, como foi demonstrado no Relatório de Rudolf Virchow, em 1847. Este relatório, que estudou o contexto da febre tifoide, conclui recomendando reformas políticas, econômicas e sociais na qual se inserem a geração de emprego, salários mais adequados para a melhoria da qualidade de vida da população e como mudança para alcançar a saúde (GREENGROSS et al, 2002).

Na trajetória brasileira sobre o histórico da APS, o país enfrentava na década de 70 um grande paradoxo: como manter o alto custo gerado pela atenção médica altamente especializada e com acesso restrito apenas a população mais abastada enquanto uma grande parcela da população estava carente de serviços de saúde para atender as necessidades básicas (PEREIRA, 2008).

Neste contexto o governo de alguma maneira precisava conter o paradoxo e reduzir o alto custo operacional do modelo assistencial hegemônico que prevalecia naquele momento. Assim, veio a crise que obrigou o governo a responder de forma mais contundente a demanda da população que aumentava e exigia que o governo racionalizasse os gastos. Mas com isso, houve a redução das políticas sociais frente a diminuição do financiamento e que trouxe outras consequências gerando desemprego, deteriorização das condições de vida e que só fez aumentar a demanda pelos serviços de saúde pública (ALMEIDA, 1997).

E foi nesta mesma década que a OMS discute meios e alternativas viáveis para expandir os cuidados em saúde da população mais carente, neste movimento se deu a Conferência de Alma-Ata para apresentar subsídios de propostas de abrangência internacional (FRANCO; MERHY, 2003; AGUIAR, 2003; OMS, 1979).

As proposições advindas da Conferência de Alma Ata são um referencial histórico e teórico na organização dos sistemas de saúde concebendo elementos para outras iniciativas. Pode-se assegurar que posterior a esta Conferência diversos países vêm investindo na reformulação e reorientação dos seus sistemas de saúde, com intuito de alcançar a qualidade na atenção, ampliar acesso, promover equidade e obter eficácia (PEREIRA, 2008).

A Conferência Alma-Ata foi, em suma, um movimento de profissionais, instituições, governo e organizações da sociedade civil em prol da APS como tentativa de resposta para as desigualdades em saúde. Em muitos aspectos, as respostas do setor da saúde ao mundo frente às mudanças sociais, políticas e econômicas têm sido inadequadas e ingênuas (WHO, 2008).

Diante deste intenso movimento no cenário da saúde e influenciados por essa manifestação de mudança nos moldes do setor, o Brasil intensifica as discussões sobre o assunto e propõe estratégias de resposta aos acontecimentos. Com isso um dos grandes movimentos sociais realizados no país foi a Reforma Sanitária.

A compreensão da Reforma Sanitária deve ser baseada como um processo de estimulação do pensamento e consciência sanitária como forma de incentivar a articulação em vários níveis. O sentido da equidade passa a ser entendido como acesso universal e igualitário na saúde suprimindo a discriminação em qualquer nível. E o pensamento da Reforma Sanitária passa a assumir a igualdade como valor e princípio normativo, estabelecendo um modelo de ética e de justiça social na solidariedade. Além disso, tinha o intuito de dar novo significado político ao termo cidadania, uma democracia igualitária que garantisse saúde a toda população como direito com força legal para tal feito (FLEURY, 1997).

Norteadas pela Declaração de Alma-Ata e pelo movimento da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência houve a construção da Constituição Federal (BRASIL, 1986) em que havia três grandes determinações em relação à Saúde: como um conceito ampliado, garantia de direito do cidadão e como sistema contemplando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (GUSSO; LOPES, 2012). E no ano de 1988, então finalizada, a Constituição prevê no seu art. 196 a instituição da Saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, com intuito de diminuir os riscos e outros agravos e a garantia de políticas públicas e sociais. Tem como princípios a integralidade, descentralização, participação popular, o acesso universal e igualitário às ações e

serviços como promoção, proteção e recuperação da saúde, resultantes do movimento da Reforma Sanitária, tudo isso em SUS (GUSSO; LOPES, 2012; BRASIL, 1986).

Na década de 1990 houve um grande movimento para a implementação da APS com contribuição da Reforma Sanitária e do SUS que orientaram a organização de uma APS com características próprias, à partir de experiências locais de diversas regiões do país. No histórico da APS no Brasil, o SUS incorporou os atributos da APS denominada ABS (Atenção Básica à Saúde), mas sem a pré-concepção redutora desse nível de atenção (GUSSO; LOPES, 2012; PEREIRA, 2008).

A OMS define APS como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis por eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. (OMS, 1979, p. 14 -16).

A APS trouxe uma mudança no pensamento de se fazer saúde com a estreita relação entre os serviços de saúde e o território local das comunidades promovendo ações de caráter comunitário e coletivo além do mais a APS tem sido o local para vários programas próprios do setor assistencial, preventivo e curativo, individual ou comunitário (PEREIRA, 2008).

A APS ressalta que para todo ato de cuidar é necessário entender complexidade do indivíduo e seu ambiente que difere da ideia de apenas saber operar equipamentos ou procedimentos técnicos. A APS respeita e considera os princípios do SUS e destaca a importância de se levar em conta a singularidade do sujeito para o cuidado em saúde (PEREIRA, 2008).

Algumas estratégias foram elaboradas afim de auxiliar e incentivar as mudanças nos setores e consolidar o SUS assim como a fundamentação da APS, uma dessas saídas foi a municipalização que trabalha numa perspectiva de proximidade e certa independência para tratar o que de fato é importante à nível local em relação à saúde e implementar transformações visando o fortalecimento da APS (SANTOS et al, 1999, 2002, 2003).

Para responder as discussões sobre o modo de fazer e praticar saúde, respeitando o contexto da implantação do SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como proposta em meio à APS como uma forma de reorganização sanitária (VILLA, 2004).

O PSF foi lançado oficialmente em 1994, desenvolveu de forma gradativa e é a principal diretriz para o avanço da APS e para a retomada da atenção voltada para as discussões em torno da medicina de família e comunidade. A Saúde da Família (SF) ultrapassou em muito os limites de um programa, tornando-se uma política de Estado com lugar na agenda dos gestores do SUS (GUSSO; LOPES, 2012). Uma das iniciativas precursoras e que serviram de subsídio para estabelecer o PSF foi o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), todas as experiências e avaliações positivas do trabalho realizado pelo PACS auxiliaram na discussão e construção do PSF e também para o fortalecimento e continuidade do PACS (PEREIRA, 2008).

Com isso também houve a criação do Departamento de Atenção Básica, em 2000, como meio de dar prioridade assegurada pelo Ministério da Saúde (MS) para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) e concretização dos programas SF e do ACS. Com proposta de estabelecer responsabilidades entre os serviços de saúde e a comunidade e criar uma nova rotina de exercício e aprendizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O PSF tem o caráter complementar em relação aos princípios do SUS (VILLA, 2004).

O PSF, e posteriormente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), representaram um esforço como mostram experiências de sucesso em algumas localidades no que tange a promoção da equidade, já que as unidades de saúde eram localizadas, em maior número, em regiões mais pobres e com população mais vulnerável. Tal fato demonstra melhor desempenho destas unidades e suas equipes no trabalho e enfrentamento das iniquidades sociais e de saúde ressaltando o intuito da APS no país, que mesmo com as inúmeras limitações presente no modelo, pode oferecer mais para quem mais precisa (MILLMAN, 1993).

Como podemos observar todo o histórico de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) sofre, historicamente, com a complexidade do contexto social, político e econômico e com as grandes diversidades regionais encontradas no nosso país que geram grandes desafios para efetivação do sistema de saúde. E esta transformação no país após o período de implementação da Constituição Federal e com isso o SUS, só fez reforçar a mudança na lógica como era tratada a saúde no Brasil, superando o modelo excludente e voltando os impactos do avanço tecnológico na área médica agora para o

ato de cuidar, pois os modelos tradicionais eram insuficientes no entendimento e resolução dos processos saúde-doença e reforçaram a fundamentação de uma reforma na Atenção Primária que foram expressas no PSF e posteriormente, no ESF (UCHÔA, 2009).

No SUS, a APS tem como atribuição a organização do cuidado em uma das portas de entrada no sistema, o primeiro nível de atendimento prestado. A estrutura física, o local onde se presta os atendimentos à população recebeu várias nomeações neste processo de organização do cuidado como centro de saúde, posto de saúde, e mais recentemente unidade básica de saúde (UBS). A atenção se dá após este primeiro contato, assegurando o acesso, o cuidado amplo capaz de atender as diversas necessidades de saúde, a longitudinalidade com o estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2006a; STARFIELD, 2004).

A APS é ofertada basicamente em dois cenários: Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) com ou sem agentes comunitários de saúde, e as Unidades com Estratégia da Saúde da Família (USF). Ambas são estruturas localizadas próximas à moradia do cidadão, em áreas geograficamente delimitadas e estrategicamente planejadas. Embora as UBSs não sejam tão próximas da população em comparação às Unidades ESF (contingente menor), por cuidar de uma população em maior número (PEREIRA, et al, s/d). A UBS disponibiliza atendimento nas especialidades básicas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ações de enfermagem, de odontologia. O atendimento pode ser agendado em casos como condições crônicas, podem ser como pronto-atendimento em casos agudos, procedimentos cirúrgicos simples, ações de imunização e vigilância epidemiológica (PEREIRA, et al, s/d).

Enquanto nas USFs o trabalho é desempenhado por equipes (eSF) que respondem pelas famílias de um território delimitado. Com um trabalho holístico em relação às famílias e comunidade, mas com ações mais restritas não contando com espaço para procedimentos cirúrgicos simples como acontece na UBS. Este modelo de reorganização da Atenção Primária acompanha uma tendência mundial.

Assim, como o Nordeste foi o impulsionador do modelo de se fazer saúde na Atenção Primária com a locação das primeiras unidades no modelo de PSF e ESF, o estado do Ceará trouxe uma proposta inovadora de incentivar o trabalho voltado à comunidade como maneira de subsidiar o cuidado e assistência da população realizando o treinamento e captação de pessoas da própria região para ajudar na saúde e educação da comunidade, surge o PACS e a figura dos ACSs.

2.2 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

AGENTE COMUNITÁRIO E A SAÚDE

“E ao mediar
ambivalente me encontrei
frente ao caos
da vigente política de saúde
antes ideológica, que utopia,
problemas múltiplos a solucionar,
como esperado seria
literalmente
me desintegrei.”

Antonio Ruffino Neto, 2007

O profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a experiência das suas ações impulsionaram e repercutiram na implantação dos programas voltados para a prática em saúde focada e próxima da população.

O trabalho desenvolvido pelo ACS vem de longa data, no mundo houve outras experiências evidenciadas em diferentes épocas e países. Um dos primeiros registros é o da Mongólia na China, que em 1949, os próprios camponeses em pequenos vilarejos eram recrutados por organizações locais e foram capacitados para dar assistência e primeiros socorros nestes locais (ASSUNÇÃO, 2003).

Uma das primeiras iniciativas no país se deu pela Fundação de Serviço Especial da Saúde – FESP em 1942, visitantes sanitários foram designados para desempenhar atividades na área da saúde, principalmente em campanhas sanitárias combate de doenças endêmicas (BASTOS, 1966; RAMOS, 2003).

Os “médicos dos pés descalços” na China, também remetem o trabalho do ACS, estes “médicos dos pés descalços” eram agentes de saúde treinados para cuidar das doenças mais comuns da comunidade que na grande maioria vivia na zona rural. Apesar de prestar estes serviços eles ainda trabalhavam como lavradores nos terraços de arroz, que dá origem ao nome “pés descalços”. Com o grande desequilíbrio gerado pelo gasto

com saúde na zona urbana e rural, em 1968, programa dos “médicos dos pés descalços” foi iniciado e estes recebiam um treinamento por um período de seis meses após o término do curso secundário. As cooperativas agrícolas remuneravam os trabalhadores contabilizando o tempo que eles gastavam no atendimento com o tempo trabalhado na agricultura. Apesar do preparo e treinamento ser bem restrito, os “médicos dos pés descalços” desempenharam um papel fundamental na melhoria das condições de saúde do país continental. (WEIYUAN, 2008; ZHANG; UNSCHULD, 2008; MIYASAKA, 2011).

A ideia do ACS não era algo tão novo no Brasil e no mundo, o que existia eram diversas denominações para um mesmo ator. O trabalho do ACS era um meio de oferecer um retorno às demandas das famílias e comunidades excluídas e o mecanismo utilizado se fundamentava na solidariedade de pessoas que possuíam conhecimento advindo do cotidiano, das necessidades e do convívio com pessoas mais experientes, exemplos disto são as parteiras, curandeiros, rezadores, missionários, entre outros (SILVA, 1997; MINAYO; D’ELIA; SUITONE, 1990).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Brasil surgiu como proposta em 1987 no Ceará para responder a um contexto de emergência social e econômica, primeiramente foi pensada para auxiliar a população e na geração de emprego e renda e depois foi priorizada para incentivar a interiorização das ações de saúde como a diminuição da mortalidade infantil na região e extensão da cobertura, estas ações em saúde foram pautadas na experiência de Auxiliares de Saúde desenvolvida na cidade de Planaltina (DF) na década de 1970 (UNICEF, 1990).

Já que muitas pessoas nesta região estavam sem trabalho que garantisse a renda e levando-se em contas as dificuldades de fixar profissionais de saúde nestes locais remotos, se pensou em capacitar e potencializar os próprios moradores para desenvolvimento de ações de saúde. Inicialmente eram 6 mil mulheres contratadas trabalhando na região. E já no primeiro ano de trabalho foi possível ver os resultados positivos, o sucesso foi alcançado o que possibilitou o programa emergencial tornar-se permanente (UNICEF, 1990).

Segundo Viana; Dal Poz. (1998) a história do Programa de Saúde da Família (PSF) inicia após o MS formular o PACS, o programa tinha como objetivo inicial reduzir a mortalidade infantil e materna principalmente nas regiões Norte e Nordeste e após avaliação da experiência com os bons resultados o MS decidiu que os agentes poderiam ser pessoas importantes na estruturação do serviço básico de saúde. O PACS

foi precursor e subsidiou a implementação do PSF e posteriormente ESF no SUS e auxiliou a organização dos sistemas locais de Saúde.

Após se deparar com as avaliações advindas das observações de diversos professores encomendada pelo MS e Governo Federal, em 1991, o governo decidiu investir no programa e expandi-lo inicialmente para todos os estados da região Nordeste e, posteriormente, para todo o Brasil, rebatizando-o com o nome de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MINAYO, D'ELIA; SUITONE, 1990).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi firmado entre a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e o MS e começa em 1991, num momento de transição democrática em que o primeiro presidente é eleito no país após o regime militar. A estratégia era voltada para o sujeito agente de saúde escolhido para a área onde iria trabalhar (VILLA, 2004).

No processo de orientação da Atenção Primária à Saúde em 1994, houve a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e as primeiras equipes de saúde da família foram formadas o que deu maior visibilidade e ampliação da atuação do ACS já que era obrigatória a presença deste profissional dentro da equipe mínima de Saúde da Família (BRASIL, 1994).

Experiências e estudos apontam que inicialmente a percepção dos avanços em saúde estava prejudicada pelo dimensionamento inadequado entre equipe e população e que com a presença do ACS, como um grande fator de mudança, houve melhorias na prevenção, na consciência sanitária e na realização de visitas domiciliares (CONILL, 2008).

Por meio de todo este histórico o PACS e o PSF foram definidos como parte de uma estratégia de orientar a organização do sistema local de saúde e reordenar o modelo de assistência à saúde no país com base nas diretrizes do SUS.

Para que o município possa aderir ao PACS são necessários alguns critérios como presença de Conselho Municipal de Saúde, a existência de uma Unidade Básica de Saúde como referência para o programa, disponibilidade de profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a presença de um fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa (VIANA; DAL POZ, 1998).

Segundo a Portaria **nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997** do MS é fundamental garantir a existência de profissional(ais) enfermeiro(s), com dedicação integral na(s) unidade(s) básica(s) de referência, onde no âmbito de suas atribuições exercerão a função de instrutor supervisor, na proporção de no máximo 30 ACS para 01 enfermeiro.

O ACS deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência (BRASIL, 1997).

E em 10 de junho de 2002 houve o reconhecimento e regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde pela lei 10.507 sancionada pela presidência da república. O ACS é um profissional ativo e imprescindível para incentivar a população a cuidar da saúde e oferecer vínculo e identidade cultural com a população do território são indispensáveis na atribuição do ACS (VILLA, 2004).

O profissional ACS tem inúmeras atribuições que envolvem cadastramento das famílias residentes na microárea designada à sua função e levantamento dos dados e situação de saúde destas pessoas e do ambiente onde vivem, estas informações são armazenadas num sistema de informação de Atenção Básica, o SIAB; monitoramento e planejamento do seu trabalho de acordo com a disposição da sua microárea em acordo com os equipamentos sociais existentes que possam auxiliar no seu trabalho, identificação de áreas de risco e vulnerabilidade, realização de visitas domiciliares, ações coletivas para incentivar a participação da comunidade na discussão da situação do território em que habitam e propor mudanças e planejamento de ações objetivando o bem-estar das famílias; ações intersetoriais com auxílio e articulação com outros dispositivos sociais e setores para que possam trabalhar juntos promovendo a educação, cidadania, segurança pública e diversos outros todos descritos em documento oficial do MS (BRASIL, 2000a).

Além disso, o profissional ACS realiza mapeamento da área de atuação, territorialização, orienta a população nos cuidados com saúde pensando em promoção de saúde e prevenção de agravos (educação em saúde), orienta como utilizar os serviços de saúde, procura sempre por informação no nível de sua competência e informa também a equipe sobre o que acontece no seu território de atuação. Estas diretrizes estão contidas no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009b) e no Manual do ACS – Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009c).

No Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, material elaborado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2009b), houve o interesse em oferecer aos ACS uma obra que fosse simples e fácil de utilizar; algo que pudesse ser consultado rapidamente e com a facilidade da linguagem atribuída ao guia para servir de

recurso ao ACS de auxiliar no seu trabalho, ao informar o ACS o que fazer, como abordar em determinadas situações com determinadas populações diferentes como idosos, crianças e entre estes estão também as gestantes. Com este material é possível que o trabalho do ACS possa ser bem desenvolvido, direcionado e ter um referencial para fundamentar suas ações.

Importância deve ser dada a este profissional, já que ele favorece o acolhimento e resgata a integralidade do usuário e por conta da sua proximidade com a comunidade e perfil solidário este ainda oferece um suporte social à população (CARVALHO, 2002).

No entanto, existem vários estudos que envolvem o ACS já que suas atividades são inúmeras e grande é o seu papel e sua responsabilidade na reorganização da Atenção Básica (LUNARDELO, 2004).

Além de todas estas atividades e responsabilidades do ACS, no seu trabalho ele ainda tem grupos prioritários de atenção em saúde como a saúde das crianças e adolescentes, saúde do homem e da mulher, saúde do idoso, das pessoas com deficiência e do acamado como descrito no Guia (BRASIL, 2009b). Dentro destes grupos prioritários de atenção queremos destacar a saúde da mulher, no caso específico as gestantes.

2.3 SAÚDE DA MULHER

Segundo a definição da Women's Health Interschool Curriculum Committee (CANADÁ, 1995) a saúde da mulher se traduz no bem-estar emocional, social, cultural, físico e espiritual e é produzida por todo o contexto socioeconômico, político e biológico em que ela se insere. Essa definição de saúde da mulher reconhece a importância de toda influência gerada pelas experiências de vida das mulheres e suas crenças e vivências na sua saúde. Com isso, toda mulher tem o direito a alcançar, sustentar e manter a sua saúde, em conformidade com que ela própria defina como o seu ideal de saúde e com todo o seu potencial (WOMEN'S HEALTH INTERSCHOOL CURRICULUM COMMITTEE, 1995, apud PHILLIPS, 1995).

A temática “saúde da mulher” sempre foi objeto de estudo e discussão para construção e implementação de políticas de saúde voltadas a essa população, mas o ideal de saúde da mulher definido pelo Women's Health Interschool Curriculum Committee não é realidade para muitas mulheres, em especial as que vivem em países menos desenvolvidos (PANOBIANCO, 2014).

Em geral as mulheres são consideradas sujeitos passivos em relação ao cuidado com a saúde sem capacidade de articular prioridades e tomar decisões assim como ocorre no processo de decisão sobre a contracepção, por exemplo, como direito garantido pelo Estado, mas que esbarrava em manobras de controle como a limitação de informações. E, além disso, sofrem com a ineficiência das políticas públicas voltadas à atenção à mulher e ainda enfrentam dificuldades relacionadas com as perspectivas históricas, aspectos sociodemográficos e epidemiológicos, desigualdade de gênero, entre outros (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000; PANOBIANCO, 2014).

As desigualdades de gênero também implicam em desigualdade de poder o que geralmente acarreta menos acesso às mulheres no controle dos recursos, repercutindo em diferenciação da distribuição de renda, oportunidade no mercado de trabalho entre outros levando a feminilização da pobreza, com a desvalorização da mulher (WHO, 1998).

As questões relacionadas ao gênero e principalmente às desigualdades presentes neste contexto fizeram e ainda fazem parte da cultura brasileira. No início do século XX as mulheres sofriam com essas desigualdades em vários setores como o pouco acesso à educação principalmente a de ensino superior, além de não terem direito ao voto. A taxa

de mortalidade era mais alta entre as mulheres e ainda possuíam alta taxa de fecundidade. Contudo a luta feminina foi tomando força e se consolidando assim os avanços nos diversos setores foram acontecendo. Durante a Revolução de 1930 ficaram marcados os progressos da industrialização, urbanização e das políticas sociais. Já em 1932 as mulheres adquiriram o direito ao voto e as melhorias nas diferentes áreas foram se concretizando nos anos seguintes (ALVES, 2009).

Nos setores saúde e educação os avanços femininos foram mais evidentes, já na área relacionada à profissão e emprego as conquistas foram menos significativas. Mas ainda é necessário avançar em muito nos setores da política e nos espaços de poder para se alcançar uma situação mais igualitária de gênero (ALVES, 2009).

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher passou a ser um dos componentes das políticas de saúde no Brasil, mas até o final da década de 1970 essas políticas eram voltadas à gravidez e ao parto com principal interesse na proteção da saúde do bebê. No período de 1930 e 1950 os programas materno-infantis cooperavam para dar a mulher uma visão apenas da figura de mãe e dona de casa restringindo o papel da mulher. Já no fim da década de 1970, os grandes norteadores das políticas de saúde eram em relação aos objetivos demográficos, voltados à redução da fecundidade (BRASIL, 2011; MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006; GIFFIN, 1991, grifo nosso).

Advindas das discussões que pairavam nos movimentos sociais durante o século XX foi desenvolvida a ideia de direito reprodutivo dado como um direito humano e que influenciou as conferências internacionais sobre a temática. Os direitos reprodutivos estão relacionados com trajetória da mulher e toda mudança que ocorreu no seu papel e valorização dela perante a sociedade que resultou na sua conscientização sobre seu valor no desenvolvimento de programas voltados para o cuidado integral da mulher (VIEIRA, 1994, 2003).

Nesse contexto, devido à influência das propostas advindas das lutas do feminismo e do movimento sanitário brasileiro houve, dentro do processo de redemocratização do país, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana, e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (PANOBIANCO, 2014).

O Programa Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática (PAISM) foi preparado pelo Ministério da Saúde (MS) para responder a discussão daquele momento (1983) que se pautava predominantemente no controle da natalidade, mas que também teve a intenção de ser uma nova abordagem focada no conceito de

atenção integral da saúde da mulher (AISM). O MS foi de fundamental importância ao se posicionar na defesa da livre escolha das pessoas e das famílias brasileiras em relação a quando, quantos e qual o espaçamento entre os/as filhos/as gerando influência no Governo Federal que por sua vez, se posicionou e defendeu esta causa (PORTAL DA SAÚDE, 2014; OSIS, 1998).

Publicado em 1984 o PAISM é um documento histórico e revolucionário porque a partir das necessidades da população feminina as ações prioritárias foram definidas, uma visão holística da saúde da mulher em todas as etapas do ciclo vital, o que denotou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido e ainda incorpora o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva (PORTAL DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2005; OSIS, 1998).

A principal crítica que PAISM pretendia enfrentar era essa visão da mulher apenas como um ser gerador, da saúde da mulher se restringir apenas a assistência materno-infantil, por isso o programa foi um marco pioneiro por agregar e considerar a mulher na sua saúde irrestrita contemplando vários aspectos da saúde reprodutiva feminina por todas as fases da vida e não apenas em ações isoladas; o direito do controle sobre o próprio corpo (VIEIRA, 2003).

O PAISM foi pioneiro já que foi firmado antes mesmo do Sistema Único de Saúde (SUS) e até da Constituição Federal de 1988. Enquanto diretriz filosófica e política, o PAISM incorporou alguns princípios que mais tarde nortearam a reforma sanitária como a integralidade, equidade e a participação social (VIEIRA, 2003). Além disso, no documento recomenda-se uma relação entre os profissionais de saúde e as mulheres mais igualitária e incita que a mulher tenha maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. A assistência realizada por toda a equipe de saúde deve valorizar as práticas educativas, entendidas como estratégia para estimular a capacidade crítica e a autonomia das mulheres (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

Durante a década de 80 a implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades frente à influência da proposta e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no fim da década de 80, por conta das características da nova política de saúde como o processo de municipalização das ações e principalmente pela reorganização da Atenção Básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) (PANOBIANCO, 2014).

Dificuldades foram encontradas na avaliação da implementação das ações relacionadas à política de saúde da mulher em conformidade com a nova visão de política gerada pelo SUS e para a resolução destas dificuldades o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Com isso, na saúde da mulher, a NOAS instituiu para os municípios a garantia de ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e propunha, por meio da coordenação dos territórios estaduais, a adequação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência para garantir o acesso às ações de maior complexidade (BRASIL, 2001).

Medici (1999) ressalta que o grande problema na saúde da mulher, na virada do milênio, estava mais associado à necessidade de aumentar a equidade do que propriamente com a expansão da cobertura e evidencia a necessidade de programas mais focalizados.

Além de ter em vista uma maior equidade, um meio proposto de intensificar o cuidado voltado à saúde da mulher foram adotados e instituídos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, e aprovados por 191 países, inclusive o Brasil, na maior reunião de dirigentes mundiais de todos os tempos denominados “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” em que os países se comprometeram a cumprir os oito objetivos centrais, até o ano de 2015. Entre as metas existem algumas em relação à saúde no mundo. A preocupação com a saúde e gênero foram levantadas e estão presentes entre as metas como a de promover a igualdade entre sexos e a autonomia das mulheres e a de melhorar a saúde materna e que referem-se à saúde da mulher. Esta preocupação não é apenas pelo alto número de mortes maternas que ocorrem mundialmente, mas pelo fato que estas mortes são na maior parte das vezes evitáveis e estão relacionadas ao contexto socioeconômico e cultural do país (SOUZA, 2013).

De acordo com o relatório feito por um grupo técnico de acompanhamento dos ODM para o balanço da situação no Brasil, o cumprimento destas metas só será possível com a conscientização de cada país em reduzir as desigualdades entre os próprios países e as desigualdades de gênero, raciais e econômicas (BRASIL, 2007).

Neste balanço nacional institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002 apontou que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de

problemas, com prioridade na área da saúde reprodutiva e, em especial, as ações para redução da mortalidade materna (PANOBIANCO, 2014).

Nesse sentido, em 2003, teve o início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes para o período de 2004-2007 (PNAISM) em resposta a avaliação da equipe técnica de saúde da mulher do MS em relação aos avanços e retrocessos alcançados durante a gestão anterior e a priorização da saúde da mulher pelo governo. Em 2004 o MS lançou o documento elaborado segundo a proposição do SUS, com respeito às características da nova política de saúde, e com ênfase na importância da humanização e na qualidade do atendimento. O MS também propôs, em 2004, a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que debate os indicadores da mortalidade materna e neonatal, assim como a situação atual e as estratégias para mudança de um quadro que não é dos melhores (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

Assistência à Saúde Materna

Como vimos um dos grandes problemas enfrentados dentro da saúde da mulher é a mortalidade materna ainda muito elevada e incompatível com o nível de desenvolvimento do país (SOUZA, 2013). Alguns estudos apontam que grande parte da mortalidade materna e também infantil está intimamente relacionada com a falta de assistência adequada no pré-natal e no parto (MONTEIRO; BENÍCIO; FREITAS, 1997).

Pré-natal (PN) é o período de cuidado e a assistência prestada à gestante durante toda gravidez e possui a capacidade de fornecer diagnóstico e o devido tratamento a ser seguido para evitar inúmeras complicações que podem ocorrer na gestação, assim como promove orientação para redução e até a eliminação de fatores e comportamentos de risco para gestação que são passíveis de correção (KILSZTAJN, 2003). O PN minimiza o risco à saúde da mulher e da criança cujo objetivo é acolher a mulher desde o início da gestação, assegurando ao fim da gestação o nascimento de uma criança saudável e a garantia de bem estar materno e neonatal.

A importância da assistência pré-natal no controle e na minimização do risco à saúde da mulher e da criança tem sido bastante estudada. Diversos autores destacam que a assistência pré-natal, além de reduzir as taxas de mortalidade e morbidade perinatal é

especialmente importante para redução de nascimentos pré-termo (NESBITT et al., 1966; ARROYO, 1974; ANDRADE et al., 1978).

Segundo o Manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde (MS) as consultas se dividem em: 1ª consulta no 1º trimestre, consultas mensais até a 34ª semana, consultas no intervalo de duas semanas até a 38ª semana, consultas semanais até o parto ou a 41ª semana. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o número mínimo de consultas pré-natal é seis (BRASIL, 2000b).

Dentre as recomendações normativas da Assistência Pré-Natal preconizado pelo Manual Técnico do MS está a solicitação de exames de rotina na primeira consulta como: grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente); sorologia para sífilis (VDRL); urina tipo I envolvendo resultados referentes à proteinúria, bacteriúria, hematúria, cilindrúria e outros elementos; dosagem de hemoglobina (Hb); teste anti-HIV (voluntário e acompanhado de aconselhamento pré e pós teste); glicemia de jejum; colpocitologia oncótica (se necessário); bacterioscopia do conteúdo vaginal; além de outros exames complementares (BRASIL, 2000b).

A confirmação da idade gestacional na consulta de pré-natal também é outro fator importante tanto para a avaliação do estado nutricional da gestante como para a avaliação do crescimento fetal. Assim como os cálculos da data da última menstruação e a data provável do parto são parâmetros importantes para o profissional identificar a possibilidade de parto prematuro ou pós-datismo, informações estas que auxiliam no planejamento da gestante quanto ao parto e puerpério (MOURA; RODRIGUES, 2002).

Além de favorecer a diminuição da mortalidade materna e neonatal, a assistência pré-natal, deve também objetivar a melhora da qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico puerperal, e sendo isto colocado em prática de fato, poderia constituir-se em uma importante estratégia de melhora da adesão ao pré-natal.

Várias são as iniciativas governamentais discutidas, construídas e implementadas em prol das melhorias e segurança na área da saúde materna; entre elas estão o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Programa Rede Cegonha.

Como políticas públicas pensando no bem estar da mulher e da criança o MS implementou os programas como estratégias que objetivam a humanização e qualificação da assistência e a redução da morbimortalidade materno infantil. Os programas têm o intuito de também de sensibilizar gestores e profissionais de saúde

para melhorar o PN e dentre outras medidas garantir parto e nascimento seguro, por meio de boas práticas de atenção à saúde.

Em 2000 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos com a ampliação do acesso a estas ações. Uma forma de estruturar elementos como o direito reprodutivo e a humanização, normatizando a assistência às gestantes como incremento da qualidade da assistência prestada bem como sua organização (BRASIL, 2000c).

Segundo o PHPN a humanização da assistência às gestantes compreende dois aspectos fundamentais:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento (BRASIL, 2000c).

Em estudo realizado em um município do sul do Brasil, no intuito de avaliar a assistência pré-natal no SUS foi verificado que a cobertura local era boa, mas que uma importante atenção deveria ser dada a educação em saúde durante a assistência pré-natal (TREVISAN et al., 2002).

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a implementação do PHPN estão entre as estratégias empregadas para a redução da mortalidade materna no Brasil, de modo a atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio (BRASIL, 2007) assim como também garantir a qualidade da assistência pré-natal.

Segundo Anversa (2012) o ajustamento do pré-natal nos níveis de qualidade avaliados em seu estudo, que incluía exames de rotina, educação em saúde e outras práticas em saúde foi favorável às gestantes que realizaram o pré-natal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em comparação às que foram atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo o autor esse resultado pode estar atrelado à forma como as unidades que integram a ESF organizam seu trabalho como, por exemplo, a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS formam o principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde (SEABRA, 2008). Assim como outros processos que acontecem nesse meio como a busca ativa das gestantes, formação de vínculo com

os profissionais, registros nos cartões da gestante, trabalho em equipe e adscrição da clientela, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

No estudo de Anversa (2012) é possível perceber que as gestantes atendidas pela ESF receberam mais orientações durante a gestação e foram mais submetidas às exames físicos comparadas àquelas assistidas pela UBS. Estes resultados reforçam ainda mais importância da ESF como forma de estruturação da atenção à saúde, que se constitui como um meio mais efetivo de atendimento à população, mas que deve ser sempre avaliado e estruturado em seus pontos falhos e ampliado como forma de proporcionar o fortalecimento para reorganização da atenção primária à saúde.

Segundo Souza (2000) o contexto do Programa de Saúde da Família (PSF) (termo anterior da ESF) valoriza a equipe e seu trabalho com enfoque multidisciplinar pautando-se nas práticas voltadas para promoção de saúde, preconizado na legislação do SUS, o que favorece uma visão e ação mais ampliada e possibilidade de troca e incorporação de saberes.

Várias abordagens são estudadas para que a gravidez, parto e puerpério possam ser mais seguros. Uma destas abordagens é capacitar o profissional que está em contato com esta população; fazer deste um profissional qualificado para esta atribuição, uma meta que deve ser investida. Um profissional de saúde qualificado é aquele que foi educado e treinado, com habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento das gestantes (MACDONALD; STARRS, 2003; WHO, 2004).

Os preceitos de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde (MS) têm o propósito de oferecer aos profissionais de saúde que prestam assistência à gestante a normatização de procedimentos e condutas a serem realizadas em toda consulta pré-natal (MS, 2000). Estes padrões e normatizações que o MS oferece ajudam a definir o tipo de cuidado que se oferece em cada nível do sistema de saúde e são importantes para orientar a prática de atenção e a qualidade da assistência prestada pelos profissionais (MACDONALD; STARRS, 2003).

A Rede Cegonha é a estratégia mais recente do MS que tem como finalidade a implementação de uma rede de cuidados para a gestante que garante a ela direitos como planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante o pré-natal, parto e puerpério, assim como também garante às crianças o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento seguro e saudável. Esta estratégia possui algumas modalidades de adesão para os municípios e tem o propósito de orientar a atenção materno-infantil no

Brasil com a definição de alguns componentes primordiais para a estratégia como pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à criança e o sistema logístico que consiste em organização do transporte sanitário e regulação (MS, PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011).

No Brasil a adesão ao pré-natal tem apresentado crescimento a cada ano. Em 2003 foram realizadas 8,6 milhões de consultas pré-natal enquanto em 2009 houve um aumento de 125% passando para 19,4 milhões de consultas neste período considerando que em 2003 o número de nascidos vivos foi 3.038.251 e em 2009 foi de 2.881.581. Em 2010, dos 2.861.868 nascidos vivos em todo Brasil, 60% das mães tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal (1.733.492). Essa ampliação deve-se a melhora do acesso das mulheres ao pré-natal (AGÊNCIA DE SAÚDE, 2012; BRASIL, 2009a).

E com a Rede Cegonha, já foi possível avançar ainda mais no acesso às consultas de pré-natal. Em 2011, mais de 1,7 milhão de mulheres fizeram, no mínimo, sete consultas pré-natais (AGÊNCIA DE SAÚDE, 2012).

Aumentou a porcentagem, do ano de 2000 para o ano de 2011, de mulheres que realizam ao menos 4 consultas de pré-natal de 83% em 2000 para 90% em 2011 (BRASIL, 2014).

É possível perceber que há suporte assistencial, mas a pergunta que permanece é como se aplica esta assistência na prática, já que se sabe que a assistência pré-natal expandiu; que grandes foram os progressos na produção científica, inclusão intensa de novas tecnologias na área da saúde e crescimento do acesso à assistência pré-natal. Mas ainda nos deparamos com o problema da morte materna, um acontecimento trágico que repercute de forma danosa nas famílias dos recém-natos, que principalmente necessitam dos cuidados maternos e estimula, de maneira prejudicial, o ciclo da pobreza na sociedade. Dentro dos serviços de saúde, gera angústia e tensão entre os membros das equipes e pacientes por imaginar que pelo simples fato de engravidar, processo natural da reprodução humana, a mulher assume um risco que tem sido negligenciado, pois a maior parte dessas mortes poderia ser evitada (CECATTI; FAÚNDES; SURITA, 1999).

Segundo estudo realizado no ano 2003, sobre a qualidade de atenção ao parto, no mundo, a cada ano temos 120 milhões de gravidezes, dentre estas meio milhão de mulheres morrem em consequência de problemas na gravidez ou parto, e mais de 50 milhões apresentam enfermidades ou incapacidades relacionadas ao parto (MACDONALD; STARRS, 2003).

As altas taxas de morbimortalidade materna permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura (CUNHA et al., 2009).

Apesar das inúmeras iniciativas empreendidas na última década, poucos avanços foram atingidos, ressalta-se que a garantia do direito à maternidade segura continua sendo um problema e a morte materna atinge milhares de mulheres anualmente (BRASIL, 2006c).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Ribeirão Preto – SP, onde o presente estudo foi realizado, são condições essenciais aos municípios a redução da taxa de mortalidade materno infantil com o incentivo à melhoria da qualidade da assistência pré-natal e ao parto com a manutenção do número mínimo de 6 consultas por pré-natal às parturientes usuárias do SUS, da atenção especializada às gestantes que possuem doença de base ou desenvolvidas na gestação em hospitais do município.

A SMS entende também a importância da investigação das causas de óbito materno e infantil para o reconhecimento de situações que possam de alguma maneira, interferir na qualidade da assistência prestada tanto à mãe quanto ao bebê (SMS-Ribeirão Preto, 2000).

Embora tenha ocorrido uma elevação no número de consultas de pré-natal, a assistência ainda não é de qualidade, o que pode ser ainda evidenciado pela alta incidência de sífilis congênita e pelo fato de a hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil (PANOBIANCO, 2014).

Refletindo sobre os dados apresentados fica claro que a melhoria da assistência é fundamental. Embora no Brasil mais de 90% dos partos ocorram em hospitais e, em algumas regiões, cheguem praticamente a 100%, é evidente a necessidade de garantir que a mulher possa ter o seu bebê de forma mais segura, garantir os cuidados de pré-natal adequados, profissionais preparados e sensibilizados no cuidado à mulher gestante e uma atenção ao parto e ao puerpério imediato apropriados para que assim possamos melhorar os indicadores de saúde em especial em relação à saúde materna (LAURENTI et al., 2004).

A mortalidade materna é um indicador de saúde não só da mulher, mas também é capaz de reproduzir como está a saúde da população em geral inclusive apresentando a situação das iniquidades de um país (LAURENTI et al, 2004).

Atualmente, a mulher que está em idade reprodutiva está no auge da vida, portanto sua morte é inadmissível, principalmente porque hoje dispomos de muitos meios e tecnologia para evitá-la (VIEIRA, 2006).

A mortalidade materna é uma das mais graves infrações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2009a).

Apesar dos incentivos e altos investimentos na melhora da assistência o país não deve alcançar a meta estipulada pelas Nações Unidas dentro do ODM5 e reduzir cerca de 35 mortes para cada 100 mil nascidos vivos até 2015. Assim a redução precisa ser em torno de 48% em quatro anos. Para os especialistas, a redução foi significativa, mas ainda está muito longe de tirar o Brasil do ranking dos países com elevado número de mortes durante a gravidez e o parto – cinco a dez vezes maior que o dos países ricos (AGÊNCIA DE SAÚDE, 2012).

A taxa de mortalidade materna no município de Ribeirão Preto – SP, onde nosso estudo foi realizado, em 2010 foi 36,76 mortes por cem mil nascidos vivos e em 2011 foi de 23,9 por cem mil nascidos vivos (Fundação SEADE).

A mortalidade materna continua a ser uma tragédia global. Entretanto, o progresso observado inspira a comunidade internacional a persistir em seu esforço e a vislumbrar como possibilidade a eliminação das mortes maternas evitáveis nas próximas décadas (SOUZA, 2013).

Uma das formas de melhorar as taxas de mortalidade no país é investir numa assistência pré-natal de qualidade e na sensibilização e capacitação dos profissionais ligados à assistência à gestante para que possam oferecer um serviço seguro e adequado a estas mulheres.

Em estudo realizado por Cesar et al (2008) com a finalidade de comparar diferentes estratégias de visitas domiciliares no sul do Brasil pôde mostrar que as gestantes assistidas pelos ACS iniciam o pré-natal mais cedo, realizam o maior número de consultas e maior número de exames de rotina e recebem com maior frequência orientações, dentre elas sobre a amamentação.

Segundo Cesar et al (2008) a melhoria dos indicadores de saúde materna depende da extensão dos cuidados em nível domiciliar, e esta passa, pelos ACS. O estudo mostra que estes trabalhadores possuem um enorme potencial para atuar na assistência Pré-natal, inclusive é parte da sua atribuição e uma ação prioritária dentro de uma unidade de saúde, na Atenção Primária, mas há necessidade de capacitá-los

adequadamente, oferecer suporte contínuo e melhorar sua integração com as equipes locais de saúde.

Devemos ressaltar que o ACS tem papel fundamental nesse cuidado com a gestante e seu bebê; preparar a mulher e sua família para a chegada de um novo membro, orientando-as sobre os cuidados com sua saúde da mãe e filho (BRASIL, 2009b).

Partindo do pressuposto que é fundamental o papel deste profissional dentro de uma equipe de saúde e, em especial, junto da comunidade, da sua ampla atribuição em relação à saúde da população, principalmente dos grupos prioritários de atenção, em específico da gestante. Portanto queremos levantar o conhecimento dos ACSs em relação aos cuidados de pré-natal, já que é algo que faz parte da sua atribuição.

O Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009b) então foi escolhido como material de apoio do nosso estudo por conta da sua linguagem simples e pela ampla orientação que oferece em relação ao cuidado com a gestante. Outros manuais sobre o trabalho do ACS e manuais sobre assistência pré-natal também foram consultados para embasar nossas inferências sobre o objeto de estudo na abordagem feita por meio de inquérito.

Diante do exposto percebemos que a maior disponibilidade de acesso convergindo com a melhora do pré-natal trarão melhorias à assistência à gestante e poderão diminuir taxas de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2005), e em diferentes níveis de atenção, por exemplo, a Atenção Primária à Saúde (APS) que é a porta de entrada nos serviços de saúde para todo e qualquer cidadão, em especial, no nosso estudo, para a gestante.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o grau de conhecimento dos ACSs em relação à Assistência Pré-Natal.

3.2 Objetivos específicos

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

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

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

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

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

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

4.MATERIAL E MÉTODO

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, cuja investigação foi fundamentada na mensuração do grau de conhecimento dos ACS em relação à assistência pré-natal com aplicação de questionário construído especificamente para o estudo.

Local estudo: Unidades de Saúde em atividade com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que contavam com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a presença de ACS ativos no serviço.

População: A população-alvo para o desenvolvimento deste estudo foi de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pertencentes às equipes das unidades vinculadas à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP e vinculadas somente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Amostragem

Numa população total de 313 ACSs (segundo relatório de prestação de contas do 3º quadrimestre de 2013 no município), o tamanho da amostra para avaliar o conhecimento dos ACS das unidades de Ribeirão Preto sobre a assistência pré-natal foi obtido através de amostra estratificada.

Devido ao fato de que o município conta com Unidades de Saúde que além do vínculo à Secretaria de Saúde (SMS) também conta com o vínculo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP (FMRP/USP) que tem como característica a presença de docentes da faculdade e alunos realizando estágios, assim como residentes e aprimorandos, o que estimula as discussões de caso e propicia um ambiente de constante aprendizado. Por conta disto, achamos que seria importante estratificarmos nossa amostra entre ACS de Unidades vinculadas somente à SMS e ACS de Unidades vinculadas também à FMRP – USP.

Os estratos foram fixados em ACSs das Unidades de saúde pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e ACSs das Unidades de saúde pertencentes à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP. Fixou-se uma prevalência de conhecimento sobre a assistência pré-natal estimada de 0,5 ou 50% para cada estrato. $\alpha=5\%$ e erro relativo de 5% resultando numa amostra de 164 ACSs das unidades pertencentes à SMS e mais 28 ACSs das unidades da FMRP/USP, que conta com 6

unidades de saúde e que possuem um total de 30 ACS. Totalizando uma amostra representativa de 192 indivíduos, ou seja, aproximadamente 62% da população total de ACSs

Seleção amostral

Levando em consideração o levantamento dos ACSs feito via telefone e nas próprias Unidades de Saúde após reuniões com as equipes para explicar o projeto encontramos um total de 303 ACSs ativos no momento da coleta de dados, utilizando também o critério de exclusão.

Os ACSs foram sorteados respeitando uma listagem completa de ACSs ativos em cada Unidade de saúde estudada. Para calcular quantos ACSs seriam sorteados em cada Unidade fizemos o cálculo da proporção total de ACSs que seriam avaliados no estudo que gerou um valor de 62% de ACSs da população total. Para tanto foi realizado o sorteio de 62% de ACSs avaliados em cada unidade; este sorteio proporcional foi realizado para evitar que alguma Unidade de Saúde não fosse representada, como pode ser consultado no Apêndice C. Quando algum dos ACSs sorteados estava em período de férias, licença-saúde ou em outra situação em que não fosse possível entrevistá-lo durante a coleta de dados, um novo sorteio foi feito para elencar outro potencial participante.

Na nossa amostra conseguimos um total de 194 entrevistados sendo 172 ACSs pertencentes às unidades da SMS e 22 ACSs das unidades vinculadas à FM RP. Não conseguimos captar todos os ACSs esperados das Unidades vinculadas à FM RP por conta do período da coleta ter coincidido com o período de férias mais usual entre os profissionais, mas trabalhamos com um número além do esperado para a nossa amostra, 64% da população.

4.2 Critérios de Inclusão

Ser ACS.

Atuar nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto.

Estar ativo na sua atribuição durante o período da coleta de dados.

Ter pelo menos um ano de experiência na profissão de ACS.

Critérios de exclusão

ACSs que estiverem de férias durante o período da coleta de dados.

ACSs que estiverem de licença-saúde durante o período da coleta de dados.

ACSs que estiverem em desvio de função durante o período da coleta de dados.
Ter menos de 1 ano de atuação como ACS.

4.3 Variáveis envolvidas no estudo

As variáveis selecionadas para serem estudadas foram aquelas que poderiam não só caracterizar o profissional, mas que poderiam também influenciar o seu grau de conhecimento em relação à assistência pré-natal.

Variáveis independentes

Foram elencadas aquelas variáveis independentes que poderiam ou não estar associadas ao objeto de estudo (variáveis dependentes). Características do perfil do indivíduo: idade, sexo, raça, escolaridade, anos completos de estudo e classificação socioeconômica, tempo de atuação como ACS, tempo de atribuição como ACS na unidade atual e vínculo institucional da unidade de saúde à que pertence: FMRP/USP ou SMS. Estas foram coletadas de acordo com os seguintes critérios:

Idade: anos completos de vida do entrevistado, data de nascimento.

Sexo: masculino ou feminino.

Cor ou raça: branca, preta, amarela, parda ou indígena, de acordo com a classificação do IBGE.

Escolaridade: maior nível de estudo obtido.

Tempo de estudo: obtido pela soma dos períodos em que o profissional estudou.

Classificação econômica: utilizando-se o Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB) (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2004).

Tempo de atuação como agente comunitário de saúde: considerado o período deste o ingresso na profissão até o atual momento, em anos completos.

Tempo de atuação na unidade atual: período que está trabalhando na unidade em que foi entrevistado.

Vínculo institucional da Unidade: se a unidade está vinculada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-FMRP/USP ou somente vinculada a Secretaria Municipal de Saúde-SMS.

Estas variáveis foram agrupadas na seção A do questionário.

Variáveis dependentes

Designado como objeto de estudo o grau de conhecimento dos ACS em relação à assistência pré-natal na ESF.

Conhecimento

Para avaliar o grau de conhecimento dos ACS em relação à assistência pré-natal foi construído um questionário à partir de um conjunto de eixos temáticos que abordam a atribuição do ACS em relação aos cuidados pré-natal e que foram agrupadas nos seguintes eixos:

Conhecimento I: Atuação do ACS, formado por 4 conjuntos de variáveis:

1. Definição da atuação do ACS: conjunto de variáveis que contém a descrição de todas as atividades atribuídas ao ACS na unidade de saúde. Dentre elas estão presentes as referenciadas no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009c), como: a) acompanhamento dos pacientes e orientação, b) cadastro das famílias, c) discutir a situação de saúde de um paciente com a equipe, d) preencher cadastros e o SIAB, e) realizar visitas domiciliares, f) promover ações de educação em saúde, g) fortalecer a relação de vínculo com o paciente.

2. Qualidade da atuação do ACS: conjunto de variáveis que contém as qualidades necessárias que garantem uma boa atuação do ACS conforme descrito no Manual Trabalho do Agente Comunitário (BRASIL, 2009c) dentre elas estão elencadas: a) conhecer o território, b) conhecer os problemas da comunidade e suas potencialidades, c) ser uma pessoa ativa e ter iniciativa, d) gostar de aprender coisas novas, e) observar as coisas/ pessoas / ambiente, f) agir com respeito e ética com a comunidade e demais profissionais, h) estabelecer vínculo com a comunidade e o serviço de saúde.

3. Supervisão do ACS, um dos requisitos que o município deve cumprir para a inserção do PACS segundo portaria nº 1.886, de 18/12/97, do MS (BRASIL, 1997). Variável que contempla a questão se o ACS conhece essa prerrogativa e se reconhece a sua importância.

4. Grupos prioritários de atenção: conjunto de variáveis que contempla todos os grupos prioritários de atenção do ACS que são: a) os acamados, b) adolescentes, c) adultos, d) crianças, e) gestantes, f) idosos, g) pessoas com deficiência e h) pessoas com problemas de saúde mental. Um amplo grupo de atenção prioritária.

Conhecimento II: Abordagem inicial da Gestante, composta por 3 conjuntos de variáveis:

1. Diagnóstico da gestação: conjunto de variáveis que define os sinais e sintomas para identificar a gravidez descritos no guia prático do ACS tais como: a) falta de menstruação, b) peitos doloridos e aumentados, c) enjoo, d) tonturas e e) sonolência.

2. Reconhecimento da gestação e ação do ACS: conjunto de variáveis que contém quais ações recomendadas para que o ACS aborde essa gestante, segundo o guia ao ACS; reconhecer se no domicílio de visita há uma gestante, este deve então questionar a) como ela está se sentindo, b) se tem queixa, c) se realizou alguma consulta de pré-natal, d) orientar a buscar a unidade tanto para iniciar o pré-natal quanto para dar continuidade ao acompanhamento.

3. Atitudes do ACS em relação às recomendações para a gestante que está em acompanhamento de Pré-Natal: conjunto de variáveis que elencam as atividades que o ACS deve se atentar ao abordar uma gestante que já está realizando o Pré-Natal, nesse caso então o ACS deve verificar a) se possui cartão da gestante, b) reforçar a importância do acompanhamento a todas as consultas agendadas, c) atribuição do ACS de fazer a busca ativa da gestante faltosa, d) mesmo que a gestante faça o pré-natal em outro serviço o ACS deve acompanhá-la também, e) o ACS deve saber que o número mínimo de consultas recomendadas pelo MS é de 6 (seis) f) importância de verificar a situação vacinal da gestante e g) conhecimento da Ficha B-GES como instrumento de cadastro e acompanhamento mensal do estado de saúde das gestantes (BRASIL, 2007).

Conhecimento III: Exames e Vacinas importantes para a gestante, composta por 2 conjuntos de variáveis:

1. Exames preconizados para acompanhamento do Pré-Natal: conjunto de variáveis em que estão presentes todos os exames recomendados pelas normativas para acompanhamento da gestação e que o ACS precisa orientar e reforçar, que são: a) grupo sanguíneo e fator Rh (caso ainda não saiba), b) Hemograma ou Hemoglobina/Hematócrito, c) detecção de sífilis – VDRL, d) Toxoplasmose, e) Hepatite B, f) Anti-HIV (a gestante deve ser consultada sobre seu desejo e ser acompanhada de aconselhamento pré e pós teste), g) exame de urina, h) exame de glicose e i) exame preventivo de colo de útero.

2. Vacinas importantes no período gestacional: conjunto de variáveis em que são elencadas todas as vacinas recomendadas para maior cuidado da gestante e que devem ser orientadas também pelos ACS que são: a) difteria e tétano (dupla bacteriana tipo adulto), b) tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), c) hepatite B e d) febre amarela.

Conhecimento IV: Sinais e sintomas de risco durante a gestação e sinais de trabalho de parto, composta por 2 conjuntos de variáveis:

1. Sinais e sintomas de alerta e risco na gestação: conjunto de variáveis que apresenta os principais sinais e sintomas de atenção para o risco para a gestação, gestante e seu bebê e que os ACS precisam se atentar para que possam rapidamente fazer avaliação, orientação e encaminhamento quando necessário. Os sinais e sintomas apresentados são: a) perder líquidos ou sangue pela vagina, b) acordar com pernas, mãos, braços e olhos inchados, c) febre alta, d) vomitar frequentemente, e) fortes dores de cabeça, f) ter contrações fortes na barriga antes do previsto para o parto, g) a barriga parar de crescer ou crescer demasiadamente e h) se no último semestre de gestação a mãe não sentir o bebê mexer por mais de 24 horas.

2. Sinais de trabalho de parto: conjunto de variáveis que mostra os sinais mais comuns de início de trabalho de parto e que são importantes para o ACS reconhecer, acalmar e rapidamente orientar a gestante a procurar o local de referência para seu o parto. Dentre os quais estão: a) perda de “tampão” mucoso pela vagina (secreção às vezes com aspecto sanguinolento) e o período em que isto usualmente acontece, b) dor nas costas que vai para a parte de baixo da barriga, c) perda de líquido pela vagina - rompimento da bolsa.

Conhecimento V: aspectos e orientações gerais da abordagem do ACS com a gestante. Composta pela mistura das variáveis dos conhecimentos abordados anteriormente: Aspectos gerais da atuação do ACS com a gestante, recomendações, normativas do pré-natal como: a) orientações de alimentação saudável, b) atividade física, c) mitos, d) vacinas e exames importantes, e) higiene e conforto (em relação à saúde bucal) f) hábitos saudáveis e g) como proceder em situações que demonstram sinais de risco.

Variáveis de contexto

Localização: onde está inserida a Unidade de saúde do entrevistado

Instrumento de pesquisa

Questionário construído e desenvolvido pelo próprio autor especificamente para o estudo, baseado nas normatizações presentes principalmente no Manual Técnico de Assistência Pré-Natal (BRASIL, 2000b), no Guia Prático do Agente Comunitário de

Saúde (BRASIL, 2009b) e no documento Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009c).

O questionário contém um total de 73 questões agrupadas em 2 seções: A e B, que encontra-se no Apêndice A.

A seção A do questionário aborda a identificação do sujeito, no caso o ACS, questões para caracterizar o perfil da amostra e conta com questões sobre as variáveis independentes, que estão descritas acima:

- Seção contém questões para a identificação do entrevistado e especificações do local de trabalho.
- Seção contém dados para caracterizar o perfil da amostra como idade, sexo, raça escolaridade e aspectos socioeconômicos dos entrevistados.

A seção A conta com 12 questões sendo esta última dividida em *a*, *b*, *c*, *d* e *e* para caracterizar o aspecto socioeconômico dos entrevistados.

Para avaliarmos o conhecimento dos profissionais entrevistados de acordo com as normativas de referência utilizadas como o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009b), o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério (SÃO PAULO, 2010) e demais manuais, as questões apresentadas no referencial teórico foram adaptadas e codificadas para a formulação do questionário.

A seção B do questionário aborda este conhecimento dos ACSs, trabalhando com as variáveis dependentes, também descritas anteriormente. Esta seção foi dividida em 5 grupos definidos como Conhecimento I, Conhecimento II, Conhecimento III, Conhecimento IV e Conhecimento V.

Nesta seção o primeiro grupo de Conhecimento I contém 15 questões (da 13ª à 27ª questão), ou seja, 15 pontos, com o tipo de resposta entre CERTO, ERRADO e NÃO SEI. Neste grupo foi abordado o trabalho do ACS: quais são suas atribuições específicas, as qualidades necessárias para ser um bom ACS, questões sobre como repassar suas informações e tirar dúvidas e sobre os grupos prioritários de atenção que o agente deve ter mais cuidado.

O segundo grupo de Conhecimento II contém 14 questões (da 28ª à 41ª questão) do tipo CERTO, ERRADO e NÃO SEI. Neste grupo foram abordadas questões sobre um dos grupos prioritários de atenção que é o da gestante: quais os sinais indicativos da gravidez; o que o ACS deve fazer ao encontrar uma gestante no domicílio e se esta gestante já acompanha no pré-natal, quais são as recomendações que o ACS deve orientar à gestante.

O terceiro grupo de Conhecimento III contém duas questões (da 42^a à 43^a questão) do tipo aberta, em que o ACS teve que elencar os exames importantes para a gestante e as vacinas recomendadas para a mulher adulta e em especial a gestante. Nestas questões havia um espaço para que o ACS pudesse responder outros exames ou vacinas que não estivessem previamente elencadas no questionário.

O quarto grupo de Conhecimento IV contém 13 questões (da 44^a à 56^a questão) do tipo CERTO, ERRADO e NÃO SEI. Este grupo tratou de questões relacionadas aos principais sinais e sintomas de risco para a gestação, gestante e seu bebê e os sinais de trabalho de parto que merecem atenção do ACS para que possam rapidamente ser avaliados, orientados e encaminhados quando necessário.

O quinto grupo de Conhecimento V contém 17 questões (da 57^a à 73^a questão) do tipo CERTO, ERRADO e NÃO SEI. Este grupo levantou aspectos gerais da atuação do ACS com a gestante, recomendações, normativas do pré-natal, questões sobre alimentação saudável, atividade física, mitos, exames e vacinas importantes, higiene e conforto (saúde bucal), hábitos saudáveis, e sinais de risco.

Para efeito de organização do questionário, pontuamos as questões à partir da questão 12 (dividida em *a*, *b*, *c*, *d* e *e*) da seção A de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB) (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2004).

Na seção B pontuamos da seguinte forma, para as questões do tipo CERTO, ERRADO e NÃO SEI atribuímos 1 ponto para a questão respondida de forma correta, 0 ponto para a questão respondida de forma errada e 0 pontos para respostas do tipo NÃO SEI.

No caso das questões abertas, para pontuar nas respostas esperadas (elencadas previamente como os exames e vacinas) foi atribuído 2 pontos para cada resposta certa dita de forma espontânea de acordo com as respostas prévias esperadas. Já para as respostas esperadas e respondidas de forma estimulada foi atribuído 1 ponto; caso o entrevistado não soubesse sua pontuação foi de 0 ponto.

Já, em especial, para o caso do Conhecimento III – vacinas formulamos um plano de pontuação diferente. As vacinas foram divididas em indicadas, contraindicadas e não indicadas:

- as indicadas são as recomendadas pelo MS e não trazem nenhum problema adverso à mãe e ao bebê e são de extrema importância na gravidez: dT ou dTPa (dupla adulto – tétano e difteria), Hepatite B e Influenza. Estas vacinas indicadas

foram pontuadas como +2 pontos, na forma espontânea, +1 ponto na forma estimulada e 0 ponto se não responderem ou não souberem.

- as contraindicadas são as vacinas proibidas para as gestantes pois, possuem na sua composição vírus vivo e que podem trazer sérias consequências à mãe e ao bebê. Entre elas estão: SCR (sarampo, caxumba e rubéola – tríplice viral), catapora (varicela) e febre amarela.

as vacinas contraindicadas foram pontuadas na parte “Outros” do questionário, ou seja, resposta espontânea dos participantes e foram computados -2 pontos para cada uma.

- as não indicadas são vacinas que fazem parte da rotina de vacinação, mas não existem estudos mais apurados do efeito da vacina em gestante como é o caso da vacina de HPV, não sendo de tanta importância para estes casos, salvo em momentos ou situações em que o risco da doença é maior para a gestante, daí é feita a vacinação sob avaliação criteriosa e indicação clínica. Vacinas: pneumococo (pneumonia), Hepatite A, HPV e BCG (tuberculose)

*a vacina para Hepatite C não existe.

Para estas vacinas não indicadas foram computados -1 pontos para cada uma.

4.4 Pré-teste

Com a finalidade de testar o questionário, foi feito um pré-teste do instrumento com o intuito de verificar se o questionário responde ao que foi proposto, se tinha questões com erros, questões que pudessem causar dúvidas ao entrevistado e entrevistador, questões repetitivas e demais falhas que pudessem prejudicar a aplicação do questionário e assim poder adaptar as questões e melhorar o instrumento para a coleta de dados.

No total este pré-teste foi realizado com 10 ACS pertencentes às Unidades vinculadas à SMS que tivessem maior número destes profissionais, unidades com mais de 20 ACS. Os profissionais que responderam este pré-teste não foram incluídos no sorteio para aplicação no questionário final.

4.5 Entrevistadores

Pelo grande número de entrevistas que foram feitas, esta pesquisa demandou acréscimo de dois entrevistadores para auxiliar na coleta de dados para tanto foi feita uma chamada de possíveis entrevistadores interessados em realizar e auxiliar na

pesquisa. Esta chamada foi informal e depois de selecionados os entrevistadores, foi feito um treinamento destes, com o intuito de capacitá-los para o trabalho e evitar viés na aplicação do questionário.

Este treinamento teve uma carga horária de 8 horas e constou de uma capacitação sobre as habilidades de um bom entrevistador, como fazer uma entrevista de forma adequada sem que houvesse algum tipo de influência, uma aula sobre esta temática. Depois foi feita a apresentação do instrumento da pesquisa, uma discussão sobre o questionário e sua finalidade, ao final foram respondidas algumas dúvidas sobre sua aplicação.

4.6 Preparação do campo

Após o projeto ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foi feito contato com os gerentes ou responsáveis pelos seis Núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste de Ribeirão Preto/SP vinculados à FMRP e todas as Unidades de Saúde, que contavam com ACS, vinculadas à SMS para explicar o projeto à equipe e aos sujeitos, neste caso os ACS.

Após este primeiro contato, realizamos uma breve reunião com os responsáveis pela Unidade e os ACSs presentes para apresentação e explicação do projeto e sua proposta e o que demandaria da Unidade e dos ACSs.

Depois de pactuado com a equipe quanto à disponibilidade do local e da disposição dos sujeitos foi acordado datas e horários para a aplicação do questionário, de maneira que fosse viável à Unidade e aos ACSs e que não atrapalhasse o fluxo de atendimentos.

4.7 Aspectos éticos

Ao iniciar as atividades os sujeitos foram informados sobre o conteúdo do projeto e quais eram seus direitos e quais atividades seriam submetidos, assim após apreciação dos sujeitos estes receberam e assinaram o TCLE.

Amparados pela Resolução 196/96 de Proteção Ética de Pesquisa em seres humanos, foi mantido total sigilo dos participantes do estudo e estes não foram reconhecidos no estudo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP com número CAAE: 19537713.0.0000.5440. A versão dois foi aprovada em 04 de

novembro de 2013 com parecer do CEP de número: 444.889, observando-se, em seu desenvolvimento, os preceitos éticos previstos na *Resolução no 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

4.8 Coleta de dados

Os critérios de inclusão e exclusão foram garantidos e os ACSs que aceitaram participar da entrevista foram selecionados (sorteados), assinaram o TCLE e realizaram as entrevistas por meio da aplicação do questionário desenvolvido para a pesquisa no dia estabelecido com gerente, ACSs e Unidade para a coleta de dados.

A coleta de dados se deu no período de 14 de novembro de 2013 a 16 de janeiro de 2014 e ocorreu em todas as 32 Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP incluindo Centro de Saúde Escola (CSE), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF), que contavam com ACS ativos dentro da equipe de trabalho.

Ao final das entrevistas em cada Unidade e entre os mesmos ACSs entrevistados foi pactuado que após a análise dos dados, os resultados seriam apresentados em reunião de equipe para que assim pudessemos dar um retorno do nosso trabalho e contribuir com a capacitação dos profissionais.

4.9 Planejamento da Análise

Para que pudessemos realizar os cruzamentos entre as variáveis independentes tivemos que trabalhar nos dados obtidos recodificando-os, ou seja, classificando os dados brutos em grupos para que assim fosse possível visualizar melhor os achados estatísticos.

Variáveis independentes como idade foi classificada em 4 grupos de 20 a 35 anos, 36 a 44 anos, 45 a 55 anos e 56 a 67 anos, o sexo em masculino e feminino.

Já na variável raça/cor houve uma modificação nos dados para efeito de análise, recodificamos os grupos classificados como raça amarela e raça indígena em que havia apenas um representante em cada grupo, reagrupando o grupo raça amarela como raça branca e o grupo raça indígena como raça parda.

A variável escolaridade dos participantes foi agrupada em 4 grupos: ensino fundamental, ensino médio, curso técnico e ensino superior e a variável anos de estudo foi dividida em 2 grupos: de 4 a 11 anos e de 12 a 20 anos de estudo.

Na classificação econômica sistematizamos apenas 4 grupos econômicos como classes A, B, C e D para simplificar a análise e o entendimento.

O Tempo de atuação como ACS em 3 grupos: de 1 a 8 anos (menos de 8 anos), de 9 a 12 anos e de 13 a 14 anos (mais de 13 anos), tempo de atuação como ACS na Unidade atual foi dividido em 3 grupos: com menos de 5 anos de 6 a 10 anos e 11 a 14 anos de atuação.

O vínculo institucional foi classificado como USP ou SMS.

Para melhor visualização estabelecemos o plano de cruzamentos abaixo.

Plano de cruzamentos

Variável independente	Variável dependente
Idade	Conhecimento I
• 20 a 35 anos	Conhecimento II
• 36 a 44 anos	Conhecimento III
• 45 a 55 anos	Conhecimento IV
• 56 a 67 anos	Conhecimento V

Variável independente	Variável dependente
Sexo	Conhecimento I
• Masculino	Conhecimento II
• Feminino	Conhecimento III
	Conhecimento IV
	Conhecimento V

Variável independente	Variável dependente
Raça	Conhecimento I
• Branca	Conhecimento II
• Preta/negra	Conhecimento III
• Parda	Conhecimento IV
	Conhecimento V

Variável independente	Variável dependente
Escolaridade	Conhecimento I
• Ensino fundamental	Conhecimento II
• Ensino médio	Conhecimento III
	Conhecimento IV

<ul style="list-style-type: none"> • Curso técnico • Superior/graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado) 	Conhecimento V
---	----------------

Variável independente	Variável dependente
Anos de completos de estudo	Conhecimento I
<ul style="list-style-type: none"> • 4 a 11 anos • 12 a 20 anos 	Conhecimento II
	Conhecimento III
	Conhecimento IV
	Conhecimento V

Variável independente	Variável dependente
Classificação Econômica	Conhecimento I
<ul style="list-style-type: none"> • Classe A • Classe B • Classe C • Classe D 	Conhecimento II
	Conhecimento III
	Conhecimento IV
	Conhecimento V

Variável independente	Variável dependente
Tempo de atuação como ACS	Conhecimento I
<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 8 anos (menos de 8 anos) • 9 a 12 anos • 13 a 14 anos (mais de 13 anos) 	Conhecimento II
	Conhecimento III
	Conhecimento IV
	Conhecimento V

Variável independente	Variável dependente
Tempo de atuação como ACS na unidade atual	Conhecimento I
<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 5 anos • 6 a 10 anos • 11 a 14 anos 	Conhecimento II
	Conhecimento III
	Conhecimento IV
	Conhecimento V

Variável independente	Variável dependente
Vínculo institucional	Conhecimento I
<ul style="list-style-type: none"> • USP • SMS 	Conhecimento II
	Conhecimento III
	Conhecimento IV

	Conhecimento V
--	----------------

Para realização da análise estatística utilizamos o programa STATA versão 9.1.

Como forma de comparar os resultados encontrados em cada bloco de conhecimento, já que cada um conta com um número diferente de questões e variadas respostas foram obtidas dentro de cada bloco realizamos o escalonamento dos resultados em valores de 0 a 10. Transformamos o maior valor que poderia ser alcançado em cada bloco em 10 e o menor valor em 0 e realizamos uma regra de três para conhecer a pontuação atingida pelos entrevistados numa escala, o que possibilitou a comparação entre os blocos.

Utilizamos os testes Qui Quadrado (χ^2) e teste Exato de Fisher como base estatística para calcular as associações entre as variáveis independentes e dependentes. Para considerar a associação como verdadeira atribuímos o valor de $p < 0,05$ ou teste Exato de Fisher $< 0,05$.

Realizamos também o cálculo das associações com variáveis de controle para garantir a fidedignidade dos resultados. Em alguns casos foi necessária a adaptação de algumas variáveis por conta de que algumas associações se mostravam insuficientes em número para o cálculo.

Em relação a cada tipo de Conhecimento realizamos algumas modificações nas tabelas de conhecimento agregando e aglutinando alguns valores para efeito de análise estatística, assim foi possível realizar os cruzamentos e as análises estatísticas assim como também classificamos os blocos de conhecimento em baixo, médio e alto, ou, em alguns casos, em conhecimento baixo e alto. Estes dados podem ser visto nos resultados do conhecimento dos participantes para cada bloco.

5. RESULTADOS

5. Resultados

5.1 Perfil dos Participantes

No total dos 194 ACSs entrevistados, encontramos uma idade média dos participantes de 44,9 anos, sendo a idade mínima 20 anos e a máxima de 67 anos (Desvio Padrão, DP: 10,1 anos). Na tabela 1 podemos visualizar a distribuição da idade dos participantes apresentado em 4 grupos etários para efeito de análise.

Tabela 1 – Distribuição da frequência absoluta e percentual das idades dos ACSs em 4 faixas etárias

Idade dos Participante	Freq.	Percent
20 a 35 anos	37	19,1%
36 a 44 anos	66	34,0%
45 a 55 anos	57	29,4%
56 a 67 anos	34	17,5%
Total	194	100%

A maioria dos participantes era do sexo feminino, o que corresponde a 91,7% (178 entrevistados) desta amostra (tabela 2), e de cor ou raça autodeclarada como branca, correspondendo a 56,7 %, ou seja, 110 entrevistados (tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição da frequência absoluta e percentual do sexo entre os ACSs

Sexo	Freq.	Percent.
Masculino	16	8,2%
Feminino	178	91,7%
Total	194	100%

Tabela 3 – Distribuição da frequência absoluta e percentual da raça entre os ACSs

Cor ou raça (autodeclarado)	Freq.	Percent.
Branca	110	56,7%
Preta/Negra	30	15,4%
Amarela	1	0,5%
Parda	52	26,8%
Indígena	1	0,5%
Total	194	100 %

Quanto à escolaridade distribuição das respostas foi bem variada, metade dos participantes, 97 entrevistados, tinham o ensino médio ou 2º grau completo como curso

mais elevado concluído. O restante dos entrevistados se distribuiu com 28,8% (56 entrevistados) em ACSs que obtiveram o curso técnico como grau mais elevado concluído, 10,8% (21 entrevistados) apenas com o ensino fundamental ou 1º grau completo como escolaridade mais elevada e cerca de 10% dos entrevistados que tinham o ensino superior ou curso de pós-graduação *lato sensu* como escolaridade mais elevada concluída (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da frequência absoluta e percentual da escolaridade dos ACSs

Escolaridade /curso mais elevado concluído	Freq.	Percent.
Ensino Fundamental	21	10,8%
Ensino Médio	97	50%
Curso Técnico	56	28,8%
Superior- graduação	16	8,2%
Especialização	3	1,5%
Mestrado/Doutorado	1	0,5%
Total	194	100%

Ainda em relação à escolaridade foi calculado o tempo de estudo, computando-se os anos de escolaridade total e obtivemos um tempo mínimo de estudo de 4 anos e máximo de 20 anos (tabela 5) e uma média de anos de escolaridade de 11,7 anos (DP: 2,3 anos).

Tabela 5 - Distribuição da frequência absoluta e percentual dos anos de escolaridade dos ACSs

Anos de escolaridade	Freq.	Percent.
4	1	0,5%
5	2	1,0%
6	3	1,5%
8	8	4,1%
9	13	6,7%
10	7	3,6%
11	73	37,6%
12	28	14,4%
13	27	13,9%

Continua

*Conclusão***Tabela 5 - Distribuição da frequência absoluta e percentual dos anos de escolaridade dos ACSs**

Anos de escolaridade	Freq.	Percent.
14	8	4,1%
15	14	7,2%
16 anos ou mais	10	5,1%
Total	194	100%

Para poder classificar os ACSs em relação aos aspectos socioeconômicos foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB) (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2004). Utilizamos a versão de 2013 que classifica economicamente os indivíduos em Classes A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E; obtivemos uma ampla variedade de respostas com uma pontuação mínima de 13 e máxima de 38, que satisfaz a classe D e A2 respectivamente.

Encontramos uma pontuação média de 25,4 pontos (DP: 4,6 pontos) o que equivale a indivíduos pertencentes à classe B2, que, de acordo com o site do CCEB, corresponde à uma renda média bruta familiar no mês em torno de R\$2654,00 (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da frequência absoluta e percentual das classes econômicas dos ACSs segundo CCEB (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2004)

Classes econômicas		
Segundo o CCEB	Freq.	Percent.
Classe A2	7	3,6%
Classe B1	45	23,2%
Classe B2	90	46,4%
Classe C1	43	22,2%
Classe C2	8	4,1%
Classe D	1	0,5%
Total	194	100%

Destes 194 participantes 131 (67,5%) moravam, residiam no território pertencente à Unidade de Saúde em que trabalhavam e os 63 (32,4%) restantes não moravam no território vinculado a respectiva Unidade de Saúde (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da frequência absoluta e percentual do local de moradia dos ACSs

ACS mora no território da Unidade	Freq.	Percent.
Sim	131	67,5%
Não	63	32,4%
Total	194	100%

Questionamos também sobre o chefe da família e sua instrução e tivemos como resposta que 42,3% dos ACSs (82 entrevistados) eram os próprios chefes da família, seguidos por 37,6% (73 entrevistados) em que o chefe da família era o(a) esposo(a) (tabela 8). E novamente em relação à instrução a maioria dos chefes de família, 57,7% (112 entrevistados) possuía o ensino médio como escolaridade mais elevada e concluída (tabela 9).

Tabela 8 - Distribuição da frequência absoluta e percentual dos chefes de família referidos pelos ACS

Chefe da família	Freq.	Percent.
O (a) próprio (a)	82	42,3%
Marido /esposo	73	37,6%
Casal	23	11,9%
Outros	16	8,2%
Total	194	100%

Tabela 9 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da instrução dos chefes de família

Instrução do chefe de família	Freq.	Percent.
Analfabeto/fundamental 1 Incompleto	10	5,1%
4ª série/fundamental 1 Completo	25	12,8%
Fundamental 2 completo	33	17,0%
Ensino médio completo	112	57,7%
Superior completo	14	7,2%
Total	194	100%

Em relação ao tempo de serviço dos profissionais na atuação como ACS obtivemos uma variação de 1 a 14 anos (tabela 10) com tempo médio de atuação de 9,2 anos (DP: de 4,7 anos). Ao questionar o tempo de atuação na Unidade de Saúde atual,

local onde o entrevistado foi abordado para responder a pesquisa, encontramos uma variação de menos de 1 ano (meses) a 14 anos (tabela 11) e uma média de 8 anos de atuação como ACS na Unidade de Saúde atual (DP: 4,8 anos). Podemos ainda verificar, com esta distribuição que houve aglutinação da frequência em alguns anos como em 1 ano, 9 anos e 13 anos de atuação que podem estar relacionados aos concursos para provimento destas vagas no município (tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da frequência absoluta e percentual do tempo de atuação dos ACSs

Tempo de atuação como ACS (anos)	Freq.	Percent.
1	42	21,6%
7	10	5,1%
8	7	3,6%
9	24	12,3%
10	10	5,1%
11	2	1,0%
12	6	3,1%
13	88	45,3%
14	5	2,5%
Total	194	100%

Tabela 11 – Distribuição da frequência absoluta e percentual do tempo de atuação como ACS na Unidade Atual

Tempo de atuação como ACS na Unidade atual (anos)	Freq.	Percent.
5 anos ou menos	62	31,9%
6 a 10 anos	57	29,4%
11 anos ou mais	75	38,7%
Total	194	100%

Entre os 194 ACSs 22 (11,3%) deles trabalhavam nos Núcleos de Saúde da Família – NSF vinculados à FMRP/USP e 172 (88,6%) ACS trabalhavam nas Unidades de Saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto-SP (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da frequência absoluta e percentual do vínculo das Unidades de Saúde em que os ACSs trabalhavam

Vínculo da Unidade de Saúde	Freq.	Percent.
USP	22	11,3%
SMS	172	88,6%
Total	194	100%

5.2 Conhecimento dos Participantes

5.2.1 Conhecimento I

Apresentamos a seguir a proporção das respostas obtidas no quesito Conhecimento I.

Conhecimento I aborda assunto relacionado ao universo de trabalho do ACS, qualidades necessárias para ser um ACS e a supervisão deles. Questões de caráter mais amplo com a descrição das atividades desenvolvidas por eles na Unidade de Saúde. Este Conhecimento poderia variar de 0 a 15 pontos.

Dentro deste eixo temático do Conhecimento I que contém 15 afirmações constatamos que a maioria dos ACSs respondeu de forma adequada as 13 afirmações com uma proporção de acertos entre 90,2 a 100% (tabela 13).

Percebemos que a questão que gerou maior diversidade de respostas foi a afirmativa “Quando solicitado pelo paciente, os agentes comunitários devem manter o sigilo total das informações prestadas e não revelar para a equipe”, que envolve a temática do sigilo das informações sobre assuntos pertinentes à saúde a qual o ACS deve discutir com um profissional para melhor orientar o paciente. A maioria dos entrevistados, 61,3% dos participantes (119), respondeu corretamente a afirmativa, mas 36,6% (71) responderam erroneamente e 2,1% (4) não souberam responder, circunstância esta em que os entrevistados não pontuariam (tabela 13).

Outra questão que gerou dúvida, mas em menor proporção que a referida anteriormente foi a afirmativa “Não existem grupos prioritários específicos de atenção para que o agente comunitário acompanhe”, sobre os grupos prioritários de atenção para os ACSs. 86,6% dos entrevistados (168) responderam corretamente, que existem os grupos específicos de atenção para os ACSs, sendo que 12,3% (24) responderam de maneira errada e 1,0% dos participantes (2) não souberam responder (tabela 13).

*NS = Não sei/não soube responder

Conhecimento I

Tabela 13 – Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento I

O papel do agente comunitário (ACS) é:	Acerto		Erro		*NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Fazer o cadastro das famílias, preencher cadastros como o SIAB e realizar o acompanhamento mensal das famílias. (V)	193	99,4%	1	0,5%	0	0%
					<i>Continua</i>	

Continuação

Tabela 13 – Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento I

O papel do agente comunitário (ACS) é:	Acerto		Erro		NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
É papel do agente comunitário medir a pressão arterial e pesar os pacientes. (F)	190	97,9%	3	1,5%	1	0,5%
O agente comunitário não faz atividades de educação em saúde. (F)	188	96,9%	5	2,5%	1	0,5%
Uma das principais atividades do agente comunitário é a visita domiciliar. (V)	194	100%	0	0%	0	0%
Conhecer o território de abrangência e as redes de parceria como igreja, associações de bairro não é importante no trabalho do agente comunitário. (F)	193	99,4%	1	0,5%	0	0%
Formar vínculos com a comunidade é fundamental para o agente comunitário. (V)	194	100%	0	0%	0	0%
Quando solicitado pelo paciente, os agentes comunitários devem manter o sigilo total das informações prestadas e não revelar para a equipe. (F)	119	61,3%	71	36,6%	4	2,1%
Ter iniciativa, gostar de aprender coisas novas e ser um bom observador das coisas, pessoas e ambiente são qualidades de um bom agente comunitário. (V)	194	100%	0	0%	0	0%
O agente comunitário cuida da saúde e não precisa planejar melhorias no bairro e na comunidade. (F)	175	90,2%	15	7,7%	4	2,1%
O agente comunitário tem autonomia e não precisa repassar à equipe as informações que encontrou durante seu trabalho. (F)	192	98,9%	1	0,5%	1	0,5%
Quando o agente comunitário tem dúvidas ele deve buscar respostas junto à enfermeira que é o profissional responsável pela supervisão de seu trabalho. (V)	192	98,9%	2	1,0%	0	0%

Continua

*Conclusão***Tabela 13 – Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento I**

O papel do agente comunitário (ACS) é:	Acerto		Erro		NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Não existem grupos prioritários específicos de atenção para que o agente comunitário acompanhe.(F)	168	86,6%	24	12,3%	2	1,0%
Os idosos e pessoas com deficiências são os grupos mais importantes de atenção para o agente comunitário que merecem mais visitas, excluindo os demais grupos.(F)	176	90,7%	17	8,7%	1	0,5%
A gestante é um grupo importante de atenção.(V)	192	98,9%	2	1,0%	0	0%
A gestante, acamados, adolescentes, adultos, crianças, idosos e pessoas com deficiência são grupos prioritários de atenção para o agente comunitário. (V)	188	96,9%	6	3,09%	0	0%

Em relação às respostas foi possível perceber que a maior parte dos entrevistados obteve uma pontuação máxima possível de 15 pontos o que corresponde à 43,3% dos participantes (84) e uma pontuação mínima de 11 pontos alcançada por apenas 1% dos entrevistados (2). Já 72 entrevistados (37,1%) tiveram apenas um erro neste quesito (tabela 14). A média de pontuação para as afirmativas do Conhecimento I foi de 14,2 com desvio padrão de 0,9 ponto e mediana de 14 pontos.

Tabela 14 – Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação dos ACSs no Conhecimento I

Resultado pontuação		
Conhecimento I	Freq.	%
11	2	1,0%
12	10	5,1%
13	26	13,4%
14	72	37,1%
15	84	43,3%
Total	194	100%

O Conhecimento I foi classificado em conhecimento baixo (de 11 a 13 pontos), conhecimento médio (14 pontos) e conhecimento alto (15 pontos) conforme mostra a tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento I

Conhecimento I	Freq.	Percent
11 a 13 pontos Conhecimento baixo	38	19,6%
14 pontos Conhecimento médio	72	37,1%
15 pontos Conhecimento alto	84	43,3%
Total	194	100%

5.2.2 Conhecimento II

O eixo temático Conhecimento II trata dos cuidados que os ACSs devem ter na abordagem inicial da gestante e o que precisa ser orientado neste primeiro contato.

Este eixo contém 14 afirmações e poderia variar de 0 a 14 pontos. Os entrevistados obtiveram uma variação de respostas com uma proporção de acertos de 96,3 a 100% para 11 destas afirmativas (tabela 16).

A afirmativa “O cadastro e acompanhamento mensal do estado de saúde da gestante devem ser preenchidos e atualizados na Ficha A”, que trata da ficha de cadastro e acompanhamento da gestante feito na Ficha B e não na Ficha A como é referida no questionário, e que deve ser preenchida pelo ACS além de outros profissionais foi a afirmativa que apresentou a maior proporção de erro. A maioria dos entrevistados 60,8% (118 participantes) errou esta questão o que pode significar o desconhecimento dos ACSs em relação à ficha específica da gestante (tabela 16).

Outro assunto abordado nas afirmativas que gerou maior diversidade de respostas foi a afirmativa “É recomendado que a gestante realize no mínimo 4 consultas durante o pré-natal”, em relação ao número mínimo de consultas de pré-natal recomendado pelo MS e que na verdade são 6 consultas. 53,6% dos participantes (104) acertaram a questão dizendo que não seria 4 o número mínimo de consultas enquanto que 40,2% dos entrevistados (78) erraram e 6,1% dos entrevistados (12) não souberam responder (tabela 16).

A afirmativa “A dor de cabeça pode ser sinal de gravidez, o agente comunitário deve orientar a realizar o teste de gravidez”, relaciona a dor de cabeça como um dos sintomas de gravidez e como é algo inespecífico e sem o acompanhamento de outros sintomas não deveria ser orientado a realização do teste de gravidez. Esta afirmativa trouxe algumas divergências, mas não em número tão relevante quanto às descritas acima; 82,9% dos participantes (161) acertaram a afirmação, 9,2% (18) erraram a afirmativa e 7,7% dos entrevistados (15) não souberam responder (tabela 16).

Conhecimento II

Tabela 16 - Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento II

As seguintes situações são:	Acerto		Erro		NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Durante a visita domiciliar o agente comunitário deve perguntar se há gestante na casa.(V)	191	98,4%	3	1,5%	0	0%
Ao encontrar uma gestante no domicílio, a primeira conduta do agente comunitário é medir a pressão da gestante.(F)	194	100%	0	0%	0	0%
Se tiver gestante na casa o agente comunitário deve perguntar se ela tem alguma queixa, como está se sentindo e se está realizando o pré-natal. Se não estiver orientá-la a procurar a Unidade de Saúde. (V)	193	99,4%	1	0,5%	0	0%
O cadastro e acompanhamento mensal do estado de saúde da gestante devem ser preenchidos e atualizados na Ficha A. (F)	76	39,1%	118	60,8%	0	0%
A dor de cabeça pode ser sinal de gravidez, o agente comunitário deve orientar a realizar o teste de gravidez. (F)	161	82,9%	18	9,2%	15	7,7%
Alguns dos sinais de gravidez são a falta de menstruação, peitos doloridos e aumentados; enjoo, tonturas e sonolência. (V)	194	100%	0	0%	0	0%
O pré-natal é o primeiro passo para cuidar da saúde da gestante e do bebê. (V)	193	99,4%	0	0%	1	0,5%
O agente comunitário deve orientar a gestante somente a procurar a Unidade de Saúde para fazer seu cartão. (F)	188	96,9%	6	3,1%	0	0%
O agente comunitário deve conferir se a gestante possui o cartão de gestante e reforçar o acompanhamento à todas as consultas pré-natal.(V)	193	99,4%	1	0,5%	0	0%

Continua

Tabela 16 - Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento II

As seguintes situações são:	Acerto		Erro		NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
O agente comunitário faz busca ativa das gestantes faltosas às consulta de pré-natal.(V)	192	98,9%	2	1,0%	0	0%
Se a gestante faz o pré-natal em outro serviço não é necessário fazer o acompanhamento dela. (F)	187	96,3%	7	3,6%	0	0%
É recomendado que a gestante realize no mínimo 4 consultas durante o pré-natal. (F)	104	53,6%	78	40,2%	12	6,1%
Só recebe o cartão da gestante aquelas que passam por gravidez de risco. (F)	190	97,9%	0	0%	4	2,1%
Não é necessário o agente comunitário conferir o cartão de vacinação da gestante, isso é trabalho da enfermagem. (F)	190	97,9%	4	2,1%	0	0%

Em relação às possíveis respostas para o Conhecimento II tivemos uma distribuição com pontuação mínima encontrada de 9 e a máxima possível de 14 pontos. Dentre os entrevistados 15,9% dos participantes (31) obtiveram pontuação máxima e uma maior porcentagem dos entrevistados de 43,3% dos participantes (84) que tiveram apenas um erro e 0,5% com pontuação mínima que representou apenas 1 pessoa (tabela 17). A média da pontuação alcançada pelos entrevistados foi de 12,6 pontos com desvio padrão de 0,9 ponto e mediana de 13 pontos.

Tabela 17 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação dos ACSs no Conhecimento II

Resultado pontuação		
Conhecimento II	Freq.	%
9	1	0,5%
10	3	1,55%
11	19	9,7%
12	56	28,8%
13	84	43,3%
14	31	15,9%
Total	194	100%

O Conhecimento II foi classificado em conhecimento baixo (9 a 12 pontos) e conhecimento alto (de 13 a 14 pontos) conforme consta na tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento II

Conhecimento II	Freq.	Percent
9 a 12 pontos Conhecimento baixo	79	40,7%
13 a 14 pontos Conhecimento alto	115	59,3%
Total	194	100%

5.2.3 Conhecimento III - exames

O Conhecimento III aborda os exames e vacinas recomendados para as gestantes e que o ACS deve estar preparado para a orientação. Dividimos o Conhecimento III nas duas questões “Quais são os exames solicitados que são importantes para a gestante e você deve acompanhar?” e “Quais são as vacinas mais importantes para a gestante?”; uma descrição específica para cada questão.

A primeira questão trata dos exames indicados e recomendados para as gestantes durante todo o período de pré-natal segundo as normativas.

O Conhecimento III - exames poderia variar de 0 a 18 pontos. Entre os exames mais lembrados e falados espontaneamente, tivemos o hemograma com 78,8% dos entrevistados (153), o exame Anti-HIV com 62,8% (122), o exame para detecção de sífilis – VDRL com 59,7% dos entrevistados (116) seguidos pelos exames de urina com 56,9% dos entrevistados (110) e de glicose com 52,1% dos entrevistados (101). Já o exame preventivo de colo de útero foi o exame com mais respostas “Não Sei” com 28,3% dos entrevistados (55) e o exame menos lembrado, mas mais referido de forma estimulada foi o exame de grupo sanguíneo e fator Rh com 88,1% dos entrevistados (171) (tabela 19).

Conhecimento III - exames

Tabela 19 – Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação aos exames

Descrição exame	Espontâneo		Estimulado		Não sei	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%

Continua

*Conclusão***Tabela 19 – Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação aos exames**

Descrição exame	Espontâneo		Estimulado		Não sei	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1.Grupo sanguíneo e fator Rh (se não sabe)	17	8,7%	171	88,1%	6	3,1%
2.Hemograma ou Hemoglobina/Hematócrito	153	78,8%	39	20,1%	2	1,03%
3.Deteção de sífilis VDRL	116	59,7%	77	39,6%	1	0,5%
4.Toxoplasmose *total 193 – 1 missing	46	23,8%	143	74,1%	4	2,07%
5.Hepatite B *total 193 – 1 missing	70	36,2%	120	62,1%	3	1,5%
6.Anti-HIV(mãe deve ser consultada se o deseja)	122	62,8%	72	37,1%	0	0%
7.Exame de urina *total 193 – 1 missing	110	56,9%	83	43,1%	0	0%
8.Exame de glicose (exame de detecção de Diabetes)	101	52,1%	92	47,4%	1	0,5%
9.Exame preventivo de colo de útero	9	4,6%	130	67,1%	55	28,3%

Tivemos uma grande diversidade de respostas como resultado das pontuações alcançadas pelos entrevistados em relação aos exames. A pontuação máxima atingida pelos participantes foi de 17 pontos obtida por 0,5%, ou seja, apenas 1 entrevistado. A mínima pontuação obtida foi de 6 pontos em 0,5% dos entrevistados. A maior porcentagem de entrevistados, 19,7% (38) atingiu 14 pontos, seguida das pontuações de 12 e 13 com 16,6% dos participantes (32) em cada (tabela 20). A média de pontos encontrada para as respostas dos entrevistados foi 12,5 pontos e desvio padrão de 2 pontos e mediana de 13 pontos.

Tabela 20 – Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação dos ACSs em relação aos exames

Resultado pontuação		
Conhecimento III		
Exames	Freq.	%
6	1	0,5%
7	1	0,5%
8	1	0,5%
9	11	5,7%
10	19	9,9%
11	27	14,06%
12	32	16,6%
13	32	16,6%
14	38	19,7%
15	24	12,5%
16	5	2,6%
17	1	0,5%
Total	192*	100%

**missing*

O Conhecimento III- exames foi classificado em conhecimento baixo (de 6 a 11 pontos), conhecimento médio (de 12 a 13 pontos) e conhecimento alto (de 14 a 17 pontos) (tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento III - exames

Conhecimento III		
Exames	Freq.	Percent
6 a 11 pontos	62	32%
Conhecimento baixo		
12 a 13 pontos	64	33%
Conhecimento médio		
14 a 17 pontos	68	35%
Conhecimento alto		
Total	194	100%

Nesta pergunta para os exames, assim como também ocorre na pergunta sobre as vacinas, havia um espaço para que o entrevistado pudesse elencar outros exames além dos que foram pré-estabelecidos. Dentre os exames elencados nesta categoria “Outros”

tivemos como respostas o exame de Ultrassom lembrado por 24,2% dos entrevistados (47), o exame de fezes em 11,8% dos entrevistados (23) e o exame de hepatite C com 11,3 % dos entrevistados (22) além de outros com menor porcentagem (tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição da frequência absoluta e percentual dos exames citados pelos ACSs incluídos na categoria Outros

1. Outros	1. Sim		2. Não	
	Freq.	%	Freq.	%
Ultrassom	47	24,2%	147	75,7%
Fezes	23	11,8%	171	88,1%
Anemia	17	8,7%	177	91,2%
Hepatite A	7	3,6%	187	96,3%
Hepatite C	22	11,3%	172	88,6%
Outros (pressão, triglicéris, ácido fólico, gonorreia, HPV...)	41	21,1%	153	78,8%

5.2.4 Conhecimento III - vacinas

No eixo Conhecimento III – vacinas, em relação a questão “Quais são as vacinas mais importantes para a gestante?”, este poderia variar de 0 a 6 pontos.

A maior proporção de respostas espontâneas encontrada foi para vacina dupla adulto, contra o tétano e a difteria, com 90,1% dos entrevistados (174), seguida da vacina de Hepatite B com 65,9% (128). Já a vacina da Influenza não foi muito lembrada espontaneamente, mas de forma estimulada foi resposta para 69,07% dos entrevistados (134) (tabela 23).

Conhecimento III - vacinas

Tabela 23 - Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação às vacinas

Descrição vacina	Espontâneo		Estimulado		Não sei	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1.Difteria e tétano (dt dupla adulto) *total 193 – 1 missing	174	90,1%	16	8,2%	3	1,5%
2.Influenza (gripe)	55	28,3%	134	69,07%	5	2,5%
3.Hepatite B	128	65,9%	45	23,2%	21	10,8%

E no espaço “Outros” a vacina mais referida com 23,2% dos entrevistados (45)

foi a de febre amarela, seguida pela vacina tríplice viral com 11,8% (23) e a vacina de Hepatite C como resposta de 7,2% dos entrevistados (14) (tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição da frequência absoluta e percentual das vacinas citadas pelos ACS incluídas na categoria Outros

1. Outros	1. Sim		2. Não	
	Freq.	%	Freq.	%
Febre Amarela	45	23,2%	149	76,8%
Tríplice Viral	23	11,8%	171	88,1%
Hepatite A	4	2,06%	190	97,9%
Hepatite C	14	7,2%	180	92,7%
Outros (varicela –“catapora”, HPV, pneumonia e tuberculose)	5	2,5%	189	97,4%

Importante ressaltar que para efeito de análise dos dados foi incorporada a categoria “Outros” no quesito vacinas.

As vacinas foram divididas em indicadas, contraindicadas e não indicadas:

- as indicadas são as recomendadas pelo MS e não trazem nenhum problema adverso à mãe e ao bebê e são de extrema importância na gravidez: dT ou dTPa (dupla adulto – tétano e difteria), Hepatite B e Influenza. As vacinas indicadas foram pontuadas como +2 pontos, na forma espontânea, +1 ponto na forma estimulada e 0 pontos se não responderem ou não souberem.
- as contraindicadas são as vacinas proibidas para as gestantes pois, possuem na sua composição vírus vivo e que podem trazer sérias consequências à mãe e ao bebê. Entre elas estão: a vacina de Febre amarela, Tríplice viral ou SCR (sarampo, caxumba e rubéola) e a vacina para Varicela (catapora). As vacinas contraindicadas foram pontuadas na parte “Outros” do questionário, ou seja, resposta espontânea dos participantes, e foram computados -2 pontos para cada uma.
- as não-indicadas são vacinas que fazem parte da rotina de vacinação, mas não existem estudos mais apurados do efeito da vacina em gestante como é o caso da HPV. Vacinas que não são de grande importância no caso das gestantes, salvo em momentos ou situações em que o risco da doença é maior para a gestante, daí é feita a vacinação sob avaliação criteriosa e indicação clínica. Vacinas: Pneumococo (pneumonia), Hepatite A, HPV e BCG (tuberculose)

- a vacina para Hepatite C não existe até o momento.

Para as vacinas não-indicadas foram computados -1 pontos para cada uma.

Com isto, a maioria dos ACSs com 26,9% (52) pontuou com 3 pontos e apenas 16,6% dos participantes (32) tiveram a pontuação máxima de 6 pontos. Obtivemos uma média de 3,8 pontos e desvio padrão de 1,5 e mediana de 4 pontos (tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação alcançada pelos ACSs em relação às vacinas

Resultado pontuação		
Conhecimento III – Vacinas	Freq.	%
0	5	2,6%
1	11	5,7%
2	17	8,8%
3	52	26,9%
4	29	15,0%
5	47	24,3%
6	32	16,6%
Total	193*	100%

**missing*

Classificamos o conhecimento sobre as vacinas como conhecimento baixo (de 0 a 2 pontos), conhecimento médio (de 3 a 4 pontos) e conhecimento alto (de 5 a 6 pontos) (tabela 26).

Tabela 26 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento III - vacinas

Conhecimento III Vacinas	Freq.	Percent
0 a 2 pontos Conhecimento baixo	34	17,5%
3 a 4 pontos Conhecimento médio	81	41,7%
5 a 6 pontos Conhecimento alto	79	40,7%
Total	194	100%

5.2.5 Conhecimento IV

O eixo do Conhecimento IV aborda assunto relacionado aos sinais e sintomas de risco para a gestação, gestante e seu bebê, assim como os sinais de trabalho de parto. Estes são importantes indícios de alguma mudança, que necessitam de cuidado e atenção e que o ACS também deve precaver e orientar adequadamente. Este bloco de conhecimento poderia variar de 0 a 13 pontos.

Neste eixo encontramos a maior diversidade de respostas, dentre as 13 afirmativas presentes neste bloco, tivemos uma proporção de acertos que variou entre 82,4 a 100% para 9 sentenças (tabela 27).

Dentre as afirmativas encontradas neste eixo a que teve menor distribuição de respostas certas foi a afirmativa “A perda do “tampão” mucoso acontece mais ou menos 15 dias antes do parto”; de acordo com o referencial teórico a afirmativa do questionário está correta, ou seja, a perda do “tampão” mucoso acontece em torno de 15 dias antes do parto. A maior parte dos entrevistados, 40,2% dos indivíduos (78), não soube responder, seguida dos indivíduos que erraram a afirmativa com 39,1% (76) e apenas 20,6% dos entrevistados (40) acertaram a afirmativa (tabela 27).

Outra questão que gerou diversidade de respostas foi a afirmativa “Somente médico(a) e enfermeiro(a) podem informar a gestante sobre os sinais de trabalho de parto para dar segurança ela”, que segundo o referencial teórico também o ACS pode informar quais são os sinais de trabalho de parto para reforçar a orientação referida por outros profissionais, sendo assim a afirmativa do questionário é falsa. Dentre as respostas dos entrevistados 50% deles (97) responderam erroneamente, enquanto 49,8% (96) responderam corretamente e 0,5% dos participantes (1) não souberam responder (tabela 27).

As afirmativas “Quando a gestante tem uma contração dentro de uma hora é momento dela ir para o hospital” e “Quando a barriga da gestante não cresce ou cresce demais é um sinal de risco e precisa ser repassado para a equipe” levaram também a uma grande variedade de respostas.

Na primeira afirmativa, de acordo com o Guia Prático do ACS (BRASIL, 2009), quando a gestante tem mais de uma contração a cada 10 minutos é o momento de procurar o hospital, portanto no questionário esta afirmativa estava incorreta. 58,7% dos entrevistados (114) acertaram a afirmativa, enquanto 31,4% (61) responderam de maneira errada e 9,7% dos entrevistados (19) não souberam responder (tabela 27).

Já na segunda afirmativa que aborda o crescimento demasiado da barriga da gestante ou a falta de crescimento como um sinal de risco para a gestação e que precisa ser repassado para a equipe, e que estava correta no questionário. Dentre as respostas encontramos que 65,9% dos entrevistados (128) acertaram a afirmativa, 21,6% (42) erraram e 12,3% dos entrevistados (24) não souberam responder (tabela 27).

Conhecimento IV

Tabela 27 – Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento IV

As seguintes informações são:	Acerto		Erro		NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
O relato da gestante de perda de líquido ou sangue pela vagina merece atenção do agente comunitário e precisa ser encaminhado à Unidade de Saúde. (V)	194	100%	0	0%	0	0%
É normal a gestante sentir fortes dores de cabeça e vomitar frequentemente durante toda gravidez assim o agente comunitário não precisa se preocupar com estes casos. (F)	191	98,4%	2	1,03%	1	0,5%
Acordar com pernas, mãos, braços e olhos inchados é comum durante a gravidez e não é sinal de risco. (F)	176	90,7%	11	5,6%	7	3,6%
Além de não ser sinal de risco febre alta é normal na gravidez. (F)	191	98,4%	0	0%	3	1,5%
Se a gestante relata que tem contrações fortes na barriga mesmo antes do tempo para parto, isso é sinal de risco e o agente comunitário deve orientá-la a buscar ajuda na unidade de saúde. (V)	194	100%	0	0%	0	0%
Quando a barriga da gestante não cresce ou cresce demais é um sinal de risco e precisa ser repassado para a equipe. (V)	128	65,9%	42	21,6%	24	12,3%
Se a gestante disser que parou de sentir o bebê mexer por mais de 24 horas você deve tranquilizá-la e dizer que isso é normal. (F)	188	96,9%	3	1,5%	3	1,5%
A presença de contrações é o único sinal de trabalho de parto. (F)	170	87,6%	19	9,7%	5	2,5%
Somente médico(a) e enfermeiro(a) podem informar a gestante sobre os sinais de trabalho de parto para dar segurança ela. (F)	96	49,8%	97	50%	1	0,5%

Continua

Tabela 27 – Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento IV

As seguintes informações são:	Acerto		Erro		NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
O agente comunitário deve saber quais são os sinais de trabalho de parto. (V)	160	82,4%	28	14,4%	6	3,09%
Os sinais de trabalho de parto são: perda de “tampão” mucoso (secreção), dor nas costas que vai para a parte de baixo da barriga, as contrações e a perda de líquido pela vagina que é o rompimento da bolsa. (V)	187	96,3%	0	0%	7	3,6%
A perda do “tampão” mucoso acontece mais ou menos 15 dias antes do parto. (V)	76	39,1%	40	20,6%	78	40,2%
Quando a gestante tem uma contração dentro de uma hora é momento dela ir para o hospital. (F)	114	58,7%	61	31,4%	19	9,7%

Neste eixo temático obtivemos também uma grande variedade de pontuações com ampla distribuição das porcentagens. A mínima pontuação atingida pelos entrevistados foi de 5 pontos, o que corresponde à apenas 1 entrevistado e a máxima pontuação alcançada e possível neste eixo foi de 13 pontos obtidos por 5,6% dos entrevistados (11). A maior porcentagem encontrada foi para indivíduos que tiveram 11 pontos o que corresponde a 27,8% dos entrevistados (54), seguido de 25,2% dos entrevistados (49) que tiveram 10 pontos neste quesito (tabela 28). A média da pontuação encontrada no eixo de Conhecimento IV foi de 10,4 pontos e desvio padrão de 1,4 ponto e mediana de 11 pontos.

Tabela 28 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação alcançada pelos ACSs no Conhecimento IV

Resultado pontuação		
Conhecimento IV	Freq.	%
5	1	0,5%
6	2	1,03%
7	3	1,5%
8	10	5,1%

Continua

*Conclusão***Tabela 28 – Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação alcançada pelos ACSs no Conhecimento IV**

Resultado pontuação		
Conhecimento IV	Freq.	%
9	28	14,4%
10	49	25,2%
11	54	27,8%
12	36	18,5%
13	11	5,6%
Total	194	100%

O Conhecimento IV foi classificado em conhecimento baixo (de 5 a 9 pontos), conhecimento médio (de 10 a 11 pontos) e conhecimento alto (de 12 a 13 pontos) (tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento IV

Conhecimento IV	Freq	Percent
5 a 9 pontos	44	22,7%
Conhecimento baixo		
10 a 11 pontos	103	53,1%
Conhecimento médio		
12 a 13 pontos	47	24,2%
Conhecimento alto		
Total	194	100%

5.2.6 Conhecimento V

O eixo de Conhecimento V trata sobre as orientações gerais da abordagem do ACS com a gestante. Questões sobre informações de cuidado que o profissional ACS deve repassar às gestantes preconizados pelas normativas como aspectos gerais de alimentação, hábitos saudáveis, exercícios físicos e saúde bucal. Este bloco poderia variar de 0 a 17 pontos.

Dentre as 17 afirmativas presentes no bloco os participantes obtiveram uma pontuação adequada com uma proporção de acertos de 88,6 a 100% em 14 afirmações (tabela 30).

Na distribuição da proporção das respostas para as afirmativas específicas encontramos uma maior variedade de respostas para a afirmativa “Quando há sangramento de gengiva a gestante não pode usar o fio dental”, sobre a saúde bucal da gestante. A afirmativa está errada no questionário, ou seja, a gestante deve usar o fio dental mesmo com um sangramento de gengiva de acordo com as normativas utilizadas para formulação do questionário. Dentre as possíveis respostas encontramos que 49,4% dos entrevistados (96) responderam corretamente, enquanto 20,6% (40) responderam de maneira errada e 29,9% dos entrevistados (58) não souberam responder (tabela 30).

Outra questão que também gerou diversidade de respostas foi a afirmativa “A gestante deve repetir a vacina de tétano mesmo se tiver tomado a última dose há menos de 5 anos” sobre a vacina de tétano. É recomendado, segundo as referências utilizadas, que a gestante repita a vacina de tétano se tiver tomado a última dose a mais de 5 anos, ou seja, a afirmativa que está incorreta. Nesta afirmativa encontramos que 55,6% dos entrevistados (108) responderam corretamente, já 35,5% (69) responderam erroneamente e 8,7% dos entrevistados (17) não souberam responder (tabela 30).

A afirmativa “Não há nenhum problema da gestante usar salto alto” também trouxe uma variação das respostas, mas em menor proporção comparadas às anteriores. Segundo os manuais de referência a recomendação seria a não utilização do salto alto para evitar riscos de torções ou até mesmo quedas. 70,4% dos entrevistados (136) acertaram a afirmativa, enquanto 17,6% (34) erraram e 11,9% dos entrevistados (23) não souberam responder (tabela 30).

Conhecimento V

Tabela 30 - Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento V

As seguintes informações são:	Acerto		Erro		NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
O agente comunitário deve orientar a gestante sobre higiene e conforto, amamentação e queixas mais comuns na gravidez. (V)	192	98,9%	1	0,5%	1	0,5%
O agente comunitário deve estimular a gestante a ter uma alimentação adequada e a prática de exercícios físicos. (V)	187	96,3%	5	2,5%	2	1,0%
A gestante deve comer alimentos coloridos, saudáveis, frescos, limpos e na quantidade certa. (V)	193	99,4%	1	0,5%	0	0%

Continua

Tabela 30 - Distribuição da frequência absoluta e percentual das respostas dos ACSs em relação ao Conhecimento V

As seguintes informações são:	Acerto		Erro		NS	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
A gestante deve comer por dois, menos vezes ao dia, em grandes quantidades. E ela pode pular refeições. (F)	192	98,9%	2	1,0%	0	0%
Caminhada é uma boa sugestão de atividade física para as gestantes que não tenham complicações. (V)	190	97,9%	2	1,0%	2	1,0%
A gestante não deve lavar a cabeça todos os dias, pois prejudica o bebê. (F)	188	96,9%	0	0%	6	3,1%
Não há nenhum problema da gestante usar salto alto. (F) *total 193 – 1 missing	136	70,4%	34	17,6%	23	11,9%
O agente comunitário sempre deve perguntar à gestante sobre a realização dos exames. (V)	194	100%	0	0%	0	0%
Os resultados dos exames devem ficar anotados no cartão da gestante, pois são muito importantes. (V)	172	88,6%	18	9,2%	4	2,1%
Uma das vacinas que o agente precisa verificar no cartão de vacina da gestante é a antitetânica. (V)	191	98,4%	2	1,0%	1	0,5%
A gestante deve repetir a vacina de tétano mesmo se tiver tomado a última dose há menos de 5 anos. (F)	108	55,6%	69	35,5%	17	8,7%
A saúde bucal da gestante pode piorar por conta de alterações hormonais que acontecem na gestação. (V)	176	90,7%	5	2,5%	13	6,7%
Quando há sangramento de gengiva a gestante não pode usar o fio dental. (F)	96	49,4%	40	20,6%	58	29,9%
É importante que a gestante faça um acompanhamento com dentista. (V)	194	100%	0	0%	0	0%
São exemplos de hábitos saudáveis: cuidado com a alimentação, prática regular de exercícios físicos, não fumar e não tomar bebidas alcoólicas ou usar outras drogas. (V)	192	98,9%	2	1,0%	0	0%
Fumar e o uso de bebida alcoólica podem trazer problemas ao bebê como o descolamento de placenta, parto prematuro ou defeitos na formação do bebê. (V)	193	99,4%	0	0%	1	0,5%
Em toda situação que tenha aparecido algum sinal de risco você deve encaminhar a gestante à unidade para atendimento o mais rápido possível. (V)	194	100%	0	0%	0	0%

Neste quesito tivemos um entrevistado que se recusou a responder umas das afirmativas então tivemos um *missing* para as pontuações e respostas.

Encontramos uma menor variação de pontuação em comparação com os outros eixos de conhecimento, obtivemos uma pontuação mínima de 12 pontos alcançada por 2,07% dos entrevistados (4) e pontuação máxima possível de 17 pontos atingida por 17,1% dos entrevistados (33). A maior porcentagem dos entrevistados, 35,2% (68), atingiu 15 pontos, seguida de 30,5% dos entrevistados (59) que alcançaram 16 pontos, ou seja, erraram apenas uma afirmativa (tabela 31). A média encontrada para o eixo temático Conhecimento V foi de 15,4 pontos e desvio padrão de 1,1 pontos e mediana de 15 pontos.

Tabela 31 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação alcançada pelos ACSs no Conhecimento V

Resultado pontuação		
Conhecimento V	Freq.	%
12	4	2,07%
13	7	3,6%
14	22	11,4%
15	68	35,2%
16	59	30,5%
17	33	17,1%
Total	193*	100%

*missing

Este bloco de Conhecimento V foi classificado em conhecimento baixo (de 12 a 14 pontos) e conhecimento alto (de 15 a 17 pontos) (tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento V

Conhecimento V	Freq	Percent
12 a 14 pontos	33	17%
Conhecimento baixo		
15 a 17 pontos	161	83%
Conhecimento alto		
Total	194	100%

Abaixo apresentamos como ficou distribuído o percentual dos conhecimentos (baixo, médio e alto ou baixo e alto) em cada bloco de conhecimento (figura 1).

Figura 1 - Distribuição da porcentagem de conhecimento encontrada em cada Bloco

5.2.7 Pontuação total

Numa avaliação geral a tabela abaixo apresenta a somatória de todos os blocos de Conhecimento I, II, III – exames e vacinas, IV e V e a pontuação total atingida pelos entrevistados. É possível verificar que a pontuação mínima atingida pelos entrevistados foi de 55 pontos e a máxima de 79 pontos, sendo que a pontuação máxima possível a ser atingida no questionário era de 83 pontos (tabela 33). A média encontrada para a pontuação total foi de 68,9 pontos com desvio padrão de 4,7 pontos, mediana de 69 pontos e moda de 71 pontos.

Tabela 33 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação total alcançada pelos ACSs em todos os blocos de Conhecimento

Resultado pontuação		
Total	Freq.	%
55	1	0,52%
57	1	0,52%
58	3	1,55%
59	1	0,52%
60	5	2,58%

Continua

*Conclusão***Tabela 33 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação total alcançada pelos ACSs em todos os blocos de Conhecimento**

Resultado pontuação		
Total	Freq.	%
61	2	1,03%
62	6	3,09%
63	8	4,12%
64	9	4,64%
65	10	5,15%
66	8	4,12%
67	16	8,25%
68	11	5,67%
69	19	9,79%
70	14	7,22%
71	21	10,82%
72	11	5,67%
73	14	7,22%
74	10	5,15%
75	11	5,67%
76	11	5,67%
79	2	1,03%
Total	194	100%

Um histograma foi feito a partir da pontuação obtida pelos participantes para visualizar a distribuição da pontuação total do questionário. Como a pontuação máxima possível é 83 pontos 50% seriam 41,2 pontos, ou seja, no histograma é possível perceber que a população do nosso estudo partiu de mais de 50% de acerto no questionário, já que nossa pontuação mínima alcançada foi de 55 pontos. E que nossa média de pontuação de 69 pontos, está apenas 14 pontos abaixo do resultado excelente, mas que mesmo assim nenhum participante alcançou a pontuação máxima.

Gráfico 1. Distribuição da densidade da Pontuação total **Box plot 1. Pontuação total**

5.2.8 Escalonamento das pontuações

Com o objetivo de fazer comparações entre os diversos tipos de conhecimento e devido ao fato de que cada bloco de conhecimento possui diferentes números de questões realizamos o escalonamento das tabelas em valores de 0 a 10. Assim, foi possível visualizar como se deu a distribuição da pontuação alcançada pelos ACSs em cada bloco de conhecimento e poder fazer a comparação entre os blocos.

Realizamos o escalonamento nas tabelas em que o conhecimento foi dividido em baixo, médio e alto ou baixo e alto em cada bloco, assim, como também realizamos o escalonamento na tabela da pontuação total dos participantes. Podemos verificar os resultados nas tabelas 34 a 40.

A média da pontuação no Conhecimento I em escala de 0 a 10 pontos foi de 9,4 pontos.

Tabela 34 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento I em escala de 0 a 10 pontos

Conhecimento I	Freq.	Percent
7,3 a 8,6 pontos	38	19,6%
Conhecimento baixo		
9,3 pontos	72	37,1%
Conhecimento médio		
10 pontos	84	43,3%
Conhecimento alto		
Total	194	100%

A média da pontuação no Conhecimento II em escala de 0 a 10 foi de 9 pontos.

Tabela 35 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento II em escala de 0 a 10 pontos

Conhecimento II	Freq.	Percent
6,4 a 8,5 pontos	79	40,7%
Conhecimento baixo		
9,2 a 10 pontos	115	59,3%
Conhecimento alto		
Total	194	100%

A média da pontuação no Conhecimento III- exames em escala de 0 a 10 pontos foi de 6,9 pontos.

Tabela 36 – Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento III – exames em escala de 0 a 10 pontos

Conhecimento III		
Exames	Freq.	Percent
3,3 a 6,1 pontos	62	32%
Conhecimento baixo		
6,6 a 7,2 pontos	64	33%
Conhecimento médio		
7,7 a 9,4 pontos	68	35%
Conhecimento alto		
Total	194	100%

A média da pontuação no Conhecimento III - vacinas em escala de 0 a 10 pontos foi de 6,3 pontos.

Tabela 37 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento III – vacinas em escala de 0 a 10 pontos

Conhecimento III		
Vacinas	Freq.	Percent
0 a 3,3 pontos	34	17,5%
Conhecimento baixo		
5 a 6,6 pontos	81	41,7%
Conhecimento médio		
8,3 a 10 pontos	79	40,7%
Conhecimento alto		
Total	194	100%

A média da pontuação no Conhecimento IV em escala de 0 a 10 pontos foi de 8 pontos.

Tabela 38 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento IV

Conhecimento IV		
	Freq	Percent
3,8 a 6,9 pontos	44	22,7%
Conhecimento baixo		
7,6 a 8,4 pontos	103	53,1%
Conhecimento médio		
9,2 a 10 pontos	47	24,2%
Conhecimento alto		
Total	194	100%

A média da pontuação no Conhecimento V em escala de 0 a 10 pontos foi de 9,05 pontos.

Tabela 39 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos pontos alcançados pelos ACS no Conhecimento V

Conhecimento V	Freq	Percent
7,0 a 8,2 pontos Conhecimento baixo	33	17%
8,8 a 10 pontos Conhecimento alto	161	83%
Total	194	100%

A média da pontuação total em escala de 0 a 10 pontos foi de 8,3 pontos.

Tabela 40 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da pontuação total alcançada pelos ACSs em todos os blocos de Conhecimento em escala de 0 a 10 pontos.

Resultado pontuação		
total em escala de 0 a 10	Freq.	%
6,6	1	0,52%
6,8	1	0,52%
6,9	3	1,55%
7,1	1	0,52%
7,2	5	2,58%
7,3	2	1,03%
7,4	6	3,09%
7,5	8	4,12%
7,7	9	4,64%
7,8	10	5,15%
7,9	8	4,12%
8,0	16	8,25%
8,1	11	5,67%
8,3	19	9,79%
8,4	14	7,22%
8,5	21	10,82%
8,6	11	5,67%
8,7	14	7,22%
8,9	10	5,15%
9,0	11	5,67%
9,1	11	5,67%
9,5	2	1,03%
Total	194	100%

Gráfico 2. Distribuição da densidade da Pontuação total em escala de 0 a 10 pontos

5.3 Análise bivariada

Análise entre as variáveis independentes e dependentes

Para análise seguimos o plano de cruzamento de dados entre variáveis dependentes e independentes que estão descritos na página 56. Os testes estatísticos Qui Quadrado e Teste Exato de Fisher foram utilizados para encontrar as medidas de associação entre variáveis. Com a finalidade de organizar os dados apresentamos os resultados dos cruzamentos de acordo com cada bloco de Conhecimento.

1. Conhecimento I

1.1 Conhecimento I e sexo

No cruzamento entre a variável dependente Conhecimento I, que trata sobre a atuação do ACS, e a variável independente sexo foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ser do sexo feminino e ter conhecimento alto, com Teste Exato de Fisher=0,02. A maioria do grupo do sexo feminino, 46,1% obteve conhecimento alto em relação ao bloco I, enquanto apenas 12,5% dos ACSs do sexo masculino apresentou conhecimento alto neste bloco (tabela 41).

Tabela 41 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento I

SEXO	CONHECIMENTO I			Total
	Baixo 11 a 13 pts	Médio 14 pts	Alto 15pts	
Masculino	5 31,25%	9 56,25%	2 12,50%	16 100%
Feminino	33 18,54%	63 35,39%	82 46,07%	178 100%
Total	38 19,59%	72 37,11%	84 43,30%	194 100%
Fisher's exact =				0.021

1.2 Sexo e tempo de atuação na Unidade atual

Como forma de evitar viés de “falsa associação” nos cruzamentos, realizamos os testes estatísticos utilizando variáveis de controle. Para isto, selecionamos as variáveis independentes que apresentaram associação estatística significativa no cruzamento feito entre elas e que pudessem influenciar a análise dos dados.

No caso do cruzamento que envolve o Conhecimento I a variável sexo foi norteadora para encontrar as variáveis de controle. A variável sexo está associada com a variável tempo de atuação na Unidade atual.

Encontramos associação estatística significativa entre ser do sexo feminino e ter maior tempo de atuação na Unidade atual com Teste Exato de Fisher $< 0,001$, conforme mostra a tabela 42. Foi possível verificar que a maior parte das mulheres, 41,6% é mais experiente com 11 anos ou mais de atuação na Unidade atual, enquanto a maioria dos homens, 81,2% possui menos de cinco anos de atuação na Unidade atual (tabela 42).

Tabela 42 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Tempo de atuação na Unidade atual

SEXO	TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE ATUAL			Total
	Menos de 5 anos	6 a 10 anos	11 anos ou mais	
Masculino	13 81,25%	2 12,50%	1 6,25%	16 100%
Feminino	49 27,53%	55 30,90%	74 41,57%	178 100%
Total	62 31,96%	57 29,38%	75 38,66%	194 100%

Fisher's exact < 0.001

1.3 Conhecimento I e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual

Quando testamos a variável Conhecimento I e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual verificamos que esta associação é verdadeira para os ACSs que atuam há menos de cinco anos na Unidade atual tal como mostra a tabela 43.

Entre os homens apenas 7,7% deles apresentaram conhecimento alto enquanto 42,7% das mulheres apresentaram conhecimento I alto (Teste Exato de Fisher= 0,021).

Nos cruzamentos entre Conhecimento I e sexo nos demais grupos de controle com 6 a 10 anos ou 11 ou mais anos de atuação na Unidade atual não foi encontrada associação estatisticamente significativa.

Tabela 43 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento I controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual no grupo com menos de 5 anos de atuação

Continua

Conclusão

Tabela 43 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento I controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual no grupo com menos de 5 anos de atuação

CONHECIMENTO I				
SEXO	Baixo 11 a 13 pts	Médio 14 pts	Alto 15 pts	Total
Masculino	5 38,46%	7 53,85%	1 7,69%	13 100%
Feminino	7 14,29%	21 42,86%	21 42,86%	49 100%
Total	12 19,35%	28 45,16%	22 35,48%	62 100%

Fisher's exact = 0.021

1.4 Sexo e vínculo institucional

Além da variável tempo de atuação na Unidade atual, a variável sexo também está associada com mais uma variável, vínculo institucional.

Ser do sexo feminino e pertencer às Unidades vinculadas à SMS foi encontrado associado com valor de $p=0,009$.

Como pode ser visto na tabela 44, 93,6% dos ACSs das Unidades vinculadas à SMS eram mulheres, enquanto 77,7% dos ACSs das Unidades vinculadas à FMRP eram mulheres.

Tabela 44 – Resultado da associação no cruzamento entre sexo e vínculo institucional

SEXO	VÍNCULO INSTITUCIONAL		
	FMRP	SMS	Total
Masculino	5 22,73%	11 6,40%	16 8,25%
Feminino	17 77,27%	161 93,60%	178 91,75%
Total	22 100%	172 100%	194 100%

Pearson chi2(1) = 6.8752 Pr = 0.009

1.5 Conhecimento I e sexo controlado pelo vínculo institucional

Ao testar a variável Conhecimento I e sexo controlado pelo vínculo institucional verificamos que a associação é verdadeira para os ACSs pertencentes às Unidades vinculadas à SMS conforme apresentado na tabela 45.

Entre os ACSs do sexo feminino 44,7% possuem conhecimento alto enquanto apenas 9,1% dos ACSs de sexo masculino possuem conhecimento alto (Teste Exato de Fisher = 0,043).

Já neste mesmo cruzamento controlado pelo vínculo institucional, no grupo pertencente às Unidades da FMRP não foi encontrada associação estatística significativa.

Tabela 45 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento I controlado pelo vínculo institucional no grupo SMS

Controle				
Vínculo				
SMS				
	CONHECIMENTO I			
SEXO	Baixo 11 a 13 pts	Médio 14 pts	Alto 15 pts	Total
Masculino	4 36,36%	6 54,55%	1 9,09%	11 100%
Feminino	32 19,88%	57 35,40%	72 44,72%	161 100%
Total	36 20,93%	63 36,63%	73 42,44%	172 100%

Fisher's exact = 0.043

Podemos perceber que foi encontrada associação estatística em relação ao bloco de Conhecimento I apenas com a variável sexo, demonstrando que as mulheres possuem maior conhecimento (conhecimento alto) sobre a atuação e atribuição geral do ACS em relação aos homens.

Mas a variável sexo apresenta associação com outras duas variáveis independentes tempo de atuação na Unidade atual e vínculo institucional, para tanto os cruzamentos controlados foram feitos.

Encontramos uma maior proporção de mulheres com conhecimento alto do que homens no grupo com tempo de atuação menor que cinco anos.

E em relação à utilização do vínculo institucional como controle encontramos associação entre ser do sexo feminino e ter conhecimento alto apenas no grupo pertencente às Unidades vinculadas à SMS.

2. Conhecimento II

O Conhecimento II trata da abordagem inicial feita pelo ACS com a gestante.

Em relação aos cruzamentos da variável Conhecimento II com as variáveis independentes idade, sexo, raça/cor, escolaridade, anos de estudo, classificação econômica, tempo de atuação como ACS, tempo de atuação na Unidade atual e vínculo institucional não foi encontrada associação estatisticamente significativa.

No entanto, a variável Conhecimento II apresenta associação estatística significativa com escolaridade quando controlada pela idade.

2.1 Conhecimento II e escolaridade controlada pela idade

O cruzamento entre Conhecimento II e escolaridade mostrou associação estatisticamente significativa controlada pela idade de 56 a 67 anos, conforme mostra a tabela 46. 75% dos ACSs entre 56 a 67 anos de idade que apresentam conhecimento alto possuem ensino médio enquanto entre os ACSs com conhecimento baixo 66,7% possuem curso técnico ou ensino superior como escolaridade (Teste de Fisher = 0,001) (tabela 46).

Não foi encontrada associação entre Conhecimento II e escolaridade nos demais grupos etários.

Tabela 46 – Resultado da associação no cruzamento entre escolaridade e Conhecimento II controlada pela idade no grupo de 56 a 67 anos de idade

Controle

Idade 56 a 67 anos	CONHECIMENTO II		Total
	Baixo	Alto	
ESCOLARIDADE	9 a 12 pts	13 a 14 pts	
Ensino	2	3	5
Fundamental	11,11%	18,75%	14,71%
Ensino	4	12	16
Médio	22,22%	75,00%	47,06%

Continua

*Conclusão***Tabela 46 – Resultado da associação no cruzamento entre escolaridade e Conhecimento II controlada pela idade no grupo de 56 a 67 anos de idade**

Controle			
Idade 56 a 67 anos			
CONHECIMENTO II			
ESCOLARIDADE	Baixo	Alto	Total
	9 a 12 pts	13 a 14 pts	
Curso	12	1	13
Técnico/	66,67%	6,25%	23,53%
Ensino Superior			
Total	18	16	34
	100%	100%	100%

Fisher's exact = 0.001

Verificamos que em relação ao Conhecimento II não houve nenhuma associação estatisticamente significativa com as características do perfil dos ACSs, exceto no cruzamento envolvendo a variável de controle idade no grupo específico de 56 a 67 anos.

O cruzamento entre Conhecimento II e escolaridade controlada pela idade mostrou associação estatística significativa no grupo mais velho entre possuir ensino médio e ter conhecimento alto em relação à abordagem inicial da gestante.

3. Conhecimento III - exames

No item Conhecimento III abordamos os exames recomendados pelas normativas que são de extrema importância para a gestante que o ACS precisa conhecer para estar preparado à orientar.

3.1 Conhecimento III – exames e idade

No cruzamento entre Conhecimento III – exames e idade encontramos associação estatisticamente significativa entre estar no grupo etário de 36 a 44 anos e ter conhecimento alto com valor de $p=0,01$.

Percebemos que o grupo que obteve a melhor pontuação como Conhecimento III – exames alto foi o grupo etário de 36 a 44 anos com 48,5%, enquanto o grupo mais jovem, de 20 a 35 anos, teve apenas 32,4% de conhecimento alto e o grupo com 45 a 55

anos teve 33,3% de conhecimento alto, já a metade do grupo mais velho, de 56 a 67 anos teve conhecimento baixo em relação aos exames (tabela 47).

Tabela 47 – Resultado da associação do cruzamento entre idade e Conhecimento III - exames

IDADE	CONHECIMENTO III - EXAMES			Total
	Baixo 6 a 11 pts	Médio 12 a 13 pts	Alto 14 a 17 pts	
20 a 35 anos	11 29,73%	14 37,84%	12 32,43%	37 100%
36 a 44 anos	13 19,70%	21 31,82%	32 48,48%	66 100%
45 a 55 anos	21 36,84%	17 29,82%	19 33,33%	57 100%
56 a 67 anos	17 50,00%	12 35,29%	5 14,71%	34 100%
Total	62 31,96%	64 32,99%	68 35,05%	194 100%

Pearson chi2(6) = 15.1030 Pr = 0.019

3.2 Idade e anos de estudo

A variável idade ainda apresenta associação estatística significativa com mais duas variáveis independentes, anos de estudo e tempo de atuação como ACS.

A tabela 48 mostra o cruzamento entre idade e anos de estudo e verificamos que foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ter maior tempo de estudo e pertencer ao grupo etário mais jovem, com valor de $p=0,04$.

Entre os ACSs com mais anos de estudo, de 12 a 20 anos, 36,8% são do grupo etário de 36 a 44 anos enquanto 26,4% são do grupo etário de 20 a 35 anos, 23% são do grupo etário de 45 a 55 anos e apenas 13,8% dos ACSs com 12 a 20 anos de estudo são do grupo etário mais velho, de 56 a 67 anos (Tabela 48).

Tabela 48 – Resultado da associação no cruzamento entre idade e anos de estudo

IDADE	ANOS DE ESTUDO		Total
	4 a 11 anos	12 a 20 anos	
20 a 35 anos	14 13,08%	23 26,44%	37 19,07%

Continua

*Conclusão***Tabela 48 – Resultado da associação no cruzamento entre idade e anos de estudo**

IDADE	ANOS DE ESTUDO		Total
	4 a 11 anos	4 a 11 anos	
36 a 44 anos	34 31,78%	32 36,78%	66 34,02%
45 a 55 anos	37 34,58%	20 22,99%	57 29,38%
56 a 67 anos	22 20,56%	12 13,79%	34 17,53%
Total	107 100%	87 100%	194 100%

Pearson chi2(3) = 8.2874 Pr = 0.040

3.3 Conhecimento III – exames e idade controlado pelos anos de estudo

Por conta desta associação presente entre idade e anos de estudo, ao testar o cruzamento da variável Conhecimento III – exames e idade controlado pelos anos de estudo verificamos que a associação entre ter 36 a 44 anos e ter Conhecimento III – exames alto é confirmada no grupo com maior tempo de estudo, 12 a 20 anos (Teste Exato de Fisher=0,03).

Os dados mostram que no grupo de 12 a 20 anos de estudo 56,2% dos ACSs com 36 a 44 anos de idade possuem conhecimento alto, enquanto 34,7% dos ACSs com 20 a 35 anos têm conhecimento alto, 35% dos ACSs de 44 a 55 anos têm conhecimento alto e apenas 8,3% dos ACSs com 56 a 67 anos de idade possuem conhecimento alto em relação aos exames (Tabela 49).

Não foi encontrada associação no cruzamento envolvendo o grupo com menos tempo de estudo, 4 a 11 anos, como controle.

Tabela 49 – Resultado da associação do cruzamento entre idade e Conhecimento III– exames controlado pelos anos de estudo no grupo com 12 a 20 anos de estudo

Controle				
Anos de estudo				
12 a 20 anos	CONHECIMENTO III - EXAMES			Total
IDADE	Baixo 6 a 11 pts	Médio 12 a 13 pts	Alto 14 a 17 pts	
20 a 35 anos	5 21,74%	10 43,48%	8 34,78%	23 100%

Continua

*Conclusão***Tabela 49 – Resultado da associação do cruzamento entre idade e Conhecimento III– exames controlado pelos anos de estudo no grupo com 12 a 20 anos de estudo****Controle****Anos de estudo****12 a 20 anos****CONHECIMENTO III - EXAMES**

IDADE	Baixo 6 a 11 pts	Médio 12 a 13 pts	Alto 14 a 17 pts	Total
36 a 44 anos	4 12,50%	10 31,25%	18 56,25%	32 100%
45 a 55 anos	7 35,00%	6 30,00%	7 35,00%	20 100%
56 a 67 anos	7 58,33%	4 33,33%	1 8,33%	12 100%
Total	23 26,44%	30 34,48%	34 39,08%	87 100%

Fisher's exact = 0.032

3.4 Idade e tempo de atuação como ACS

Como descrito anteriormente a variável idade foi encontrada associada com a variável tempo de atuação como ACS.

Este cruzamento evidenciou associação estatisticamente significativa entre ter 13 a 14 anos de atuação como ACS e estar no grupo etário de 36 a 44 anos com Teste Exato de Fisher=0,01.

É possível perceber que entre os ACSs com maior tempo de atuação, 13 a 14 anos, 32,3% deles pertencem ao grupo etário de 36 a 44 anos, enquanto 31,2% pertencem ao grupo etário de 45 a 55 anos, 22,6% pertencem ao grupo etário de 56 a 67 anos e apenas 14% pertencem ao grupo etário mais jovem de 20 a 35 anos (Tabela 50).

Tabela 50 – Resultado da associação do cruzamento entre idade e Tempo de atuação como ACS

IDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS			Total
	1 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 14 anos	
20 a 35 anos	20 33,90%	4 9,52%	13 13,98%	37 19,07%
36 a 44 anos	19 32,20%	17 40,48%	30 32,26%	66 34,02%
45 a 55 anos	16 27,12%	12 28,57%	29 31,18%	57 29,38%

Continua

*Conclusão***Tabela 50 – Resultado da associação do cruzamento entre idade e Tempo de atuação como ACS**

IDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS			Total
	1 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 14 anos	
56 a 67 anos	4 6,78%	9 21,43%	21 22,58%	34 17,53%
Total	59 100%	42 100%	93 100%	194 100%

Fisher's exact = 0.012

3.5 Conhecimento III – exames e idade controlado pelo tempo de atuação como ACS

Devido ao fato de não existir ACS no grupo etário de 56 a 67 anos com menos de 8 anos de atuação e com conhecimento médio e alto em relação aos exames não foi possível testar a associação entre o grupo etário de 36 a 44 anos de idade ter conhecimento alto por ter maior tempo de atuação.

E também não foi encontrada associação estatística significativa nos demais grupos de controle com 9 a 12 anos e 13 a 14 anos de atuação como ACS.

3.6 Conhecimento III – exames e sexo

No cruzamento das variáveis Conhecimento III – exames e sexo foi encontrada associação estaticamente significativa entre ser do sexo feminino e ter conhecimento alto, com valor de $p=0,03$.

Neste caso específico reagrupamos o conhecimento médio e alto para que a tabela não contivesse o valor 0 (zero).

Verificamos que entre as mulheres 70,2% possuem conhecimento alto enquanto apenas 43,7% dos homens possuem conhecimento alto em relação aos exames (Tabela 51).

Tabela 51 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento III - exames

SEXO	CONHECIMENTO III - EXAMES		Total
	Baixo 6 a 11 pts	Alto 12 a 17 pts	
Masculino	9 56,25%	7 43,75%	16 100%

Continua

*Conclusão***Tabela 51 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento III - exames**

SEXO	CONHECIMENTO III - EXAMES		Total
	Baixo 6 a 11 pts	Alto 12 a 17 pts	
Feminino	53 29,78%	125 70,22%	178 100%
Total	62 31,96%	132 68,04	194 100%

Pearson chi2(1) = 4.7319 Pr = 0.030

3.7 Conhecimento III – exames e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual

Já foi explicado anteriormente que as variáveis sexo e tempo de atuação na Unidade atual estão associadas e a tabela 42 mostra que as mulheres tem maior tempo de atuação como descrito na página 90.

Ao realizarmos o teste entre Conhecimento III – exames e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual não foi encontrada associação estatística significativa em nenhum grupo de tempo de atuação na Unidade atual.

3.8 Conhecimento III – exames e sexo controlado pelo vínculo institucional

A variável sexo também se mostra associada ao vínculo institucional (tabela 44 - pag. 91); associação entre ser do sexo feminino e pertencer às Unidades vinculadas à SMS.

No cruzamento entre Conhecimento III – exames e sexo controlado pelo vínculo institucional percebemos que associação entre ser mulher e ter conhecimento alto em relação aos exames é verdadeira apenas para o grupo de ACSs pertencentes às Unidades vinculadas à FMRP, com Teste Exato de Fisher=0,03.

Os dados mostram que entre os ACSs de Unidades da FMRP 76,4% das mulheres tem conhecimento alto enquanto apenas 20% dos homens tem conhecimento alto sobre os exames (tabela 52).

Já ao utilizar vínculo institucional da SMS como controle não foi encontrada associação estatisticamente significativa.

Tabela 52 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento III – exames controlado pelo vínculo institucional no grupo FMRP*Continua*

Tabela 52 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento III – exames controlado pelo vínculo institucional no grupo FMRP

Controle Vínculo institucional			
Grupo FMRP			
CONHECIMENTO III - EXAMES			
SEXO	Baixo 6 a 11 pts	Alto 12 a 17 pts	Total
Masculino	4 80,00%	1 20,00%	5 100%
Feminino	4 23,53%	13 76,47%	17 100%
Total	8 36,36%	14 63,64%	22 100%
Fisher's exact =		0.039	
1-sided Fisher's exact =		0.039	

Neste bloco de conhecimento sobre os exames encontramos associação importante com as variáveis independentes idade e sexo dos entrevistados. Os resultados demonstraram que ter idade entre 36 a 44 anos ou ser do sexo feminino influenciaria em ter conhecimento alto sobre os exames.

Testamos os cruzamentos utilizando as variáveis de controle que estivessem associadas à idade e ao sexo. Em relação à idade, esta possui associação com a variável anos de estudo e com o tempo de atuação como ACS.

No cruzamento entre Conhecimento III – exames e idade controlado pelos anos de estudo ficou confirmado a associação entre ter 36 a 44 anos de idade e ter conhecimento alto no grupo com maior tempo de estudo, 12 a 20 anos. Já no cruzamento envolvendo a variável tempo de atuação como ACS como controle não foi encontrada associação estatística significativa em nenhum grupo.

A variável sexo está associada ao tempo de atuação na Unidade atual e ao vínculo institucional. No cruzamento envolvendo o tempo de atuação na Unidade atual como controle não foi encontrada associação estatística significativa.

E no cruzamento utilizando o vínculo institucional como controle percebemos que a associação entre ser sexo feminino e ter conhecimento alto é verdadeira apenas no grupo de ACSs pertencentes às Unidades FMRP.

4. Conhecimento III - vacinas

O Conhecimento III trata das vacinas recomendadas pelas normativas e manuais de referência do MS essenciais para toda gestante e que o ACS precisa estar atento, conferir e orientar.

4.1 Conhecimento III – vacinas e sexo

No cruzamento entre as variáveis Conhecimento III – vacinas e sexo foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ser do sexo feminino e ter conhecimento alto em relação às vacinas com Teste Exato de Fisher=0,008.

Verificamos que 43,3%, a maioria das mulheres possui conhecimento alto enquanto apenas 12,5% dos ACSs do sexo masculino possuem conhecimento alto em relação às vacinas, como mostra a tabela 53.

Tabela 53 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento III - vacinas

SEXO	CONHECIMENTO III - VACINAS			Total
	Baixo 0 a 2 pts	Médio 3 a 4 pts	Alto 5 a 6 pts	
Masculino	7 43,75%	7 43,75%	2 12,50%	16 100%
Feminino	27 15,17%	74 41,57%	77 43,26%	178 100%
Total	34 17,53%	81 41,75%	79 40,72%	194 100%
Fisher's exact =			0.008	

4.2 Conhecimento III – vacinas e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual

Conforme explicado anteriormente a variável sexo apresenta associação estatística significativa com a variável tempo de atuação na Unidade atual (tabela 42) mostrando que os ACSs do sexo feminino tem maior tempo de atuação na Unidade atual.

Para efeito de análise de dados e evitar o viés de “falsa associação” testamos o cruzamento entre Conhecimento III – vacinas e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual e a associação se mostrou real para o grupo de ACSs com menos de 5 anos de atuação na Unidade atual.

Neste grupo, os dados revelam associação entre ser do sexo feminino e ter conhecimento alto com Teste Exato de Fisher=0,03. Entre os ACSs com menos de 5 anos de atuação na Unidade atual, a maioria do sexo feminino, 44,9%, possui

conhecimento alto enquanto apenas 15,4% dos ACSs do sexo masculino possuem conhecimento alto sobre as vacinas, conforme demonstrado na tabela 54.

Nos cruzamentos envolvendo os outros grupos com mais tempo de atuação na Unidade atual, 6 a 10 anos e 11 a 14 anos, como controles não foram encontradas associações estatísticas significativas. Entretanto não foi possível verificar associação nos grupos com maior tempo de atuação devido ao número pequeno de ACS do sexo masculino nestes grupos.

Tabela 54 – Resultado da associação no cruzamento entre sexo e Conhecimento III - vacinas controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual no grupo com menos de 5 anos de atuação

Controle				
Tempo de atuação na Unidade atual				
Menos de 5 anos				
CONHECIMENTO III – VACINAS				
SEXO	Baixo	Médio	Alto	Total
	0 a 2 pts	3 a 4 pts	5 a 6 pts	
Masculino	7	4	2	13
	53,85%	30,77%	15,38%	100%
Feminino	9	18	22	49
	18,37%	36,73%	44,90%	100%
Total	16	22	24	62
	25,81%	35,48%	38,71%	100%
Fisher's exact = 0.033				

4.3 Conhecimento III – vacinas e sexo controlado pelo vínculo institucional

Também foi encontrada associação estatística significativa da variável sexo com vínculo institucional, demonstrando associação entre ser do sexo feminino e pertencer às Unidades vinculadas à SMS, como descrito na página 91 (tabela 44).

Para tanto realizamos o cruzamento entre Conhecimento III – vacinas e sexo agora controlado pelo vínculo institucional. Foi possível constatar, neste caso, associação estatisticamente significativa entre ser mulher e ter conhecimento alto em relação às vacinas apenas no grupo de ACSs pertencentes às Unidades vinculadas à SMS, com Teste Exato de Fisher= 0,01.

A tabela 55 apresenta os dados deste cruzamento e é possível perceber que entre os ACSs das Unidades vinculadas à SMS 41,6% das mulheres têm conhecimento alto enquanto apenas 9,1% dos homens têm conhecimento alto em relação às vacinas.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa no cruzamento envolvendo o grupo vinculado à FMRP como controle.

Tabela 55 – Resultado da associação no cruzamento entre sexo e Conhecimento III - vacinas controlado pelo vínculo institucional no grupo SMS

Controle Vínculo Institucional SMS				
SEXO	CONHECIMENTO III – VACINAS			Total
	Baixo 0 a 2 pts	Médio 3 a 4 pts	Alto 5 a 6 pts	
Masculino	5 45,45%	5 45,45%	1 9,09%	11 100%
Feminino	25 15,53%	69 42,86%	67 41,61%	161 100%
Total	30 17,44%	74 43,02%	68 39,53%	172 100%
Fisher's exact = 0.017				

4.4 Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS

No cruzamento entre as variáveis Conhecimento III – vacinas e Tempo de atuação como ACS encontramos associação estatisticamente significativa entre ter 9 a 12 anos de atuação e ter conhecimento alto em relação às vacinas com valor de $p=0,001$. Os dados mostram que 61,9%, a maioria dos ACSs com 9 a 12 anos de atuação como ACS tem conhecimento alto enquanto 44,1% dos ACSs com menos de 8 anos possuem conhecimento alto e apenas 29% dos ACSs com 13 a 14 anos de atuação têm conhecimento alto em relação às vacinas (tabela 56).

Tabela 56 – Resultado da associação do cruzamento entre tempo de atuação como ACS e Conhecimento III – vacinas

TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS	CONHECIMENTO III - VACINAS
--	-----------------------------------

Continua

Conclusão

Tabela 56 – Resultado da associação do cruzamento entre tempo de atuação como ACS e Conhecimento III – vacinas

TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS	CONHECIMENTO III - VACINAS			
	Baixo 0 a 2 pts	Médio 3 a 4 pts	Alto 5 a 6 pts	Total
Menos de 8 anos	14 23,73%	19 32,20%	26 44,07%	59 100%
De 9 a 12 anos	6 14,29%	10 23,81%	26 61,90%	42 100%
De 13 a 14 anos	14 15,05%	52 55,91%	27 29,03%	93 100%
Total	34 17,53%	81 41,75%	79 40,72%	194 100%

Pearson chi2(4) = 18.7763 Pr = 0.001

4.5 Tempo de atuação como ACS e raça/cor

A variável tempo de atuação como ACS apresenta associação estatisticamente significativa com a variável raça/cor.

Ter 9 a 12 anos de atuação como ACS e ser da raça/cor branca foi encontrado associado com Teste Exato de Fisher=0,03.

A tabela 57 mostra que entre os ACSs com 9 a 12 anos de atuação 69% são de raça/cor branca, enquanto 23,8% são da raça/cor parda e apenas 7,1% são da raça/cor negra.

Tabela 57 – Resultado da associação do cruzamento entre tempo de atuação como ACS e raça/cor

RAÇA/COR	TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS			Total
	1 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 14 anos	
Branca	39 66,10%	29 69,05%	43 46,24%	111 57,22
Preta/negra	9 15,25%	3 7,14%	18 19,35%	30 15,46%
Parda	11 18,64%	10 23,81%	32 34,41%	53 27,32%
Total	59 100%	42 100%	93 100%	194 100%

Fisher's exact = 0.038

4.6 Conhecimento III – vacina e tempo de atuação como ACS controlado pela raça/cor

Para evitarmos viés de “falsa associação” realizamos o cruzamento utilizando a variável raça/cor como controle.

Encontramos que no grupo de raça/cor branca a associação entre ter 9 a 12 anos de atuação como ACS e ter conhecimento alto é verdadeira com Teste Exato do Fisher= 0,003.

Os dados apresentados na tabela 58 mostram que no grupo de ACSs de raça/cor branca 65,5%, a maioria das pessoas com 9 a 12 anos de atuação como ACS tem conhecimento alto, enquanto 51,3% dos ACS com menos de 8 anos de atuação tem conhecimento alto e apenas 32,6% dos ACSs com 13 a 14 anos de atuação tem conhecimento alto em relação às vacinas.

Não encontramos associação estatisticamente significativa nos demais grupos de raça/cor preta ou negra e nem mesmo no grupo de raça parda.

Tabela 58 – Resultado da associação do cruzamento entre tempo de atuação como ACS e Conhecimento III – vacinas controlado pela raça/cor no grupo de raça branca

Controle				
Raça/cor				
Branca				
CONHECIMENTO III - VACINAS				
TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS	Baixo 0 a 2 pts	Médio 3 a 4 pts	Alto 5 a 6 pts	Total
1 a 8 anos	11 28,21%	8 20,51%	20 51,28%	39 100%
9 a 12 anos	3 10,34%	7 24,14%	19 65,52%	29 100%
13 a 14 anos	5 11,63%	24 55,81%	14 32,56%	43 100%
Total	19 17,12%	39 35,14%	53 47,75%	111 100%
Fisher's exact = 0.003				

4.7 Tempo de atuação como ACS e vínculo institucional

A variável tempo de atuação como ACS ainda apresenta associação estatística significativa com a variável vínculo institucional.

A tabela 59 mostra que ter de 13 a 14 anos de atuação como ACS e pertencer às Unidades vinculadas à SMS está associada com Teste Exato de Fisher<0,001.

A maioria, 52,9% dos ACSs pertencentes às Unidades vinculadas à SMS tem 13 a 14 anos de atuação como ACS enquanto apenas 9,1% dos ACSs pertencentes às Unidades vinculadas à FMRP têm 13 a 14 anos de atuação.

Tabela 59 - Resultado da associação do cruzamento entre vínculo institucional e tempo de atuação como ACS

VÍNCULO INSTITUCIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS			Total
	1 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 14 anos	
FMRP	15 68,18%	5 22,73%	2 9,09%	22 100%
SMS	44 25,58%	37 21,51%	91 52,91%	172 100%
Total	59 30,41%	42 21,65%	93 47,94%	194 100%

Fisher's exact < 0.001

4.8 Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS controlado pelo vínculo institucional

Sabendo que a variável tempo de atuação como ACS também está associado ao vínculo institucional realizamos o cruzamento controlado.

Quando testamos a variável Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS controlado pelo vínculo institucional a associação entre ter 9 a 12 anos de atuação como ACS e ter conhecimento alto sobre as vacinas se confirma para o grupo de ACSs pertencentes às Unidades vinculadas à SMS, com valor de $p=0,003$.

A tabela 60 apresenta que no grupo de ACSs pertencentes às Unidades vinculadas à SMS 59,5% dos ACSs com 9 a 12 anos de atuação tem conhecimento alto, 45,4% dos ACSs com menos de 8 anos de atuação tem conhecimento alto enquanto apenas 28,6% dos ACSs com 13 a 14 anos de atuação tem conhecimento alto em relação às vacinas.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa no cruzamento do Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS utilizando a variável vínculo institucional como controle no grupo FMRP.

Tabela 60 - Resultado da associação do cruzamento entre tempo de atuação como ACS e Conhecimento III – vacinas controlado pelo vínculo institucional no grupo SMS

Controle Vínculo Institucional Grupo SMS				
CONHECIMENTO III - VACINAS				
TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS	Baixo 0 a 2 pts	Médio 3 a 4 pts	Alto 5 a 6 pts	Total
1 a 8 anos	10 22,73%	14 31,82%	20 45,45%	44 100%
9 a 12 anos	6 16,22%	9 24,32%	22 59,46%	37 100%
13 a 14 anos	14 15,38%	51 56,04%	26 28,57%	91 100%
Total	30 17,44%	74 43,02%	68 39,53%	172 100%

Pearson chi2(4) = 15.7064 Pr = 0.003

Embora a variável tempo de atuação como ACS ainda apresente associação estatisticamente significativa com as variáveis independentes idade e escolaridade, ao realizarmos o cruzamento entre Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS e as respectivas variáveis de controle não foi encontrada associação estatisticamente significativa em nenhum dos casos.

No bloco de Conhecimento III – vacinas verificamos que novamente a variável sexo e a variável tempo de atuação como ACS podem influenciar o conhecimento em relação às vacinas. Ser do sexo feminino ou ter entre 9 a 12 anos de atuação como ACS estão associadas a ter conhecimento alto em relação às vacinas.

Para aprimorar a análise estatística, realizamos os cruzamentos envolvendo as variáveis de controle em relação à variável sexo, como já descrito, e em relação à variável tempo de atuação como ACS que se mostra associada com as variáveis raça/cor, vínculo institucional, idade e escolaridade.

No cruzamento Conhecimento III – vacinas e sexo utilizando como controle o tempo de atuação na Unidade atual percebemos que foi encontrada associação apenas no grupo com menos de 5 anos de atuação na Unidade atual e mostra que as mulheres deste grupo possuem conhecimento alto sobre as vacinas em relação aos homens. E no cruzamento envolvendo o vínculo institucional como controle encontramos associação

no grupo de ACSs da SMS que demonstrou que nesse grupo as mulheres detêm conhecimento alto sobre as vacinas.

Conhecimento III – vacinas e tempo de atuação como ACS controlado pela raça/cor encontramos associação apenas no grupo de raça/cor branca. Este cruzamento mostra que entre os ACSs de raça/cor branca o grupo com 9 a 12 anos de atuação como ACS tem conhecimento alto em relação às vacinas. E no cruzamento envolvendo vínculo institucional como controle encontramos associação apenas no grupo de ACSs da SMS. O resultado mostra que os ACSs com 9 a 12 anos de atuação ainda mantêm o conhecimento alto sobre as vacinas.

E ao realizarmos os cruzamentos envolvendo as outras variáveis de controle idade e escolaridade, não foi encontrada associação estatisticamente significativa nestes casos.

5. Conhecimento IV

Esta variável dependente, Conhecimento IV, trata dos sinais e sintomas de risco para a gestante e seu bebê assim como os sinais de trabalho de parto que são questões importantes para que o ACS esteja preparado para oferecer orientações nesse sentido. Esta, porém não apresentou nenhuma associação estatística significativa com as variáveis independentes idade, sexo, raça/cor, escolaridade, anos de estudo, classificação econômica, tempo de atuação como ACS e na Unidade atual e vínculo institucional, inclusive nos testes estatísticos utilizando variáveis de controle.

6. Conhecimento V

Conhecimento V aborda aspectos e orientações gerais feitas pelo ACS com as gestantes, questões envolvendo mitos, alimentação adequada, saúde bucal, prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis.

6.1 Conhecimento V e sexo

Neste último bloco de conhecimento no cruzamento entre Conhecimento V e sexo encontramos uma associação estatisticamente significativa entre ser do sexo feminino e ter Conhecimento V alto com valor de $p=0,003$.

Verificamos que 85,4% dos ACSs do sexo feminino possuem conhecimento alto enquanto 56,2% dos ACSs do sexo masculino têm Conhecimento V alto, conforme mostra a tabela 61.

Tabela 61 - Resultado da associação do cruzamento entre sexo e Conhecimento V

SEXO	CONHECIMENTO V		Total
	Baixo 12 a 14 pts	Alto 15 a 17 pts	
Masculino	7 43,75%	9 56,25%	16 100%
Feminino	26 14,61%	152 85,39,%	178 100%
Total	33 17,01%	161 82,99%	194 100%

Pearson chi2(1) = 8.7424 Pr = 0.003

6.2 Conhecimento V e sexo controlado pelo tempo de atuação na Unidade atual

Como consta na páginas 90 e 91, a variável sexo está associada ao tempo de atuação na Unidade atual e vínculo institucional.

Para tanto realizamos os cruzamentos utilizando-as como variáveis de controle e testamos se a associação entre ser mulher e ter o conhecimento alto é verdadeiras nestes casos.

O cruzamento utilizando o tempo de atuação na Unidade atual como controle apresentou associação entre ser mulher e ter conhecimento alto apenas no grupo com menos de 5 anos de atuação com valor de $p=0,01$.

A tabela 62 revela que no grupo de ACSs com menos de 5 anos de atuação na Unidade atual 85,7% das mulheres têm conhecimento alto enquanto 53,8% dos homens têm conhecimento alto em relação às orientações gerais feitas à gestante.

Nos demais grupos de tempo de atuação na Unidade atual, de 6 a 10 anos ou mais de 11 anos de atuação, usados como controle no cruzamento entre Conhecimento V e sexo não foi encontrada associação estatística significativa.

Tabela 62 – Resultado da associação no cruzamento entre sexo e Conhecimento V controlada pelo Tempo de atuação na Unidade atual no grupo com menos de 5 anos de atuação

Continua

Conclusão

Tabela 62 – Resultado da associação no cruzamento entre sexo e Conhecimento V controlada pelo Tempo de atuação na Unidade atual no grupo com menos de 5 anos de atuação

Controle			
Grupo com menos de 5 anos de atuação na Unidade atual			
CONHECIMENTO V			
SEXO	Baixo	Alto	Total
Masculino	6	7	13
	46,15%	53,85%	100%
Feminino	7	42	49
	14,29%	85,71%	100%
Total	13	49	62
	20,97%	79,03%	100%

Pearson chi2(1) = 6.2966 Pr = 0.012

6.3 Conhecimento V e sexo controlado pelo vínculo institucional

Em relação ao cruzamento entre Conhecimento V e sexo controlado pelo vínculo institucional não foi encontrada associação estatística significativa em nenhum dos dois grupos FMRP ou SMS.

Novamente notamos que a variável sexo é determinante no bloco de Conhecimento V. Ser do sexo feminino está associado em ter conhecimento alto em relação às orientações gerais envolvendo hábitos saudáveis, saúde bucal entre outros presentes no bloco de Conhecimento V.

A variável sexo ainda se associa ao tempo de atuação na Unidade atual e ao vínculo institucional. Para tanto realizamos os cruzamentos envolvendo os respectivos controles.

No cruzamento envolvendo a variável tempo de atuação na Unidade atual como controle a associação entre ser do sexo feminino e ter conhecimento alto em relação aos homens se mostrou verdadeira no grupo com menos de 5 anos de atuação na Unidade atual. Entretanto, no cruzamento controlado pelo vínculo institucional não foi encontrada associação em nenhum grupo, seja da SMS ou da FMRP.

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Sem dúvida no cenário da APS, destaca-se nas equipes que prestam serviços à comunidade o ACS como um profissional fundamental que consigo carrega grande responsabilidade já que seu trabalho se estende em diversas áreas.

A ação do MS em profissionalizar as atividades do ACS, acaba por encontrar nesta profissão um facilitador da inserção do serviço (MELO et al., 2009). Seu trabalho, de modo geral, supera o atendimento às necessidades, uma vez que ser ACS também compreende a dedicação de cuidar da comunidade e pensar a saúde em sua concepção ampliada (SILVA; DALMASO, 2002).

O papel do profissional ACS é de extrema importância já que ele é a ligação entre as famílias, comunidades e a equipe e unidade de saúde sendo essencial na orientação das famílias, no encaminhamento dos problemas, realizando a vigilância em saúde (MOURA et al., 2010; BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005).

Não foi possível encontrar muitos estudos que propunham avaliar o grau de conhecimento dos ACSs em torno de um programa de saúde específico como é o caso da assistência pré-natal, num molde parecido com o método utilizado no nosso estudo a fim de fazer comparações em regiões diferentes do país.

Além de poder avaliar o conhecimento dos ACSs em relação à assistência pré-natal, com nosso estudo foi possível conhecer o perfil dos ACSs de Ribeirão Preto- SP por meio da amostra representativa da população e que será discutido com a literatura apresentada.

Perfil

Encontramos uma população com uma média de idade de 44,9 anos sendo que a maioria dos participantes (34%) se encontrava no grupo etário de 36 a 44 anos. 91,7% dos entrevistados eram do sexo feminino, de raça/cor branca (56,7%), com ensino médio completo (50%) e média de 11,7 anos de escolaridade.

Em parte o perfil encontrado no nosso estudo corrobora com outros estudos como podemos ver nos resultados de Villa (2004), que tinha como intuito pesquisar o perfil dos ACSs no município de Ribeirão Preto – SP. A idade média encontrada foi de 39,3 anos e 60,7% dos ACSs estavam na faixa etária de 30 a 49 anos, a maioria dos

participantes era do sexo feminino (98,4%). Neste estudo também percebemos que a maior parte dos ACSs (34,4%) tinha o ensino médio completo e apresentando, portanto de 9 a 11 anos de estudo (Villa, 2004).

O estudo de Barcellos; Pandolf; Miotto (2006), que teve como objetivo caracterizar o perfil do ACS da cidade de Vitória-ES, mostra também que a maioria dos ACSs (89,7%) estava na faixa entre 21 e 49 anos sendo que o grupo etário com maior percentual foi de 40 a 49 anos com 20,5%, mais de 90% dos ACSs eram do sexo feminino e mais da metade dos profissionais (66,3%) possuíam o 2º grau completo (BARCELLOS; PANDOLFI; MIOTTO, 2006).

O estudo de Sakata (2009) teve como finalidade compreender as relações sociais estabelecidas entre ACS e equipe de saúde dentro de um contexto de trabalho em equipe. Também foi possível observar neste estudo uma predominância de mulheres, 90% dos trabalhadores em saúde eram do sexo feminino e por conta disto as características de serem mães, esposas, namoradas estavam muito presentes na fala dos participantes do estudo.

Com o objetivo de traçar o perfil demográfico e práticas de saúde bucal do ACS, em cidades de pequeno porte, Moura et al. (2010) encontrou entre os ACSs avaliados maioria com idade entre 20 - 39 anos e uma predominância do sexo feminino (MOURA et al., 2010).

No estudo de Santos et al. (2011) que tinha como intuito analisar o perfil e a realidade de trabalho dos ACSs num município de pequeno porte; foi encontrado que a maioria dos ACSs (39,5%) tinha idade entre 30 a 39 anos e a maioria dos profissionais é do gênero feminino. E quanto à escolaridade constatou-se que a maioria dos ACSs (65,8%) possuía ensino médio completo. Neste estudo o autor discute que o fato de ter obtido uma maioria de agentes com ensino médio completo seria algo surpreendente e o que provavelmente explicaria esta situação seria a pequena oferta de empregos e a baixa remuneração presente na região (SANTOS et al., 2011).

No nosso estudo ficou evidente a diferença que existe em número de ACSs do sexo masculino e do sexo feminino e isto é fortemente presente em diversos estudos como o de Minayo; D'Elia; Suitone, (1990), Fajardo (2001), Silva (2001), Assunção (2003) e Ferraz e Aerts (2004) e os estudos descritos anteriormente, que encontraram amostras compostas, em sua maior parte, por mulheres. E isto traz um peso relacionado ao gênero como é descrito no trabalho de Sakata (2009) em que as falas remetem ao cuidado do outro como característica feminina.

A construção social das relações de gênero expõe a concepção de que o cuidado do outro é parte da atribuição das mulheres. Em função do ato de gerar, a ciência médica discorreu concepções sobre o corpo, atitudes e o caráter da mulher atrelado à maternidade, ou seja, tradicionalmente é desejável que a mulher cuide do bebê ou da criança e isso se estende ao cuidado em saúde dos idosos e dos doentes. Ressaltar a definição do corpo e a alma da mulher pelos propósitos da gestação, aleitamento e criação (VILLELA; ARRILHA, 2003).

Em relação ao gênero ser bem marcado nesta profissão a explicação pode estar na origem da profissão de ACS no Brasil com a priorização da contratação de mulheres nas primeiras experiências de Agentes de Saúde no Ceará.

Esta preferência pelo trabalho feminino neste cenário foi pautada na possibilidade de que a contratação de mulheres para este tipo de emprego poderia melhorar sua condição social por conta da remuneração de um salário mínimo. E consequentemente motivaria estas mulheres para um emponderamento e posicionamento mais ativo na comunidade que pertenciam. Outro diferencial para a escolha de mulheres era com intuito de promover educação em saúde especificamente para o grupo materno-infantil com vistas a reduzir a mortalidade neste grupo com atividades voltadas para estímulo à amamentação, prevenção de desidratação e diarreia (LUNARDELO, 2004; MINAYO, 1990).

Para avaliar a situação econômica dos nossos entrevistados nos baseamos nos Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2013) que classifica em níveis A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E definindo a renda familiar média bruta mensal para cada nível. A maior parte dos entrevistados do nosso estudo (46,4%) pertencem à classe econômica B2, o que corresponde à uma renda familiar média mensal de R\$2654,00 (dois mil seiscentos e cinquenta e quatro reais).

No estudo de Moura et al. (2010) a renda individual do ACS era de um salário mínimo, na época do estudo o salário mínimo era de R\$380,00 (trezentos e oitenta reais).

De acordo com o estudo de Santos et al. (2011) a renda média dos ACS (individual) em seu estudo foi de R\$ 305,60 (trezentos e cinco reais e sessenta centavos) que representa 73% do salário mínimo na época (SM: R\$ 415,00 - 2008). Neste estudo a remuneração do ACS foi levantada como um dos fatores que causaram insatisfação destes profissionais e considerado um dos principais pontos negativos da profissão por conta da falta de reconhecimento de seu trabalho.

Concluimos também que a maioria dos ACSs (42,3%) do nosso estudo é o próprio chefe de família sendo que mais da metade dos chefes de família possui ensino médio completo como escolaridade (57,7%).

Percebemos nos resultados do nosso trabalho que existe uma proporção muito grande de ACS do sexo feminino e que muitas delas são as próprias chefes de família. Segundo critérios do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no Brasil a proporção de famílias chefiadas por mulheres cresceu mais do que quatro vezes nos últimos dez anos. O fato das mulheres terem tido maior acesso ao mercado de trabalho, adiado a idade para se casar e cada vez investido mais no aumento da escolaridade estão entre os fatores que causaram o processo de mudança que vêm sendo observado pelo IBGE nas relações familiares.

Segundo o IBGE, em 1996, 20,8% dos lares eram chefiados por uma mulher. No Censo de 2000, a porcentagem subiu para 26,5%. Já a Pnad (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio), como ano base 2011, levantamento mais recente do IBGE, mostra que 37,4% das famílias têm como pessoa de referência uma mulher (IBGE, Agência Brasil, 2012).

Mas, de acordo com nosso perfil de entrevistados, podemos refletir sobre um outro panorama. A realidade de mulheres que engravidam na adolescência, têm seus filhos, divorciam e se depararam com uma nova situação de vida em que precisam se sustentar e procurar por uma nova fonte de renda para garantir a sobrevivência dela e dos filhos e a ocupação de ACS pode ser uma porta de entrada, já que garante renda e não exige elevados requisitos em relação à escolaridade.

Para fundamentar este panorama, os dados da Pnad (ano base 2011) mostram que 88,1% das adolescentes, entre 15 a 17 anos, sem filhos estavam estudando. Porém, os dados afirmam que apenas 28,5% das adolescentes que tinham um filho ou mais estudavam e 68,7% delas não estudavam e nem haviam completado o ensino médio.

E segundo o IBGE, os números reforçam que a maternidade, nestes casos, pode “atrasar ou interromper o processo de escolarização da mulher e que é preciso desenvolver políticas públicas voltadas para jovens que já tenham filhos e desejem retornar aos estudos.” (IBGE, Agência Brasil, 2012).

Em relação à atividade profissional do ACS percebemos que os dados do nosso estudo apontam que a maioria dos ACSs mora no território que sua unidade de saúde abrange. Segundo a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS,

em seu art. 30, o ACS deve residir na área da comunidade em que atuar (BRASIL, 2002). 67,5% dos entrevistados do nosso estudo residem no território de abrangência da sua unidade de saúde, entretanto 32,4% dos ACSs não residem na área de abrangência da unidade e isso é possível devido a um trâmite legal do município. Segundo o último edital de concurso para ACS no município um dos requisitos mínimos exigidos era o de apenas residir, incondicionalmente, no município de Ribeirão Preto, desde o momento da publicação do Edital (Diário Oficial Ribeirão Preto- SP, 2011).

Nossos dados corroboram com o estudo de Santos et al. (2011) em que a maioria dos agentes (65,8%) relatou que atua na área onde reside. O fato de residir pelo menos dois anos na comunidade onde se trabalha é um requisito formal do MS, para a investidura do cargo de ACS e que ressalta a importância do estabelecimento da confiança e cumplicidade entre eles e a comunidade, além de poder dividir os mesmos problemas, a mesma cultura, enfim, a mesma realidade (BRASIL, 2002; SANTOS, et al., 2011). Já no estudo de Moura et al. (2010) foi encontrado que os ACSs residiam há muito tempo na comunidade, ou seja, em média 24 anos na comunidade, o que demonstra a existência de uma diferença regional.

Encontramos no nosso estudo uma proporção de 11,3% de ACS pertencentes às unidades vinculadas à FMRP e 88,7% ACSs pertencentes às unidades vinculadas à SMS.

Entretanto este número contrasta com o resultado encontrado por Villa (2004) que concluiu no seu estudo que 37% dos ACSs do município de Ribeirão Preto eram ligados às unidades da FMRP e o restante 62% à ESF da SMS.

A maior parte dos ACSs entrevistados em nosso estudo (45,3%) tem 13 anos e uma média de 9,2 anos de atuação como ACS, e a maioria deles (38,7%) está há 11 ou mais atuando na Unidade atual, na qual foram entrevistados.

Este resultado diverge dos dados do estudo de Maciel (2008), que tinha como objetivo analisar o conhecimento dos ACSs em relação à tuberculose, que mostra que entre os 105 ACSs entrevistados 62,9% atuavam nesta profissão há um período igual ou inferior a três anos, ao passo que 37,1% há quatro anos ou mais. Foi obtida uma média de 3,1 anos de atuação como ACS (MACIEL et al., 2008).

Também diverge do resultado de Santos (2011) que encontrou na sua amostra que 47,4% dos ACSs estão a menos de um ano no PSF, e que foi explicado pela alta rotatividade destes profissionais. Este cenário de grande rotatividade foi entendido pelo autor como algo que poderia influenciar de forma negativa a comunidade já que o

vínculo, neste caso, fica comprometido e desfavorece os laços de confiança que deveriam ser estabelecidos.

Conhecimento

Utilizando as escalas de 0 a 10 pontos de cada bloco podemos verificar que em relação ao bloco de Conhecimento I que versa sobre atribuição geral do ACS, tivemos uma média de 9,4 pontos e 43% dos ACS atingiram o valor máximo de 10 pontos que os classifica com conhecimento alto neste bloco.

No bloco de Conhecimento II sobre a abordagem da gestante, encontramos uma média de 9 pontos e que a maioria dos ACSs (59%) atingiu entre 9,2 a 10 pontos e que os classifica como conhecimento alto.

No bloco de Conhecimento III – exames encontramos uma média de 6,9 pontos e 35% dos ACSs atingiram entre 7,7 a 9,4 pontos, apesar da média baixa e mesmo não que não tenham alcançado o valor máximo estes também foram classificados com conhecimento alto.

No bloco de Conhecimento III – vacinas tivemos uma média de 6,3 pontos, a média mais baixa, e que 41% dos entrevistados alcançou uma pontuação entre 5 a 6,6 pontos o que os classifica como conhecimento médio, ou seja, ressaltando a necessidade de promover maior capacitação em torno das vacinas.

No bloco de Conhecimento IV sobre os sinais risco e sinais de trabalho de parto, tivemos uma média de 8 pontos e o conhecimento também foi classificado como médio já que a maioria dos ACSs (53%) alcançou entre 7,6 a 8,4 pontos. O que demonstra também a necessidade de treinamento neste quesito.

E no bloco de Conhecimento V que aborda sobre as orientações gerais, encontramos uma média de 9,05 pontos e a maioria dos ACSs (83%) atingiu entre 8,8 a 10 pontos o que os classificou como conhecimento alto.

Embora o material encontrado para realizar nossa discussão tenha sido limitado em relação aos conteúdos abordados no nosso questionário, realizamos a discussão de cada bloco de conhecimento confrontando com que literatura apresenta. E baseado na análise bivariada do nosso estudo, os resultados das nossas associações entre características socioeconômicas dos ACSs e as respostas obtidas nos blocos de Conhecimento nos permitiu que levantássemos algumas hipóteses que também serão discutidas.

Conhecimento I

Como não encontramos estudos que apresentam resultados sobre o conhecimento do ACS sobre sua atribuição. Baseamos-nos na análise bivariada para discutir os achados.

A primeira hipótese que levantamos, segundo a análise bivariada, é de que a mulher tem maior conhecimento sobre Conhecimento I em relação aos homens. Isto pode ocorrer por alguns motivos.

Em relação ao Conhecimento I, a questão da mulher ter maior conhecimento seria devido ao fato de ter maior tempo de atuação como ACS do que os homens. Esta associação se mostrou verdadeira apenas no grupo com menos de cinco anos de atuação.

No nosso estudo, não foi possível testar a associação nos grupos com mais de 6 anos de atuação, por conta do número pequeno de ACSs do sexo masculino nestes grupos, sendo assim a nossa hipótese não pode ser confirmada para os grupos com maior tempo de atuação.

E possivelmente os ACSs com menos de 5 anos de atuação tiveram mais treinamento ou capacitação já que este grupo se destaca ao demonstrar que as mulheres, nele inseridas, têm conhecimento alto, não só no bloco de Conhecimento I como no Conhecimento III – vacinas e no Conhecimento V.

Conhecimento II

Embora não tenha sido possível encontrar referências em relação ao conhecimento do ACS sobre a abordagem inicial da gestante, a partir disso, levantamos hipóteses de acordo com o resultado da análise bivariada.

No Conhecimento II não foi verificada influência entre o ACS conhecer as práticas da abordagem inicial da gestante e ser mais jovem ou mais velho, do sexo feminino ou masculino, branco ou negro, com maior escolaridade ou não, mais ou menos tempo de estudo, alta ou baixa classe econômica, mais ou menos tempo de atuação como ACS e na Unidade atual ou pertencer a Unidades vinculadas à FMRP ou SMS.

Mas um fato surpreendente foi levantado já que associação estatística significativa só foi encontrada no cruzamento envolvendo controle e no grupo específico de ACSs mais velhos. No grupo com idade entre 56 a 57 anos ter como escolaridade o ensino médio se mostrou importante para ter conhecimento alto em relação ao Conhecimento II enquanto ter curso técnico ou ensino superior não garante maior conhecimento neste caso, aliás, a maioria do grupo com curso técnico ou ensino superior apresentou conhecimento II baixo.

Este dado encontrado nos faz refletir em algumas hipóteses; as pessoas com idade entre 56 a 67 anos com curso técnico ou superior teriam tido um ensino pior, ou os ACSs neste grupo etário e com ensino médio teriam mais experiência como ACS ou com a gestante ou mais treinamento na abordagem da gestante.

Em relação aos estudos sobre temas específicos como exames, procedimentos, saúde bucal, a busca por material relacionado ao levantamento do conhecimento dos ACSs ocorre com maior frequência, diferente do que acontece no levantamento de material sobre conhecimento dos ACSs na assistência pré-natal, em que os dados são escassos.

Conhecimento III - exames

O nosso resultado em relação ao bloco de Conhecimento III - exames revelou que cerca de um terço dos ACSs (35%) tem conhecimento alto sobre o assunto.

O estudo de Mendoza-Sassi et al. (2007) avaliou o conhecimento das gestantes sobre pré-natal e situações de risco à gravidez, todas residentes na periferia de uma cidade brasileira. E o resultado deste estudo revelou o pobre conhecimento das gestantes em relação aos exames do pré-natal.

Este estudo foi usado para realizar a comparação dos resultados, já que as informações são limitadas e este utilizou um método e um padrão de questionário semelhante ao aplicado no nosso. Ponderamos que este poderia ser útil na nossa discussão, já que aborda o conhecimento das gestantes que se aproxima em características socioeconômicas dos sujeitos do nosso trabalho.

Mendoza-Sassi, et al. (2007) reforça que a busca pela diminuição dos riscos no processo gestacional e consequente progresso nos indicadores de saúde materna ainda é uma meta difícil de alcançar a despeito dos vários programas e ações implementados no Brasil nas últimas décadas. E a falta de conhecimento e emponderamento da mulher sobre seus direitos reprodutivos seriam um dos motivos para uma assistência pré-natal inadequada. Mas, que semelhante ao nosso estudo em relação ao ACS, pouco se compreende sobre o conhecimento da gestante sobre a assistência pré-natal.

No questionário que o autor utilizou foram pesquisadas as características sociais econômicas e demográficas, vida reprodutiva e conhecimento sobre o pré-natal que incluía questões sobre o número de consultas recomendadas, doses da vacina antitetânica, exames laboratoriais e situações indicativas de gravidade na gestação, estas eram questionadas no modelo espontâneo-estimulado, que é usado no nosso questionário para as questões sobre exames e vacinas (MENDOZA-SASSI et al., 2007).

Foram 367 gestantes entrevistadas, 95% delas afirmaram saber da utilidade do pré-natal. Considerando as respostas espontâneas, “81% delas disseram que toda gestante deveria realizar exame de sangue; dois terços, exames de urina e HIV; um terço, ultra-sonografia; entre 15% e 17% exames para detecção de diabetes, sífilis, e hepatite. Somente 6% afirmaram que, durante o pré-natal, a gestante deveria realizar citopatológico de colo uterino.” (MENDOZA-SASSI et al., 2007).

Já nossos resultados sobre os exames mostram que 78% dos ACSs apontam a necessidade de realizar o exame de sangue (hemograma), 56% o exame de urina e 62% o exame de HIV, 24% a ultra-sonografia, 52% o exames de glicose (diabetes), 59% o exame de sífilis e 36% o exame para hepatite B. Corroborando com o estudo descrito, apenas 4,6% dos nossos ACSs disseram que seria necessária a realização do exame preventivo de colo de útero.

No estudo de Canever (2011), o objetivo era identificar o conhecimento dos ACSs em relação ao pré-natal, bem como as dificuldades encontradas por eles na realização das atividades de promoção da saúde, mas que utilizou uma abordagem qualitativa. Verificamos um apontamento importante que foi relatado pelos ACSs, e que apoia os resultados encontrados no estudo de Mendoza-Sassi et al. (2007), que as gestantes tinham dificuldades em entender e seguir as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde e que com frequência recorriam aos ACSs, que são as figuras de referência para sanar as dúvidas das gestantes. Isto foi colocado como um desafio para o profissional, já que são questionados sobre as rotinas do pré-natal e necessitam de conhecimentos além de sua formação.

Fundamentado nos achados da análise bivariada, novamente verificamos que a mulher detém o conhecimento alto sobre os exames em relação aos homens. E, além disso, destacamos que o grupo etário que se sobressaiu com conhecimento alto foi o grupo com idade entre 36 a 44 anos. Na nossa análise observamos que este grupo etário também tem maior tempo de estudo (12 a 20 anos de estudo) o que poderia explicar o maior conhecimento.

E a nossa hipótese é de que o grupo etário de 36 a 44 anos coincide com o fim da idade reprodutiva, ou seja, a gravidez está recente na memória assim como os exames recomendados. Ao testarmos a associação Conhecimento III – exames e sexo controlado pelo tempo atuação na Unidade atual percebemos que o fato de ter ou não maior tempo de atuação não influenciaria no fato da mulher ter maior conhecimento, mas

provavelmente relacionado ao fato desta mulher já ter sido mãe e conhecer a rotina de exames.

No estudo de Canever (2011) foi possível perceber que o conhecimento dos ACSs permeia entre o científico e o popular em relação à assistência pré-natal e muitos ainda relataram seu maior conhecimento por conta das suas experiências de vida, meio de trabalho e do conhecimento prévio.

Conhecimento III – vacinas

Em relação às vacinas, encontramos no nosso estudo a pior média de pontuação alcançada pelos ACSs e este conhecimento foi classificado como médio. O que demonstra que o conteúdo sobre as vacinas é uma das dificuldades do ACS.

No Conhecimento III – vacinas as mulheres mostraram conhecimento alto. Podemos explicar que neste caso as mulheres têm conhecimento alto por terem maior tempo de atuação na Unidade atual em relação aos homens ou deduzir que elas conhecem mais por já terem passado pela experiência da gravidez.

O que podemos também concluir deste bloco de conhecimento é que o fato do ACS ter entre 9 a 12 anos de atuação como ACS pode influenciar em ter conhecimento alto em relação às vacinas. Ou seja, os ACSs que possuem este tempo de atuação como ACS, que não é o maior tempo, podem ter passado por uma capacitação específica sobre o assunto.

Conhecimento IV

Sobre o bloco de Conhecimento IV que versa sobre os sinais de risco e sinais de trabalho de parto, a maioria dos ACSs (53%) demonstrou conhecimento médio sobre o assunto, o que indica a necessidade de um treinamento sobre a temática do bloco IV.

Nosso achado corrobora com o estudo de Mendoza-Sassi et al. (2007) que revela o pobre conhecimento das gestantes em relação aos sinais de risco na gestação. O resultado sobre a gravidade gestacional mostra que “na forma espontânea, cerca de dois terços delas afirmaram que sangramento vaginal, dores abdominais intensas ou contrações fortes eram motivos para busca imediata de cuidados médicos, somente uma em cada dez afirmou que a parada dos movimentos fetais indicaria gravidade no período gestacional.”

Apesar do Bloco IV ter sido classificado como conhecimento médio, nas questões levantadas pelo estudo de Mendoza-Sassi et al. (2007), tivemos resultados adequados na nossa pesquisa. 100% dos ACSs responderam de maneira correta que a perda de líquido ou sangue era sinal de risco e necessitavam encaminhamento ao

serviço de saúde, bem como 100% dos ACSs responderam de forma correta que a presença de contrações intensas eram um sinal de alerta e 96% dos ACSs disseram que não seria normal a ausência de movimentos fetais sendo este também um sinal de risco.

Sobre o Conhecimento IV apenas podemos esclarecer que foi um item de dificuldade dos ACSs, mas que as associações realizadas demonstraram que as características socioeconômicas dos ACSs podem não influenciar o conhecimento sobre os sinais de risco e sinais de trabalho de parto, já que não apresentaram nenhuma associação estatística significativa com o bloco de conhecimento.

Conhecimento V

Neste bloco de conhecimento tivemos um bom resultado revelando que 83% dos ACSs foram classificados com conhecimento alto.

Neste bloco, em específico, diversa é a temática abordada, como alimentação, atividade física, saúde bucal, orientações gerais.

Apesar de termos encontrado o resultado favorável aos ACSs quanto ao Conhecimento V, a questão relacionada à saúde bucal, sobre o uso do fio dental concomitante ao sangramento de gengiva foi a que trouxe maior dúvida para os respondentes, 49,4% dos entrevistados responderam corretamente, enquanto 20,6% responderam de maneira errada e 29,9% dos entrevistados não souberam responder.

Em alguns estudos encontramos que parte dos ACSs recebem orientações para o trabalho com a comunidade voltado à saúde bucal como é referido no estudo Barcellos et al.(2006). O estudo mostra que 57,8% dos profissionais afirmaram ter recebido treinamento para o desenvolvimento de atividades comunitárias, visando à promoção de saúde bucal.

Já o estudo de Santos et al. (2011) mostra que 60,5% dos entrevistados não receberam informações sobre saúde bucal. Assim como ocorre no estudo de Levy; Matos; Tomita, (2004) na qual foi constatado que não houve capacitação para os ACSs para o desenvolvimento de atividades visando promover a saúde bucal.

A falta de capacitação na saúde bucal também foi descrita por Moura et al. (2010), já que maioria dos ACSs não foi treinada, e nem participou de cursos sobre saúde bucal; entretanto, quase a metade dos entrevistados realiza atividades em saúde bucal, embora não as registre em mapas de produtividade. O estudo apresenta uma autoavaliação dos ACSs em relação ao conhecimento sobre saúde bucal e estes declararam um conhecimento entre regular e bom.

Foi evidenciado também que a grande maioria dos ACSs relata dificuldades ao realizar ações relativas às orientações em saúde bucal, mas mesmo assim considera a atividade como parte da sua atribuição. Fato importante que foi levantado já que deve ocorrer não só na saúde bucal como em diversas outras áreas, devido ao fato de que o ACS transita e precisa saber sobre diversos grupos específicos como o de idosos, bebês, gestantes, adultos, adolescentes (MOURA et al., 2010).

Sobre o conhecimento das doses da vacina antitetânica, contemplada no bloco, encontramos que 55% dos ACSs responderam de forma correta sobre a vacina que precisa ser repetida nas gestantes, em específico, se a última dose foi aplicada a mais de cinco anos.

Já no estudo de Mendoza-Sassi et al.(2007) constatou-se que “somente 28% das gestantes sabiam quantas doses de vacina antitetânica deveriam receber.”

Por fim, em relação à análise bivariada percebemos que novamente o sexo é determinante no Conhecimento V, demonstrando um maior conhecimento das mulheres sobre o assunto, em relação aos homens.

As hipóteses apontam que o fato de ser mulher e, além disso, ter idade entre 36 a 44 anos e ter entre 9 a 12 anos de atuação como ACS influencia no conhecimento alto dos blocos descritos. Assim como levantado no estudo de Sakata (2009), a influência do gênero é evidente ressaltando que o ato de cuidar é um atributo tradicionalmente feminino.

Conhecimento Total

Em relação ao conhecimento total sobre a assistência pré-natal avaliado no nosso estudo encontramos que os ACSs possuem conhecimento acima da média esperada para o assunto. Já que o questionário poderia variar de 0 a 83 pontos, todos os nossos respondentes partiram de mais de 50% de acerto, com pontuação mínima de 55 pontos. Apesar disto, nenhum deles alcançou o resultado excelente de 83 pontos, pois a máxima pontuação alcançada foi de 79 pontos.

No estudo que avaliou o conhecimento das gestantes sobre o pré-natal e situações de risco à gravidez, os resultados gerais mostram que as gestantes que mais necessitariam de informação apresentaram “conhecimento pobre quanto ao pré-natal”. Considerando apenas as respostas espontâneas a realidade apresentada pelo estudo é alarmante, pois um pequeno número das gestantes entrevistadas conhecia os procedimentos que deveriam ser adotados durante o pré-natal (MENDOZA-SASSI et al., 2007).

Como conclusão do estudo referido foi verificada a importância de melhorar o acesso das gestantes à informação e a educação em saúde permitindo um maior conhecimento sobre os procedimentos preconizados na atenção pré-natal de forma adequada. Poder contar com esse conhecimento poderia influenciar de maneira positiva nas relações gestantes-serviços de saúde como forma de dar autonomia às gestantes para buscar o que é necessário para a saúde dela e contribuir na redução da morbimortalidade materno infantil (MENDOZA-SASSI et al., 2007).

Assim como anteriormente descrito, um retorno importante apresentado no estudo de Canever (2011) é de que os ACSs precisam se aprofundar cientificamente na temática. Portanto, em relação ao conhecimento dos ACSs no que diz respeito ao pré-natal, ressalta-se a importância da contextualização da realidade a partir do que já é conhecido para construção de um novo saber, embasado no conhecimento científico.

O autor revela ainda que a exigência do ACS para o trabalho em relação à escolaridade é apenas o ensino médio, porém na realidade laboral é exigida uma diversidade de outros conhecimentos científicos na área da saúde e que precisam ser trabalhados. É evidente que o profissional ACS possui uma linguagem que o aproxima dos usuários, contudo lhe faltam recursos e maior conhecimento para estar apto a atender as demandas trazidas e na promoção da saúde no pré-natal (CANEVER et al., 2011).

Este estudo destaca, assim como o nosso, que é imprescindível à capacitação desse trabalhador, por meio de estratégias de educação permanente, para que assim o ACS se sinta seguro e preparado para atuar no seu ambiente de trabalho, suprimindo as necessidades de saúde populacional. E em relação à assistência pré-natal foi destacado que o ACS seja capaz de orientar as ações de pré-natal considerando aquela gestante como indivíduo único e avaliar seus diversos aspectos de saúde assim como seu contexto cultural, “a fim de promover sua autonomia, cidadania e bem-estar social” (CANEVER et al., 2011).

Segundo Santos et al. (2011) a capacitação do ACS é algo que precisa ser pautado; seu estudo constatou que 52,6% dos ACS não participaram de uma capacitação introdutória e que 89,5% não trabalhavam em serviços de saúde antes de entrar no PSF; mesmo assim, 78,9% sentem-se seguros em atuar na função que exercem.

A formação em serviço é muito importante para o ACS, pois permite que ele vá além das práticas tradicionais e defina a produção do saber, assim fica mais natural que o ACS se reconheça como agente de mudança, de ação, já que a formação constitui

forma de acesso à profissionalização e mobilidade e até ascensão social (MELO et al., 2009).

Embora a literatura seja limitada em torno do assunto, tem-se notado um interesse crescente pelo papel e pelas atividades atribuídas aos ACS atuantes no Brasil.

7. CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Com nosso estudo foi possível concluir quais são as características do perfil do ACS em Ribeirão Preto- SP

- Encontramos uma idade média de 44,9 anos, maior parte do sexo feminino, maioria de raça/cor branca, com ensino médio completo e média de 11,7 anos de escolaridade. Além disso, foi possível verificar a situação econômica dos nossos entrevistados, demonstrando que a maior parte deles é classificada como B2, ou seja, pessoas que tem uma renda familiar média mensal de R\$ 2654,00 (dois mil seiscentos e cinquenta e quatro reais), baseado nos Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2013).
- A maioria dos entrevistados reside no território a qual a sua Unidade de saúde abrange e a maioria destes são os próprios chefes de família, pessoas de referência para prover o sustento na sua casa.
- Em relação à atividade profissional dos ACSs no município encontramos que a maioria deles tem 13 anos de atuação como ACS, sendo que também a maioria deles está trabalhando na Unidade atual há 11 anos ou mais. E a maioria dos ACSs está alocada em Unidades vinculadas à SMS.

Seguindo os objetivos específicos que traçamos para o nosso estudo, apresentamos as conclusões em relação ao conhecimento dos ACSs.

- Na mensuração do conhecimento sobre a atribuição geral da profissão segundo as normativas existentes, presente no Conhecimento I concluímos que a maioria dos ACSs possui conhecimento alto sobre o assunto e que a variável sexo se mostra associada a este conhecimento mostrando que as mulheres possuem conhecimento alto sobre o assunto.
- Na mensuração do conhecimento sobre como deve ser feita e quais os cuidados e orientações necessárias ao ACS na abordagem inicial da gestante, presente no Conhecimento II concluímos que a maioria dos ACSs possui conhecimento alto neste bloco e que o conhecimento alto em relação à temática foi encontrado especificamente no grupo de ACSs com idade entre 56 a 67 anos e ensino médio.

- Na mensuração do conhecimento sobre os exames realizados no pré-natal preconizados pelas normativas, presente no Conhecimento III – exames concluímos que a maioria dos ACSs possui conhecimento alto sobre o assunto e que os resultados demonstraram que ter idade entre 36 a 44 anos ou ser do sexo feminino está associado a ter conhecimento alto sobre os exames.
- Na mensuração do conhecimento sobre as vacinas recomendadas no pré-natal indicado pelas normativas, presente no Conhecimento III – vacinas concluímos que a maioria dos ACSs possui conhecimento médio e que as variáveis sexo e tempo de atuação como ACS estão relacionadas ao conhecimento, ou seja, ser mulher ou ter entre 9 a 12 anos como ACS está associada ao conhecimento alto sobre as vacinas.
- Na mensuração do conhecimento sobre os sinais e sintomas de risco para mãe e bebê bem como os sinais de trabalho de parto apresentados nas normativas, presente no Conhecimento IV concluímos que a maioria dos ACSs possui conhecimento médio sobre o assunto e que as características pessoais e profissionais dos ACSs não estão associadas ao conhecimento baixo, médio ou alto sobre o tema.
- Na mensuração do conhecimento sobre as orientações voltadas para alimentação saudável, prática de atividades físicas, mitos e verdades da gestação, saúde bucal, além de outras orientações gerais preconizadas nas normativas, presente no Conhecimento V concluímos que a maioria dos ACSs possui conhecimento alto sobre o assunto e que a variável sexo está relacionada ao tema, ou seja, que as mulheres possuem conhecimento alto sobre as orientações gerais.
- E em relação ao grau de conhecimento dos ACSs em relação à assistência pré-natal, vista num panorama global os ACSs possuem conhecimento acima da média esperada para uma pontuação geral.

Conforme os resultados encontrados, percebemos que o ACS possui grande potencial como apoio na assistência voltada ao pré-natal. Os achados do nosso estudo ajudam a traçar quais são as dificuldades do ACS no trabalho com as gestantes e assim estabelecer um guia de capacitação nos temas com menor grau de conhecimento e direcionar as ações para preparar o ACS para que assim eles possam ter maior

conhecimento sobre o assunto e sintam segurança em passar as orientações de forma adequada.

O instrumento utilizado mostrou-se útil para avaliar de maneira objetiva o conhecimento dos ACS sobre a assistência pré-natal. Além de ter sido construído para o estudo, foi totalmente fundamentado nos materiais do Ministério da Saúde (MS), baseado nas normativas presentes principalmente no Manual Técnico de Assistência Pré-Natal (MS, 2000b), no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (MS, 2009b) e no documento Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (MS, 2009c), voltados para orientar o trabalho e atribuição do ACS e assim fundamentar melhor suas atividades.

A construção de um instrumento que pudesse medir o conhecimento totalmente baseado nestas referências poderia servir de subsídio para avaliar o conhecimento dos ACSs em torno da temática da assistência pré-natal em outras regiões do Brasil. Assim, como também trabalhar na construção deste instrumento poderá, no futuro, servir de base para desenvolver outros tipos de instrumentos para avaliar outras temáticas relacionadas ao escopo do trabalho do ACS e avaliar seu conhecimento acerca do assunto e fundamentado nas normativas e referenciais vigentes no país.

Baseado nos nossos achados, fazemos as seguintes recomendações.

Voltado para a população de ACSs do município de Ribeirão Preto – SP consideramos que a capacitação em torno da temática da assistência pré-natal deve ser orientada nas áreas de

- Exames laboratoriais recomendados tanto pelo MS quanto pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo às gestantes. Apesar de termos classificado este conhecimento como alto, encontramos uma média de pontuação para este quesito baixa e uma ampla variedade de pontuações alcançada, o que demonstra dificuldades em elencar e orientar sobre os exames.
- Vacinas recomendadas tanto pelo MS quanto pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo às gestantes. Este bloco de conhecimento foi o que obteve a média de pontuações mais baixa e este foi classificado como médio.
- Sinais e sintomas de risco à gestante e seu bebê, assim como os sinais de trabalho de parto. Bloco de conhecimento que também foi classificado como médio e necessita ser trabalhado com os ACSs a fim de proporcionar maior capacitação a cerca do conteúdo.

Recomendamos também a realização de estudos em outras regiões do país utilizando o mesmo instrumento ou abordagens semelhantes envolvendo a temática da assistência pré-natal, com a finalidade de comparar o conhecimento do ACS em diversos lugares e verificar se existe alguma diferença regional na capacitação dos ACSs.

Utilizando método semelhante, pode-se planejar avaliação de conhecimento do ACS em outras temáticas como saúde homem, da criança, dos adolescentes, dos idosos, bem como outros grupos específicos que são de atribuição do ACS. Para que assim seja possível traçar as dificuldades e potencialidades do ACS e direcionar treinamento específico para o que for necessário. Capacitando o profissional para um serviço cada vez mais adequado e competente.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. **Ipea analisa dados da Pnad sobre aumento de mulheres que chefiam famílias.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/10/numero-de-familias-sob-responsabilidade-exclusiva-de-mulheres-passou-para-37-3>. Acesso em: 16/10/2014

AGÊNCIA DE SAÚDE. **Brasil precisa avançar na redução da mortalidade materna, dizem especialistas.** Disponível em: <http://www.atualizacursos.com.br/brasil-precisa-avancar-na-reducao-da-mortalidade-materna-dizem-especialistas/>. Acesso em: 26/03/2014

AGÊNCIA DE SAÚDE. **Estados receberão R\$ 21 milhões para ampliação do pré-natal.** Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8053/162/ms-libera-r\\$-21-milhoes-para-ampliacao-do-pre_natal.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8053/162/ms-libera-r$-21-milhoes-para-ampliacao-do-pre_natal.html). Acesso em 07/11/2012

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2003

ALMEIDA, C. Crise Econômica, crise do “Welfare State” e reforma sanitária. In: **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ALVES, J. E. D. A. **Inserção social e exclusão política das mulheres brasileiras.** APARTE, 2009. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/insercao_social_e_exclusao_politica_das_mulheres_ju109.pdf

ANDRADE, J. et al. Evolução da gravidez em gestantes cardíacas portadoras de prótese de STAR EDWARDS com uso de anticoagulante oral ou de heparina e em pacientes com prótese de duramater. **Arq. bras. Cardiol.**, 31(supl. 2) :217, 1978

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 28(4):789-800, abr, 2012

ARROYO, J. B. Controle da gestante cardíaca. **Atual med.**, 10(supl.):34-40, maio, 1974

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2004. Disponível em: <http://www.abep.org/>

ASSUNÇÃO, R. S. **O agente comunitário de saúde e sua prática no Programa de Saúde da Família do município de Divinópolis – MG**. 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BARCELLOS, C. S. N.; PANDOLFI, M.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (Acs) de Vitória- Es. UFES. **Rev. Odontol.**, Vitória, v.8, n.1, p.21-28, jan./abr. 2006.

BASTOS, N.C. **Treinamento de pessoal de saúde pública: 23 anos de experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública 1942-1965**. Rio de Janeiro: Estado da Guanabara. 1966

BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saude Publica** 2005; 39(5):809-815.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
Acesso em : 13/10/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Fundação Nacional de Agente de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.886/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Brasília

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS.** Brasília, 2000a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico.** Brasília: MS. 2000b. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em 05/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 569/2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. 2000c Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>. Acesso em 20/03/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. **Portaria MS/GM Nº 95**, de 26 de Janeiro de 2001. Brasília: MS; 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Norma Técnica. **Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAISM Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática. 21 anos depois.** Brasília-DF, 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folder/05_0009_F.pdf Acesso em: 27/03/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde de 2006. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Brasília: DF, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final.** Brasília: Ministério da saúde, 2006c

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. – Brasília: Ipea : MP, SPI, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília, 2009c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** 1a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014.

CANEVER, B. et al. CataPercepções das agentes comunitárias de saúde sobre o cuidado pré-natal. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 204-211, 2011-07 2011. ISSN 0120-5307. Disponível em: < <Go to ISI>://SCIELO:S0120-53072011000200005 >

CARVALHO, V. L. M. **A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra**. 2002. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002

CECATTI, J.G.; FAUNDES, A.; SURITA, F.G.C. Maternal mortality in Campinas: evolution, under-registration and avoidance. **São Paulo Med J**,v.117, n.1, p.5-12, 1999

CESAR, J. A. et al. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(11):2614-2622, nov, 2008

COELHO, E. A. C., LUCENA, M. F. G, SILVA, A. T. M. Política de planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev Esc Enferm USP** 2000; 34(1): 37-44

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc Anna Nery rev enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 00-00

DIÁRIO OFICIAL. Órgão Oficial do Município de Ribeirão Preto – SP. ANO 39 - Nº 8.894. Disponível em:

<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/dom/sdom/uploads/i73111219.pdf>. Acesso em 01/10/2014

FAJARDO, A. P. **Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em Saúde Bucal Coletiva**. 2001. 146 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) -- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan./abr. 2004.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia – a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado a mudanças do modelo assistencial. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/>. Acesso em 20/03/2014

GIFFIN, M. K. Mulher e saúde. Editorial. **Caderno de Saúde Pública**. RJ, 7 (2): 133-134, abr/jun 1991.

GREENGROSS et al. **Historia y Organización del Servicio Nacional de Salud Del Reino Unido 1948-1999**. London: Health Systems Resource Centre, 2002. 49 p. Original em inglês.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Organizadores). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre : Artmed, 2012.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública** 2003;37(3):303-10

LAURENTI, R. et al. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 7, Nº 4, 2004

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cad Saude Publica** 2004; 20(1):197-203.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MACDONALD, M.; STARRS, A. La atención calificada durante el parto: um cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York (USA): **Family Care Internacional**; 2003

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1377-1386, jun, 2008

MEDICI, A. C. Uma década de SUS (1988-1998): Progressos e desafios. In: GALVÃO, L. & DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec Population Council, 1999. p. 104-150

MELO, M. B. D. et al. Qualificação de agentes comunitários de saúde: instrumento de inclusão social. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, p. 463-477, 2009. ISSN 1981-7746. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000300005&nrm=iso >.

MENDOZA-SASSI, R. A.; et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9):2157-2166, set, 2007

MILLMAN M, editor. Access to health care in America. Washington, DC: **National Academy Press**; 1993

MINAYO, M.C.S.; D'ELIA, J. C.; SUITONE, E. **Programa de Agentes de Saúde do Ceará**: estudo de caso. Fortaleza: UNICEF, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 20/03/2014

MIYASAKA, L. S. Minha visão da prática médica na China. Carta ao Editor **Diagn Tratamento**. 2011;16(1):42-3.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D.; FREITAS, I. C. M. **Melhoria dos indicadores de saúde associados à pobreza no Brasil dos anos 90: descrição, causas e impacto sobre as desigualdades regionais**. São Paulo: USP/NUPENS, out., mimeo, 1997.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, set, 2006

MOURA, M. S. et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1487-1495, 2010

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Desempenho profissional de enfermeiras na assistência pré-natal. **RENE: rev min enferm** 2002 jan/jun; 3(1): 27-33

NESBITT, R. E. L. et al. Role of preventive medicine in reduction of infant and perinatal mortality. **Publ. Hlth Rep.**, 81:691-702, 1966

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención Primaria de Salud – Informe de La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata.**Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 91p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alma Ata 1978 – Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Brasil: OMS/ UNICEF, 1979.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998

PANOBIANCO, M. S. **Situação social e de saúde da mulher.** Texto preparado para Concurso de Livre Docência na Área de Saúde da Mulher. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP - EERP/USP, 2014.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto.** 2008. 237f. Tese (livre docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, M. J. B; et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. s/d. Disponível em: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf. Acesso em: 27/04/2015

PHILLIPS, S. The social context of women's health: goals and objectives for medical education. **Canadian Medical Association Journal**, v. 152, n. 4, p. 507-511, feb, 1995.

PORTAL DA SAÚDE. **Saúde da mulher contexto histórico.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher/272-mais-sobre-saude-da-mulher>.

Acesso em: 26/03/2014

RAMOS, M. R. **Agentes Comunitários de Saúde no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, atribuições específicas e o conceito de promoção da saúde.** 2003. 30 f. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Curso de Especialização em Saúde da Família) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

RUFFINO NETTO A. **Agente Comunitário e a Saúde.** 2007

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família.** 2009. 200p. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2009

SANTOS, J. S., et al. Cirurgia Ambulatorial em Assistência Primária à Saúde da Família. Avaliação da Organização de Programa Didático-Assistencial para o Ensino de Graduação. **A Rev. do Medico**, vol. XXVI, supl. 11-13, 1999.

SANTOS, J.S. As relações entre a Universidade, o Hospital Universitário e o SUS. **A Rev. do Médico**, v. 17, Nov/dez, p. 30-1, 2002

SANTOS, J.S. A distante relação do ensino, da assistência e da pesquisa com os agravos agudos à saúde. Editorial 2, **Rev. Medicina**, v. 36, suppl1, p. 3-4, 2003

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1023-1028, 2011

SÃO PAULO (Estado). Secretária da Saúde. **Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP. Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério.** São Paulo, 2010.

SEABRA, D. C. et al. O agente comunitário de saúde na visão de equipe mínima de saúde. **Rev. APS**. v.11,n3,p.226-234, jul./ set. 2008

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Ribeirão Preto, 2000. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16plano2.php>. Acesso em: 20/03/2014

SILVA, M. J. **Agente de Saúde: agente de mudança?** – a experiência do Ceará. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997

SILVA, J. A. **O Agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 290 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública -- Administração Hospitalar) - Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde** – o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002

SOUZA, H. M. Programa Saúde da Família: Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53:7-16. 2000

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. Editorial. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2013; 35(12):533-5

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde. 2004. 725 p.

TREVISAN, M.R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO** - v. 24, nº 5, 2002

UCHÔA, A.C. Innovative care experiences at Family Health Program (PSF): potential and limits. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.299-311, abr./jun. 2009.

UNICEF. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ceará**. Fortaleza, 1990.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 8(2):11-48, 1998

VIEIRA, E. M. **Regret after female sterilization among low-income women in São Paulo, Brazil**. Tese (doutorado), University of Exeter. Exeter, 1994

VIEIRA, E. M. Políticas Públicas e Contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E.(org.). **Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. cap 5, p.151-196

VIEIRA, E. M. Fórum: juventude, contracepção e morte materna. Questões pendentes. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2465-2466, nov, 2006

VILLA, M. E. P. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 68f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto – SP. 2004.

VILLELA, W. V.; ARRILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E.(org.). **Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. cap 5, p.151-196

WEIYUAN C. China's village doctors take great strides. **Bull World Health Organ**. 2008;86(12):914-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Gender and Health: technical paper**. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO**. Geneva; 2004

ZHANG, D.; UNSCHULD, P.U. China's barefoot doctor: past, present, and future. **Lancet**. 2008;372(9653):1865–7.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário da Pesquisa

Questionário

Nº identificação: _____

Resultado do questionário:

(PARA USO DO PESQUISADOR)

Data de aplicação do questionário: ____/____/____

1. Completo

2. Incompleto

3. Recusado

4. Outros: _____

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____

Seção A Identificação

01. Há quanto tempo trabalha como Agente Comunitário (ACS)?

_____ (anos completos)

02. Trabalha em que Unidade de Saúde?

03. Há quanto tempo trabalha nesta unidade atual?

_____ (anos completos)

04. Você mora na comunidade, no território desta Unidade de Saúde?

1. () Sim

2. () Não

05. Essa unidade é ligada (ler alternativas):

1. USP.....()

2. SMS de Ribeirão Preto.....()

06. Qual a sua data de Nascimento?

____/____/____ (dia/mês/ano)

07. Qual a sua idade?

____ (anos completos)

08. Sexo:

1. Masculino.....()

2.Feminino.....()

09. Qual a sua cor ou raça?(ler alternativas)

1.Branca.....()

2.Preta.....()

3.Amarela.....()

4.Parda.....()

5.Indígena.....()

10. Qual é a sua escolaridade, o curso mais elevado concluído?

1.1º grau/ens. Fundamental ()

2.2ºgrau/ens. Médio()

3.Curso técnico.....()

4.Superior-graduação.....()

5.Especialização.....()

6.Mestrado/Doutorado.....()

7. Outro: _____

11. Por quanto tempo você estudou, anos de escolaridade? _____(DOIS DÍGITOS)

12ª. Você possui em sua casa? Quantos?

Itens de Conforto	Não tem	Tem			
	0	1	2	3	4 ou +
a) TV em cores	0	1	2	3	4
b) Rádio	0	1	2	3	4
c) Banheiro	0	4	5	6	7
d) Automóvel	0	4	7	9	9
e) Empregados Mensalistas/ domésticos	0	3	4	4	4
f) Máquina de Lavar/lava roupa	0	2	2	2	2
g) Vídeo cassete	0	2	2	2	2
h) DVD	0	2	2	2	2
i) Geladeira	0	4	4	4	4
j) Freezer (geladeira 2 portas ou aparelho independente)	0	2	2	2	2
l) Microcomputador	0	3	6	8	11
m) Lava louça	0	3	6	6	6
n) Microondas	0	2	4	4	4
o) Motocicleta	0	1	3	3	3
p) Secadora de roupa	0	2	2	2	2

12b. Quem é o chefe da família:

(se for o próprio entrevistado pular para questão 12d)

12c. Qual é o grau de instrução do chefe da família?

1. Analfabeto/até 3ªsérie fundamental(0)

2. 4ª série fundamental (1)

3. Fundamental completo (2)
 4. Médio completo (4)
 5. Superior completo (8)
 6. NSA

12d. Serviços Públicos

	Não	Sim
Água Encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

12e.CCEB Total de Pontos:

(pontuação será feita depois das entrevistas)

Seção B
Conhecimento I

Será lida uma série de afirmações sobre seu trabalho e suas atividades como agente comunitário. Vou pedir para que você me diga se acha que a afirmação é CERTA, ERRADA ou NÃO SABE.

	O papel do agente comunitário (ACS) é:	Certo	Errado	NS
13	Fazer o cadastro das famílias, preencher cadastros como o SIAB e realizar o acompanhamento mensal das famílias.	1		
14	É papel do agente comunitário medir a pressão arterial e pesar os pacientes.		1	
15	O agente comunitário não faz atividades de educação em saúde.		1	
16	Uma das principais atividades do agente comunitário é a visita domiciliar.	1		
17	Conhecer o território de abrangência e as redes de parceria como igreja, associações de bairro não é importante no trabalho do agente comunitário.		1	
18	Formar vínculos com a comunidade é fundamental para o agente comunitário.	1		
19	Quando solicitado pelo paciente, os agentes comunitários devem manter o sigilo total das informações prestadas e não revelar para a equipe.		1	
20	Ter iniciativa, gostar de aprender coisas novas e ser um bom observador das coisas, pessoas e ambiente são qualidades de um bom agente comunitário.	1		
21	O agente comunitário cuida da saúde e não precisa planejar melhorias no bairro e na comunidade.		1	
22	O agente comunitário tem autonomia e não precisa repassar à equipe as informações que encontrou durante seu trabalho.		1	
23	Quando o agente comunitário tem dúvidas ele deve buscar respostas junto à enfermeira que é o profissional responsável pela supervisão de seu trabalho.	1		
24	Não existem grupos prioritários específicos de atenção para que o agente comunitário acompanhe.		1	
25	Os idosos e pessoas com deficiências são os grupos mais importantes de atenção para o agente comunitário que merecem mais visitas, excluindo os demais grupos.		1	
26	A gestante é um grupo importante de atenção.	1		
27	A gestante, acamados, adolescentes, adultos, crianças, idosos e pessoas com deficiência são grupos prioritários de atenção para o agente comunitário.	1		

Conhecimentos II

Em relação ao grupo prioritário das gestantes, será lida uma série de afirmativas sobre o assunto, vou pedir para que você diga se a afirmativa é CERTA, ERRADA ou NÃO SABE.

	As seguintes situações são:	Certo	Errado	NS
28	Durante a visita domiciliar o agente comunitário deve perguntar se há gestante na casa.	1		
29	Ao encontrar uma gestante no domicílio, a primeira conduta do agente comunitário é medir a pressão da gestante.		1	
30	Se tiver gestante na casa o agente comunitário deve perguntar se ela tem alguma queixa, como está se sentindo e se está realizando o pré-natal. Se não estiver orientá-la a procurar a Unidade de Saúde.	1		
31	O cadastro e acompanhamento mensal do estado de saúde da gestante devem ser preenchidos e atualizados na Ficha A.		1	
32	A dor de cabeça pode ser sinal de gravidez, o agente comunitário deve orientar a realizar o teste de gravidez.		1	
33	Alguns dos sinais de gravidez são a falta de menstruação, peitos doloridos e aumentados; enjoo, tonturas e sonolência.	1		
34	O pré-natal é o primeiro passo para cuidar da saúde da gestante e do bebê.	1		
35	O agente comunitário deve orientar a gestante somente a procurar a Unidade de Saúde para fazer seu cartão.		1	
36	O agente comunitário deve conferir se a gestante possui o cartão de gestante e reforçar o acompanhamento à todas as consultas pré-natal.	1		
37	O agente comunitário faz busca ativa das gestantes faltosas às consulta de pré-natal.	1		
38	Se a gestante faz o pré-natal em outro serviço não é necessário fazer o acompanhamento dela.		1	
39	É recomendado que a gestante realize no mínimo 4 consultas durante o pré-natal.		1	
40	Só recebe o cartão da gestante aquelas que passam por gravidez de risco.		1	
41	Não é necessário o agente comunitário conferir o cartão de vacinação da gestante, isso é trabalho da enfermagem.		1	

Conhecimento III

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

42. Quais são os exames solicitados que são importantes para a gestante e você deve acompanhar?

Descrição exame	Espontâneo	Estimulado
1. Grupo sanguíneo e fator Rh (se não sabe)	2	1
2. Hemograma ou Hemoglobina/Hematócrito	2	1
3. Detecção de sífilis VDRL	2	1
4. Toxoplasmose	2	1
5. Hepatite B	2	1

6.Anti-HIV(mãe deve ser consultada se o deseja)	2	1
7.Exame de urina	2	1
8.Exame de glicose (exame detecção de Diabetes)	2	1
9.Exame preventivo de colo de útero	2	1

10.Outros: _____

43. Quais são as vacinas mais importantes para a gestante?

Descrição vacina	Espontâneo	Estimulado
1.Difteria e tétano (dt dupla adulto)	2	1
2.Influenza (gripe)	2	1
3.Hepatite B	2	1

4.Outras: _____

Conhecimento IV

Será lida uma série de afirmativas em relação aos principais sinais e sintomas de risco para a gestação, gestante e seu bebê e os sinais de trabalho de parto; vou pedir para que você diga se a afirmativa está CERTA, ERRADA e NÃO SABE de acordo com sua experiência.

	As seguintes informações são:	Certo	Errado	NS
44	O relato da gestante de perda de líquido ou sangue pela vagina merece atenção do agente comunitário e precisa ser encaminhado à Unidade de Saúde.	1		
45	É normal a gestante sentir fortes dores de cabeça e vomitar frequentemente durante toda gravidez assim o agente comunitário não precisa se preocupar com estes casos.		1	
46	Acordar com pernas, mãos, braços e olhos inchados é comum durante a gravidez e não é sinal de risco.		1	
47	Além de não ser sinal de risco febre alta é normal na gravidez.		1	
48	Se a gestante relata que tem contrações fortes na barriga mesmo antes do tempo para parto, isso é sinal de risco e o agente comunitário deve orientá-la a buscar ajuda na unidade de saúde.	1		
49	Quando a barriga da gestante não cresce ou cresce demais é um sinal de risco e precisa ser repassado para a equipe.	1		
50	Se a gestante disser que parou de sentir o bebê mexer por mais de 24 horas você deve tranquilizá-la e dizer que isso é normal.		1	
51	A presença de contrações é o único sinal de trabalho de parto.		1	
52	Somente médico(a) e enfermeiro(a) podem informar a gestante sobre os sinais de trabalho de parto para dar segurança ela.		1	
53	O agente comunitário deve saber quais são os sinais de trabalho de parto.	1		
54	Os sinais de trabalho de parto são: perda de “tampão” mucoso (secreção), dor nas costas que vai para a parte de baixo da barriga, as contrações e a perda de líquido pela vagina que é o rompimento da bolsa.	1		
55	A perda do “tampão” mucoso acontece mais ou menos 15 dias antes do parto.	1		

56	Quando a gestante tem uma contração dentro de uma hora é momento dela ir para o hospital.		1	
----	---	--	---	--

Conhecimento V

Será lida uma série de afirmações sobre seu trabalho como agente comunitário com a gestante. Responda entre CERTO, ERRADO e NÃO SEI de acordo com seu conhecimento e experiência como ACS.

	As seguintes informações são	Certo	Errado	NS
57	O agente comunitário deve orientar a gestante sobre higiene e conforto, amamentação e queixas mais comuns na gravidez.	1		
58	O agente comunitário deve estimular a gestante a ter uma alimentação adequada e a prática de exercícios físicos.	1		
59	A gestante deve comer alimentos coloridos, saudáveis, frescos, limpos e na quantidade certa.	1		
60	A gestante deve comer por dois, menos vezes ao dia, em grandes quantidades. E ela pode pular refeições.		1	
61	Caminhada é uma boa sugestão de atividade física para as gestantes que não tenham complicações.	1		
62	A gestante não deve lavar a cabeça todos os dias, pois prejudica o bebê.		1	
63	Não há nenhum problema da gestante usar salto alto.		1	
64	O agente comunitário sempre deve perguntar à gestante sobre a realização dos exames.	1		
65	Os resultados dos exames devem ficar anotados no cartão da gestante, pois são muito importantes.	1		
66	Uma das vacinas que o agente precisa verificar no cartão de vacina da gestante é a antitetânica.	1		
67	A gestante deve repetir a vacina de tétano mesmo se tiver tomado a última dose há menos de 5 anos.		1	
68	A saúde bucal da gestante pode piorar por conta de alterações hormonais que acontecem na gestação.	1		
69	Quando há sangramento de gengiva a gestante não pode usar o fio dental.		1	
70	É importante que a gestante faça um acompanhamento com dentista.	1		
71	São exemplos de hábitos saudáveis: cuidado com a alimentação, prática regular de exercícios físicos, não fumar e não tomar bebidas alcoólicas ou usar outras drogas.	1		
72	Fumar e o uso de bebida alcoólica podem trazer problemas ao bebê como o descolamento de placenta, parto prematuro ou defeitos na formação do bebê.	1		
73	Em toda situação que tenha aparecido algum sinal de risco você deve encaminhar a gestante à unidade para atendimento o mais rápido possível.	1		

Existe algum tema especial dentro do atendimento da gestante que você gostaria de saber mais?

Como se sentiu ao responder ao questionário?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com Resolução nº 196/96– item IV sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília/DF)

Título da Pesquisa: “**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**”

Pesquisador responsável:

Elisabeth Meloni Vieira (CRM 35552) RG: 4809160SSP, Professora do Depto de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo FMRP/USP. Contato: (16) 3602-2538 email: bmeloni@fmrp.usp.br

Colaborador(a):

Lívia Pimenta Bonifácio (Crefito 3/152084-F), RG: 11643093, Fisioterapeuta, Mestranda pelo Depto. Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo FMRP/USP. Endereçada na rua Mariana Junqueira, nº396, apto: 122, contato:(16)98158-4680, email: livia_pb@usp.br

Entrevistadores:

Dulce Helena de Brito/ Contato: (16)99721-6386, email: dhbrito@fmrp.usp.br

Camila Poliselto/ Contato: (16)98183-9095, email: mipolisello@yahoo.com.br

I – Esclarecimentos ao participante da pesquisa: Caro Agente Comunitário de Saúde, convido você a participar desta pesquisa como voluntário (a). Caso aceite, favor assinar este documento ao final. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir, retirar seu consentimento e desligar-se do estudo o que não interferirá em nada em seu trabalho. **Justificativa:** de acordo com as normativas preconizadas nos documentos do Ministério da Saúde, faz parte da atribuição dos ACS a atenção ao pré-natal. **Objetivo da Pesquisa:** Avaliar o grau de conhecimento dos ACS em relação à Assistência Pré-Natal. **Procedimentos do Estudo:** Para participar do estudo você responderá a um questionário, aplicado por meio de entrevista, voltado para a categoria de Agentes Comunitários de Saúde com questões envolvendo a temática da assistência pré-natal na atenção básica. Você responderá as questões de acordo com seu conhecimento sobre o assunto e com a sua experiência como ACS. O questionário contém 73 questões e em média são gastos 40 minutos para respondê-lo. **Riscos e benefícios:** A participação na pesquisa lhe oferecerá risco mínimo, pois poderá demandar algum tempo da sua jornada de trabalho e isso poderá ser negociado diretamente para que seja realizado num momento mais oportuno. Como benefício direto, após a conclusão da aplicação do questionário, algumas dúvidas poderão aparecer e serem resolvidas prontamente com auxílio do pesquisador/entrevistador e também será apresentado para o ACS o referencial teórico das respostas. As informações obtidas por meio deste estudo, a longo prazo, poderão mostrar um panorama do real conhecimento dos ACS em relação à assistência pré-natal. Ter um retorno mais fidedigno para as Unidades de Saúde e talvez possibilitar mais investimento na educação dos ACS para que possam realizar seu trabalho com maior direcionamento e segurança, já que são profissionais de imensa importância na Atenção Básica. **Custo/Reembolso para o**

participante: sua participação é absolutamente voluntária e, portanto não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação no estudo. **Confidencialidade da pesquisa:** Amparado (a) pela Resolução 196/96 de Proteção Ética de Pesquisa em seres humanos; as informações prestadas e adquiridas no estudo através das respostas do questionário serão analisadas apenas pela pesquisadora responsável e pela colaboradora, ficando garantido o sigilo da identificação e a privacidade dos dados no momento de apresentar os resultados.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador (nos contatos acima) e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto- SP - HCFMRP

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP

CEP: 14049-900 - Telefone: 3602-2228

Como colaboradora e/ou entrevistadora do projeto, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

II – Certificado de Consentimento:

Tendo recebido as informações sobre o projeto de pesquisa: “**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O PRÉ-NATAL**”, eu,

_____, RG _____, abaixo assinado, declaro estar ciente: do objetivo da pesquisa; da segurança de que meu nome não será identificado e de que todas as informações obtidas serão estritamente confidenciais; de que terei a liberdade de manifestar recusa em participar desta pesquisa; de que não haverá qualquer despesa pessoal para participar deste estudo e também não haverá qualquer remuneração financeira relacionada à minha participação; de que poderei contar com as orientações que se fizerem necessárias e; de que este documento foi elaborado em duas vias, devendo uma ficar comigo e outra com a pesquisadora.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o email e telefone do pesquisador responsável e dos demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

Assinatura do entrevistador

Elisabeth Meloni Vieira (pesquisador responsável)

APÊNDICE C – Levantamento ACS nas Unidades de Saúde

Unidades de saúde de Ribeirão Preto 2013

Levantamento da presença de ACS

***nº total de ACS ativos no período de coleta de dados nas Unidades / nº de ACS entrevistados**

Distrito Central	*Nº total / nº entrevistados
1- CSE Vila Tibério	5/3
2- UBS Vila Tibério	4/3
Distrito Leste	-
3- UBS Bonfim Paulista	11/7
4- UBS Jd. Juliana	3/2
5- UBS Santa Cruz	4/2#férias
6- UBS São José	7/4
7- UBS Vila Abranches	10/6
8- UBS Jd. Zara	23/14
Distrito Norte	-
9- UBS Jd. Aeroporto	1/1
10-UBS Marincek	12/8
11- Quintino Facci I	3/2
12-UBS Ribeirão Verde	22/14
13-UBS Vila Mariana	5/3
14-UBS Valentina Figueiredo	2/1
15-USF Avelino Alves Palma	12/8
16-USF Estação do Alto	12/8
17-USF Geraldo Correia de Carvalho	6/4
18-USF Jd. Heitor Rigon	15/10
Distrito Oeste	-
19-UBS Dom Mielle	6/4
20-UBS Jd. Presidente Dutra	17/11
21-UBS Vila Recreio	20/13
22-UBS Jd. Eugênio Mendes Lopes	11/7

23- USF Maria Casagrande Lopes	21/13
24- USF Núcleo 1/ USP	4/3
25- USF Núcleo 2 / USP	5/4
26- USF Núcleo 3 / USP	5/3
27- USF Núcleo 4 duas equipes / USP	9/7
28- USF Núcleo 5 / USP	6/5
29- USF Portal do Alto	8/5
30- USF Vila Albertina	20/12
Distrito Sul	-
31- UBS Jd. Maria das Graças	5/3
32- UBS Adão do Carmo Leonel	9/5
Total	303/195*

*um ACS que foi entrevistado foi excluído do estudo por ter menos de 1 ano de atuação como ACS – total de entrevistados = 194

APÊNDICE D

Matriz de Correlação

Matriz de correlação	Conhecimento I	Conhecimento II	Conhecimento III Exames	Conhecimento III Vacinas	Conhecimento IV	Conhecimento V
Idade	-0,0332*	-0,0865	-0,1894	-0,0244*	-0,0999	-0,0559
Escolaridade	-0,0017**	-0,0447*	0,1074	-0,0820	0,0527	0,0297*
Anos de estudo	0,0032**	-0,0332*	0,1099	-0,0881	-0,0187*	-0,0055**
Classificação econômica	-0,0946	0,0559	-0,0655	-0,0093**	0,0116*	-0,0314*
Tempo de atuação como ACS	0,0010**	-0,0623	0,0621	-0,0563	-0,0451*	0,0124*
Tempo de atuação na Unidade atual	-0,0083**	0,0037**	0,0943	0,0760	-0,0952	0,0526

*<0,05

**<0,01