

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO**

Andrea Gonçalves Bandeira

**VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE BASEADO EM COMPETÊNCIAS**

Porto Alegre

2018

Andrea Gonçalves Bandeira

**VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE BASEADO EM COMPETÊNCIAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Rigatto Witt

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Bandeira, Andrea Gonçalves
Validação de um instrumento de avaliação formativa
do Agente Comunitário de Saúde baseado em
competências / Andrea Gonçalves Bandeira. -- 2018.
153 f.
Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós- Graduação
em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Estratégia
Saúde da Família. 3. Estudos de validação. 4.
Avaliação. 5. Enfermagem. I. Witt, Regina Rigatto,
orient. II. Título.

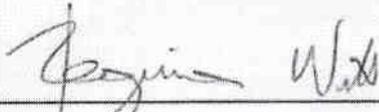
ANDREA GONÇALVES BANDEIRA

Validação de um instrumento de avaliação formativa do agente comunitário de saúde baseado em competências

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 28 de março de 2018.

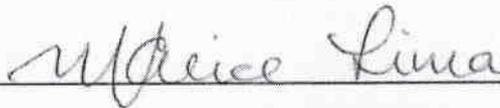
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora

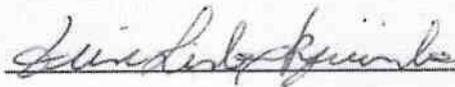
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Deise Riquinho

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisaine Aparecida Fracoli

Membro da banca

EENF/USP

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, principalmente ACS e enfermeiros, que, mesmo com as dificuldades diárias e complexidades encontradas diariamente, trabalham e lutam pelo fortalecimento do SUS.

Agradecimentos

Agradeço...

A Deus por ter me dado força, coragem e serenidade para seguir nesta caminhada.

À minha orientadora Regina Rigatto Witt, por dividir comigo seus conhecimentos, por ter me acolhido em mais esta etapa tão importante da minha vida acadêmica e ter acreditado no meu trabalho. Muito Obrigada!

A todos aqueles que contribuíram para a construção deste trabalho. Um agradecimento especial à Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Canoas e à Fundação Municipal de Saúde de Canoas, que me apoiaram e me deram o suporte necessário para que a coleta de dados acontecesse.

Agradeço principalmente aos enfermeiros e ACS que disponibilizaram seu precioso tempo para participar da pesquisa e a partir de seus conhecimentos e experiências auxiliaram na construção do produto final deste trabalho.

A Ceres, que me auxiliou muito desde a construção do projeto, com o cálculo de amostras e no final, com a análise dos dados.

Às bolsistas Juliana Gorziza, que me auxiliou na busca e na revisão de literatura, e Cristina Rech, que participou da fase inicial da coleta de dados.

À bolsista Natália Pires, pela dedicação, responsabilidade e disponibilidade em me auxiliar na digitação do banco de dados e busca de artigos.

Aos meus pais, João e Cristina, que sempre me apoiaram na busca pelo conhecimento e me incentivaram em todos os momentos. Amo vocês!

Ao Jardel, pelo carinho, compreensão, paciência e companheirismo.

Às amigas Marília, Maila e Paula, que me acompanham desde a infância e que, mesmo afastadas pela distância geográfica, estiveram muito presentes nesta caminhada.

Às colegas de doutorado que se tornaram grandes amigas: Aline Basso, Débora Siniak, Carolina Day, Carla Bierhals, Carla Rodrigues. Obrigada por todos os momentos compartilhados e pelo apoio mútuo durante esta caminhada.

A todos os meus colegas da Escola de Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em especial aos do curso de graduação em Enfermagem, por todo o apoio, suporte e incentivo durante este período.

Aos alunos que me acolheram como docente, e me fizeram acreditar que este é o caminho certo. Obrigada por todo o incentivo, aprendizado, paciência e energia.

A todos os amigos que não mencionei, mas que se fizeram presentes e que me apoiaram neste período.

Aos professores e colegas do GEASDEM pelos conhecimentos compartilhados e por todo o aprendizado.

Aos professores do PPGENF/UFRGS pelo aprendizado.

A Tati, Robson, por responderem a todas as solicitações neste período, fossem elas por *e-mail* ou pessoalmente. Não foram poucas... Obrigada pela paciência e atenção de vocês.

À CAPES pela bolsa de estudos que permitiu a intensa dedicação ao doutorado.

Às professoras Deise Riquinho, Maria Alice e Lislaine por terem aceito o convite para participar da banca e pelas contribuições valiosas ao trabalho.

A todos meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

BANDEIRA, Andrea Gonçalves. **Validação de um instrumento de avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde baseado em competências**. 2018. 153f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Introdução: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional com características singulares cuja atuação se dá na interface entre o trabalho na atenção básica e a comunidade. Com uma formação inicial, que deve ter continuidade no trabalho, assume importante papel o enfermeiro, que é responsável por sua supervisão. No entanto, existe uma carência de instrumentos para subsidiar esta prática. **Objetivo:** Validar um instrumento de avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem, quantitativa. Realizou-se um estudo piloto para verificar a aplicabilidade do instrumento. Foi verificada a consistência interna e realizada validação das dimensões através da análise fatorial e técnica de teste e reteste. Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros e agentes comunitários de saúde dos Municípios de Sapucaia do Sul e Canoas/RS. No estudo piloto participaram 20 enfermeiras, sendo 10 de cada município, as quais aplicaram o instrumento a dois ACS de suas equipes, totalizando 40 ACS. Para a validação, o instrumento foi aplicado a 350 ACS. O teste e reteste se realizaram após 15 dias da primeira aplicação, totalizando 51 ACS. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2016 a dezembro de 2017. Em ambas as fases o instrumento foi aplicado por enfermeiras aos ACS. **Resultados:** Com relação à aplicabilidade do instrumento, os enfermeiros consideraram que é de fácil aplicação, claro e está fortemente ligado ao trabalho do ACS. A análise fatorial produziu uma estrutura fatorial com seis fatores, e se mantiveram as 52 competências do instrumento original. A versão final do instrumento ficou estruturada em seis domínios: “Acompanhamento da microárea” (12 competências), “Promoção da saúde” (nove competências), “Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (10 competências), “Prevenção e monitoramento de risco ambiental e social” (nove competências), “Planejamento e avaliação” (sete competências), “Trabalho em equipe (cinco competências). O instrumento, após a análise fatorial, apresentou um valor de consistência interna avaliada pelo coeficiente de alfa de Cronbach de 0,981 e cada domínio apresentou um valor de consistência interna avaliada pelo coeficiente de alfa de Cronbach superior a 0,8. O teste e reteste revelaram que o instrumento é confiável, com uma boa consistência interna e

homogeneidade dos itens, apresentando $p= 0,851$ pelo teste t-Student, não havendo diferença significativa entre as médias no teste e reteste, e ICC de 1,0. **Conclusões:** O instrumento apresenta-se com apropriada aplicabilidade para medir o que se propõe, ou seja, avaliar as competências dos ACS inseridos nas Equipes de Saúde da Família. Futuras investigações são necessárias a fim de explorar o potencial do instrumento para qualificar o processo de formação do ACS. Além disso, seu uso poderá contribuir para a qualificação dos processos de avaliação de desempenho, educação permanente na ESF, tornando este processo mais participativo. Sua estruturação constitui-se em um importante referencial e contribui para a discussão do trabalho do ACS no contexto atual das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Estudos de validação; Avaliação; Enfermagem.

ABSTRACT

BANDEIRA, Andrea Gonçalves. **Validation of a training evaluation instrument of the community skilled health-related health agent.** 2018. 153f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Universidade Federal Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Introduction: Community Health Workers (ACS) is a professional with unique characteristics whose performance occurs in the interface between work in primary care and the community. With an initial training, which must have continuity in the work, the nurse plays an important role, which is responsible for its supervision. However, there is a lack of instruments to support this practice. **Objective:** to validate an instrument of formative evaluation of the Community Health Agent. **Methodology:** This is a methodological, quantitative, approach study. A pilot study was carried out to verify the applicability of the instrument. Internal consistency was verified and dimension validation was performed through factorial analysis and test and retest technique. The research participants were nurses and community health agents from the municipalities of Sapucaia do Sul and Canoas / RS. In the pilot study 20 nurses participated, being 10 of each municipality, which applied the instrument to two ACS of their teams, totaling 40 ACS. For the validation the instrument was applied to 350 ACS. The test and retest was performed after 15 days of the first application, totaling 51 ACS. The data collection took place from October 2016 to December 2017. In both phases the instrument was applied by nurses to the ACS. **Results and discussion:** Regarding the applicability of the instrument, nurses consider that it is easy to apply, clear and strongly linked to the work of ACS. The factorial analysis produced a factorial structure with six factors, and the 52 competencies of the original instrument were maintained. The final version of the Toolkit was structured in six areas: "Monitoring micro-areas" (12 competencies), "Health promotion" (nine competencies), "Prevention and monitoring of specific groups and morbidities", "Prevention and monitoring (nine competencies), "Planning and evaluation" (seven competences), "Teamwork (five competencies). The instrument after the factorial analysis presented an internal consistency value evaluated by the Cronbach alpha coefficient of 0.981 and each domain presented an internal consistency value evaluated by the Cronbach alpha coefficient higher than 0.8. The retest test revealed that the instrument was reliable, presenting good internal consistency and homogeneity of the items, presenting $p = 0.851$ by the Student t-test. There was no significant difference between the test and retest means and the ICC of 1.0. **Conclusions:** The instrument presents itself with appropriate

applicability to measure what is proposed, that is, to evaluate the competences of the ACS inserted in the Family Health Teams. Further research is needed to explore the potential of the instrument to qualify the ACS training process. In addition, its use may contribute to the qualification of the processes of performance evaluation, permanent education in the ESF, making this process more participatory. Its structuring is an important reference and contributes to the discussion of the work of the ACS in the current context of public health policies.

Key words: Community Health Workers; Family health Strategy; Validation Studies; Evaluation; Nursing.

RESUMEN

BANDEIRA, Andrea Gonçalves. **Validación de un instrumento de evaluación formativa del Agente Comunitario de Salud basado en competencias.** 2018. 153f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escola de Enfermería, Universidade Federal Do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Introducción: el Agente Comunitario de Salud (ACS) es un profesional con características singulares cuya actuación se da en la interfaz entre el trabajo en la atención básica y la comunidad. Con una formación inicial, que debe tener continuidad en el trabajo, asume importante papel el enfermero, que es responsable de su supervisión. Sin embargo, existe una carencia de instrumentos para subsidiar esta práctica. **Objetivo:** validar un instrumento de evaluación formativa del Agente Comunitario de Salud. **Metodología:** Se trata de un estudio metodológico, de abordaje, cuantitativo. Se realizó un estudio piloto para verificar la aplicabilidad del instrumento. Se verificó la consistencia interna y se realizó la validación de las dimensiones a través del análisis factorial y técnica de prueba y reteste. Los participantes de la investigación fueron los enfermeros y agentes comunitarios de salud de los municipios de Sapucaia do Sul y Canoas / RS. En el estudio piloto participaron 20 enfermeras, siendo 10 de cada municipio, las cuales aplicaron el instrumento a dos ACS de sus equipos, totalizando 40 ACS. Para la validación el instrumento fue aplicado a 350 ACS. La prueba y retracción fue realizada después de 15 días de la primera aplicación, totalizando 51 ACS. La recolección de datos ocurrió en el período de octubre de 2016 a diciembre de 2017. En ambas fases el instrumento fue aplicado por enfermeras a los ACS. **Resultados y discusión:** Con respecto a la aplicabilidad del instrumento, los enfermeros consideran que es de fácil aplicación, claro y está fuertemente ligado al trabajo del ACS. El análisis factorial produjo una estructura factorial con seis factores, y se mantuvieron las 52 competencias del instrumento original. La versión final del Instrumento, quedó estructurada en seis áreas: "Seguimiento de la microárea" (12 competencias), "Promoción de la salud" (nueve competencias), "prevención y monitoreo a grupos específicos y morbilidad (10 competencias)," Prevención y monitoreo de riesgo ambiental y social "(nueve competencias)," Planificación y evaluación "(siete competencias)," Trabajo en equipo (cinco competencias). El instrumento después del análisis factorial presentó un valor de consistencia interna evaluada por el coeficiente de alfa de Cronbach de 0,981 y cada dominio presentó un valor de consistencia interna evaluada por el coeficiente de alfa de Cronbach

superior a 0,8. La prueba reteste reveló que el instrumento es confiable, presentando una buena consistencia interna y homogeneidad de los ítems, presentando $p = 0,851$ por el test t-Student no habiendo diferencia significativa entre los promedios en la prueba y reteste e ICC de 1,0. **Conclusiones:** El instrumento se presenta con apropiada aplicabilidad para medir lo que se propone, o sea, evaluar las competencias de los ACS insertados en los Equipos de Salud de la Familia. Las futuras investigaciones son necesarias para explorar el potencial del instrumento para calificar el proceso de formación del ACS. Además, su uso podrá contribuir a la calificación de los procesos de evaluación de desempeño, educación permanente en la ESF, haciendo este proceso más participativo. Su estructuración se constituye en un importante referencial y contribuye a la discusión del trabajo del ACS en el contexto actual de las políticas públicas de salud.

Palabras claves: Agentes Comunitarios de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Estudios de Validación. Evaluación. Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Níveis de competência após o estudo piloto. Porto Alegre, 2018.....	56
Quadro 2- Competências alocadas no Domínio 1: Acompanhamento da microárea segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018	62
Quadro 3- Competências alocadas no Domínio 2: Promoção da Saúde segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018	63
Quadro 4- Competências alocadas no Domínio 3: Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018	64
Quadro 5- Competências alocadas no Domínio 4: Prevenção e monitoramento de risco ambiental e social segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018	65
Quadro 6- Competências alocadas no Domínio 5: Planejamento e avaliação segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018	67
Quadro 7- Competências alocadas no Domínio 6: Trabalho em segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação da periodicidade de aplicação do IACS pelos enfermeiros (N=20), Porto Alegre, 2018	55
Tabela 2. Participantes do estudo por distrito sanitário/quadrante e município. (N=412), Porto Alegre, 2018	58
Tabela 3. Análise da consistência interna do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS (original), por área de domínio (N=350), Porto Alegre, 2018.....	59
Tabela 4. Cargas fatoriais obtidas pela análise fatorial exploratória do Instrumento de Avaliação formativa do ACS (N=350), Porto Alegre, 2018	60
Tabela 5 – Consistência interna pelo alfa de Cronbach (N=350), Porto Alegre, 2018	68
Tabela 6– Avaliação teste-reteste (N=51), Porto Alegre, 2018.....	70
Tabela 7– Comparação entre os distritos Sanitários de Sapucaia do Sul. (N=99), Porto Alegre, 2018	71
Tabela 8 – Comparação entre os Quadrantes de Canoas.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente(s) comunitário(s) de saúde
AF – Análise Fatorial
APS – Atenção Primária em Saúde
DS – Distrito Sanitário
DSI – Distrito Sanitário I
DSII – Distrito Sanitário II
DSIII – Distrito Sanitário III
DSIV – Distrito Sanitário IV
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
EENF – Escola de Enfermagem
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FMSC – Fundação Municipal de Saúde de Canoas
IACS – Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IESP – Integração da equipe de saúde com a população local
KMO – Kaiser-Meyer-Olkin
MS – Ministério da Saúde
NA – Não se aplica
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA – Planejamento e Avaliação
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAV – Planejamento e avaliação²
PCS – Participação e controle social
PM – Promoção da Saúde
PMGE – Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades 2
PMGM – Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades 1
PMRAS – Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PPGENF – Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PSF – Programa de Saúde da Família
QS – Quadrante Sudoeste
QNE – Quadrante Nordeste
QNO – Quadrante Noroeste
QNOSU – Quadrante Noroeste/Sudoeste
QNESE – Quadrante Nordeste/Sudeste
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN – Sistema de Informação de Notificações e Agravos
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo geral.....	31
2.2 Objetivos específicos	31
3 REVISÃO DA LITERATURA	32
3.1 Estratégia de Saúde da Família: contexto do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....	32
3.2 Avaliando competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde	37
3.3 Avaliação formativa.....	41
4 METODOLOGIA.....	45
4.1 Delineamento do estudo.....	45
4.2 Contexto do estudo.....	45
4.3 O instrumento	47
4.4 Estudo Piloto: verificação de aplicabilidade	48
4.5 Validação do instrumento	49
4.5.1 População e amostra.....	50
4.5.2 Coleta	50
4.5.3 Análise	51
4.6 Aspectos Éticos	52
5 RESULTADOS	54
5.1 Estudo piloto: verificando a aplicabilidade do instrumento	54
5.2 Validação do Instrumento.....	57
5.2.1 Caracterização da amostra.....	57
5.2.2. Validação.....	58
6 DISCUSSÃO	74
7 CONCLUSÕES.....	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A –Competências do instrumento original codificadas.....	96
APÊNDICE B – CONVITE.....	100
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido - Enfermeiro.....	101

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Agente Comunitário de Saúde.....	103
APÊNDICE E – Versão para estudo piloto do Instrumento de Avaliação Formativa Do Agente Comunitário de Saúde.....	105
APÊNDICE F – Versão pós estudo piloto do Instrumento de Avaliação Formativa Do Agente Comunitário de Saúde.....	115
APÊNDICE G – Versão validada do Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário de Saúde	123
APÊNDICE H – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS.....	132
ANEXO A – Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário de Saúde.	140
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP da Ufrgs.....	149

1 INTRODUÇÃO

Esta tese apresenta a validação de um instrumento de avaliação de competências, denominado de instrumento de Avaliação Formativa para o Agente Comunitário de Saúde (IACS). A validação foi considerada um processo importante, pois a análise criteriosa das dimensões e dos itens que compõem o instrumento, relacionando-se à sua precisão, permitirá que seja utilizado amplamente pelas equipes de saúde da família no intuito de qualificar a formação em serviço do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a supervisão do enfermeiro a este profissional.

O ACS é um profissional que atua nas equipes de Atenção Primária no Brasil, sendo considerado o elo entre a comunidade e a equipe, por sua condição de membro da comunidade. A trajetória da conformação do seu trabalho baseia-se em experiências que foram desenvolvidas mundialmente desde o período que antecedeu a Conferência de Alma Ata, no Cazaquistão, e está relacionada ao movimento de Atenção Primária em Saúde (APS).

No Brasil, os primeiros ACS surgiram em várias comunidades, de diversos municípios do país, entre as décadas de 60 e 70. Após experiências exitosas, a institucionalização dos agentes de saúde teve início nos anos de 1970, em diversas regiões do país, por meio da incorporação ao sistema de saúde de trabalhadores voluntários ou de praticantes leigos interessados em contribuir com ações sociais para ajudar a população, principalmente as camadas mais pobres, que não contribuam para a previdência social e que, portanto, não tinham acesso aos serviços públicos de saúde (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Na década de 90 ocorreu sua inserção em nível nacional: em 1991, com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que criou equipes multiprofissionais e se tornou a principal estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (QUEIRÓS; LIMA, 2012). Esta estratégia visava tornar as unidades básicas de saúde resolutivas e que se estabelecessem vínculos de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, em uma prática de saúde integral e participativa (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2012a).

A partir de toda a trajetória do PACS, da ESF e da consolidação do ACS como personagem-chave na organização da assistência, somente em 2002 a profissão de Agente Comunitário de Saúde foi criada legalmente, estabelecendo-se que seu exercício deve se dar exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002a; 2006; 2018). Embora

esta profissão tenha sido originada a partir de experiências internacionais, não se evidenciam ACS em outras realidades, exceto em Angola, onde o modelo brasileiro foi a base para implementação do Programa de Agentes Comunitários (PONTES; BORNSTEIN; GIUGLIANI, 2011). E na Venezuela, que possui promotores de saúde (auxiliares de medicina simplificada, agentes comunitários de atenção primária de saúde, defensores de saúde, promotores de saúde e trabalhadores sociais), os quais são encarregados de realizar atividades e desenvolver competências de acordo com sua área de intervenção no que se refere à promoção de saúde, prevenção de riscos, doenças e outros danos à saúde (SANTOS, 2016).

Esta condição do ACS como um novo profissional da saúde tem gerado um debate acerca da sua área de atuação, visto que suas atividades transcendem o campo da saúde, na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Estas características constituem atributos de generalidade deste profissional e o situam como categoria muito particular, porém com características comparáveis ou agrupáveis com outras que existem historicamente no campo da saúde, como os voluntários de saúde e os “médicos pés descalços” (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

O ACS é hoje uma das maiores categorias de trabalhadores do SUS, dos 5.570 municípios brasileiros, até dezembro de 2017, 5.488 possuíam ACS, chegando a 344.427 agentes em todo país (BRASIL, 2017a). Assim, os ACS vêm construindo sua história profissional, definindo frentes de mobilização no sentido do seu reconhecimento, inserção, regulamentação e valorização. Neste momento, estratégias como a ESF e a inserção do ACS como trabalhador do SUS tornam-se políticas estruturantes e necessárias para a saúde pública do país.

O ACS atualmente é incorporado à equipe mínima da ESF, acompanhado do médico, enfermeiro e auxiliares ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2012a; 2017b). Na concepção da ESF, ele deve ser o profissional que mora na comunidade e atua na vinculação entre a equipe e a população, pois está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. Por ser membro da comunidade, é considerado também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o saber científico e o saber popular. O papel de educador desse profissional é explicitado, sem destacar seu potencial para fortalecer uma mediação educativa crítica, como a perspectiva da educação popular em saúde, já que este conhece e vivencia diretamente a cultura, condições de vida e história da comunidade (DAVID, 2017).

O seu trabalho é reforçado por uma das principais diretrizes da Atenção Básica (AB) e pressuposto básico do trabalho da ESF, a territorialização, na qual as equipes de saúde são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, ou seja, há uma demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços e o reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas (BRASIL, 2017b), trabalhando diretamente nos domicílios de sua microárea.

Para Ferreira e colaboradores (2009), o processo de trabalho do ACS deve ser compreendido na lógica que privilegia atividades centradas na relação com os usuários com vistas ao atendimento de suas necessidades, uma vez que esses profissionais estão mais próximos da comunidade, e na maioria das vezes são os primeiros da equipe de saúde a acolher a demanda do usuário ou da comunidade.

Ao comporem a equipe de saúde, o processo de trabalho é percebido pelos ACS em aspectos positivos e negativos. Por um lado, as oportunidades de adquirir novos conhecimentos, facilidades de acesso aos profissionais e aos serviços de saúde e sentimentos de valorização, pertencimento, autoestima, prestígio e reconhecimento pelo seu trabalho são características positivas. Por outro, insatisfações com a capacitação e os treinamentos inadequados, dificuldades de interação e comunicação com os profissionais da equipe e sentimentos de insatisfação, frustração, insegurança, desamparo e desvalorização do trabalho são marcados como limitações para os ACS (SAKATA; MISHIMA, 2012).

Devido ao fato de que o seu trabalho ocorre sob a tensão de dois polos – comunidade e equipe de saúde – ele se reveste de grande complexidade, visto que o ACS adentra nos domicílios e recebe diretamente as queixas da população. Assim, comprometendo-se de forma direta com a necessidade de dar respostas e encaminhamentos aos problemas encontrados, ao mesmo tempo, deve confrontar-se com a equipe e agir segundo as possibilidades e os limites dela e do próprio sistema de saúde (PERES et al., 2011).

Considerando que o ACS é representante tanto da equipe como da comunidade, esbarramo-nos na questão da sua formação, pois ele é o único profissional da ESF que não possui nenhum curso de nível superior ou técnico, o que muitas vezes o faz se sentir inferior aos demais profissionais, bem como no impasse da aceitação do saber popular trazido pelos mesmos.

O preparo para o trabalho prevê uma formação inicial com carga horária que varia entre 40 a 120 horas (BRASIL, 2002b; 2006). A partir de 2015 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), através da Portaria nº243, define que os Cursos Introdutórios devem ter carga horária mínima de 40 horas e observar os componentes

curriculares básicos previstos na portaria, podendo agregar conhecimentos quanto às especificidades locais (BRASIL, 2015). Os componentes curriculares pré-estabelecidos são: Políticas Públicas de Saúde e Organização do SUS; Legislação específica ao cargo; Formas de comunicação e sua aplicabilidade no trabalho; Técnicas de Entrevista; Competências e atribuições; Ética no Trabalho; Cadastramento e visita domiciliar; Promoção e prevenção em saúde; e Território, mapeamento e dinâmicas da organização social (BRASIL, 2015).

Destaca-se ainda que a participação integral no Curso Introdutório habilita o interessado ao exercício da atividade de ACS, devendo então compor o processo de seleção para contratação. Recentemente a lei que regulamenta a profissão do ACS foi reformulada, e a partir de agora será exigido que, para concorrer ao cargo, além de ser maior de 18 anos, e ser morador da comunidade, deverá ter concluído o ensino médio, alterando a lei publicada em 2006, que exigia apenas ensino fundamental (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, a temática da formação tem sido discutida por diversos autores que apresentam perspectivas, questionamentos e críticas sobre a origem e o desenvolvimento do processo de escolarização dos ACS. Em um estudo recente, realizado no Nordeste do Brasil, observou-se que 89% dos entrevistados referiram ter recebido o curso de formação inicial (SIMAS; PINTO, 2017). Porém, uma avaliação da situação evidencia a diversidade do preparo do ACS. Um estudo realizado em 2009 verificou que, em relação à capacitação, 54,6% dos ACS receberam orientação antes de iniciar o trabalho e 81,8% participaram de cursos depois que já estavam trabalhando (GOMES et al., 2009). Outro estudo que analisou o perfil adequado do ACS na realidade do PSF mostrou que metade dos ACS (52,6%) não havia feito o curso introdutório e 89,9% nunca havia trabalhado na área da saúde (SANTOS et al., 2011).

Embora existam evidências sobre o efeito benéfico de intervenções utilizando o ACS, especialmente aquelas relacionadas à saúde materno-infantil (GIUGLIANI et al., 2011), um estudo recente indica uma deficiência na capacitação, especificamente na realização de cursos sobre amamentação, considerando que, aproximadamente, 45,95% dos ACS não se sentem capacitados para realizar a orientação prática das mães sobre amamentação (MOIMAZ et al., 2017), confirmando a carência de conhecimento sobre essa prática (SANTOS et al., 2011), o que leva à reflexão acerca das demandas educativas dos ACS.

Morosini, Corbo e Guimarães (2007) corroboram nesse sentido, destacando que o entendimento de que a atuação do ACS se configura como trabalho simples pode estar na raiz do baixo investimento na sua qualificação, o que tem se verificado pela tendência à formação

aligeirada e de baixo custo, a exemplo dos chamados cursos introdutórios. Deste modo, compreende-se que a qualificação que o ACS recebe não o subsidia na realização de atividades que envolvam efetivamente a comunidade, seu trabalho ficando, com frequência, restrito a atividades burocráticas (DAVID, 2017).

Esses achados demonstraram a necessidade de maiores esforços para melhorar a formação do ACS, visando, entre outros, adequar seu nível de apreensão e conhecimento dos princípios do SUS e da ESF, para que possa atuar segundo as diretrizes desse sistema e contribuir efetivamente para sua consolidação (GOMES et al., 2009; SANTOS et al., 2011). Além disto, a busca pela formação pauta-se pelo conhecimento científico, como se o conhecimento empírico do ACS não tivesse importância; a riqueza de experiências vividas pelo ACS no território é pouco explorada.

Frente a esses limites destacados, nos deparamos com a insatisfação em relação às capacitações e treinamentos, o que se considera um ponto chave da presente discussão, visto que está diretamente relacionada à formação destes profissionais.

Dessa forma, as lacunas percebidas na sua formação levam o agente a construir sua própria identidade profissional, independentemente de incentivo ou cobranças por parte de órgãos responsáveis pela sua capacitação (MARZARI; JUNGESI; SELLI, 2011).

Nesse contexto, por se tratar de uma categoria que prescinde de formação profissionalizante institucionalizada, e talvez em decorrência disso, o ACS tem demonstrado a necessidade de um “novo olhar” sobre a saúde e de um outro jeito de “fazer saúde”, sugerindo, assim, não apenas o conhecimento de pressupostos teóricos que sustentam a proposta, como também o compromisso com aspectos como a promoção da saúde e os princípios filosóficos do SUS, revelando, desse modo, uma compreensão ampliada de saúde (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Considerando a crescente complexidade do campo de atuação dos profissionais de saúde e a especificidade do trabalho do ACS, ocorre a necessidade do desenvolvimento de competências que possibilitem práticas compatíveis com as demandas dos usuários.

A noção de competência tem sido utilizada como forma de repensar as interações entre as pessoas e seus saberes e capacidades, e as organizações e suas demandas de trabalho e produção. Elas são consideradas ferramentas importantes na criação de descrições de trabalho e programas de orientação, de maneira a contribuir para a qualidade da assistência (RAMOS, 2011).

Marzari, Jungesi e Selli (2011), ao se referirem ao perfil do ACS, propõem trabalhar competências, entendendo que o agente deve ter uma noção de causa, consequência e

prevenção. As competências que os autores indicam são: observação, ética, noção de causa e consequência, comunicação, integração, liderança, responsabilidade e autonomia.

As competências profissionais são privilegiadas na medida em que as situações de trabalho sofrem as fortes exigências do posto, da divisão das tarefas e, portanto, reproduzem-se dia após dia. Em vista disso, as competências de uma pessoa constroem-se em função das situações que enfrenta com maior frequência, sendo possível descrevê-las para cada local de atuação profissional (PERRENOUD, 1999a).

Com relação às competências do ACS, considerando conhecimento, habilidade e atitude, cuja identidade se constrói no cotidiano do trabalho, a dimensão atitudinal que inclui o ser e conviver se sobressai, denotando o *lugar* ocupado pelo ACS. Em contrapartida, uma análise das competências dos demais profissionais revela correspondência da atuação médica com o domínio cognitivo – o saber, e dos enfermeiros com a compreensão da proposta a partir das habilidades – o fazer (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Estas relações têm sido verticalmente estabelecidas em função do controle sobre o saber e o fazer profissionais, gerando inversões nos papéis profissionais dentro da equipe de saúde, tal como a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que inclui como possíveis atividades a serem realizadas pelos ACS: aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; realizar a medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; realizar técnicas limpas de curativo, que são feitas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida (BRASIL, 2017b). Mesmo que esteja descrito que estas atividades podem ser realizadas em caráter excepcional, e que devem ser assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico, há uma inversão do papel do ACS buscando a atuação clínica com o foco em processos de adoecimento, em detrimento da promoção da saúde.

Esta situação foi evidenciada em estudo realizado anteriormente pelo autor (BANDEIRA, 2014), que revisitou as competências profissionais propostas para os ACS na perspectiva destes profissionais e dos enfermeiros. Os resultados evidenciaram a preocupação dos participantes com a escolaridade, a capacitação para o trabalho e a formação técnica, explicitando em vários momentos a expectativa da atuação do ACS no enfoque clínico, ao mesmo tempo em que reafirmavam a necessidade de formação.

A literatura a respeito dos agentes comunitários de saúde apresenta estudos sobre o processo de trabalho dos ACS (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006; FERREIRA et

al., 2009; GOMES et al., 2009; GALAVOTE et al., 2011; GOMES et al., 2010; COSTA; FERREIRA, 2011; CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011; PERES et al., 2011; QUEIRÓZ; LIMA, 2012; LOPES et al., 2015; MOIMAZ et al., 2017; ANDRADE; CARDOSO, 2017; DAVID, 2017), perfil e formação, interação dos ACS na equipe de saúde da família (MOROSINI; CORBO; GUIMARAES, 2007; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; NASCIMENTO; CORREA, 2008; MARZARI; JUNGESI; SELLI, 2011; SANTOS et al., 2011; SAKATA; MISHIMA, 2012; COSTA; CARVALHO, 2012; ALVES et al., 2014; MUSSE et al., 2015; LEITE et al., 2015; ROCHA et al., 2015; PEREIRA et al., 2016), Curso introdutório à ESF, conhecimento dos ACS sobre os instrumentos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (GARNELO et al., 2009; DE BARROS et al., 2010; MARCOLINO; SCOCHI, 2010; UCHIMURA; BOSI, 2012), avaliação das condições de trabalho e qualidade de vida do ACS (MARTINES; CHAVES, 2007; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; LOPES, 2012; MEIRA-MASCARENHAS; ORNELLAS-PRADO; HENRIQUE-FERNANDES, 2012; CORDEIRO et al., 2014; SORATTO et al., 2015; COSTA et al., 2015; ALMEIDA; BATISTA; SILVA, 2016).

Apesar de contribuir para o conhecimento a respeito deste profissional, e as condições de sua atuação, apresentam-se poucas ferramentas de trabalho, tais como funções dos ACS (GOMES et al., 2009), um referencial de competências para o trabalho (BRASIL, 2004b) e atribuições destes profissionais na ESF (BRASIL, 2017b).

Considerando o processo formativo, desde sua implantação, o PACS e a ESF determinaram ao enfermeiro, como uma de suas atribuições específicas, a supervisão e coordenação das ações dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções (BRASIL, 2002a). Com a revisão da PNAB (BRASIL, 2012a; 2017b) e, apesar de, desde 2012, esta atribuição poder ser compartilhada com demais profissionais de nível superior da equipe, continua sendo assumida em grande parte pelos enfermeiros.

A supervisão na área da saúde apresenta diversas concepções, tais como: processo de avaliação, ensino, disciplinamento e identificação de problemas, caráter educativo, de controle e articulação política e de apoio, autoanálise, autogestão (MATUMOTO et al., 2005; COELHO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013). No âmbito da enfermagem, a supervisão pode servir para a reprodução do controle do trabalho das demais categorias, tendo em vista a divisão técnica e social do trabalho. Por outro lado, pode ser um instrumento para se repensar o trabalho e favorecer a atuação gerencial e assistencial, relacionada ao desenvolvimento de

habilidades e competências da equipe de saúde (CARVALHO; CHAVES, 2011; GORRY, 2013).

Porém a supervisão dos ACS pelos enfermeiros nem sempre é uma tarefa fácil, por se tratar de um profissional que não pertence à sua classe profissional e que possui atribuições e competências diferenciadas, gerando uma situação difícil de ser contornada pelo enfermeiro na ESF, visto que há poucos subsídios para a realização desta prática, tornando-a desafiadora.

Com isso, a supervisão do ACS não consegue apreender a complexidade do seu trabalho, pois muitas vezes está restrita à resolução de problemas, orientações pontuais e verificação de preenchimento de formulários, uma vez que não existem meios para que ela se desenvolva de outra forma. Costa (2011) reforça isso, destacando que o enfermeiro realiza a supervisão do ACS baseando-se nos seus conhecimentos de supervisão desempenhados com a equipe de enfermagem, sem ter recebido uma formação específica para esta função, o que desencadeia diferentes formas de atuação com o ACS.

Nesse contexto, Silva (2014) ressalta a insatisfação dos enfermeiros com a forma com que a supervisão dos ACS é desenvolvida, visto que desconhecem os aspectos administrativos, pedagógicos e avaliativos dessa função, e assim não desempenham esta atividade de forma qualificada.

A supervisão dos ACS por parte dos enfermeiros ainda é uma atribuição nova, com pouca discussão na literatura. Os estudos realizados sobre este tema destacam que na supervisão do ACS realizada pelo enfermeiro se sobressai o aspecto administrativo, relacionado à assiduidade e produtividade (COSTA, 2011; SILVA et al., 2014), em detrimento do caráter de educação permanente, que não ocorre de forma sistemática, e convergem para a importância da realização e divulgação de pesquisas nesta área, para que seja qualificada a atuação do enfermeiro neste contexto, refletindo-se no processo de trabalho do ACS.

Evidencia-se a necessidade de ações de supervisão pautadas nas relações horizontalizadas, de apoio, de aprendizagem, alinhadas às diretrizes da PNAB com vistas ao desenvolvimento do pensamento crítico dos trabalhadores. Para Silva e colaboradores (2014), esta prática ainda não é observada no cotidiano das ESF, em que se percebe manutenção da lógica tradicional com ênfase no controle do trabalho e impactada por influências político-partidárias. Neste contexto, o trabalho do enfermeiro encontra-se fortemente guiado pelas ações programáticas, e a concepção de supervisão como controle da produção, fiscalização e disciplinamento. Em contrapartida, outro estudo destaca que os enfermeiros da ESF fornecem suporte clínico na organização do cuidado, e gerencial, ao fomentarem boas relações,

direcionar as atividades e conduzir o fluxo de informações aos ACS (LANZONI; MEIRELES, 2013).

Sobre a atuação do enfermeiro no papel de supervisor ou liderança do ACS, os estudos publicados no Brasil, de maneira geral, demonstram que o caráter educativo da supervisão para a qualificação da atenção à saúde ainda não é a perspectiva predominante para esses trabalhadores (COSTA, 2011; LANZONI; MEIRELES, 2013; SILVA et al., 2014). Esta situação determina uma lacuna, pois deixa de oferecer subsídios que respaldem o enfermeiro para realizar uma supervisão adequada e para formar de acordo com as necessidades de cada um.

Frente a isso, no intuito de oportunizar subsídios para essa supervisão, avaliação e formação, a avaliação formativa utilizada no campo da educação propõe uma integração desses processos. A avaliação formativa, na concepção construtivista, é contínua e tem como finalidade fundamental a formação integral da pessoa, compreende observar as diferentes fases experimentadas na construção das habilidades desejadas pelos alunos e professores (BRAGA; SILVA, 2006).

Esse tipo de avaliação é importante, pois se considera o que foi desenvolvido e realiza previsões sobre o que é necessário continuar fazendo ou refazer, desse modo, possibilitando a reflexão acerca do que é necessário continuar em sua formação, considerando suas características específicas (BRAGA; SILVA, 2006; PERRENOUD, 1999a).

Nesse sentido, traz-se a proposta da avaliação/observação formativa para o contexto da saúde, com a intenção de oferecer subsídios para o enfermeiro como supervisor e, dessa forma, alavancar a formação *in loco* do ACS. Um estudo realizado por Cordeiro e colaboradores (2014) ressalta a importância de processos avaliativos na construção da educação permanente em saúde.

Como política, o Ministério da Saúde (MS) reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de reajuste da força de trabalho, no sentido de contribuir decisivamente para a qualificação e a efetivação da política nacional de saúde. Esta concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores – domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de autoplanejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho (BRASIL, 2004b).

Todavia, as ações educativas e políticas de educação voltadas para os ACS foram historicamente fundamentadas em treinamentos, capacitações e instruções, que supervalorizavam a adequação a certos procedimentos práticos sem uma preocupação maior com o contexto, as razões, os fundamentos desses procedimentos, ou uma discussão crítica sobre eles (PEREIRA et al., 2016).

Nesse contexto, foi elaborado um documento sobre o perfil de competências do ACS pelo MS e SGTES, com o intuito de constituir um referencial para as instituições formadoras organizarem cursos técnicos de ACS (BRASIL, 2004a).

Esse perfil teve como principais pressupostos: adequação aos princípios e diretrizes da política de recursos humanos do SUS; proposição que contemple a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do agente comunitário de saúde e considere suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho e ao atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas; que contemple suas atribuições profissionais; valorização da singularidade profissional do ACS, como um trabalhador da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente; promoção da qualificação profissional mediante processo sistemático de formação vinculado às escolas técnicas, itinerário de formação e obtenção de certificado profissional com validade nacional (BRASIL, 2004a; 2004b).

A proposta desse documento foi construir um itinerário formativo visando à profissionalização técnica, para minimizar a preocupação com a escolaridade dos ACS. Ainda é incipiente a realização destes cursos, que ocorreram em poucos lugares e foram realizados pela Rede de Escolas Técnicas do SUS (BRASIL, 2004b; BARROS et al., 2010). Os cursos introdutórios, outra possibilidade de formação, para inserção do ACS no trabalho em saúde, são curtos, e são orientados para aspectos normativos da saúde da família. Para a SGTES e MS o curso introdutório inaugura o necessário processo de educação permanente dos profissionais. Logo, a maior parte da formação do ACS vai ocorrer na prática diária, exigindo do enfermeiro um olhar ampliado para o trabalho do ACS (BRASIL, 2015).

O incentivo à formação por itinerários significa, nesse contexto, que os cursos de formação inicial e continuada, mesmo aqueles com pouca carga horária, não devem ser desenvolvidos de forma completamente independente, como um fim em si mesmos, mas, ao contrário, devem ser pensados como etapas de um caminho de formação mais ampla que o ACS poderá seguir. Significa, em última instância, que as instituições de ensino e os serviços devem ter um compromisso com a continuidade da formação (MOROSINI; CORBO; GUIMARAES, 2007).

Essa situação foi objeto de investigação anterior conduzida pela autora, que teve como base o referencial de competências dos ACS elaborado pelo MS e com a participação de enfermeiros e ACS de unidades de Saúde da Família vinculadas ao TELESSAÚDE/RS. Foi desenvolvido um instrumento para a avaliação formativa do ACS, para subsidiar o trabalho do enfermeiro na supervisão, avaliação e capacitação do ACS, bem como qualificar o trabalho do ACS no território (BANDEIRA, 2014).

Em relação à avaliação formativa, às publicações estão direcionadas para a avaliação em cursos de graduação (COTTA; COSTA, 2016; FORTE et al., 2015; GÓMEZ; LAGUADO, 2013; OLIVEIRA; BATISTA, 2012; NOBREGA-THERRIEN; FEITOSA, 2010), sendo poucos referentes à avaliação formativa no campo da saúde (BORGES et al., 2014; SORDI et al., 2015; DA LUZ; IDE; KOWALSKI, 2016).

No que se refere à validação de instrumentos de avaliação formativa, foram encontrados apenas dois estudos, um realizado por Cotta e Costa (2016), um que apresentou e analisou um instrumento de avaliação e autoavaliação das competências a serem trabalhadas em um portfólio reflexivo, auxiliando docentes e discentes no processo de avaliação na área da saúde, propiciando compromisso, a corresponsabilização e transparência. O segundo teve por objetivo validar o conteúdo de um instrumento de avaliação formativa de competências assistenciais de enfermeiros (DA LUZ; IDE; KOWALSKI, 2016).

Tendo como base a problemática apresentada foi elaborado um projeto de pesquisa com o objetivo de desenvolver um processo de avaliação formativa do ACS na ESF. Este projeto iniciou com a construção de um instrumento para avaliação formativa dos ACS, elaborado com a participação de enfermeiros e ACS participantes do programa Telessaude/RS e prevê a realização de um estudo quase experimental. Para fins de desenvolvimento da tese, teve como finalidade validar o instrumento e responder as seguintes questões de pesquisa:

Como se apresenta um instrumento de avaliação formativa para o ACS após ser submetido ao processo de validação? As competências elencadas no instrumento original permitem avaliar o trabalho do ACS? Qual a melhor especificação para os domínios do instrumento? Qual seria a disposição das competências por domínios? Os níveis de competências estabelecidos são adequados para a avaliação? Qual o melhor uso do instrumento em relação à periodicidade? O instrumento é confiável? O instrumento possui boa reprodutibilidade?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Validar um instrumento de avaliação formativa baseado em competências atribuídas ao Agente Comunitário de Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a aplicabilidade do instrumento de Avaliação Formativa do ACS nos aspectos clareza e periodicidade recomendada.
- Verificar a adequação dos domínios do instrumento por meio de análise fatorial.
- Avaliar a confiabilidade do instrumento através do teste e reteste.
- Avaliar a validade do constructo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo será apresentada uma revisão utilizando referenciais teóricos que sustentam o desenvolvimento da tese, estruturados nos seguintes tópicos: Estratégia de Saúde da Família: o contexto do trabalho do Agente Comunitário de Saúde; Avaliando competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde; Avaliação Formativa.

3.1 Estratégia de Saúde da Família: contexto do trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A atuação dos ACS no Sistema Único de Saúde é anterior à ESF. Em 1991, por meio do convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde, foi criado o PACS que previu a implantação da estratégia de agentes comunitários de saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o propósito de definição de microáreas sob responsabilidade de cada ACS. A equipe era constituída na proporção de um enfermeiro instrutor/supervisor para 30 ACS, lotados em uma Unidade de Saúde, com cumprimento de uma carga horária de 40 horas semanais. Entendido como uma estratégia transitória para o PSF, a implantação que ocorreu, inicialmente, na Região Nordeste, frente à epidemia do cólera, com impacto significativo nos indicadores, quando comparados aos de regiões não cobertas pelo Programa (MARTINES; CHAVES, 2007; BRASIL, 2006).

A partir desses bons resultados, houve a expansão do PACS para todo o Brasil, e o mesmo serviu como estímulo para a criação do PSF.

O ano de 1994 foi eleito pela Organização das Nações Unidas como Ano Internacional da Família, assim, o MS criou no Brasil o PSF, hoje denominado ESF, procurando seguir as diretrizes previstas no SUS, sobretudo, tomando a família como eixo estrutural no que diz respeito aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença da população assistida (BRASIL, 2006; MARTINES; CHAVES, 2007).

A função da ESF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, adulto, mulher, idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Recomenda-se que cada equipe acompanhe entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. A equipe

básica ou nuclear concebida na ESF é composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Os quais devem cumprir com carga horária de 8 horas/dia, visto que o MS prevê que esta atividade em regime integral facilita a formação de vínculo da equipe com a comunidade (BRASIL,2017b).

Nesse contexto, a AB tem como diretrizes: a Regionalização e Hierarquização dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a AB como ponto de comunicação entre esses; a Territorialização e Adscrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico; a população adscrita: população que está presente no território de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; o Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva; a Resolutividade: utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; a Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente; a Coordenação do cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção; a Ordenação das redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde; e, por fim, a Participação da comunidade com o objetivo de estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na AB e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (BRASIL, 2017b).

Diretrizes estas que são reforçadas e são alicerces para a estruturação da ESF, que os reforça através de quatro atribuições que são seus pilares de sustentação: planejamento das ações, com enfoque no diagnóstico da realidade local; saúde, promoção e vigilância à saúde, tornando-se necessário o entendimento de saúde como produto social; trabalho interdisciplinar em equipe; abordagem integral à família, vendo-a em seu contexto socioeconômico e cultura, com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2002a; 2017b).

Com o foco da assistência na família, ela passa a ser entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da ESF que trabalham junto a estes sujeitos uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas (SANTOS et al., 2011).

Na ESF, o trabalho intenciona a assistência integral, entendida por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, nas quais se buscam a qualidade de vida e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção, atrelada à visão de equipe interdisciplinar, contando com um trabalho de base feito pelo ACS, que realiza o monitoramento (diagnóstico local situacional) de forma contínua, sob supervisão do enfermeiro.

Santos e colaboradores (2011) ressaltam que, além disto, a ESF deve promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social, buscando o envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, para a efetivação desse processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes.

Sabe-se que são inúmeros os desafios para a consolidação da Saúde da Família, pois muitas vezes ainda nos deparamos com o modelo biomédico hegemônico, lacunas na formação dos profissionais, bem como o abismo entre a teoria e as práticas na APS. Porém, é importante que os profissionais de saúde reflitam e percebam que esta estratégia focada na família e na integralidade do cuidado terá como consequência a tão esperada resolutividade das ações.

E para que isto aconteça o trabalho comunitário requer algumas características individuais dos prestadores de assistência, a começar pela percepção das potencialidades da comunidade, bem como dos problemas nela existentes, introduzindo novas alternativas, sem que, para isso, sejam negadas a cultura e a vivência dessa comunidade (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

O sucesso da ESF depende do vínculo entre profissionais da saúde e a população, ampliando a eficácia das ações de saúde aos usuários e favorecendo a participação da

comunidade (MARZARI; JUNGESI; SELLI, 2011), dispositivo este que se reforça diariamente pela ação dos ACS.

O ACS foi proposto como profissional *sui generis*, proveniente de sua comunidade, tendo que residir na própria área de trabalho há pelo menos dois anos, conhecedor da realidade local, sendo fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, e que trabalha com adscrição de famílias em base geográfica definida. Segundo o MS, o ACS deve ser responsável por: analisar as necessidades da comunidade; atuar nas ações de controle de doenças e promoção e proteção da saúde; participar das reuniões da equipe de saúde e da comunidade (BRASIL,2002b).

De acordo com a PNAB, a qual foi reformulada em 2017, o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017b).

Quando instituída a profissão, foram definidas as seguintes atribuições aos ACS: realizar o mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e família expostos a situações de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde; realizar ações e atividades nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar por meio de visita domiciliar o acompanhamento das famílias; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde; promover educação e mobilização comunitária; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade (BRASIL, 2002b).

Recentemente, a PNAB reafirmou como atribuições dos ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. Podendo ser realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, procedimentos como: aferição da pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar, bem como a realização de técnicas limpas de curativo (BRASIL, 2017b). Questões estas que vêm sendo bastante discutidas e questionadas,

pois reforçam a busca pelo caráter clínico na atuação do ACS, em detrimento da vigilância em saúde e promoção da saúde.

Após isso, foi aprovada a Lei 13.595 de 5 de janeiro de 2018, a qual aborda a reformulação das atribuições, considerando que o ACS deve atuar no exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania. A qual retoma a essência do trabalho do ACS, destacando que sua prática deve ter como base a educação popular em saúde, o que acaba gerando uma contradição com a PNAB, que elenca um ponto de atuação mais clínica do ACS (BRASIL, 2018).

Entre as suas principais funções, destacam-se visitas domiciliares, busca ativa e educação em saúde, que na maioria das vezes acontece de forma individualizada e centrada no reforço da assistência médica e na prevenção de riscos específicos (GOMES et al.,2009).

Historicamente, os ACS representam um elo entre a equipe profissional e a comunidade, e vivem a dualidade de serem moradores da comunidade e integrantes da equipe de saúde (BRASIL, 2017b; UCHIMURA; BOSI, 2012), e, ao representarem a comunidade, por aproximarem o saber técnico das equipes de saúde ao saber popular presente nos diversos grupos sociais, o seu trabalho tem sido concebido em três dimensões (CHIESA; FRACOLLI, 2004)

- Dimensão técnica: atende indivíduos e famílias através de ações de monitoramento de grupos específicos, doenças prevalentes e de risco, através de visitas domiciliares e informação em saúde com base no saber epidemiológico e clínico;
- Dimensão política: o ACS é quem reorienta o modelo de atenção à saúde na discussão dos problemas e organização da comunidade, auxiliando no fortalecimento da cidadania, através das visitas domiciliares e educação em saúde, com base nos saberes da saúde coletiva;
- Dimensão da assistência social: há uma tentativa de se resolver questões, entre elas a de acesso aos serviços.

No entanto, o trabalho do ACS se mostra complexo, e a articulação dessas três dimensões no trabalho diário se expressa muitas vezes de forma conflituosa e direcionada para determinada dimensão. A análise das potencialidades desse novo profissional (o ACS) na AB indica ser ele a peça fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento

dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida. A dimensão comunitária desse novo trabalhador assume, assim, uma importância muito grande e é considerado o aspecto que pode auxiliar na mudança de enfoque para a construção de um novo modelo de atenção à saúde (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

3.2 Avaliando competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde

Nos serviços de saúde, como em outros segmentos da sociedade, alterações de caráter social, político e econômico produzem modificações nas atividades humanas e, conseqüentemente, no trabalho em saúde. Diante disso, os gestores desses serviços têm buscado possibilidades para modificar o modelo de gestão, como vistas a promover o desenvolvimento de competências dos trabalhadores.

As relações de trabalho sofreram profundas modificações nos últimos anos e impactaram em conseqüências importantes para a organização social. No Brasil, junto ao movimento da Reforma Sanitária nos anos de 1970 e 1980, e a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, foram deflagradas as maiores discussões sobre o trabalho em saúde.

O modelo de competências foi primeiramente incorporado pelo mundo do trabalho e inserido, posteriormente, nas propostas de formação e atualização profissionais. As alterações produzidas por esse modelo resultam em deslocamento de noções: dos saberes à competência, na esfera educativa; da qualificação à competência, na esfera do trabalho (RAMOS, 2011).

A competência é definida como uma combinação complexa de conhecimentos, atitudes e habilidades demonstradas por indivíduos que são críticos para o funcionamento efetivo e eficiente de uma organização (MELLO; LEÃO; PAIVA JÚNIOR, 2006).

Nas profissões de saúde, “competência” é usada para descrever o conhecimento que permite que um praticante realize atividades de forma consistente de uma maneira segura. Ele é o principal determinante de desempenho. Existe um consenso geral em enfermagem de que "competência" reflete o seguinte: conhecimento, compreensão e julgamento, uma gama de habilidades, cognitivas, técnicas ou psicomotoras, interpessoais, e uma série de atributos pessoais e atitudes (ALEXANDER; RUNCIMAN, 2003).

Dentro das concepções de Perrenoud (1999a), o conceito de competência tem caráter polissêmico, sendo descrito como: capacidade de aplicar habilidades, conhecimentos e

atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes – saber fazer, saber ser, saber agir –; capacidade de resolução de um problema.

O Conselho Internacional de Enfermeiros apresenta o termo “competência” como: reflexo de conhecimento, compreensão, julgamento, habilidades cognitivas, atributos e atitudes pessoais. Dessa forma, competência é definida como “um nível de desempenho que demonstra aplicação eficaz de habilidade, conhecimento e julgamento” (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009).

Para isso, as competências podem ser organizadas em esquemas. Conforme Perrenoud (1999a), os esquemas permitem mobilizar conhecimentos, métodos, informações e regras para enfrentar uma situação, e a competência orchestra um conjunto de esquemas. Uma competência com certa complexidade envolve diversos esquemas de percepção de pensamento, avaliação e ação, que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciação de probabilidades, estabelecimento de um diagnóstico a partir de um conjunto de índices, busca das informações pertinentes e formação de uma decisão. Desse modo, os esquemas complexos podem se constituir em esquemas mais simples e, assim, sucessivamente, em um sistema de *Bonecas Russas*. Nesse sentido, o autor faz uma analogia trazendo que os esquemas possibilitam que as competências se encaixem, de forma sucessiva, umas nas outras, independentemente de sua complexidade.

As aplicações dos estudos sobre competência têm influenciado a formação para o trabalho e, conseqüentemente, o desempenho do trabalhador. As competências dos profissionais de saúde fazem parte de um conjunto de iniciativas que buscam dar resposta às necessidades dos serviços para a resolução dos problemas de saúde, tendo em vista as transformações estruturais ocorridas nesse setor e no mundo do trabalho devido, sobretudo, quanto aos processos de globalização e integração econômica e às mudanças nos paradigmas de saúde pública (WITT; ALMEIDA; ARAÚJO, 2006).

Partindo desta necessidade de desenvolver práticas de acordo com as demandas da população, e frente à ampliação do papel do ACS, exigindo novas competências nos campos político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde, e considerando que o processo de qualificação desse profissional ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel (ALVES et al., 2014), o MS, juntamente com a SGTES estabeleceram um perfil de competências do ACS.

Este documento tem como objetivo apresentar o perfil profissional do ACS com vistas a subsidiar as instituições formadoras na elaboração de programas político-pedagógicos de formação e desenvolvimento baseados em conhecimentos, atitudes e habilidades que gerem crítica, reflexão, compromisso e sensibilidade, segundo as competências esperadas deste trabalhador da equipe de saúde (BRASIL, 2004a).

Perfil este extremamente importante para direcionar os processos de formação e avaliação dos ACS. Um estudo realizado por Fonseca e colaboradores (2012) indica que há um predomínio de práticas de avaliação do ACS, que enfatizam o alcance de resultados quantitativos, sobretudo relativos às metas de cobertura e à realização de atividades com enfoque biomédico. E sinalizam a importância de pensar as limitações deste tipo de práticas avaliativas difundidas na Atenção Primária e de elaborar proposições teórico-metodológicas que contribuam para o componente educativo do trabalho do agente comunitário.

Segundo o MS, compete aos ACS, no exercício de sua prática, mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos sociais e populações (BRASIL, 2004b).

Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e aos coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as responsabilidades das equipes locais, colocando em ação conhecimentos sobre prevenção e solução de problemas de ordem sanitária, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais.

O perfil profissional do ACS converge para competências voltadas para a comunidade e para a equipe. A partir da análise de suas atribuições e considerando-se as singularidades e especificidades do trabalho do ACS, foram construídas as competências que compõem o perfil profissional deste trabalhador. O perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde foi elaborado mediante um processo sistematizado que associou debates entre grupos de especialistas e trabalhadores, por meio de oficinas de trabalho, reuniões e seminários. Tendo em vista a importância e complexidade do tema, a proposta foi submetida à consulta pública, permanecendo no endereço eletrônico do MS no período de 31 de outubro a 31 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2004b).

As áreas de domínio estabelecidas pelo MS para os ACS são (BRASIL, 2004b):

- Integração da equipe com a população local – Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- Planejamento e avaliação – Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da UBS;
- Promoção da saúde – Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde;
- Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário – Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme o plano de ação de cada equipe;
- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades – Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

Esse documento constitui-se em referencial para as instituições formadoras organizarem a formação deste profissional, servindo como subsídio para a avaliação dos profissionais com vistas à sua formação constante.

Para Ramos (2009) a “avaliação por competências” é um processo pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos de um indivíduo em relação a competências profissionais requeridas. É orientada por normas, definidas como um conjunto de padrões válidos em diferentes ambientes produtivos, fornecendo parâmetros de referência e de comparação para avaliar o que o trabalhador é ou deve vir a ser capaz de fazer. Espera-se que a elaboração e a validação dessas normas sejam pactuadas entre os diversos sujeitos sociais interessados nas competências dos trabalhadores (governo, empregadores, gestores, trabalhadores, educadores, dentre outros). Além da avaliação, as normas de competências são utilizadas também para orientar a elaboração dos programas de formação para a execução de ações de orientação ocupacional aos trabalhadores.

Quando a “avaliação por competências” é realizada no âmbito de programas de formação, existe a mediação pedagógica entre a norma e os procedimentos de avaliação. Nesse caso, a avaliação visa também à regulação das aprendizagens. Por isto, pode ser desenvolvida de forma processual e em paralelo ao processo de formação, de modo que a

avaliação das aprendizagens permita inferir sobre os objetivos de ensino e seus resultados (supostamente, as competências desenvolvidas) (RAMOS, 2009).

Quando se realiza a avaliação do trabalhador em processo de formação, pretende-se verificar as competências adquiridas durante o processo de aprendizagem, evidenciando a capacidade do indivíduo de mobilizar e articular, com autonomia, postura crítica e ética, seus recursos subjetivos, bem como os atributos constituídos ao longo do processo de ensino-aprendizagem – conhecimentos, destrezas, qualidades pessoais e valores – a que se recorre no enfrentamento de determinadas situações concretas.

Para que a avaliação no processo de formação possa expressar concretamente as competências desenvolvidas pelos indivíduos, é preciso que a formação e a “avaliação por competências” sejam coerentemente planejadas em conjunto. Neste caso, a avaliação cumpre com suas três funções básicas: diagnóstica, formativa e acreditativa (HERNÁNDEZ, 1998).

A função diagnóstica inicial permite detectar os atributos que os alunos já possuem, contribuindo para a estruturação do processo de ensino-aprendizagem a partir do conhecimento de base dos mesmos. Os instrumentos utilizados nesse tipo de avaliação, conjugados entre si ou não, podem ser: exercícios de simulação, realização de um microprojeto ou tarefa, perguntas orais, exame escrito. A função formativa da avaliação permite identificar o nível de evolução dos alunos no processo de ensino-aprendizagem. Por fim, a função acreditativa da avaliação tem como objetivo reconhecer se os estudantes alcançaram os resultados esperados. Esta dimensão é a que se destaca quando o processo de avaliação ocorre independentemente do processo de formação.

A “avaliação por competências” pode ser realizada no próprio local de trabalho. Os avaliadores, neste caso, podem ser pessoas externas à produção ou os próprios supervisores. Para realizar esse tipo de avaliação, o avaliador deve ser hábil no uso de diferentes métodos.

3.3 Avaliação formativa

A avaliação formativa não tem como objetivo classificar ou selecionar. Ela está focada nos processos de aprendizagem significativos, que se aplicam em diversos contextos e se atualizam o quanto for preciso para que se continue a aprender. Deve-se avaliar o que se ensina, sempre levando em consideração a aprendizagem, somente neste contexto é possível falar em avaliação inicial e avaliação final. Se a avaliação contribuir para o desenvolvimento

das capacidades dos alunos, pode-se dizer que foi realizado um processo de avaliação formativa.

A avaliação formativa se baseia em uma série de pressupostos. A escola conformou-se com as desigualdades de êxito por tanto tempo, mas quando Bloom nos anos 60 defendeu a pedagogia do domínio, introduziu um postulado completamente diferente, ele dizia “todo mundo pode aprender”. Desta forma, a avaliação tornava-se um instrumento privilegiado de uma regulação contínua das intervenções e das situações didáticas. O papel da avaliação não era mais criar hierarquias, mas sim delimitar as aquisições e os modos de raciocínio de cada aluno, o suficiente para auxiliá-lo a progredir no sentido dos objetivos, assim nasceu a ideia de avaliação formativa, originalmente desenvolvida por Scriven em 1967 (PERRENOUD, 1999b).

A aprendizagem é um processo contínuo e uma avaliação consciente, deve levar em conta o progresso que o aluno ou profissional revela no uso e conexões, no emprego de habilidades, no poder de construir novas contextualizações e na sensibilidade para perceber linguagens diferentes (ANTUNES, 2001).

O conceito de avaliação formativa, sob a ótica construtivista, nada mais é do que uma avaliação contínua e tem como finalidade fundamental a formação integral da pessoa, compreende observar as diferentes fases experimentadas na construção das habilidades desejadas pelos alunos e professores (BRAGA; SILVA, 2006).

A avaliação formativa é necessariamente acompanhada de uma intervenção diferenciada, isso supõe mudanças em termos de meio de ensino, de organização de horários, de organização do grupo aula, e até mesmo de transformações radicais nas estruturas escolares (PERRENOUD, 1999b).

A avaliação formativa integra o processo pedagógico e deve ser concebida como um processo contínuo de diagnosticar dificuldades, obstáculos e concepções prévias dos alunos e fonte de reinvenção da prática pedagógica.

É comum confundir avaliação com os procedimentos ou instrumentos utilizados para “medir” o desempenho dos alunos e/ou profissionais. Os instrumentos ou procedimentos são meios para obter informações (resultados de provas, avaliação de desempenho, por exemplo) sobre o andamento do processo de aprendizagem e sobre a eficiência do ambiente de aprendizagem programado. Em outras palavras, os instrumentos são meios para obter diagnóstico do processo de aprendizagem e de ensino. Uma outra função importante da avaliação é indicar ao aprendiz (localizar, explicitar) o que precisa ser feito, revisto, estudado, reelaborado, para superar dificuldades e estabelecer relações para o desenvolvimento de

estruturas cognitivas, para que ela auxilie na aprendizagem, e não apenas classifique (SOARES; RIBEIRO, 2001).

No processo de avaliação formativa, são consideradas as seguintes fases: avaliação inicial, reguladora, final e integradora. Este tipo de avaliação é importante, pois se considera o que foi desenvolvido e realiza previsões sobre o que é necessário continuar fazendo ou refazer, deste modo possibilitando a reflexão acerca do que é necessário continuar em sua formação, considerando suas características específicas (BRAGA; SILVA, 2006; PERRENOUD, 1999b).

A avaliação formativa leva o educador a observar mais metodicamente seu aluno, e compreender melhor seus funcionamentos de modo a ajustar de maneira mais sistemática e individualizada suas intervenções pedagógicas e as situações didáticas que propõe. Desta forma, a avaliação formativa está centrada na gestão das aprendizagens dos alunos, otimizando sua trajetória (PERRENOUD, 1999b).

Assim como na educação, na área da saúde o processo avaliativo assume um sentido consensual, associado à atribuição de valor, à manifestação de alguém a alguma coisa, e pode ser definida como um conjunto de ações e procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade ao que é feito por referência ao que se pode e/ou se quer fazer com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde (AYRES, 2004; UCHIMURA; BOSI, 2012).

Considerando que a avaliação dos serviços/ações/profissionais em saúde é parte integrante do SUS (BRASIL, 1990), ela deve ser vista como um processo pedagógico e de planejamento, e deve ser orientada por um eixo educativo.

Nessa lógica, entende-se que a avaliação das competências profissionais, neste caso dos ACS, para a qual se propõe este estudo, tem função formativa, cujo princípio essencial é o de auxiliar no aprender e na qualificação da assistência prestada.

A função formativa da avaliação deverá caracterizar-se pela busca do aprimoramento dos agentes comunitários de saúde, na medida em que propiciar oportunidade de autoavaliação, ou seja, de identificar lacunas e fragilidades em sua formação, fatores que interferem em seu desempenho e alternativas para recuperação e aprimoramento profissional, fornecendo subsídios às instituições formadoras para análise e reorientação de suas concepções e estratégias educacionais, dos currículos, materiais didáticos, métodos e técnicas de ensino e da própria avaliação (BRASIL, 2004b).

Considerando a necessidade de captar as diversas dimensões das competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), deverão ser utilizados instrumentos de avaliação com

questões contextualizadas, ou seja, que digam respeito direto à realidade vivida pelos em ACS (BRASIL, 2004a).

Para guiar a utilização futura do instrumento validado, se utilizarão as fases do processo de avaliação formativa elencadas por Perrenoud (1999b) e Braga e Silva (2006):

- Avaliação inicial: Aquela que permite conhecer qual é a situação de partida, em função de objetivos gerais bem definidos, bem como conhecer o que cada aluno sabe, o que quer saber, quais os instrumentos de que já dispõe e quais as limitações já vivenciadas.
- Avaliação reguladora: Parte dos objetivos e conteúdos de aprendizagem previstos, o professor estabelece as atividades e as tarefas e vai percebendo a maneira como cada aluno aprende e as necessidades de aprendizagem ou alterações que podem ser realizadas.
- Avaliação final: Analisa-se o desempenho do aluno, ou seja, se ele atingiu os resultados, se adquiriu as competências desejadas. O progresso de cada aluno sempre será analisado em relação aos objetivos propostos.
- Avaliação integradora: Professor e aluno devem discutir a respeito do que foi desenvolvido e realizar previsões sobre o que é necessário continuar fazendo ou refazer. Esta etapa é importante para que o aluno possa continuar sua formação, considerando suas características específicas.

A partir da concepção de avaliação formativa, considerando esses três momentos, o profissional enfermeiro, na atribuição de supervisor do ACS, e usando o instrumento proposto, poderá desencadear processos de formação em serviço, considerando as necessidades dos ACS.

4 MÉTODO

A seguir serão apresentados os aspectos metodológicos do estudo de acordo com suas duas etapas: estudo piloto e validação do instrumento.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa (LIMA, 2011; GRAY, 2012). Um estudo metodológico envolve investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (LIMA, 2011).

A validade de um instrumento está relacionada à precisão do instrumento em medir e um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração do que se pretende mensurar (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012). Quando se trata de validação de instrumentos de medidas, as técnicas mais conhecidas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério; e validade de constructo (MARTINS, 2006; BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Inicialmente foi realizado um estudo piloto para verificar a aplicabilidade do instrumento e, após, a validação do instrumento de avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde (LIMA, 2011; GRAY, 2012).

4.2 Contexto do estudo

O estudo foi realizado em dois municípios da região metropolitana de Porto Alegre, Canoas e Sapucaia do Sul.

O Município de Sapucaia do Sul localiza-se a 25 km da capital. Atualmente, a população residente em Sapucaia do Sul estimada é de 139.476 habitantes (Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística - IBGE, 2017), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,726.

A atenção em saúde do município conta com três níveis de atenção. A APS dispõe de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 23 equipes de saúde da família; e cinco UBS. Para a organização da gestão, o município está dividido em quatro distritos sanitários (DS). O município conta atualmente com 109 ACS e 28 enfermeiros.

A supervisão dos ACS é realizada majoritariamente pelos enfermeiros, e em algumas unidades esta supervisão é compartilhada com o dentista e/ou médico em uma lógica de gestão compartilhada.

Para atuar como ACS, o município cumpre com o exigido pelo MS (BRASIL, 2015; 2017b), ofertando dentro do processo de seleção um curso introdutório de 40 horas, que exige um aproveitamento de 75% para que possa ser classificado.

O Município de Canoas localiza-se a 14 km da capital, e a população estimada é de 329.174 habitantes (IBGE, 2013), o IDHM é de 0,750. A atenção em saúde do município também conta com três níveis de atenção, e a APS conta com 28 unidades de saúde e um NASF. Canoas possui atualmente 312 ACS e 102 enfermeiros. A supervisão dos ACS é realizada pelos enfermeiros, que em grande parte das unidades assumem o papel de gestor técnico do serviço.

A Fundação Municipal de Saúde de Canoas (FMSC) é cogestora dos serviços de AB do município, por isso é responsável pela seleção de servidores e pela realização do Curso Introdutório para os Agentes Comunitários de Saúde. Tradicionalmente, o curso acontecia na modalidade de palestras, abordando as temáticas propostas pela Portaria nº 243 de 25 de setembro de 2015, com carga horária de 40 horas. Em 2017, a Diretoria Técnica da FMSC decidiu inovar na proposta do curso, para um formato composto por momentos de concentração e momentos de vivências *in loco* (dispersão) mediadas por facilitadores, sendo esses Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, os quais realizaram formação prévia. Baseando-se no conceito e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a iniciativa buscou incorporar, conforme preconizado na política, o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, ampliando os espaços de formação de modo a reconhecer o potencial educativo da situação de trabalho (FMSC, 2017).

A escolha dos municípios como campo de estudo se deu devido à proximidade da pesquisadora com as equipes da coordenação da APS, e do interesse das mesmas em qualificar a avaliação e a formação dos ACS.

4.3 O instrumento

O instrumento de avaliação formativa do ACS (IACS) foi construído em investigação anterior (BANDEIRA, 2014) e teve como base o perfil de competências dos ACS estabelecido pelo MS e pela SGTES (BRASIL, 2004b). Este determinou competências para as quais estão relacionadas habilidades e conhecimentos.

A escolha desse referencial deve-se à intenção de que o instrumento possibilite uma avaliação flexível dos ACS, levando em consideração as particularidades de cada um nas ações realizadas e no contexto no qual estão inseridos.

A fim de agrupar as competências de acordo com suas afinidades, foram organizadas oito áreas de domínio: prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; promoção da saúde; participação e controle social; integração da equipe de saúde com a população local; planejamento e avaliação; e prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades. Os dois últimos foram apresentados duas vezes, por possuírem grande número de competências elencadas. No primeiro domínio prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades, as competências elencadas apresentavam situações mais amplas que devem ser observadas e acompanhadas pelo ACS e no segundo situações relacionadas aos grupos prioritários. O primeiro domínio planejamento e avaliação apresentava competências relacionadas ao planejamento mais individual do ACS relacionado ao acompanhamento da microárea e o segundo competências relacionadas ao planejamento em equipe.

Foi criado o domínio participação e controle social, frente a importância destes no âmbito do SUS, e as competências foram extraídas do domínio promoção de saúde, onde originalmente estavam elencadas.

A construção do instrumento deu-se no contexto do Programa Telessaúde/RS, onde enfermeiros e ACS vinculados a este programa participaram da pesquisa. Para a construção e validação inicial utilizou-se a técnica Delphi *online*, em três rodadas.

Na primeira rodada foi enviado aos participantes um questionário com base no referencial de competências profissionais do ACS do MS (Brasil, 2004a), e os mesmos, de

acordo com seus conhecimentos e experiências, puderam excluir ou modificar as competências listadas, bem como acrescentar competências.

Na segunda etapa o questionário constou dos esquemas de competências (PERRENOUD, 1999a) resultantes da primeira etapa, adicionadas de uma escala de Likert com valores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para que manifestassem seu grau de concordância. Nesta etapa foram adicionadas ao instrumento questões a respeito da periodicidade para a realização da avaliação e indicação de critérios para a avaliação. Com base nos resultados obtidos na 1ª e 2ª etapas, foi elaborado o IACS. E na 3ª etapa o instrumento foi enviado aos participantes para a validação de conteúdo, os quais concordaram com a composição do instrumento final, e manifestaram que o mesmo ficou de acordo com a construção do grupo.

O IACS apresenta-se com cabeçalho de identificação, instruções para aplicação, critérios de avaliação pré-estabelecidos, seguidos das oito áreas de domínios e suas competências, e ao final apresenta espaço para descrição do encaminhamento da avaliação e assinaturas dos profissionais, enfermeiro supervisor e ACS (ANEXO A).

4.4 Estudo Piloto: verificação de aplicabilidade

O estudo piloto foi realizado com enfermeiros de ambos os municípios, para verificar a aplicabilidade do instrumento de avaliação formativa, complementando a validação de conteúdo iniciada durante pesquisa anterior (BANDEIRA,2014). Para escolha da unidades onde seria realizada a coleta de dados, a pesquisadora procedeu à apresentação do projeto para as Coordenadoras dos Serviços de Atenção Primária em ambos os municípios.

Os dados foram coletados de outubro de 2016 a janeiro de 2017, nas unidades de saúde, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros e ACS. Nesta etapa, o enfermeiro era convidado a participar da pesquisa, instruído sobre o uso do instrumento, e ele próprio realizava a aplicação do instrumento ao ACS, tecendo suas considerações.

Nesse momento, foi acrescido ao instrumento um espaço para considerações dos enfermeiros a respeito da aplicação, além de colocarem o tempo que levaram na aplicação e suas considerações sobre os níveis de competência pré-estabelecidos e sobre a periodicidade da avaliação.

Para realização do estudo piloto foram convidados enfermeiros que estavam desempenhando suas funções havia pelo menos um ano e que desempenhassem a função de supervisão dos ACS, visto que a experiência profissional contribuiu para a avaliação do instrumento e de sua aplicabilidade. Nesta etapa participaram 20 enfermeiros, escolhidos através de uma amostra aleatória simples, sendo 10 enfermeiros do Município de Sapucaia do Sul e 10 enfermeiros no Município de Canoas.

Cada enfermeiro aplicou o instrumento a dois ACS de sua equipe, totalizando 40 ACS. Para análise de dados desta etapa, todos o apontamentos foram considerados à luz da literatura sobre o trabalho do ACS e da avaliação formativa.

4.5 Validação do instrumento

Procedeu-se à validação do instrumento com o intuito de verificar a consistência interna, com validação das dimensões através da análise fatorial (AF) e técnica de teste e reteste (MARTINS, 2006).

A principal função das diferentes técnicas de análise fatorial é reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas a um número reduzido de fatores. Os fatores representam as dimensões latentes (construtos) que resumem ou explicam o conjunto de variáveis observadas (HAIR et al., 2009; FIGUEIREDO FILHO; SILVA JUNIOR, 2010). Ao resumir dados, a AF obtém dimensões latentes que descrevem os dados em um número menor de conceitos do que as variáveis individuais originais (HAIR et al., 2009, p. 91). A AF não se refere a uma única técnica estatística, mas a uma variedade de técnicas relacionadas desenhadas para tornar os dados observados mais facilmente interpretáveis (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JUNIOR, 2010). Na AF, a variância explicada refere-se à porção de variância comum que um fator, ou um conjunto de fatores, consegue extrair de um determinado conjunto de dados. Um estudo meta-analítico com o objetivo de avaliar os níveis de variância explicada nos estudos que utilizaram AF, a média da variância explicada foi de 56,6% e, do total das AFs avaliadas, 10% apresentaram variância explicada maior que 76%, e outros 10% apresentaram variância explicada menor que 34%. Tais estudos fornecem uma diretriz na avaliação do que poderia ser um bom nível de variância explicada (DAMASIO, 2012; PETERSON, 2000).

A validação de constructo refere-se a uma medida onde as pontuações em um instrumento específico se relacionam com outras medidas de uma maneira que é consistente com hipóteses derivadas teoricamente com base nos conceitos que estão sendo medidos. A validade deve ser avaliada através do teste predefinindo hipóteses (por exemplo, sobre correlações esperadas entre medidas ou diferenças esperadas nas pontuações entre “conhecidos” grupos) (TERWEE et al., 2007).

Para a validação de constructo estabeleceu-se a seguinte hipótese:

Quanto maior o tempo de trabalho do ACS nas suas funções, melhor será a avaliação das competências, quando comparado a ACS do mesmo município.

4.5.1 População e amostra

Foram convidados a participar do estudo ACS vinculados a equipes de Saúde da Família dos referidos municípios, totalizando 421 ACS e 130 enfermeiros.

O cálculo amostral foi realizado considerando que são necessários sete vezes o número de itens para a validação fatorial e análise da consistência interna (TERWEE et al., 2007), totalizando 350 sujeitos. Os enfermeiros supervisores destes 350 ACS participaram desta etapa aplicando o instrumento, totalizando 62 enfermeiros.

Para a realização do teste-reteste, o instrumento de medida é aplicado duas vezes a um mesmo grupo de pessoas, depois de um período de tempo após a primeira aplicação. O cálculo amostral foi realizado no programa WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows) versão 11.43, considerando um nível de significância de 5%, poder de 90% e um coeficiente de correlação intraclassa mínimo de 0,7, totalizando 46 sujeitos.

Como critérios de inclusão para a validação do instrumento elegeram-se: ser enfermeiro ou ACS de uma equipe de saúde da família há pelo menos um ano; ser servidor do município com vínculo empregatício formal. Foram excluídos enfermeiros que não realizavam supervisão dos ACS.

4.5.2 Coleta de dados

Para esta etapa foram incluídas todas as ESF dos municípios envolvidos. Inicialmente, a pesquisadora participou de reuniões de equipe, quando foram explicados aos enfermeiros e ACS os objetivos do estudo e de que forma ocorreria a participação deles. Após aceitarem participar da pesquisa, foi apresentado o instrumento ao enfermeiro, e esclarecidas dúvidas sobre a aplicação.

Optou-se pela aplicação do instrumento pelos enfermeiros supervisores, considerando o vínculo com os ACS e a literatura que indica que a avaliação por competências pode ser realizada no próprio local de trabalho, e que os avaliadores, neste caso, podem ser pessoas externas à produção ou os próprios supervisores (RAMOS, 2009).

Esta etapa foi realizada diretamente nos serviços envolvidos, de acordo com a disponibilidade de cada um e com horários agendados previamente com a Secretaria Municipal de Saúde, FMSC e equipes.

A coleta de dados desta etapa foi de março a dezembro de 2017, considerando algumas dificuldades iniciais encontradas devido à mudança da gestão municipal em ambos os municípios, o que ocasionou uma reestruturação da rede e uma demanda maior aos profissionais, gerando uma demora maior na aplicação dos instrumentos.

Os municípios inicialmente indicaram as unidades que integrariam o estudo, mas, considerando o número significativo de participantes, ampliaram para que o estudo pudesse ser realizado em todas unidades de saúde que possuíam ACS.

No teste e reteste, aplicou-se o instrumento novamente à amostra definida após 15 dias, pois este é período indicado na literatura para permitir análise de confiabilidade do questionário (MARTINS, 2006).

4.5.3 Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha Excel versão 2013. E apropriados no pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21.0. Realizou-se uma análise descritiva e uma análise estatística inferencial.

Os domínios e suas respectivas competências foram codificados para análise conforme apresentados no APÊNDICE A.

Para a análise fatorial exploratória empregou-se o método de Análise de Componentes Principais, com recurso da rotação ortogonal segundo o método Varimax com normalização

do tipo Kaiser, com critério de autovalor (*eigenvalue*) > 1, que produziu uma estrutura fatorial com seis fatores, semelhante ao instrumento original. O autovalor (*eigenvalue*) avalia a contribuição do fator ao modelo construído pela AF, e o valor inferior a 1 sugere pequena contribuição do fator na explicação das variações das variáveis originais (HAIR et al., 2009; PEDROSA et al., 2016).

Para verificar a validade interna e a confiabilidade foi utilizado o alfa de Cronbach. O coeficiente alfa de Cronbach foi apresentado por Lee J. Cronbach, em 1951, como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. O alfa mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). Não há um valor mínimo definido para o coeficiente alfa de Cronbach ser aceito como bom, mas encontra-se na literatura o valor de 0,70 como mínimo aceitável (FREITAS; RODRIGUES, 2005; OVIEDO; CAMPO-ARIAS, 2005; MILAN; TREZ, 2005; HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Foi utilizado o Coeficiente de correlação intraclassa (ICC) para a mensuração da confiabilidade de medidas (LAUREANO, 2011). De acordo com Szklo e Nieto (2000) o ponto de corte do ICC < 0,4 é considerado pobre; de $\geq 0,4$ a < 0,75 é satisfatório; $\geq 0,75$ é excelente.

No teste e reteste foi utilizado o teste T-Student para amostras pareadas, e para a validação de constructo foi empregada a análise de variância ANOVA.

4.6 Aspectos Éticos

Os princípios éticos se fizeram presentes em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Foram garantidos aos participantes o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando fosse de seu interesse.

Aqueles que responderam afirmativamente ao convite (APÊNDICE B) para participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para enfermeiros (APÊNDICE C) e o termo para ACS (APÊNDICE D).

O benefício potencial para os participantes foi de contribuir para a validação de um instrumento de avaliação formativa, o qual auxiliará o enfermeiro nesta tarefa de supervisão, avaliação e de capacitação, assim possibilitando a qualificação permanente do ACS.

O risco mínimo foi o desconforto que poderia ser gerado pela aplicação do instrumento de avaliação, e o tempo despendido para participar do estudo, que variou em torno de 20 a 50 minutos, levando-se em conta que para o enfermeiro este tempo multiplicou-se pelo número de ACS aos quais aplicaria o instrumento.

O estudo foi enviado aos grupos de trabalho de educação permanente em saúde dos Municípios de Canoas e Sapucaia do Sul, os quais avaliaram o projeto de pesquisa e concederam as autorizações para a realização da pesquisa nos serviços de saúde.

Este estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o CAAE: 3 55819316.0.0000.5347 e número do Parecer: 1.673.213 (ANEXO B).

A pesquisa teve início somente após a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa e a autorização dos municípios.

Para identificação dos enfermeiros no estudo piloto foram utilizadas a palavra Enfermeiro e uma numeração aleatória de 1 a 10 para enfermeiros de Sapucaia do Sul, e de 11 a 20 para enfermeiros de Canoas.

Durante a validação foram atribuídos códigos às unidades de saúde que variaram de 1 a 45, e os ACS respondentes foram numerados de 1 a 350.

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados segundo as etapas desenvolvidas.

5.1 Estudo piloto: verificando a aplicabilidade do instrumento

Os participantes do estudo piloto foram enfermeiros de 20 unidades de saúde, sendo 10 do Município de Sapucaia do Sul e 10 do Município de Canoas. Uma enfermeira de cada unidade aplicou o instrumento a dois ACS de sua equipe, totalizando 40 ACS.

No Município de Sapucaia do Sul os enfermeiros que participaram desta etapa possuíam em média 4,4 ($\pm 1,26$) anos de atuação em suas unidades, e todos tinham especialização em saúde da família e comunidade/saúde pública/saúde coletiva, visto que é um pré-requisito para a investidura do cargo.

No Município de Canoas, os enfermeiros possuíam em média 2,8 ($\pm 0,42$) anos de atuação no serviço. Uma tinha especialização em atenção domiciliar; uma, em auditoria em sistemas de saúde e enfermagem do trabalho; e as demais, em saúde da família e comunidade/saúde coletiva/saúde pública. Uma das enfermeiras, além da especialização em saúde pública, possuía especialização em saúde mental.

O tempo de aplicação do instrumento (APÊNDICE E) foi de 20 a 30 minutos, tendo variado de 9 minutos a 1 hora e 15 minutos. Para os tempos de aplicação de 1 hora a 1 hora e 15 minutos, os enfermeiros relataram que fizeram a aplicação de forma mais reflexiva.

Quanto à periodicidade de aplicação do instrumento, predominou a escolha pela avaliação trimestral, conforme ilustrado na Tabela 1. Dois enfermeiros consideraram que poderia ser mensal, conforme o indicado durante a construção do instrumento, por ser um instrumento de fácil manuseio, visto que já aplicavam um instrumento de avaliação de desempenho fornecido pelo município. Ao mesmo tempo, julgaram desnecessária a aplicação mensal considerando o processo formativo, pois não haveria tempo hábil para qualquer intervenção frente ao identificado no instrumento, considerando o número de ACS por equipe.

Tabela 1 - Avaliação da periodicidade de aplicação do IACS pelos enfermeiros (N=20), Porto Alegre, 2018

Periodicidade	n (%)
Mensal	2(10,0)
Bimensal	0(0,0)
Trimestral	13(65,0)
Quadrimestral	2 (10,0)
Semestral	3 (15,0)

Fonte: dados da pesquisa,2018.

Quanto aos níveis de competência iniciais apresentados no instrumento para avaliação das competências, foram adaptados do Self- Assessment Tool for Community Health Nurses Working with First Nations and Inuit Health Branch (HEALTH CANADA, 2001). Foi sugerido por todos participantes a inclusão de uma opção com a expressão Não se aplica (NA), pois pode ser que a situação descrita na competência não ocorra em sua microárea ou não tenha ocorrido durante o período, não podendo ser avaliada ou enquadrada nos outros níveis apresentados. Em relação a isto, um enfermeiro mencionou que, apesar de a ferramenta ser de fácil compreensão, sua dificuldade maior foi *“designar o nível de competência mais apropriado de acordo com a solicitação, quando a resposta seria parcial, um meio termo”* (Enfermeiro 14).

Frente a esta situação, grande parte dos enfermeiros sugeriu a criação de um nível de competência intermediário onde fosse contemplada a situação de quando o ACS desempenha tal competência, mas não possui o conhecimento necessário, sendo ainda fundamental aprofundar o conhecimento através de capacitações/treinamentos/educação permanente. Este nível de competência foi criado e denominado Experiente: possui experiência para a competência descrita, mas não possui o conhecimento necessário.

Após essas sugestões, os níveis de competência que compõem o instrumento foram reestruturados conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1- Níveis de competência após o estudo piloto. Porto Alegre, 2018

0	Nenhum: você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita.
1	Novato/aprendiz: você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita (exemplo: você solicita alguma consulta ou supervisão).
2	Experiente: possui experiência para competência descrita, mas não possui o conhecimento necessário.
3	Competente: você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita.
4	Proficiente: Você possui extenso conhecimento e ampla experiência diretamente relacionada à competência descrita.
5	NA: não se aplica

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Com relação à aplicabilidade do instrumento, grande parte dos enfermeiros considerou que o instrumento é fácil de ser aplicado, útil, claro e está fortemente ligado ao trabalho do ACS. Alguns comentários a respeito do instrumento foram: “Bom entendimento, bem claro” (Enfermeiro 2); “Interessante, perguntas específicas de fácil entendimento” (Enfermeiro 6); “Está bem direcionado para trabalho do ACS” (Enfermeiro 12).

Apenas um enfermeiro referiu que o instrumento era extenso e considerou que algumas competências são muito semelhantes, se repetindo ao longo do instrumento.

No que se refere ao objetivo principal do instrumento, que é proporcionar uma avaliação formativa, dois enfermeiros teceram comentários que vêm ao encontro disto: “É muito importante fazer este tipo de avaliação, para detectar dificuldades a fim de corrigi-las e planejar estratégias de ensino” (Enfermeiro 9); “Instrumento claro, bom para avaliação, mas também para direcionar ações da coordenação com ACS” (Enfermeiro 11).

Um enfermeiro considerou a possibilidade de autoavaliação do ACS com uso do instrumento. Em contrapartida, outros dois enfermeiros sinalizaram dificuldades em uma possível autoavaliação: “O instrumento foi elaborado para quem tem um nível maior de compreensão, durante aplicação ACS questionou alguns termos” (Enfermeiro 16); “É necessário levar em conta na aplicação grau de instrução e o tipo de contratação, o que vai definir o nível de qualidade desse profissional, bem como seu engajamento” (Enfermeiro, 17).

Com relação às competências, apenas uma sofreu alteração: Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 7ª dia de vida a todos recém-nascidos do território – pertencente ao domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades, cujo prazo foi alterado para o 5ª dia.

O instrumento foi adequado atendendo-se às recomendações dos participantes, com mudanças nos níveis de competência, em uma competência, e com a sugestão de a avaliação ser trimestral (APÊNDICE F).

5.2 Validação do Instrumento

5.2.1 Caracterização da amostra

Participaram desta etapa do estudo 251 ACS de 24 unidades de saúde do Município de Canoas e 99 ACS de 21 unidades de saúde de Sapucaia do Sul.

Em Sapucaia do Sul, os ACS possuíam em média 5,66 ($\pm 2,66$) anos de atuação na profissão, onde: os ACS das Unidades que compõem o Distrito Sanitário I (DSI) possuíam 6,6 ($\pm 3,29$) anos; os do Distrito Sanitário II (DS II), 5,8 ($\pm 2,40$) anos; os do Distrito Sanitário III (DS III), 4,72 ($\pm 2,33$) anos; e os do Distrito Sanitário IV (DS IV), 4,72 ($\pm 1,93$) anos.

Quanto aos enfermeiros, participaram 21, os quais tinham em média 3 ($\pm 1,97$) anos de trabalho, e todos com especialização em saúde da família e comunidade/saúde pública/saúde coletiva, visto que é um pré-requisito para a investidura do cargo.

Já, em Canoas, os ACS possuíam média de 3,97 ($\pm 2,47$) anos na profissão. Os ACS das unidades que compõem o quadrante Sudoeste (QS) tinham 3,73 ($\pm 1,34$) anos; os do Nordeste (QNE), 4 ($\pm 2,85$) anos; do Noroeste (QNO), 4,84 ($\pm 3,77$) anos; Noroeste/Sudoeste (QNOSU), 4,58 ($\pm 1,58$) anos; e Nordeste/Sudeste (QNESE), 2,7 ($\pm 0,99$) anos.

Participaram 41 enfermeiros deste município, que possuíam em média de 2,65 ($\pm 0,52$) anos de atuação no serviço, e todos com especialização em saúde da família e comunidade/saúde pública/saúde coletiva. Muitos deles eram gestores técnicos das Unidades, não envolvendo os enfermeiros assistenciais das equipes na aplicação do instrumento.

Alguns enfermeiros e ACS, de ambos os municípios, que participaram desta etapa contribuíram também no estudo piloto.

A tabela abaixo ilustra (Tabela 2) a distribuição dos participantes do estudo por município e de acordo com o distrito sanitário ou quadrante em que se localiza a sua unidade.

Tabela 2. Participantes do estudo por distrito sanitário/quadrante e município. (N=412), Porto Alegre, 2018

Municípios	Sapucaia (Distritos)				Canoas (Quadrantes)					Total
	I	II	III	IV	QS	QNE	QNO	QNOSU	QNESE	
Enfermeiros	4	5	5	7	10	5	12	9	5	62
ACS	22	19	21	37	72	30	65	60	24	350
Total	26	24	26	44	82	35	77	69	29	412

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Do Município de Sapucaia do Sul, os participantes eram de quatro unidades do DSI, cinco do DSII, cinco do DSIII e sete do DSIV. Em Canoas os participantes eram de seis unidades do QS, quatro do QNE, cinco do QNO, quatro do QNESE e cinco do QNOSU.

Em ambos os municípios houve o predomínio do sexo feminino tanto para ACS, como para enfermeiros. Apenas nove dos enfermeiros e 35 ACS eram do sexo masculino.

No Município de Sapucaia do Sul, das 23 equipes, apenas em uma os ACS não aceitaram que o instrumento fosse aplicado. Em Canoas, todas as unidades aceitaram, mas, com a conclusão do número de participantes, uma unidade apenas não participou. As outras três unidades de Canoas não foram incluídas na pesquisa por não possuírem ACS.

As perdas foram de 61 ACS em Canoas que não participaram da pesquisa, pois quatro compunham a equipe que não participou devido à amostra já estar concluída, e os demais estavam afastados, de folga ou férias durante a coleta. No Município de Sapucaia do Sul, dos 10 ACS que não participaram, quatro se recusaram e seis estavam afastados por licença de saúde.

5.2.2 Validação

A análise da consistência interna do instrumento original apresentou em todos os domínios o coeficiente de alfa de Cronbach superior a 0,7, conforme ilustrado na Tabela 3. Considerando todos os itens do instrumento (52 itens), o coeficiente de alfa de Cronbach foi de 0,968, que é considerado excelente (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Tabela 3. Análise da consistência interna do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS (original), por área de domínio (N=350), Porto Alegre, 2018

Domínio	α -Cronbach
1-Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário	0,867
2-Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	0,868
3-Promoção da saúde	0,839
4- Participação e controle social	0,704
5-Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	0,904
6-Planejamento e avaliação	0,846
7-Integração da equipe de saúde com a população local	0,910
8-Planejamento e avaliação	0,738
Total	0,968

Fonte: dados da pesquisa,2018.

Obteve-se uma estrutura fatorial composta por seis domínios, conforme a Tabela 4. O índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi calculado em 0,947, sendo a matriz dos dados adequada para se proceder à mesma (MARTINS et al., 2016).

Produziu-se, para cada item, a carga fatorial (saturação) no fator, que indica a correlação entre o item e o fator, de tal forma que, quanto mais próximo de 100% de covariância, melhor é considerado o item, uma vez que representa fortemente o traço latente medido pelo fator. Foi considerada carga fatorial mínima =0,40, para que o item pudesse ser considerado um representante útil do fator (HAIR et al., 2009; PEDROSA, et al., 2016).

Mesmo um dos participantes referindo no estudo piloto que considerava o instrumento extenso demais e redundante, foram mantidas as 52 competências do instrumento original, não havendo nenhuma exclusão. Apenas foram reagrupadas nos novos domínios de acordo com a maior correlação obtida na análise fatorial.

Tabela 4. Cargas fatoriais obtidas pela análise fatorial exploratória do Instrumento de Avaliação formativa do ACS (N=350), Porto Alegre, 2018

(continua)

Competências	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
PMRAS1				,776		
PMRAS2				,780		
PMRAS3				,762		
PMRAS4				,539		
PMRAS5				,584		
PMRAS6				,411		
PMGM1				,517		
PMGM2				,464		
PMGM3				,461		
PMGM4		,721				
PMGM5		,689				
PMGM6		,593				
PM1		,508				
PM2		,459				
PM3						,652
PM4						,698
PM5						,456
PM6		,496				
PCS1		,547				
PCS2		,623				
PCS3		,476				
PMGE1	,541					
PMGE2			,657			
PMGE3			,658			
PMGE4			,547			
PMGE5			,635			

Tabela 4. Cargas fatoriais obtidas pela análise fatorial exploratória do Instrumento de Avaliação formativa do ACS (N=350), Porto Alegre, 2018

Competências	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
PMGE6			,634			
PMGE7	,764					
PMGE8	,487					
PMGE9	,673					
PMGE10					,623	
PMGE11			,647			
PMGE12			,446			
PMGE13			,616			
PA1	,434					
PA2	,798					
PA3	,494					
PA4					,456	
PA5	,755					
PA6	,420					
PA7	,400					
IESP1	,635					
IESP2	,704					
IESP3	,804					
IESP4	,774					
IESP5	,583					
PAV1	,446					
PAV2	,690					
PAV3	,765					
PAV4					,578	
PAV5					,707	
PAV6					,698	

Fonte: dados da pesquisa, 2018. Competências de acordo com o ANEXO A.

A maioria dessas competências obteve carga fatorial alta, o que confirma sua correlação com o fator descrito. A análise fatorial com seis domínios demonstrou um

percentual de variância explicada de 73,64%, considerado bom, e os 26,4% restantes ficam por conta da subjetividade e entendimento do participante. Com base nestas avaliações foram organizadas as novas áreas de domínio. Estas serão apresentadas a seguir, com as competências identificadas nos domínios a que pertenciam no instrumento original.

O primeiro domínio gerado na análise fatorial foi denominado de Acompanhamento da microárea. Neste domínio foram agrupadas uma competência da área de domínio prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (PMGE), seis competências da área de domínio Planejamento e avaliação (PA), quatro competências da Integração da equipe de saúde com a população local (IESP) e uma do domínio Planejamento e avaliação 2 (PAV), conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2- Competências alocadas no Domínio 1: Acompanhamento da microárea segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	(continua) Domínio
a) Registra os acompanhamentos domiciliares.	PMGE7
b) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	PA1
c) Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.	PA2
d) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	PA3
e) Realiza acompanhamento da microárea.	PA5
f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	PA6
g) Planeja e avalia as ações em saúde de forma integrada com a equipe.	PA7
h) Identifica a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.	IESP1
i) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	IESP2

Quadro 2- Competências alocadas no Domínio 1: Acompanhamento da microárea segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	(conclusão) Domínio
j) Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	IESP3
k) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	IESP4
l) Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	PAV3

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Na segunda área de domínio gerada, denominada de Promoção da Saúde, composta por nove competências, foram agregadas três competências da área de domínio Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbididades 2 (PMGM), três da promoção em saúde (PM), e três da Participação e controle social (PCS), conforme o ilustrado no Quadro 3.

Quadro 3- Competências alocadas no Domínio 2: Promoção da Saúde segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	(continua) Domínio
a) Estimula indivíduos, famílias e grupos a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.	PMGM4
b) Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	PMGM5
c) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbididades específicas.	PMGM6
d) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	PM1
e) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.	PM2

Quadro 3- Competências alocadas no Domínio 2: Promoção da Saúde segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	(conclusão) Domínio
f) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	PM6
g) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.	PCS1
h) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	PCS2
i) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.	PCS3

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O terceiro domínio gerado (Quadro 4), composto de 10 competências, agrupou a maioria das competências da área de domínio original Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (PMGE), deste modo, o mesmo nome foi mantido, visto que as competências elencadas estão relacionadas aos grupos prioritários acompanhado pelo ACS na ESF. Apenas as competências PMGE7 e PMGE8 tiveram carga fatorial baixa neste domínio e foram agrupadas, respectivamente, nas área de domínio Acompanhamento da Microárea e Planejamento e avaliação.

Quadro 4- Competências alocadas no Domínio 3: Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	(continua) Domínio
a) Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF.	PMGE1
b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.	PMGE2
c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.	PMGE3
d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.	PMGE4

Quadro 4- Competências alocadas no Domínio 3: Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	(conclusão) Domínio
e) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).	PMGE5
f) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	PMGE6
g) Reforça a importância da realização do pré-natal.	PMGE9
h) Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	PMGE11
i) Organiza e disponibiliza um mapa das gestantes e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	PMGE12
j) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 5 ^a dia de vida a todos os recém-nascidos do território.	PMGE13

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Prevenção e monitoramento de risco ambiental e social constitui o quarto domínio gerado (Quadro 5), composto de nove competências. Após a análise fatorial, ele agregou todas as competências da área de domínio original Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário (PMRAS), mais três competências da Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbidades 2 (PMGM), as quais estão mais relacionadas às questões ambientais e sociais do território.

Quadro 5- Competências alocadas no Domínio 4: Prevenção e monitoramento de risco ambiental e social segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	(continua) Domínio
a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	PMRAS1
b) Informa a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária, bem como a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação e registra.	PMRAS2

Quadro 5- Competências alocadas no Domínio 4: Prevenção e monitoramento de risco ambiental e social segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	(conclusão) Domínio
c) Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	PMRAS3
d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	PMRAS4
e) A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.	PMRAS5
f) Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente à situação de risco.	PMRAS6
g) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	PMGM1
h) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	PMGM2
i) Comunica à equipe de saúde da ESF ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	PMGM3

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O quinto domínio gerado é composto de sete competências, manteve grande parte das competências do Planejamento e avaliação (PA), agregou uma competência do Planejamento e avaliação 2 (PAV), duas da Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (PMGE). Todas as competências elencadas estão fortemente ligadas aos processos de planejamento e avaliação dos serviços, por isto foi mantido o nome original, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 6- Competências alocadas no Domínio 5: Planejamento e avaliação segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	Domínio
a) Auxilia nas notificações do SINAN.	PMGE10
b) Propõe ações intersetoriais.	PA4
c) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.	PAV1
d) Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	PAV4
e) Estimula a participação da gestante/usuários nos grupos educativos.	PMGE8
f) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	PAV5
g) Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	PAV6

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O domínio seis, Trabalho em equipe (Quadro 7), juntou três competências da Promoção da Saúde (PM), uma da Integração da equipe de saúde com a população local (IESP) e uma do Planejamento e avaliação 2 (PAV), e ficou com um total de cinco competências. Estando intimamente ligadas ao trabalho desenvolvido com apoio e suporte da equipe de saúde da família.

Quadro 7- Competências alocadas no Domínio 6: Trabalho em segundo os domínios do instrumento original. Porto Alegre, 2018

Competência	Domínio
a) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.	PM3
b) Participa da organização e da realização de grupos, e atividades educativas com o apoio e colaboração da equipe.	PM4
c) Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família.	PM5
d) Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	IESP5
e) Trabalha em equipe.	PAV2

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Após a AF, o instrumento de avaliação formativa do ACS ficou composto por cabeçalho de identificação, uma breve explicação sobre os níveis de competências, as seis áreas de domínios, das quais três mantiveram como título áreas de domínio do instrumento original, como: Promoção da saúde (nove competências), Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (10 competências) e Planejamento e avaliação (sete competências); uma teve apenas a inclusão de uma palavra no título: Prevenção e monitoramento a risco ambiental e social (nove competências), e as demais foram criadas de acordo com as competências agrupadas: Acompanhamento da microárea (12 competências), Trabalho em equipe (cinco competências).

Como escore para avaliação, recomenda-se considerar que em cada área de domínio o ACS obterá uma pontuação relativa ao item que melhor caracteriza o seu nível de competência. A pontuação de cada área de domínio deverá ser dividida pelo número de competências avaliadas, que irá gerar uma média que indicará o nível de competências do ACS em cada área de domínio. Ao final há um espaço para registro dos encaminhamentos ou observações, bem como para assinatura do enfermeiro supervisor e ACS (APÊNDICE G).

Realizou-se a avaliação das competências que compõem o instrumento de acordo com os níveis de competências (APÊNDICE H). A avaliação das competências revelou diferenças entre os domínios do IACS (Tabela 5). A avaliação da consistência interna do instrumento, em seu novo formato, obteve um alfa de Cronbach de 0,981, e todos os domínios apresentaram alfa de Cronbach superior a 0,8, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 5 – Consistência interna pelo alfa de Cronbach (N=350), Porto Alegre, 2018

Domínios	Média ± DP	α-Cronbach
Acompanhamento da microárea	3,05 ± 0,65	0,946
Promoção da saúde	2,42 ± 0,77	0,909
Prevenção e monitoramento a grupos	2,99 ± 0,71	0,945
Prevenção e monitoramento de risco	2,75 ± 0,67	0,935
Planejamento e avaliação	2,35 ± 0,86	0,872
Trabalho em equipe	2,83 ± 0,77	0,889
Total	2,73 ± 0,64	0,981

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

As competências que compõem o domínio Acompanhamento da microárea apresentaram respostas entre os níveis competente e proficiente. Duas competências, Analisa

os dados coletados de sua microárea, Planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade e Planeja e avalia as ações em saúde de forma integrada com a equipe, mesmo com mais avaliações como competente, 34% e 40,9% respectivamente, apresentaram 26% e 24,3% de avaliações como experiente, o que reflete que os ACS realizavam a atividade, mas ainda faltava conhecimento para desempenharem tais competências.

As competências pertencentes ao domínio Promoção da Saúde tiveram avaliações entre experiente e competente, exceto a competência Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe, cujas avaliações variaram de nenhum, até proficientes; 11,7% dos ACS não foram avaliados com relação a esta competência, por considerarem não fazer parte da sua realidade de atuação naquele momento.

O domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades obteve melhor avaliação entre competente e proficiente. As competências Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis e Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 5ª dia de vida a todos os recém-nascidos do território tiveram avaliações como experiente. Demonstrando a necessidade de aprofundar mais o conhecimento a fim de qualificar as orientações dadas aos usuários. No entanto, para a competência Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), 19,4% dos ACS foram avaliados como novatos ou aprendizes, o que pode demonstrar uma necessidade de formação para a abordagem às DSTs.

Para as competências compõem o domínio Prevenção e monitoramento a risco ambiental e social, houve avaliações no nível competente, seguido de experiente. Para competências: Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde, Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde, Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais, as avaliações foram de competente e de proficiente.

O domínio Planejamento e avaliação apresentou uma distribuição das avaliações nos diferentes níveis de competências. Para a competência Auxilia nas notificações do Sistema de Informação de Notificações e Agravos (SINAN) houve uma distribuição das avaliações nos diversos níveis, com respostas expressivas de que não é aplicada no trabalho do ACS (24,9%). O mesmo ocorre para a competência Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais, com 58 (16,6%) ACS avaliados considerando que esta competência não se aplica à sua prática. Variação que também pode ser observada para a

competência Propõe ações intersetoriais, nos níveis de novatos ou aprendizes, experientes e competentes.

No domínio de Trabalho em equipe, há uma predominância das avaliações como competente, com 40,9% das avaliações como competente e 40,9% das avaliações como proficiente.

O teste e reteste foram realizados com 51 ACS, de oito Unidades de Saúde, sendo duas unidades de Canoas (19 ACS) e seis unidades de Sapucaia do Sul (32 ACS). Participaram do reteste cinco ACS a mais do que o previsto no cálculo amostral, visto que a última unidade que aceitou realizá-lo possuía um número de ACS maior do que o necessário para compor a amostra.

O teste-reteste revelou que o instrumento é confiável, apresentando uma boa consistência interna e homogeneidade dos itens, apresentando $p= 0,851$ pelo teste t- Student, não havendo diferença significativa entre as médias no teste e reteste, e com ICC de 1,0, considerado excelente.

Se analisados os domínios individualmente, todos apresentaram p que variou de 0,189 (Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades) a 1,00 (Acompanhamento da Microárea), não havendo diferença significativa, e com um ICC de 1,0, conforme ilustrado na Tabela 6.

Tabela 6– Avaliação teste-reteste (N=51), Porto Alegre, 2018

Domínios	Teste	Reteste	p*	ICC
	Média ± DP	Média ± DP		
Acompanhamento da microárea	2,81 ± 0,64	2,81 ± 0,64	1,000	1,00
Promoção da saúde	2,25 ± 0,73	2,25 ± 0,74	0,952	1,00
Prevenção e monitoramento a grupos	2,74 ± 0,69	2,73 ± 0,68	0,189	0,99
Prevenção e monitoramento de risco	2,66 ± 0,60	2,66 ± 0,59	0,864	0,99
Planejamento e avaliação	1,99 ± 0,92	1,99 ± 0,95	0,932	0,99
Trabalho em equipe	2,71 ± 0,83	2,71 ± 0,82	0,322	0,99
Total	2,53 ± 0,64	2,53 ± 0,65	0,851	1,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2018. * teste t-Student para amostras pareadas; ICC=Coefficiente de correlação intraclasse

Para a validação de constructo considerava-se a hipótese de que os distritos ou quadrantes onde os ACS possuísem mais tempo de trabalho apresentariam uma avaliação de competências melhor após uso do IACS, quando comparados aos demais.

Essa hipótese foi confirmada no Município de Sapucaia do Sul, com o Distrito Sanitário I possuindo a maior média de tempo de trabalho do município (6,6 anos), e apresentou média $3,15 \pm 0,41$ na avaliação de todos os domínios do IACS, quando comparado aos outros distritos ($p < 0,001$), conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7– Comparação entre os distritos Sanitários de Sapucaia do Sul. (N=99), Porto Alegre, 2018

Domínios	I	II	III	IV	p*
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
Acompanhamento da microárea	$3,56 \pm 0,40$	$2,92 \pm 0,50$	$2,79 \pm 0,83$	$2,82 \pm 0,53$	<0,001
Promoção da saúde	$2,65 \pm 0,67$	$2,45 \pm 0,85$	$2,14 \pm 0,86$	$1,91 \pm 0,63$	0,002
Prevenção e monitoramento a grupos	$3,31 \pm 0,53$	$3,07 \pm 0,47$	$2,95 \pm 0,75$	$2,50 \pm 0,53$	<0,001
Prevenção e monitoramento de risco	$2,98 \pm 0,66$	$2,92 \pm 0,42$	$2,63 \pm 0,72$	$2,49 \pm 0,51$	0,007
Planejamento e avaliação	$2,88 \pm 0,66$	$2,00 \pm 0,96$	$2,17 \pm 1,13$	$1,61 \pm 0,73$	<0,001
Trabalho em equipe	$3,51 \pm 0,34$	$2,81 \pm 0,74$	$2,74 \pm 0,95$	$2,61 \pm 0,85$	<0,001
Total	$3,15 \pm 0,41$	$2,70 \pm 0,57$	$2,57 \pm 0,82$	$2,32 \pm 0,55$	<0,001

Fonte: dados da pesquisa, 2018. *ANOVA complementada por Tukey

No domínio Acompanhamento da Microárea, a média do DSI foi significativamente maior, $3,56 \pm 0,40$, quando comparada aos demais DSs.

Já, no domínio Promoção da Saúde, a média do DSI foi significativamente maior, $2,65 \pm 0,67$, quando comparada ao DSIV, que apresentou média de $1,91 \pm 0,63$. No domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades, o DSI apresentou média

significativamente maior, $3,31 \pm 0,53$, quando comparado com os DSIII ($2,95 \pm 0,75$) e DSIV ($2,50 \pm 0,53$).

No que se refere ao domínio Prevenção e Monitoramento de risco ambiental e social, o DSI apresentou média maior, $2,98 \pm 0,66$, quando comparada ao DSIV, que apresentou média de $2,49 \pm 0,51$.

No domínio Planejamento e avaliação, o DSI apresentou média significativamente maior, $2,88 \pm 0,66$, quando comparada aos demais DSs. O que também ocorreu no Domínio Trabalho em equipe, onde o DSI apresentou média significativamente maior, $3,51 \pm 0,34$, quando comparada aos demais DSs.

Já, no Município de Canoas, quando comparados os quadrantes nos quais é dividida a AB no município, não houve diferença significativa quando comparadas as médias dos quadrantes por áreas de domínio, bem como considerando o IACS como um todo. Os quadrantes Noroeste e Noroeste/Sudoeste, que possuem ACS com maior média de tempo de atuação na profissão, 4,84 anos e 4,58 anos respectivamente, não apresentaram média significativa quando comparados aos demais quadrantes, conforme evidenciado na Tabela 8. Deste modo, refutando a hipótese estabelecida.

Tabela 8 – Comparação entre os Quadrantes de Canoas. (N=251), Porto Alegre, 2018

Domínios	I	II	III	IV	V	P*
	Média ± DP					
Acompanhamento da microárea	2,98 ± 0,67	2,98 ± 0,75	3,10 ± 0,61	3,27 ± 0,68	3,10 ± 0,61	0,323
Promoção da saúde	2,48±0,77	2,34±0,76	2,53± 0,74	2,59±0,84	2,53±0,72	0,746
Prevenção e monitoramento a grupos	2,95 ± 0,76	2,84 ± 0,76	3,07 ± 0,63	3,03 ± 0,88	3,15 ± 0,61	0,286
Prevenção e monitoramento de risco	2,78 ± 0,73	2,56 ± 0,64	2,86 ± 0,61	2,54 ± 0,96	2,80 ± 0,62	0,174
Planejamento e avaliação	2,48 ± 0,74	2,44 ± 0,87	2,32 ± 0,79	2,65± 0,87	2,49 ± 0,74	0,464
Trabalho em equipe	2,78 ± 0,72	2,85 ± 0,76	2,87± 0,68	2,97 ± 0,81	2,70 ± 0,80	0,566
Total	2,74 ± 0,64	2,67 ± 0,69	2,79 ± 0,56	2,84 ± 0,77	2,80± 0,58	0,844

Fonte: dados da pesquisa, 2018. *ANOVA

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, houve um predomínio do sexo feminino entre os participantes, tanto ACS, quando enfermeiros. Corroborando com outros estudos que indicam que há uma predominância do sexo feminino para ACS (PEDRAZZA; SANTOS, 2017; MELO; QUINTÃO; CARMO, 2015; GALAVOTE et al., 2011); o mesmo ocorre com os enfermeiros, uma pesquisa que analisou o perfil da enfermagem no Brasil identificou que 85% da equipe de enfermagem é feminina (MACHADO et al., 2016).

O tempo de trabalho em média ficou em 5,51 anos para ACS, demonstrando que havia uma baixa rotatividade no trabalho (GALAVOTE et al., 2011; MELLO; QUINTÃO; CARMO, 2015), e para enfermeiros o tempo de trabalho ficou em 2,75 anos, encontrando-se em consonância ao perfil de enfermeiros atuantes na ESF do Rio de Janeiro, onde 55% dos enfermeiros possuem entre 1 e 5 anos de trabalho na ESF (FARIA; ACIOLI; GALLASH, 2016).

O estudo piloto evidenciou que o instrumento possui boa aplicabilidade, o que foi reforçado pelos participantes em seus comentários. Necessitando de alguns ajustes no que se refere à sua periodicidade e o acréscimo de dois níveis de competências.

Com relação à periodicidade trimestral sugerida pelos enfermeiros, considera-se um período adequado frente ao quantitativo de ACS por equipe que o enfermeiro supervisiona e levando em conta também o tempo destinado à realização da avaliação, que neste estudo foi de 20 a 30 minutos por ACS, considerando que alguns enfermeiros que realizaram a aplicação de forma mais reflexiva levaram 1 hora e 15 minutos. Ressalta-se que a aplicação do instrumento é um momento disparador e regulador do processo formativo, pois indicará ao enfermeiro e ACS o que é necessário ser desenvolvido. Neste contexto, é importante considerar que a avaliação formativa pressupõe que o ato de avaliar não faz sentido por si só, ele deve ser parte integrante de todo o processo de ensino-aprendizagem (PERRENOUD, 1999b). Mesmo que se tenha um momento pré-definido, que ele não se baste, pois a avaliação formativa deve ser contínua e levar em conta todas as informações que resultem da interação entre o enfermeiro e o ACS, pois tudo isto é relevante para a verificar o aprendizado e para avaliar ajustes necessários a fim de que se atinja os objetivos estabelecidos. Borges e colaboradores (2014) destacam que um dos componentes importantes da avaliação formativa é o *feedback*, pois ele é importante para o processo de ensino-

aprendizagem, fornecendo, continuamente, informações para que o estudante perceba o quanto distante, ou próximo, ele está dos objetivos almejados.

Os níveis de competência sugeridos foram acrescentados levando em conta uma melhor designação das necessidades dos ACS. Considerando que o território é dinâmico e apresenta diversidades, foi julgado importante incorporar o termo Não se Aplica (NA) aos níveis de competências, pois pode ser que o ACS não desempenhe alguma das competências listadas naquele período frente às características do seu território. Santos (2014) corrobora neste sentido, indicando que o território deve ser concebido para além de sua dimensão estritamente geográfica, visto que expressa determinações econômicas, sociais, políticas e culturais, e que estas dimensões são vivenciadas de maneira singular pelos grupos de pessoas que habitam um mesmo território e que estabelecem entre si relações e identidades próprias.

O nível experiente, o qual considera que o ACS desempenha tal competência, mas não possui conhecimento necessário, sugerido pelos enfermeiros, foi acrescentado, visto que a literatura a respeito do trabalho do ACS indica que há uma fragilidade nos cursos iniciais e nos processos de educação permanente, levando a lacunas na sua formação (GOMES et al., 2009; SANTOS et al., 2011; MARZARI; JUNGESI; SELLI, 2011). Porém, mesmo com este déficit, o ACS acaba desempenhando algumas destas atribuições para as quais não possui total conhecimento. Situação esta que pode ser exemplificada com o estudo de Rocha e colaboradores (2015), que identificou uma lacuna no conhecimento dos ACS sobre a identificação de pacientes com Tuberculose Pulmonar e a técnica adequada para supervisão do tratamento. O que se repete no estudo realizado por Leite e colaboradores (2015), que evidenciou a existência limitação nos saberes e nas ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, junto à população de idosos com doenças crônicas não transmissíveis.

Apenas uma competência foi alterada durante o estudo piloto, e refere-se ao tempo da visita domiciliar ao recém-nascido, fundamentando-se na indicação do MS de que o teste do pezinho, para triagem neonatal, deve ser realizado preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida (BRASIL, 2016).

O IACS original, aplicado aos ACS para a validação, era composto por 52 competências divididas em oito domínios. Obteve uma excelente consistência interna pelo alfa de Cronbach (0,968), apresentando também alfa de Cronbach superior a 0,7 em todos os domínios, quando avaliados separadamente (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Com a realização da análise fatorial, que resultou em seis domínios, não houve a exclusão de nenhuma competência, mantendo-se as 52 competências do instrumento original, as quais foram reagrupadas nos novos domínios de acordo com a maior correlação obtida na

análise fatorial. Contrariando a colocação de uma enfermeira que, durante o estudo piloto, referiu que considerava que de algumas competências se repetiam. O IACS apresentou boa variância explicada (73,64%) na análise fatorial (DAMASIO, 2012; PETERSON, 2000).

Após a análise fatorial o IACS manteve um valor de consistência interna avaliada pelo coeficiente de alfa de Cronbach excelente, o que se repetiu na avaliação da consistência interna de cada domínio. É importante destacar que os valores de alfa de Cronbach superiores a 0,70 são recomendáveis para assegurar consistência interna de uma medida (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010), considerando que há confiabilidade (MARTINS, 2006).

O teste-reteste revelou que o instrumento é fidedigno, evidenciando uma boa confiabilidade e homogeneidade dos itens (MARTINS, 2006), confirmado pela avaliação do ICC, que apresentou resultado considerado excelente (LAUREANO, 2011; SZKLO E NIETO, 2000).

Considerando a validade de constructo, a hipótese estabelecida que relacionava a variável tempo de trabalho com a melhor avaliação das competências foi confirmada apenas no Município de Sapucaia do Sul, no qual o DSI, que possui ACS com mais tempo de trabalho, apresentou média de avaliações superior aos demais distritos. Confirmando a hipótese e o elencado por alguns autores que abordam o tempo de trabalho como um importante definidor do nível de conhecimento e das práticas realizadas, seja pelo acúmulo de experiências ou pela maior probabilidade de terem recebido treinamentos/capacitações (MACIEL et al., 2008; FERREIRA; RUIZ, 2012). No Município de Canoas não houve diferença significativa entre os quadrantes quando considerada a variável tempo de trabalho. Podendo demonstrar uma homogeneidade dos ACS, situação esta que pode ser justificada pelo fato de que o município vem adotando nos últimos anos uma estruturação de curso de formação inicial, que conta com a participação dos ACS que já atuam, como mediadores de conhecimento tanto nas atividades teóricas como práticas, incentivando e valorizando os ACS que já estão na ativa e, deste modo, reiterando suas atribuições e resgatando o conhecimento (FMSC,2017).

Na análise dos domínios, houve grande ênfase ao Acompanhamento da Microárea, cujo ponto forte foram as avaliações relacionadas ao trabalho diário de vigilância do ACS na sua microárea de atuação. Neste domínio, a média se situou no nível considerado competente, quando o ACS possui conhecimento para as competências descritas e também possui experiência. O manual que aborda o trabalho do ACS considera que a etapa inicial de seu trabalho é o cadastramento das famílias de sua microárea, o seu território de atuação. O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na

área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas, etc. (BRASIL, 2009).

Esta atribuição é descrita pela PNAB, quando indica que o ACS deve realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atua, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe (BRASIL, 2017b). Neste contexto, Lima, Correa e Oliveira (2012) corroboram reiterando que, além de preencher o consolidado desse acompanhamento juntamente com o enfermeiro para o fechamento do Relatório da Situação e Acompanhamento das Famílias na Área, todos os dados devem ser atualizados sempre que necessário. Além disso, este domínio elenca competências que reforçam o papel do ACS como elo entre equipe e comunidade (BRASIL, 2017b; UCHIMURA; BOSI, 2012), competências estas relacionadas à integração da equipe com a comunidade, as quais são destacadas como atribuições específicas do ACS na ESF (BRASIL, 2017b).

A Promoção da Saúde tem sido considerada um diferencial do trabalho do ACS, desde a criação da profissão, e uma das principais competências atribuídas aos ACS é o desenvolvimento de ações em promoção da saúde por meio de atividades educativas (BRASIL, 2009; 2017B; VIDAL, MOTTA E SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Apesar disto, este domínio obteve uma das menores médias na avaliação, $2,42 \pm 0,77$.

Esse resultado evidencia a dificuldade enfrentada pela ESF como propulsora da mudança do modelo de atenção à saúde. De acordo com Buss (2017) conceito de Promoção da Saúde hoje vigente recebeu contribuição significativa da Carta de Ottawa, por associá-lo a um conjunto de valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Traz a combinação entre ações do Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias intersetoriais, o que caracteriza a responsabilização múltipla, em relação aos problemas e soluções. Além disso, foi incorporada com a proposta de reagir ao processo de medicalização da saúde na sociedade e sistema de saúde (CZERESNIA, 2017). Neste contexto, é possível entender o quão importante se torna o trabalho do ACS sob esta ótica.

Na prática, verifica-se que esse profissional não está preparado para desempenhar essa atividade. O identificado neste estudo, considerando o nível de competência, foi de experiente, ou seja, os ACS realizam algumas atividades relacionadas à promoção da saúde, mas não possuem o conhecimento necessário para desempenhá-la. Conforme Pinto e Fracoli

(2010), sua formação e capacitação estão voltadas para uma prática de cuidados baseada na cura de doenças e na prevenção de agravos, de acordo com políticas que partem do nível central para serem implementadas em nível local, independentemente de ser uma necessidade local.

Tal situação tem sido refletida nas políticas, com a reformulação da PNAB (2017b), que agrega às atribuições do ACS a possibilidade de realização de alguns procedimentos, após formação específica, como aferição da pressão, verificação da glicemia capilar e da temperatura axilar, e realização de técnicas limpas de curativo, tirando o foco da promoção da saúde e distanciando o ACS do seu importante papel como educador popular. Papel este destacado por alguns autores que sinalizam a importância, a legitimidade e o fortalecimento do papel do ACS como educador popular (DAVID, 2017; BRASIL, 2018; MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

O domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades obteve uma média de avaliações de $2,99 \pm 0,71$, demonstrando que de forma geral os ACS realizam estas atividades e possuem algum conhecimento. Tal desempenho é valorizado por autores como Peserico e colaboradores (2014), ao perceberem a potencialidade de sua atuação, enfatizando a relevância do trabalho dos ACS nas ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar, saúde bucal, nutrição, preservação do meio ambiente, dentre outras questões que estimulam a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida. Ainda fazem parte deste domínio o acompanhamento, monitoramento e atenção à saúde de grupos populacionais prioritários, como gestantes, crianças, idosos, hipertensos e outros, tendo como foco as principais necessidades de monitoramento, como diarreias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase, dentre outras. Situações estas propostas como competências a serem desenvolvidas pelos ACS e desempenhadas no seu dia a dia de trabalho.

O domínio Prevenção e monitoramento a risco ambiental e social apresentou uma média de $2,75 \pm 0,67$. Apenas as competências: Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde, Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde, Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais obtiveram predomínio de avaliações competente, seguida de proficiente.

Desse modo considera-se importante a discussão mais aprofundada desta temática na formação dos ACS, visto que cada vez mais as demandas relacionadas ao meio ambiente vêm sendo foco de ações importantes dos ACS no território. Além disso, as questões sociais, que

envolvem risco e vulnerabilidade, são extremamente importantes para que o ACS possa identificar e compartilhar com a equipe as situações prioritárias na sua microárea.

O dia a dia do trabalho dos ACS tem sua base em diferentes aspectos, como questões associadas à desigualdade social, população insatisfeita com o serviço de saúde, analfabetismo, condições de higiene e moradia inadequadas (MINAYO; GUALHANO, 2015). Assim, sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes, etc. (BRASIL, 2009). Deste modo, é fundamental a atuação dos ACS como mediadores, inclusive fazendo parte das redes de apoio social no território para a promoção da saúde (BROCH, 2017) e para prevenção de riscos ambientais, sanitários e também sociais.

O domínio Planejamento e avaliação apresentou uma distribuição das avaliações nos diferentes níveis de competências, com a menor média, de $2,35 \pm 0,86$, havendo um número expressivo de itens não avaliados, por considerarem que estes não se aplicavam ao trabalho do ACS.

A participação do ACS deve se dar em todas as etapas do planejamento e, no que se refere às ações de saúde, o planejamento participativo é o mais adequado, na medida em que envolve diversos atores/participantes, permitindo realizar um diagnóstico mais fidedigno da realidade local. O diagnóstico da comunidade é uma parte essencial do planejamento, nada mais é do que uma leitura da realidade local, e o ACS é protagonista desta etapa. É o momento da identificação dos problemas, suas causas e consequências e principais características da comunidade. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados (BRASIL, 2009). No plano de ação a equipe de saúde, grupos e população interessada definem, entre outros problemas identificados, aqueles que são passíveis de intervenção e que contribuem para a melhoria da saúde da comunidade.

Avaliações baixas obtidas para competências relacionadas a notificações no SINAN, participação e controle social e ações intersetoriais podem estar relacionadas ao escore obtido neste domínio, indicando as áreas que necessitam ser aperfeiçoadas na formação e no dia a dia do ACS (BRASIL, 2007; MONNERAT; SOUZA, 2011; SANTOS et. al., 2011; PINTO; FRACOLLI, 2010; FRACOLLI et al., 2015).

No domínio de Trabalho em equipe houve uma predominância das avaliações como competente. Neste sentido, entende-se que, desde a criação da Estratégia de Saúde da Família, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias

(multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar) (BRASIL, 2009), estimulando o trabalho em equipe e, deste modo, a atuação e o desempenho dos ACSs estão intimamente ligados ao desenvolvimento das atividades em equipe.

A competência Trabalha em equipe obteve 40,9% das avaliações como competente e 40,9% das avaliações como proficiente, podendo demonstrar o preparo ou motivação do ACS para o trabalho em equipe.

Em contrapartida, um estudo realizado por Peres e colaboradores (2011) identificou que uma das situações desafiadoras no dia a dia do ACS é a de trabalhar em equipe, pois os demais profissionais da equipe são imbuídos de um saber técnico e possuem maior legitimidade ao integrar uma equipe de saúde, em detrimento do ACS, que não possui o saber técnico do mesmo modo. A desvalorização da equipe em relação ao trabalho dos ACS pode estar vinculada com o saber informal que estes detêm e à falta da formação técnica ou superior (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SAKATA; MISHIMA, 2012; BORNSTEIN; DAVID, 2014), que poderia ser responsável por dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe, como a falta de entrosamento (RIQUINHO et al., 2018), diferenças pessoais; dificuldade de visualizar a totalidade das ações; falta de flexibilidade, comunicação, cooperação, responsabilidade e horizontalização das ações, e revelam se sentir o lado mais fraco nas relações (PERES et al., 2011).

7 CONCLUSÕES

A investigação permitiu validar um instrumento de avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde, o qual foi construído durante o mestrado e teve como base o perfil de competências do ACS elaborado pelo MS.

O IACS ficou composto por cabeçalho de identificação, uma breve explicação sobre os níveis de competências, e seis áreas de domínios: Acompanhamento da microárea (12 competências), promoção da saúde (nove competências), Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (10 competências), Prevenção e monitoramento a risco ambiental e social (nove competências), Planejamento e avaliação (sete competências) e Trabalho em equipe (cinco competências). Para cada domínio o ACS obterá uma pontuação relativa ao item que melhor caracteriza o seu nível de competência, que indicará suas necessidades a serem desenvolvidas.

O instrumento mostrou-se com boa consistência interna na validade fatorial e apresentou excelente reprodutibilidade no teste-reteste. Deste modo, apresenta-se com apropriada aplicabilidade para medir o que se propõe, ou seja, avaliar as competências dos ACS na AB.

Considera-se como uma limitação deste estudo a não aplicação do IACS como parte de um processo formativo com ACS, função para a qual se propõe o instrumento. Deste modo, a sua realização dependerá das equipes. Os enfermeiros e ACS poderão explorar suas potencialidades, trazendo as contribuições no processo formativo, e dirão no futuro a melhor forma para que o instrumento seja utilizado.

A fim dar continuidade ao processo de validação, recomenda-se que o instrumento seja aplicado em outras realidades para avaliar a validade de constructo, visto que, nos municípios campos de estudo, apenas em Sapucaia do Sul encontrou-se diferença significativa das médias de avaliações por Distrito Sanitário, confirmando a hipótese estabelecida.

Indica-se também o uso do instrumento a fim de qualificar o processo de formação em serviço do ACS, e espera-se que seu uso possa contribuir para a qualificação dos processos de avaliação de desempenho, educação permanente na ESF, tornando este processo mais horizontal e dentro do preconizado pelas políticas públicas de saúde.

Sendo o enfermeiro o profissional responsável pela supervisão do ACS na ESF, atribuição esta reforçada na revisão da PNAB, o IACS poderá auxiliá-lo a compreender mais o trabalho do ACS, oferecendo subsídios para a avaliação e desenvolvimento de suas

competências no serviço e, deste modo, qualificando a atenção prestada à população de acordo com suas necessidades. Além disto, esta tese contribui para o atendimento da necessidade de ações de supervisão pautadas nas relações horizontalizadas, de apoio, e principalmente de aprendizagem, com vistas ao desenvolvimento do pensamento crítico dos trabalhadores, buscando a ampliação dos olhares e saberes do ACS e da população atendida.

No entanto, considera-se imprescindível atentar para o atual momento político do país, as alterações da PNAB e o recente lançamento do edital que propõe a formação técnica de enfermagem para os ACS, situações estas que vêm gerando sérias implicações para o seu trabalho, afastando-os cada vez mais de áreas consideradas como cerne da sua profissão. Logo, este instrumento reorienta e reafirma o papel do ACS dentro do SUS e no âmbito de sua prática, que deve estar alicerçada nos referenciais de educação popular, reiterando a importância da sua vinculação com a população e suas ações de vigilância, promoção de saúde e prevenção de agravos no território.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, M.; RUNCIMAN, P. ICN framework of competencies for the generalist nurses: report of the development process and consultation. Geneva: International Council of Nurses, 2003 (ICN Standards and Competencies Series). 51p.
- ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da UPS**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 93-100, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100013>>. Acesso em: 26 fev. 2018.
- ALVES, M. R. et al. Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 882-8, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p882>>. Acesso em: 26 fev. 2018.
- ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **PsicoUSF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 87-98, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220108>>. Acesso em: 16 fev. 2018.
- ANTUNES, C. **Como transformar informações em conhecimento**. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-92, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300011>>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- BANDEIRA, A. G. **Competências do agente comunitário de saúde: subsídio para a avaliação formativa na estratégia de saúde da família**. 2014. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/97656>>. Acesso em: 16 mai. 2017.
- BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100009>>. Acesso em: 14 jan. 2017.
- BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-57, out. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>>. Acesso em: 29 jan. 2016.
- BORGES, M. C. et al. Avaliação Formativa e aprendizado na saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-31, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p324-331>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100007>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-68, fev. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100029>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 329-35, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000300003>>. Acesso em: 13 jan. 2016

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Brasília: DOU, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: 2002a. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Brasília: DOU, 2002b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10507-10-julho-2002-468370-norma-pl.html>>. Acesso em: 20 de fev. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_competencia_acs.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 64 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2018.

_____. Casa Civil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição**, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, Casa Civil, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 10 mar.2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. p. 84. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 114 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 de fev. de 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466/12. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015. **Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias** e seu conteúdo. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2015/prt0243_25_09_2015.html>. Acesso em: 06 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 80 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 06 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 20 de fev. de 2018.

_____. Casa civil. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. **Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de

Combate às Endemias. Brasília, Casa Civil, 2018. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-publicacaooriginal-154714-pl.html>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BROCH, D. **Desafios na atuação dos agentes comunitários: compreensão da determinação social da saúde e das condições de trabalho**. 2017. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 15-38.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1509-20, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

CARVALHO, J. F. S.; CHAVES, L. D. P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.13, n. 3, p. 546-53, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a21.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, edição especial, v. 5, n. 7, p. 42-49, 2004.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. (Org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJ, 2011. p. 33-78.

COELHO, M. M. F. et al. Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 704-11, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i3.4014>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CORDEIRO, L. et al. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 897-907, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300013>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

COSTA, M. A. O. **A supervisão do enfermeiro no trabalho do agente comunitário de saúde: uma revisão bibliográfica**. 2011. 34 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2011.

COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2931-40, 2012.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100010>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

COSTA, E. M.; FERREIRA, D. L. A. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 461-78, nov. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000300007>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

COSTA, E. F. et al. Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2185-98, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106014>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D. Instrumento de avaliação e auto avaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 171-83, Mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1303>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. p. 39-53.

DA LUZ, S. F.; IDE, C. A. C.; KOWALSKI, I. S. G. Avaliação formativa de múltiplas competências assistenciais do enfermeiro: validação de instrumento. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación em Enfermería**, Madri, v. 6, n. 1, p. 9-23, 2016. Disponível em: <<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/188/>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

DAMASIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação psicológica**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228, ago. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

DAVID, H. M. S. L. O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde. **Revista Online e Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 371-8, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.371-378>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

DE BARROS et al., 2010

DE BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100009>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

FARIA, M. G. A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de saúde da família participantes de um curso de especialização. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 52-5, mar. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.667>>. Acesso em: 23 fev. 2018

FERREIRA, V. M.; RUIZ, T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 843-

9, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500011>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400021>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-85, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

FMSC. **Inovação em Educação em Saúde: contando a experiência do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde no município de Canoas**. Canoas, 2017. Disponível em: <<http://www.fmsc.rs.gov.br/>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

FONSECA, A. F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300005>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

FORTE, F. D. S. et al. Portfólio como Estratégia de Avaliação de Estudantes de Odontologia. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 25-38, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00084>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

FRACOLLI, L. a et. al. Perspectivas das ações intersetoriais de inclusão e participação sociais desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p82>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: XII SIMPEP – Bauru-SP, 2005. **Anais**. Bauru: SIMPEP, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/236036099_A_avaliacao_da_confiabilidade_de_questionarios_uma_analise_utilizando_o_coeficiente_alfa_de_Cronbach>. Acesso em: 21 jan. 2018.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-40, jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100026>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

GARNELO, L. et al. Technical training of indigenous community health agents: an under construction experience in Rio Negro. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-83, out. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000200010>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

GIUGLIANI, C. et. al. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. **Journal of Ambulatory Care Management**, Germantown, v. 34, n. 4, p. 326-38,

dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000200010>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

GOMES, K. O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-55, dez. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

GOMES, K. O. et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-64, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

GÓMEZ DIAZ, M. P.; LAGUADO JAIMES, E. Propuesta de evaluación para las prácticas formativas em enfermería. **Revista CUIDARTE**, Bucaramanga, v.4, n.1, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a10.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

GORRY, C. Primary care forward: raising the profile of Cuba's nursing profession. **MEDICC review**, Decatur, v. 15, n. 2, p. 5-9, 2013.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso Art-Med, 2012. 488 p.

HAIR Jr., J. F. et al. Análise multivariada de dados. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688p.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente alfa de cronbach. **Produto e Produção**, Porto Alegre, v.11, n.2, p. 85-103, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22456/1983-8026.9321>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

HERNÁNDEZ, F. **Transgressão e mudança na educação: os projetos de trabalho**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros**. Brasília: DF, 2013. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. **Framework of Disaster Nursing Competencies**. Genebra: ICN, 2009. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/networks/DisasterPreparednessNetwork/Disaster_Nursing_Competencies_lite.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2018.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2, n. 5, abr./ jun. 2006. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc2\(5\)23](https://doi.org/10.5712/rbmfc2(5)23)>. Acesso em: 14 fev. 2018.

LANZONI, G. M. de M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, Brasília, v. 66, n. 4, p. 557-63, 2013. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400014>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

LAUREANO, G. H. C. **Coefficiente de Correlação Intraclasse: comparação entre métodos de estimação clássico e bayesianos**. 2014. 69 f. Monografia (Bacharelado em Estatística) Instituto de Matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porro Alegre, 2011. Disponível em:
<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/36714/000818152.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

LEITE, M. T. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2263-76, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2263-2276>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

LIMA, D. V. M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v.10, n. 2, ago. 2011. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113648>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

LIMA, A. P.; CORREA, Á. C. P.; OLIVEIRA, Q. C. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 121-127, fev. 2012. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100018>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

LOPES, D. M. Q. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-40, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300015>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

LOPES, N. C. et al. Agentes comunitários de saúde: mapeamento de conhecimento antes e após oficinas de instrumentalização. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 683-94, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517913>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1637-46, mai. 2016. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1377-86, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600018>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MACHADO, M. H. et. Al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. (esp), p. 9 - 14, 2016. Disponível em:
<<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%20C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%20C3%B3cio-demogr%20C3%A1fico.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300012>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. Disponível em: <<https://rbgn.fecap.br/RBGN/article/download/51/272>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

MARTINS, M. M. F. P. S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 920-926, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>>. Acesso em: 13 fev. 2018

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-20, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200016>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

MARZARI, C. K.; JUNGESI, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de Saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 873-80, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 09-24, fev. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100002>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

MEIRA-MASCARENHAS, C. H.; ORNELLAS-PRADO, F.; HENRIQUE-FERNANDES, M. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. **Revista de Salud pública**, Bogotá, v. 14, n. 4, p. 668-680, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642012000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 jan. 2016.

MELLO, S. C. B.; LEAO, A. L. M. S.; PAIVA JUNIOR, F. G. Competências empreendedoras de dirigentes de empresas brasileiras de médio e grande porte que atuam em serviços da nova economia. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 10, n. 4, p. 47-69, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-6552006000400003>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

MELO, M. B.; QUINTAO, A. F.; CARMO, R. F. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 86-99, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100007>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

MILAN, G. S., TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. RAE Eletrônica, **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 4, n. 2, art. 17, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1676-56482005000200002>>. Acesso em: 10 fev. 2018

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Problemas sociais e de saúde na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015011200001&script=sci_arttext_pr&tlng=pt>. Acesso em: 7 fev. 2018

MOIMAZ, S. A. S et. al. Agentes comunitários de saúde e o aleitamento materno: desafios relacionados ao conhecimento e à prática. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 198-212, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719213216>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-9, jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802011000100005>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARAES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287-310, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802011000100005>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MUSSE, J. O. et al. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 525-536, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.01212014>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600011>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

NOBREGA-THERRIEN, S. M.; FEITOSA, L. M. Ação formativa e o desafio para a graduação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 227-237, jun. 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000200006>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OLIVEIRA, V. T. D; BATISTA, N. A. Avaliação formativa em sessão tutorial: concepções e dificuldades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 374-380, set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000500012>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OLIVEIRA, V. C. et al. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1015-1021, dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400018>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

OVIEDO, H. C.; CAMPO-ARIAS, A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, Bogotá, v. 34, n. 4, p. 572-580, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000400009&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 18 fev. 2018.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20435/inter.v18i3.1507>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

PEREIRA, I. D. F. et al. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 377-397, ago. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00010>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

PERES, C. R. F. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-11, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400016>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

PERRENOUD, P. A noção de competência. In: PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: ARTMED, 1999a. p. 19 -32.

PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência a regulação de aprendizagens**. Porto Alegre: ARTMED, 1999b.

PESERICO, A. et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: percepções dos trabalhadores. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 488 - 497, nov. 2014. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769211210>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

PETERSON, R. A. A meta-analysis of variance accounted for and factor loadings in exploratory factor analysis. **Marketing Letters**, Boston, v. 11, n. 3, p. 261-75, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1023/A:1008191211004>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 766-769, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>>. Acesso em: 21 fev. 2018

PONTES, A. L. M.; BORNSTEIN, V. J.; GIUGLIANI, C. O agente comunitário de saúde em angola: desafios para sua atuação e para a formação profissional em saúde. **Trabalho Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 521-53, nov. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000300010>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 257-281, jul./out. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200005>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

RAMOS, M. N. Avaliação de competências. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIQUINHO, D. L. et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-82, abr. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>>. Acesso em: 9 fev. 2018.

ROCHA, G. S. S. et al. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p.1483-96, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00112414>>. Acesso em 21 fev. 2018.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>>. Acesso em 21 fev. 2018.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, p.3, p. 665-672, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300019>>. Acesso em 21 fev. 2018.

SANTOS K.T., *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p.1023-1028, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>>. Acesso em 21 fev. 2018.

SANTOS, C. T. B. **A atenção primária à saúde e a integralidade: estudo comparado entre o Brasil e a Venezuela**. 2016. 143 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22244/1/2016_CarlaTarginoBrunodosSantos.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 7. Ed. São Paulo: EdUSP, 2014.

SCRIVEN, M. The Methodology of Evaluation. In: TYLER, R.; GAGNE, R.; SCRIVEN, M. **Perspectives of Curriculum Evaluation**. Washington, D.C: American Educational Research Association, 1967. p. 39-83.

SILVA, A. B. S. **A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermeira**. 2002. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2002. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4823>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SILVA, J. S. et al. Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 899-906, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000500017>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

- SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-76, Jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>>. Acesso em: 26 fev. 2018.
- SOARES, E. M. S.; RIBEIRO, L. B. M. Avaliação formativa: um desafio para o professor. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO DE ENGENHARIA- COBENGE. **Anais COBENGE**. Porto Alegre, 2001. p.58-62. Disponível em: <<http://www.pp.ufu.br/Cobenge2001/trabalhos/APP016.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2018.
- SORATTO, J. et al.. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2015. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmf10\(34\)872](https://doi.org/10.5712/rbmf10(34)872)>. Acesso em: 21 fev. 2018
- SORDI, M. R. L. et al. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 731-742, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1079>>. Acesso em: 31 jan. 2016.
- SZKLO, R.; NIETO, F. J. **Epidemiology: beyond the basics**. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning, 2000. p. 343-404.
- TERWEE, C. B; et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>>. Acesso em: 23 fev. 2018
- UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M. L. M. Abilities and skills among Family Health Strategy workers. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n. 40, p. 149-60, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000006>>. Acesso em: 23 fev. 2018.
- URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200015>>. Acesso em: 31 jan. 2016.
- VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 129-140, Mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100010>>. Acesso em: 26 fev. 2018.
- WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P.; ARAUJO, V. E. Competências da enfermeira na rede básica: referencial para a atenção à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 3, p. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/546/124>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

APÊNDICE A – Competências do instrumento original codificadas

Competências por áreas de domínio	Código
Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário	PMRAS
a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	PMRAS 1
b) Informa a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária, bem como a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação e registra.	PMRAS 2
c) Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	PMRAS 3
d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	PMRAS 4
e) A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.	PMRAS 5
f) Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente à situação de risco.	PMRAS 6
Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	PMGM
a) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	PMGM1
b) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	PMGM2
c) Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	PMGM3
d) Estimula indivíduos, famílias e grupos a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.	PMGM4
e) Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	PMGM5
f) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	PMGM6
Promoção da Saúde	PM
a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente	PM1

promotores de saúde.

- b) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde. PM2
- c) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe. PM3
- d) Participa da organização e da realização de grupos, e atividades educativas com o apoio e colaboração da equipe. PM4
- e) Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família. PM5
- f) Busca apoio de organizações sociais da comunidade. PM6

Participação e controle social

PCS

- a) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença. PCS1
- b) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde. PCS2
- c) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe. PCS3

Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades

PMGE

- a) Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF. PMGE1
- b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas. PMGE2
- c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas. PMGE3
- d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal. PMGE4
- e) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). PMGE5
- f) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis. PMGE6
- g) Registra os acompanhamentos domiciliares. PMGE7
- h) Estimula a participação da gestante nos grupos educativos. PMGE8
- i) Reforça a importância da realização do pré-natal. PMGE9
- j) Auxilia nas notificações do SINAN. PMGE10

- k) Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência. PMGE11
- l) Organiza e disponibiliza um mapa das gestante e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período. PMGE12
- m) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 5ª dia de vida a todos os recém-nascidos do território. PMGE13

Planejamento e avaliação

PA

- a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea. PA1
- b) Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea. PA2
- c) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família. PA3
- d) Propõe ações intersetoriais. PA4
- e) Realiza acompanhamento da microárea. PA5
- f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade. PA6
- g) Planeja e avalia as ações em saúde de forma integrada com a equipe. PA7

Integração da equipe de saúde com a população local

IESP

- a) Identifica a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações. IESP1
- b) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica. IESP2
- c) Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde. IESP3
- d) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde. IESP4
- e) Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade. IESP5

Planejamento e avaliação

PAV

- a) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde. PAV1
- b) Trabalha em equipe. PAV2

- c) Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local. PAV3
- d) Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde. PAV4
- e) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais. PAV5
- f) Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los. PAV6

APÊNDICE B – CONVITE

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFUFRGS) –Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – PPGENF- UFRGS

Projeto de Pesquisa: Avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisadora Discente: Andrea Gonçalves Bandeira- *email:* deiabandeira@hotmail.com

Pesquisadora Responsável: Regina Rigatto Witt- *email:* Regina.witt@ufrgs.br

Vimos por meio de este convidá-los a participar da pesquisa intitulada: **Avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família**, a qual tem por objetivo desenvolver um processo para a avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família.

O estudo terá três fases. Em um primeiro momento será realizada a validação do instrumento, após, o desenvolvimento de módulos de educação permanente e, por último, um estudo quase experimental. Sua participação se dará na fase 1, etapa de validação, podendo ser convidado novamente a participar da última fase.

Desde já agradecemos sua participação.

Dda. Andrea Gonçalves Bandeira
Pesquisadora discente
PPGEnf-UFRGS

Dr.^a Regina Rigatto Witt
Pesquisadora Responsável
PPGEnf-UFRGS

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido - Enfermeiro

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFUFRGS) –Programa de Pós-Graduação de Enfermagem UFRGS

Projeto de Pesquisa: Avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador Discente: Doutoranda Andrea Gonçalves Bandeira –deiabandeira@hotmail.com
(51) 33085226/

Pesquisador Responsável: Prof.^a Dr.^a Regina Rigatto Witt- regina.witt@ufrgs.br,
(51) 3308- 5226

Sr.(a) Participante,

Como participante ativo no processo de trabalho e avaliação do ACS, você está convidado a participar da pesquisa intitulada: “Avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família”, que tem como objetivo desenvolver um processo para a avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família.

O benefício potencial de sua participação é de contribuir para a validação de um instrumento de avaliação formativa, o qual auxiliará o enfermeiro nesta tarefa de supervisão, avaliação e de capacitação, assim possibilitando a qualificação permanente do ACS.

O risco mínimo com a sua participação é o desconforto que pode ser gerado pela aplicação do instrumento de avaliação, e o tempo despendido para participar do estudo, que na etapa da validação pode variar de 20 a 50 minutos por cada instrumento aplicado.

O estudo terá três fases. Em um primeiro momento será realizada a validação do instrumento, após, o desenvolvimento de módulos de educação permanente e, por último, um estudo quase experimental.

Sua participação se dará na etapa de validação, quando você, como enfermeiro, realizará a aplicação do instrumento de avaliação formativa aos ACS que supervisiona, podendo ser convidado novamente a participar da última etapa da pesquisa, aplicando novamente o instrumento aos ACS.

Garante-se a preservação de seu anonimato na divulgação dos dados de pesquisa. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste projeto.

A pesquisa destina-se à elaboração da Tese de Doutorado junto à EENF -UFRGS, sendo isenta de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício, não lhe trazendo nenhum prejuízo.

A sua participação é livre e, se mudar de ideia, pode desistir a qualquer momento, sem constrangimento ou qualquer prejuízo. Quaisquer dúvidas podem ser esclarecidas mediante contato com os pesquisadores ou com o CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; tel.: 33084085.

Prof. Dra. Regina Rigatto Witt

Pesquisadora Responsável

Dda. Andrea Gonçalves Bandeira

Pesquisadora Discente

De acordo, _____, ____/____/____

Participante

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Agente Comunitário de Saúde

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFUFGRS) –Programa de Pós-Graduação de Enfermagem UFRGS

Projeto de Pesquisa: Avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador Discente: Doutoranda Andrea Gonçalves Bandeira – deiabandeira@hotmail.com
(51) 33085226

Pesquisador Responsável: Prof.^a Dr.^a Regina Rigatto Witt- regina.witt@ufrgs.br,
(51) 3308- 5226

Sr.(a) Participante,

Como participante ativo no processo de trabalho do ACS, você está convidado a participar da pesquisa intitulada: Avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família, que tem como objetivo desenvolver um processo para a avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família.

O benefício potencial de sua participação é de contribuir para a validação de um instrumento de avaliação formativa, o qual auxiliará o enfermeiro nesta tarefa de supervisão, avaliação e de capacitação, assim possibilitando a qualificação permanente do ACS.

O risco mínimo com a sua participação é o desconforto que pode ser gerado pela aplicação do instrumento de avaliação, e o tempo despendido para participar do estudo, que na etapa da validação pode variar de 20 a 50 minutos.

O estudo terá três fases. Em um primeiro momento será realizada a validação do instrumento, após, o desenvolvimento de módulos de educação permanente e, por último, estudo quase experimental.

Sua participação se dará na etapa de validação, quando você, como ACS, responderá a um instrumento de avaliação formativa aplicado pelo enfermeiro que o supervisiona, podendo ser convidado novamente a participar da última etapa, respondendo novamente ao instrumento e participando de um processo de educação permanente.

Garante-se a preservação de seu anonimato na divulgação dos dados de pesquisa. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste projeto.

A pesquisa destina-se à elaboração da Tese de Doutorado junto à EENF -UFRGS, sendo isenta de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício, não lhe trazendo nenhum prejuízo.

A sua participação é livre e, se mudar de ideia, pode desistir a qualquer momento, sem constrangimento ou qualquer prejuízo. Quaisquer dúvidas podem ser esclarecidas mediante contato com os pesquisadores ou com o CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; tel.: 33084085.

Prof. Dra. Regina Rigatto Witt

Pesquisadora Responsável

Dda. Andrea Gonçalves Bandeira

Pesquisadora Discente

De acordo, _____, ___/___/_____

Participante

APÊNDICE E – Versão para estudo piloto do Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário De Saúde

UNIDADE DE SAÚDE: _____

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: _____

ENFERMEIRO SUPERVISOR: _____

DATA DA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO: _____/_____/_____ (AVALIAÇÃO MENSAL)

Instruções:

Este instrumento foi desenvolvido para a avaliação formativa dos ACS. Ele está organizado em competências por domínios. Para sua aplicação deve ser utilizada a escala a seguir, de níveis de competência. Ela irá orientar o processo de avaliação e formação, pois define a respectiva necessidade de capacitação.

NÍVEIS DE COMPETÊNCIA

0	<i>Nenhum</i> : Você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita.
1	<i>Novato/aprendiz</i> : Você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita (exemplo: você solicita alguma consulta ou supervisão).
2	<i>Competente</i> : Você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita.
3	<i>Proficiente</i> : Você possui extenso conhecimento e ampla experiência diretamente relacionada à competência descrita.

Fonte: HEALTH CANADA. Self-Assessment Tool for Community Health Nurses Working with First Nations and Inuit Health Branch.

Ottawa, 2001. Disponível em: <<http://publications.gc.ca/site/eng/97752/publication.html>>.

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO	NÍVEL DE COMPETÊNCIA
1-Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário.	
a)Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b) Informa a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária, bem como a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação e registra.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e)A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f)Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente à situação de risco.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
<i>Sugestões/considerações:</i>	

2-Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbidades	
a)Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b)Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Estimula indivíduos, famílias e grupos a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e)Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
<i>Sugestões/considerações:</i>	
3-Promoção da Saúde	

a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d) Participa da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e) Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
<i>Sugestões/considerações:</i>	
4- Participação e controle social	
a) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

c)Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
<i>Sugestões/considerações:</i>	
5- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	
a)Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b)Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

e)Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f)Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
g)Registra os acompanhamentos domiciliares.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
h)Estimula a participação da gestante nos grupos educativos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
i)Reforça a importância da realização do pré-natal.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
j)Auxilia nas notificações do SINAN.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
k)Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

l)Organiza e disponibiliza um mapa das gestante e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
m)Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 7ª dia de vida a todos os recém-nascidos do território.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
<i>Sugestões/considerações:</i>	
6-Planejamento e avaliação	
a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b)Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Propõe ações intersetoriais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

e)Realiza acompanhamento da microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f)Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
g)Reúne-se com o enfermeiro para avaliar e planejar as ações em saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
<i>Sugestões/considerações:</i>	
7-Integração da equipe de saúde com a população local	
a)Identifica a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b)Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

e)Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
8-Planejamento e avaliação	
a)Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b)Trabalha em equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e)Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f)Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
<i>Sugestões/considerações:</i>	

Encaminhamentos
Como foi a aplicação do instrumento? Que tempo utilizou para aplica-lo? Tem alguma consideração do instrumento como um todo? Considera que é possível a aplicação mensal? Se não, qual sua sugestão?

Enfermeiro Supervisor

Agente Comunitário de Saúde

APÊNDICE F – Versão pós estudo piloto do Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário De Saúde -

UNIDADE DE SAÚDE: _____

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: _____

ENFERMEIRO SUPERVISOR: _____

DATA DA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO: ____/____/____ (AVALIAÇÃO TRIMESTRAL)

Instruções:

Este instrumento foi desenvolvido para a avaliação formativa dos ACS. Ele está organizado em competências por domínios. Para sua aplicação deve ser utilizada a escala a seguir, de níveis de competência. Ela irá orientar o processo de avaliação e formação, pois define a respectiva necessidade de capacitação.

NÍVEIS DE COMPETÊNCIA

0	<i>Nenhum</i> : Você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita.
1	<i>Novato/aprendiz</i> : Você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita (exemplo: você solicita alguma consulta ou supervisão).
2	<i>Experiente</i> : possui experiência para competência descrita, mas não possui o conhecimento necessário.
3	<i>Competente</i> : Você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita.
4	<i>Proficiente</i> : Você possui extenso conhecimento e ampla experiência diretamente relacionada à competência descrita.
5	<i>NA</i> : não se aplica

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO	NÍVEL DE COMPETÊNCIA
1-Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário	
a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Informa a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária, bem como a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação e registra.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c)Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d)Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e)A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f)Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente à situação de risco.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
2-Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbidades	
a)Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

b)Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c)Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d)Estimula indivíduos, famílias e grupos a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e)Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
3-Promoção da Saúde	
a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d) Participa da organização e da realização de grupos, e atividades educativas com o apoio e colaboração da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

e) Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
4- Participação e controle social	
a) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
5- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	
a) Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3)</i>

vacinal.	<i>Proficiente (4) NA (5)</i>
e)Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f)Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
g)Registra os acompanhamentos domiciliares.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
h)Estimula a participação da gestante nos grupos educativos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
i)Reforça a importância da realização do pré-natal.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
j)Auxilia nas notificações do SINAN.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
k)Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
l)Organiza e disponibiliza um mapa das gestante e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
m)Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 5ª dia de vida a todososrecém-nascidos do território.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

6-Planejamento e avaliação	
a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d) Propõe ações intersetoriais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e) Realiza acompanhamento da microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
g) Reúne-se com a equipe para avaliar e planejar as ações em saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
7-Integração da equipe de saúde com a população local	
a) Identifica a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

c)Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d)Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e)Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
8-Planejamento e avaliação	
a)Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b)Trabalha em equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c)Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d)Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e)Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f)Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

Encaminhamentos

Enfermeiro Supervisor

Agente Comunitário de Saúde

APÊNDICE G - Versão Validada do Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário De Saúde

UNIDADE DE SAÚDE: _____

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: _____

ENFERMEIRO SUPERVISOR: _____

DATA DA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO: ____/____/____ (AVALIAÇÃO TRIMESTRAL)

Instruções:

Este instrumento foi desenvolvido para a avaliação formativa dos ACS. Ele está organizado em competências por domínios. Para sua aplicação deve ser utilizada a escala a seguir, de níveis de competência. Ela irá orientar o processo de avaliação e formação, pois define a respectiva necessidade de capacitação.

NÍVEIS DE COMPETÊNCIA

0	<i>Nenhum</i> : Você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita.
1	<i>Novato/aprendiz</i> : Você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita (exemplo: você solicita alguma consulta ou supervisão).
2	<i>Experiente</i> : Possui experiência para competência descrita, mas não possui conhecimento necessário.
3	<i>Competente</i> : Você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita.
4	<i>Proficiente</i> : Você possui extenso conhecimento e ampla experiência diretamente relacionada à competência descrita.
5	<i>NA</i> : não se aplica

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO	NÍVEL DE COMPETÊNCIA
1- Acompanhamento da microárea	
a) Registra os acompanhamentos domiciliares.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e) Realiza acompanhamento da microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
g) Planeja e avalia as ações em saúde de forma integrada com a equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
h) Identifica a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
i) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

j) Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
k) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
l) Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
Pontuação:	
2- Promoção da Saúde	
a) Estimula indivíduos, famílias e grupos a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

d) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
g) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
h) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
i) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
Pontuação:	
3- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	
a) Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
g) Reforça a importância da realização do pré-natal.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
h) Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
i) Organiza e disponibiliza um mapa das gestante e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
j) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 5ª dia de vida a todos os recém-nascidos do território.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
Pontuação:	
4- Prevenção e monitoramento de risco ambiental e social	

a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Informa a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária, bem como a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação e registra.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e) A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f) Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente a situação de risco.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
g) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
h) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

i) Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
Pontuação:	
5- Planejamento e avaliação	
a) Auxilia nas notificações do SINAN.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Propõe ações intersetoriais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Estimula a participação da gestante/e ou usuários nos grupos educativos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e) Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
f) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
g) Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>

Pontuação:	
6- Trabalho em equipe	
a) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
b) Participa da organização e da realização de grupos, e atividades educativas com o apoio e colaboração da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
c) Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
d) Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
e) Trabalha em equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Experiente (2) Competente (3) Proficiente (4) NA (5)</i>
Pontuação:	
<p>Instrução para avaliação: Cada domínio obterá uma pontuação relativa ao item que melhor caracteriza o nível de competência do ACS. Some a pontuação de cada área de domínio e a dividida pelo número de competências avaliadas, você terá uma média que recomendará o nível de competências do ACS em cada área de domínio. Ex.: na primeira área de domínio Acompanhamento da microárea, o ACS atingiu 48 pontos e todas as competências foram avaliadas naquele período (48/12=4). Neste domínio o ACS é proficiente.</p>	

Encaminhamentos

Enfermeiro Supervisor

Agente Comunitário de Saúde

APÊNDICE H- Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018

Tabela 9 – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018.

(continua)

Competências	0-Nenhum	1-Novato	2-Experiente	3-Competente	4-Proficiente	5-NA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1-Registra os acompanhamentos domiciliares	1 (0,3)	11 (3,1)	30 (8,6)	145 (41,4)	163 (46,6)	0(0,0)
2- Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	0(0,0)	29(8,3)	66(18,9)	139(39,7)	112(32)	4(1,1)
3-Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.	0(0,0)	9(2,6)	21(6,0)	152(43,4)	167(47,7)	1(0,3)
4- Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	2(0,6)	32(9,1)	65(18,6)	138(39,4)	98(28,0)	15(4,3)
5- Realiza acompanhamento da microárea.	0(0,0)	7(2,0)	34(9,7)	149(42,6)	159(45,4)	1(0,3)
6- Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	5(1,4)	64(18,3)	91(26,0)	119(34,0)	58(16,6)	13(3,7)
7- Planeja e avalia as ações em saúde de forma integrada com a equipe.	3(0,9)	33(9,4)	85(24,3)	143(40,9)	81(23,1)	5(1,4)

Tabela 9 – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018.

(Continuação)

Competências	0-Nenhum	1-Novato	2-Experiente	3-Competente	4-Proficiente	5-NA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
8- Identifica a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.	0(0,0)	7(2,0)	64(18,3)	177(50,6)	100(28,6)	2(0,6)
9- Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	0(0,0)	6(1,7)	56(16,0)	175(50,0)	112(32,0)	1(0,3)
10- Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	0(0,0)	7(2,0)	44(12,6)	170(48,6)	125(35,7)	4(1,1)
11- Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	3(0,9)	10(2,9)	53(15,1)	188(53,7)	94(26,9)	2(0,6)

Tabela 9 – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018.

(continuação)

Competências	0-Nenhum	1-Novato	2-Experiente	3-Competente	4-Proficiente	5-NA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
13-Estimula indivíduos, famílias e grupos a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.	12(3,4)	40(11,4)	82(23,4)	156(44,6)	58(16,6)	2(0,6)
14- Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	2(0,6)	28(8,0)	87(24,9)	174(49,7)	57(16,3)	2(0,6)
15- Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	25(7,1)	53(15,1)	80(22,9)	131(37,4)	46(13,1)	15(4,3)
16- Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	9(2,6)	35(10,0)	101(28,9)	148(42,3)	51(14,6)	6(1,7)
17-Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.	13(3,7)	62(17,7)	105(30,0)	129(36,9)	33(9,4)	8(2,3)
18- Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	20(5,7)	62(17,7)	96(27,4)	121(34,6)	31(8,9)	20(5,7)

Tabela 9 – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018.

(continuação)

Competências	0-Nenhum	1-Novato	2-Experiente	3-Competente	4-Proficiente	5-NA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
19- Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.	8(2,3)	39(11,1)	94(26,9)	151(43,1)	51(14,6)	7(2,0)
20- Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	13(3,7)	43(12,3)	76(21,7)	162(46,3)	50(14,3)	6(1,7)
21- Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.	65(18,6)	73(20,9)	76(21,7)	63(18,0)	32(9,1)	41(11,7)
22- Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF.	1(0,3)	10(2,9)	46(13,1)	164(43,9)	127(36,3)	2(0,6)
23- Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.	2(0,6)	14(4,0)	67(19,1)	159(45,4)	107(30,6)	1(0,3)
24-Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.	2(0,6)	15(4,3)	58(16,6)	164(46,9)	110(31,7)	1(0,3)
25- Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.	1(0,3)	12(3,4)	60(17,1)	168(48)	109(31,1)	0(0,0)

Tabela 9 – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018.

Competências	(continuação)					
	0-Nenhum	1-Novato	2-Experiente	3-Competente	4-Proficiente	5-NA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
26-Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).	1(0,3)	24(6,9)	68(19,4)	171(48,9)	86(24,6)	0(0,0)
27- Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	1(0,3)	17(4,9)	79(22,6)	168(48)	85(24,3)	0(0,0)
28- Reforça a importância da realização do pré-natal.	1(0,3)	6(1,7)	33(9,4)	151(43,1)	147(42,0)	12(3,4)
29- Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	2(0,6)	21(6,0)	68(19,4)	155(44,3)	98(28,0)	6(1,7)
30- Organiza e disponibiliza um mapa das gestante e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	17(4,9)	38(10,9)	60(17,1)	124(35,4)	71(20,3)	40(11,4)
31- Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 5ª dia de vida a todos os recém-nascidos do território.	2(0,6)	37(10,6)	67(19,1)	140(40,0)	98(28,0)	6(1,7)
32-Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	4(1,1)	39(11,1)	88(25,1)	179(51,1)	39(11,1)	1(0,3)

Tabela 9 – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018.

Competências	(continuação)					
	0-Nenhum	1-Novato	2-Experiente	3-Competente	4-Proficiente	5-NA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
33- Informa a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária, bem como a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação e registra.	2(0,6)	36(10,3)	92(26,3)	162(46,3)	53(15,1)	5(1,4)
34- Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	2(0,6)	20(5,7)	95(27,1)	170(46,8)	63(18,0)	0(0,0)
35- Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	3(0,9)	30(8,6)	80(22,9)	183(52,3)	53(15,1)	1(0,3)
36- A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.	4(1,1)	32(9,1)	99(28,1)	168(48,0)	46(13,1)	1(0,3)
37- Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente a situação de risco.	11(3,1)	51(14,6)	97(27,7)	143(40,9)	34(9,7)	14(4,0)
38- Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	2(0,6)	10(2,9)	70(20,0)	191(54,6)	76(21,7)	1(0,3)
39- Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde	1(0,3)	13(3,7)	76(21,7)	179(51,1)	80(22,9)	1(0,3)

Tabela 9 – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018.

(continuação)

Competências	0-Nenhum	1-Novato	2-Experiente	3-Competente	4-Proficiente	5-NA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
40- Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	2(0,6)	7(2,0)	51(14,6)	132(54,9)	95(27,1)	3(0,9)
41-Auxilia nas notificações do SINAN.	41(11,7)	49(14,0)	64(18,3)	65(18,6)	44(12,6)	87(24,9)
42-Propõe ações intersetoriais.	22(6,3)	72(20,6)	79(22,6)	103(29,4)	40(11,4)	34(9,7)
43- Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.	3(0,9)	46(13,1)	88(25,1)	128(36,6)	53(15,1)	32(9,1)
44-Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	6(1,7)	57(16,3)	85(24,6)	113(32,3)	60(17,1)	29(8,3)
45- Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	63(18,0)	47(13,4)	57(16,3)	76(21,7)	49(14,0)	58(16,6)
46- Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	14(4,0)	52(14,9)	105(30,0)	99(28,3)	37(10,6)	43(12,3)

Tabela 9 – Avaliação do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS na ESF (N=350), Porto Alegre, 2018.

(conclusão)

Competências	0-Nenhum	1-Novato	2-Experiente	3-Competente	4-Proficiente	5-NA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
47- Estimula a participação da gestante/usuários nos grupos educativos.	12(3,4)	13(3,7)	57(16,3)	136(38,9)	81(23,1)	51(14,6)
48- Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.	10(2,9)	37(10,6)	83(23,7)	143(40,9)	71(20,3)	6(1,7)
49- Participa da organização e da realização de grupos, e atividades educativas com o apoio e colaboração da equipe.	9(2,6)	32(9,1)	75(21,4)	151(43,1)	79(22,6)	4(1,1)
50- Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família.	4(1,1)	36(10,3)	85(24,3)	156(44,6)	64(18,3)	5(1,4)
51- Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	1(0,3)	25(7,1)	76(21,7)	159(45,4)	85(24,3)	4(1,1)
52- Trabalha em equipe.	1(0,3)	13(3,7)	46(13,1)	143(40,9)	143(40,9)	4(1,1)

ANEXO A – Versão original do Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário de Saúde

UNIDADE DE SAÚDE: _____

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: _____

ENFERMEIRO SUPERVISOR: _____

DATA DA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO: ____/____/____ (AVALIAÇÃO MENSAL)

Instruções:

Este instrumento foi desenvolvido para a avaliação formativa dos ACS. Ele está organizado em competências por domínios. Para sua aplicação deve ser utilizada a escala a seguir, de níveis de competência. Ela irá orientar o processo de avaliação e formação, pois define a respectiva necessidade de capacitação.

NÍVEIS DE COMPETÊNCIA

0	<i>Nenhum</i> : Você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita.
1	<i>Novato/aprendiz</i> : Você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita (exemplo: você solicita alguma consulta ou supervisão).
2	<i>Competente</i> : Você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita.
3	<i>Proficiente</i> : Você possui extenso conhecimento e ampla experiência diretamente relacionada à competência descrita.

Fonte: HEALTH CANADA. Self-Assessment Tool for Community Health Nurses Working with First Nations and Inuit Health Branch.

Ottawa, 2001. Disponível em: <<http://publications.gc.ca/site/eng/97752/publication.html>>.

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO	NÍVEL DE COMPETÊNCIA
1-Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário.	
a)Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b) Informa a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária, bem como a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação e registra.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e)A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f)Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente à situação de risco.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
2-Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbidades	

a)Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b)Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Estimula indivíduos, famílias e grupos a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e)Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
3-Promoção da Saúde	
a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

c) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d) Participa da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e) Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
4- Participação e controle social	
a) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
5- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	

a) Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
g) Registra os acompanhamentos domiciliares.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

h)Estimula a participação da gestante nos grupos educativos.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
i)Reforça a importância da realização do pré-natal.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
j)Auxilia nas notificações do SINAN.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
k)Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
l)Organiza e disponibiliza um mapa das gestante e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
m)Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 7ª dia de vida a todos os recém-nascidos do território.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
6-Planejamento e avaliação	
a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

b)Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Propõe ações intersetoriais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e)Realiza acompanhamento da microárea.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f)Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
g)Reúne-se com o enfermeiro para avaliar e planejar as ações em saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
7-Integração da equipe de saúde com a população local	
a)Identifica a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b)Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

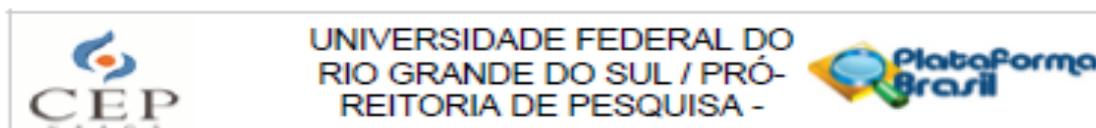
c)Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
e)Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
8-Planejamento e avaliação	
a)Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
b)Trabalha em equipe.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
c)Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
d)Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>

e)Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
f)Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	<i>Nenhum (0) Novato (1) Competente (2) Proficiente (3)</i>
Encaminhamentos	

Enfermeiro Supervisor

Agente Comunitário de Saúde

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP da UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO FORMATIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Regina Rigatto Witt

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55819316.0.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.673.213

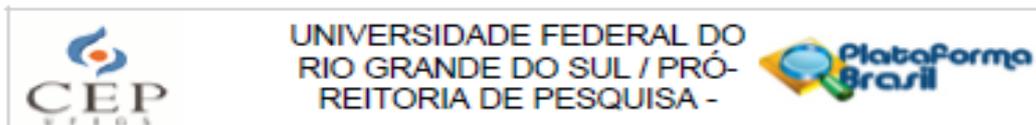
Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado à Tese de Doutorado – PPGENF-UFRGS.

Aborda o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sua formação em serviço e a supervisão do trabalho realizado pelo enfermeiro, propondo a implementação de um processo de avaliação formativa, por meio de um instrumento desenvolvido durante o mestrado acadêmico.

Descreve que o ACS compõe a equipe mínima da ESF junto ao médico, enfermeira e auxiliares ou técnicos de enfermagem, ficando responsável pelas microáreas nas quais o território será dividido. Ele deve ser o profissional que mora na comunidade e atua como elo entre a equipe e a mesma, pois está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: pelo saber científico e pelo saber popular. O seu trabalho é feito em da ESF e a consolidação do ACS como personagens-chave na organização da assistência, somente em 2002 a profissão de Agente Comunitário de Saúde foi criada legalmente, estabelecendo-se que seu exercício deve se dar exclusivamente no SUS (BRASIL, 2002). Esta condição do ACS como um novo profissional da saúde tem gerado um debate acerca da sua área de atuação, visto que suas atividades transcendem o campo da saúde, na medida em

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farpouilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.073.213

que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Estas características constituem atributos de generalidade deste profissional e o situam como categoria muito particular, porém com características comparáveis ou agrupáveis com outras que existem historicamente no campo da saúde, como os voluntários de saúde e os "médicos" pés descalços (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

- Desenvolver um processo para a avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Validar, a partir da avaliação de validade e confiabilidade, o Instrumento de avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família.

- Desenvolver um modelo de educação permanente para o Agente Comunitários de Saúde, baseado nos domínios e nas competências construídas pelo Ministério da Saúde.

- Avaliar a efetividade/impacto de um processo de educação permanente do Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família, no que se refere a sua qualificação.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

BENEFÍCIOS: contribuir para a validação de um instrumento de avaliação formativa, o qual auxiliará o enfermeiro nesta tarefa de supervisão, avaliação e de capacitação, assim possibilitando a qualificação permanente do ACS.

RISCOS: desconforto que pode ser gerado pela aplicação do instrumento de avaliação e o tempo dispendido para participar do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

CHARACTERIZAÇÃO: Estudo metodológico de abordagem quantitativa. Explica que se trata do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Canoas e Sapucaia do Sul (municípios da grande Porto Alegre). Justifica a escolha proximidade da pesquisadora com as equipes da coordenação da Atenção Primária em Saúde (APS), e do interesse dos mesmos em qualificarem a avaliação e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

PERCURSO METODOLÓGICO: Compreende 3 etapas.

1) **VALIDAÇÃO:** Estudo piloto (n=20), enfermeiros selecionados aleatoriamente que estejam desempenhando suas funções há pelo menos 1 ano e que desempenhem a função de supervisão

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrowpilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.673.213

dos ACS para verificar a aplicabilidade do Instrumento de avaliação formativa (Anexo A), a fim de complementar a validação de conteúdo iniciada durante o mestrado. Na versão atual do projeto e no Formulário da Plataforma Brasil, esclareceu que serão selecionados 10 enfermeiros de Canoas e 10 enfermeiros de Sapucaia do Sul. Amostra (n=350 ACS) na análise fatorial, conforme ilustrado em figura. A Justificativa deste contingente consiste na necessidade de 7 vezes o número de itens para a validação fatorial e análise da consistência interna. Na p. 26 do projeto atualizado adequou informação relativa ao contingente de ACS (n=350), esclarecendo que os enfermeiros supervisores aplicarão o Instrumento no próprio local de trabalho (conforme p. 33). Atualizou informação também no Formulário da Plataforma Brasil. Descreve detalhadamente o teste-reteste e o respectivo cálculo estatístico para a amostra de 46 ACS, nessa fase.

2) **DESENVOLVIMENTO DE MÓDULOS DE EDUCAÇÃO PARA INTERVENÇÃO:** Descreve os módulos de educação permanente, etapa a ser desenvolvida pela pesquisadora-doutoranda. Neste processo será considerada a aprendizagem no trabalho, o resgate da autonomia do trabalho-aprendizagem em saúde, a partir da problematização do processo de trabalho e cujo objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Corrigiu informação sobre os 8 momentos listados para este módulo no projeto e no Formulário da Plataforma Brasil.

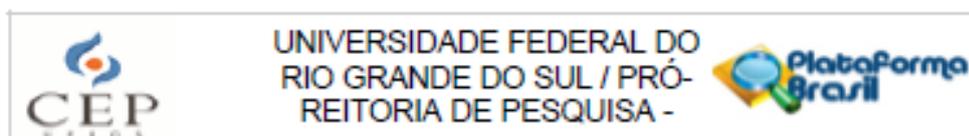
3) **ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL:** Para a realização do estudo quase experimental, pré e pós teste sem grupo controle, será utilizado um Instrumento de avaliação formativa validado nas etapas anteriores (ANEXO A). Será utilizada a escala de níveis de competência, que compõe o Instrumento e irá orientar o processo de avaliação e formação, pois define a respectiva necessidade de capacitação de ACS. Antes e após a intervenção será aplicado um pré e um pós teste aos ACS, o qual irá mensurar a sensibilidade para a mudança do Instrumento. Participarão desta etapa: 17 ACS, 3 enfermeiros supervisores.

Nas p. 33 e 34 da nova versão do projeto e n Formulário da Plataforma Brasil, complementou com explicações sobre a seleção de 17 ACS e 3 enfermeiros de Sapucaia do Sul, bem como a justificativa da escolha de Sapucaia do Sul como cenário desta etapa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: ser enfermeiro ou ACS de uma equipe de saúde da família há pelo menos um ano; ser servidor do município com vínculo empregatício formal.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Afastamentos diversos durante a coleta de dados.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Ferrouilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrg.br



Continuação do Parecer: 1.673.213

ANÁLISE/TRATAMENTO DOS DADOS: Dados lançados no SPSS. Será feita análise descritiva, recorrendo também à estatística inferencial. Menciona o teste T-pareado para avaliar as competências adquiridas.

Na p. 35 do projeto, de modo pertinente, substituiu garantia de sigilo da pesquisa pela garantia do anonimato dos participantes

ORÇAMENTO: Devidamente informado. Adequou redação, informando que o custeio é de responsabilidade da pesquisadora responsável – no projeto.

CRONOGRAMA: Devidamente informado, atualizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Anexou parecer substanciado da COMPEQ-ENF-UFRGS.
- Anexou parecer da COMPEQ-ENF/UFRGS
- Anexou declaração de concordância da Secretaria de Saúde do Município de Canoas (RS) e de Sapucaia do Sul (RS).
- Reapresentou TCLE com os devidos ajustes (um para enfermeiros e outro para ACS).

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu às recomendações com ajustes no projeto e adequação de informações também no Formulário da Plataforma Brasil conforme foi assinalado no parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_683714.pdf	09/08/2016 16:13:04		Acelto
Outros	cartacep2.pdf	09/08/2016 16:12:27	Andrea Gonçalves Bandeira	Acelto
Orçamento	ORÇAMENTO.pdf	26/07/2016 17:44:27	Andrea Gonçalves Bandeira	Acelto
Projeto Detalhado	ProjetoCEtica.pdf	26/07/2016	Andrea Gonçalves	Acelto

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.073.213

/ Brochura Investigador	ProjetoCEtica.pdf	17:41:25	Bandeira	Acelto
Cronograma	5CRONOGRAMA.pdf	26/07/2016 17:40:21	Andrea Gonçalves Bandeira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEenfacs.pdf	26/07/2016 17:39:09	Andrea Gonçalves Bandeira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COMPESQ.pdf	01/05/2016 18:35:16	Andrea Gonçalves Bandeira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaCanoas.pdf	01/05/2016 18:27:56	Andrea Gonçalves Bandeira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaSapucaia.pdf	01/05/2016 18:27:40	Andrea Gonçalves Bandeira	Acelto
Folha de Rosto	ReginaRigatto.pdf	11/04/2016 21:23:36	Andrea Gonçalves Bandeira	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Agosto de 2016

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fátima CEP: 91.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufgr.br