

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

ANDREA GONÇALVES BANDEIRA

**COMPETÊNCIAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SUBSÍDIO PARA A
AVALIAÇÃO FORMATIVA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Porto Alegre

2014

ANDREA GONÇALVES BANDEIRA

**COMPETÊNCIAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SUBSÍDIO PARA A
AVALIAÇÃO FORMATIVA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dr^a Regina Rigatto Witt

Coorientadora: Prof. Dr^a Denise Tolfo Silveira

Linha de pesquisa: Política, Avaliação e Atenção em Saúde

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Bandeira, Andrea Gonçalves Competências do
agente comunitário de saúde:
subsídio para a avaliação formativa na estratégia de saúde
da família / Andrea Gonçalves Bandeira. -- 2014. 122
f.

Orientadora: Regina Rigatto Witt.
Coorientadora: Denise Tolfo Silveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Saúde da família. 2. Agentes comunitários de
saúde. 3. Avaliação. 4. Formação de recursos humanos.
I. Witt, Regina Rigatto, orient. II. Silveira, Denise
Tolfo, coorient. III. Título.

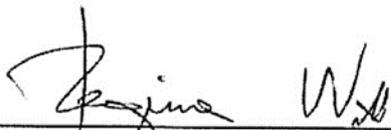
ANDREA GONÇALVES BANDEIRA

Competências do agente comunitário de saúde: subsídio para a avaliação formativa na Estratégia de Saúde da Família.

Dissertação 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 Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de março de 2014.

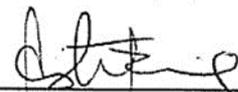
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Membro da banca

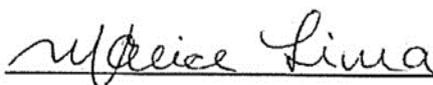
PPGCOL/UFRGS



Prof. Dr. Luís Vélez Lapão

Membro da banca

Universidade Nova de Lisboa-Portugal



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, 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 nesta caminhada e ter acreditado no meu trabalho. Muito Obrigada!

A todos aqueles que contribuíram para a construção deste trabalho. Principalmente os 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.

À equipe do TELESSAUDE/RS por ter acreditado no meu trabalho e ter me apoiado durante o desenvolvimento do mesmo.

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

À minha irmã Caroline e ao meu cunhado Diovane pelo apoio.

Ao Jardel, pelo carinho, compreensão, paciência e companheirismo. Te amo!

Ao meu Avô Jaime, *in memoriam*, que sempre foi um exemplo de pai e avô e foi incansável na luta contra o Câncer. Obrigada por tudo vô!

À minha vó Maria, que é um exemplo de mulher, e que sempre me fez acreditar nos meus sonhos.

À Vó Ofélia e Vô Astrogildo, que mesmo não estando mais entre nós, de alguma forma acompanham minha trajetória e se fizeram presentes mesmo que em pensamento.

A Carol, Luiza, Andrea Recchi, Luciana e Bruno, amigos queridos que conquistei na Residência Multiprofissional, que torceram por mim e me acompanharam nesta etapa.

Às queridas amigas Aline, Débora, Ivana e Luana que compartilharam esta etapa, e que tornaram estes dois anos mais alegres.

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

As amigas e colegas que lutam por um SUS melhor...Lúcia, Luciana, Thais, Vivian, Mariana, Dulce, Bruna e Maria Cristina obrigada por tudo!

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

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

Aos professores do PPGENF/UFRGS pelo aprendizado.

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

A CAPES pela bolsa de estudos que permitiu a intensa dedicação ao mestrado.
À banca por ter aceitado o convite e pelas contribuições valiosas ao trabalho.

A todos meus sinceros agradecimentos!

*Há um tempo em que é preciso abandonar as
roupas usadas que já têm a forma do nosso
corpo e esquecer os nossos caminhos que nos
levam sempre aos mesmos lugares.
É o tempo da travessia.
E se não ousarmos fazê-la, teremos ficado
para sempre à margem de nós mesmos.*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

BANDEIRA, Andrea Gonçalves. **Competências do agente comunitário de saúde**: subsídio para a avaliação formativa na estratégia de saúde da família. Porto Alegre, 2014. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Este estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento para a avaliação formativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF) no âmbito do projeto Telessaúde/RS. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem mista, realizado no contexto do programa Telessaúde/RS. Foram convidados a participar do estudo 45 enfermeiros e 45 Agentes Comunitários de Saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica Delphi online. Na primeira etapa foi enviado aos participantes um questionário com base no referencial de competências profissionais do ACS do Ministério da Saúde 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 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 instrumento para avaliação formativa dos ACS. Na 3ª etapa o instrumento foi enviado aos participantes para a validação. Em cada etapa do estudo o número de participantes variou, na primeira etapa participaram 40, na segunda 30 e na terceira 35. Em um primeiro momento, realizou-se uma análise qualitativa das modificações, sugestões ou comentários dos participantes e, após, a análise estatística dos dados. Os resultados evidenciaram a preocupação dos participantes com a escolaridade dos ACS, a capacitação para o trabalho, e formação técnica, sua inserção na equipe, a supervisão realizada pela enfermeira, bem como o grau de autonomia, o espaço e a especificidade do seu trabalho e a valorização do ACS como membro da equipe da ESF. A realização deste estudo possibilitou desenvolver um Instrumento de Avaliação Formativa para os ACS, e proporcionou uma avaliação inicial das competências estabelecidas pelo Ministério da Saúde e uma revisitação às atribuições e competências do ACS na ESF.

Palavras-chave: Saúde da família. Agentes comunitários de saúde. Avaliação. Formação de recursos humanos.

ABSTRACT

BANDEIRA, Andrea Gonçalves. **Competencies of community health agent:** allowance for formative assessment in family health strategy. Porto Alegre, 2014. 122 f. Dissertation (Master's in Nursing) - Graduate Program in Nursing, School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

This study aimed to develop a tool for formative assessment of Community Health of the Health Units with the Family Health Strategy within the Telessaúde/RS project. This is a descriptive study, the mixed approach, carried out in the context of Telessaúde/RS program. Were invited to participate in the study 45 nurses and 45 ACS. To collect data, we used the Delphi technique online. The first stage was a questionnaire sent to participants based on the benchmark of professional skills of the ACS Health Ministry and the same according to their knowledge and experience could delete or modify the powers listed, as well as additional capabilities. In the second stage the questionnaire consisted of schemes resulting powers the first stage, added a Likert scale with values from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree), to manifest their degree of concordance. This step was added to the instrument questions about periodicity for conducting the assessment and indication criteria for evaluation. With basis of results obtained in 1st phase and 2nd instrument for formative assessment of ACS was prepared. In Step 3 the instrument was sent to the participants for validation. At each stage of the study the number of participants varied in the first stage, 40 in the second 30 and the third 35. At first, we carried out a qualitative analysis of the changes, suggestions or comments from participants and after the statistical analysis of data. The results showed the concern of the participants with the education of ACS, the job training, and technical training, their inclusion in the team, supervision by the nurse, and the degree of autonomy, the scope and specificity of their work and recovery ACS as a member of the ESF team. This study made it possible to develop an Instrument for Formative Assessment for ACS, and provided an initial assessment of the competencies established by the Ministry of Health and revisiting the duties and powers of the ACS in the ESF.

Keywords: Family health. Community health workers. Evaluation. Human resources formation.

RESUMEN

BANDEIRA, Andrea Gonçalves. **Competencias del agente comunitario de salud:** asignación para la evaluación formativa en la estrategia de salud de la familia. Porto Alegre, 2014. 122 f. Tesis (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería de la Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Este estudio tuvo como objetivo desarrollar una herramienta para la evaluación formativa de Salud Comunitaria de las Unidades de Salud de la Estrategia de Salud de la Familia en el proyecto de Telessaúde/RS. Se trata de un estudio descriptivo, el enfoque mixto, llevado a cabo en el contexto del programa de Telessaúde/RS. Fueron invitados a participar en el estudio 45 enfermeros y 45 ACS. Para recopilar los datos, se utilizó la técnica Delphi en línea. La primera etapa consistió en un cuestionario enviado a los participantes en base al índice de referencia de las competencias profesionales del Ministerio de Salud de la ACS y de la misma de acuerdo con sus conocimientos y experiencia podría borrar o modificar los poderes enumerados, así como capacidades adicionales. En la segunda etapa, el cuestionario consta de esquemas resultantes poderes de la primera etapa, añadió una escala Likert con valores de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), para manifestar su grado de concordancia. Este paso se añadieron a las preguntas del instrumento sobre la periodicidad de la realización de la evaluación y los criterios de indicación para la base evaluación. Con los resultados obtenidos en la primera fase y la segunda de instrumentos para la evaluación formativa de ACS se preparó. En el paso 3 del instrumento fue enviado a los participantes para su validación. En cada etapa del estudio, el número de participantes varió en la primera etapa, 40 en la segunda 30 y la tercera 35. En primero, se realizó un análisis cualitativo de los cambios, sugerencias o comentarios de los participantes y después del análisis estadístico de datos. Los resultados mostraron la preocupación de los participantes con la educación de ACS, la capacitación laboral y formación técnica, su inclusión en el equipo, la supervisión de la enfermera, y el grado de autonomía, el alcance y la especificidad de su trabajo y la recuperación ACS como un miembro del equipo de la ESF. Este estudio hizo posible el desarrollo de un Instrumento de Evaluación Formativa para ACS, y proporcionó una primera evaluación de las competencias establecidas por el Ministerio de Salud y revisitando los deberes y atribuciones de la ACS en el ESF.

Palabras-claves: Salud de la familia. Agentes comunitarios de salud. Evaluación. Formación de recursos humanos.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participação das categorias profissionais em cada etapa do estudo	42
Gráfico 2 – Nível de Concordância dos participantes na área de domínio Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário	55
Gráfico 3 – Nível de Concordância dos participantes na área de domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	57
Gráfico 4 – Nível de Concordância das competências da área de domínio Promoção da Saúde	59
Gráfico 5 – Nível de Concordância dos participantes na área de domínio Participação e controle social	61
Gráfico 6 – Enunciado escolhido pelos participantes, apresentando número de participantes que escolheram o referido enunciado e seu percentual	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário	43
Quadro 2 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbidades	44
Quadro 3 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Promoção de Saúde	46
Quadro 4 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Participação e controle social	48
Quadro 5 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	49
Quadro 6 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Planejamento e avaliação	51
Quadro 7 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Integração da equipe de saúde com a população local	52
Quadro 8 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Planejamento e avaliação	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Taxas de retorno dos questionários	39
Tabela 2 – Tempo de devolução dos questionários	39
Tabela 3 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário	54
Tabela 4 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	56
Tabela 5 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Promoção da saúde	58
Tabela 6 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Participação e controle social	60
Tabela 7 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	62
Tabela 8 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Planejamento e avaliação	65
Tabela 9 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Integração da equipe de saúde com a população local	66
Tabela 10 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Planejamento e Avaliação	67
Tabela 11 – Critérios de avaliação estabelecidos para a avaliação formativa do ACS.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS – Agente(s) comunitário(s) de saúde
- APS – Atenção Primária em Saúde
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- ESB – Equipe de Saúde Bucal
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- Enf. – Enfermeiro(a)
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de 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

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral	26
2.2	Objetivos específicos	26
3	REVISÃO DA LITERATURA	27
3.1	PACS e ESF: estratégias de fortalecimento do SUS	27
3.2	Competências profissionais	29
3.2.1	Competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde	31
3.3	Avaliação formativa.....	33
4	PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1	Tipo de estudo.....	36
4.2	Campo ou contexto	37
4.3	Sujeitos do estudo	37
4.4	Coleta dos dados	38
4.5	Análise dos dados	41
4.6	Aspectos éticos	42
5	RESULTADOS	43
5.1	Breve caracterização dos participantes	43
5.2	Primeira etapa: Analisando a adequação das competências propostas para o trabalho dos ACS.....	43
5.3	Segunda etapa	54
5.3.1	Escolhendo o enunciado e avaliando o nível de concordância.....	54
5.3.2	Periodicidade e critérios de avaliação.....	69
5.4	Terceira etapa: validando o instrumento com os participantes.....	71
6	DISCUSSÃO	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	Erro! Marcador não definido.
	APÊNDICE A – Convite	82
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido*	83
	APÊNDICE C – Questionário de coleta de dados	84
	APÊNDICE D - Questionário de coleta de dados 2	91
	APÊNDICE E - Cálculo de média, moda e a soma de respostas concordo e concordo muito (4 e 5 na escala de Likert), percentual referente ao nível de concordância dos participantes	107

APÊNDICE F - Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário de Saúde.....	111
ANEXO(S)	120
ANEXO A – Parecer CONEP/HCPA	121
ANEXO B – Carta CONEP/HCPA	122

1 INTRODUÇÃO

A incorporação dos agentes comunitários de saúde (ACS) pelo Ministério da Saúde ocorreu, no Brasil, a partir de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seguindo-se o Programa de Saúde da Família (PSF). A implantação do PACS teve início no Nordeste e, após os bons resultados, foi expandido para todo o Brasil. Nesse contexto, o PACS foi o percussor na mudança do modelo assistencial e uma alavanca para a criação do PSF.

O PACS foi instituído em 1991 pelo Ministério da Saúde, visando o enfrentamento das necessidades de saúde de populações em situação de risco e a superação de práticas que se desenvolviam de forma isolada e focal. Inicialmente, o PACS previu a implantação da estratégia de agentes comunitários de saúde em Unidades Básicas de Saúde, com o propósito de definição de microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas, e tendo como referência para os ACS um enfermeiro supervisor; o qual deve supervisionar até 30 ACS, bem como o cumprimento de uma carga horária de 40 horas semanais (BRASIL, 2006).

Desde o início da década de 90, quando o Ministério da Saúde incorporou os agentes comunitários ao Sistema Único de Saúde (SUS), ficou definido, pelo próprio Ministério e pelas Secretarias Municipais de Saúde, que estes trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir os requisitos formais de: residir há pelo menos 2 anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Assim em 1994, surge no Brasil o Programa de Saúde da Família, hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com a proposta de uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro da atenção e não apenas o indivíduo doente. Este Programa tem como princípio a reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, para que as unidades básicas de saúde se tornem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e participativa (ROSA; LABATE, 2006; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Para Pereira e Barcelos (2006), um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF é 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

existentes nessas áreas. Nesse contexto, surge um profissional-chave da equipe de saúde da família, o ACS, tornando-se o responsável pelas microáreas nas quais o território será dividido.

ACS compõe a equipe mínima da ESF, acompanhado do médico, enfermeiro e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Deve ser o profissional que mora na comunidade, é alguém que se destaca na comunidade pela sua capacidade de comunicação com as pessoas, e pela liderança natural que exerce. Atua como elo entre a equipe e a comunidade, 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: o saber científico e o saber popular. O seu trabalho é feito em grande parte nos domicílios de sua área de abrangência (BRASIL, 2006).

Mesmo com toda a trajetória do PACS e ESF, e a 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 SUS (BRASIL, 2002).

Esta condição do ACS como um novo profissional da saúde tem gerado um debate acerca do seu campo 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, não comparável ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde.

Para Ferreira, Andrade e Merhy (2009), o processo de trabalho do ACS é compreendido sob a lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado, ou seja, do *agir tecnológico*, e a lógica que privilegia atividades centradas na relação com os usuários com vistas ao atendimento de suas necessidades – *agir comunicativo*. Estas tecnologias relacionais, segundo Merhy e Feuerwerker (2009), são de domínio de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, visto que todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. Durante as práticas assistenciais na ESF, percebeu-se que estas tecnologias vêm sendo utilizadas constantemente pelos ACS, visto que estão mais próximos da comunidade, e na maioria das vezes são os primeiros profissionais da equipe de saúde a acolher a demanda do usuário ou da comunidade.

Portanto, o seu trabalho ocorre sob a tensão de dois polos – comunidade e equipe de saúde – e se reveste de grande complexidade, visto que adentra nos domicílios e recebe diretamente as queixas da população, comprometendo-se de forma direta com a necessidade de dar respostas e encaminhamentos aos problemas encontrados. Ao mesmo tempo, ele 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).

Ao compor a equipe de saúde, aspectos positivos e negativos surgem para o trabalho do ACS. Se por um lado as oportunidades de adquirirem 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 (SAKATA; MISHIMA, 2012). 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. No entanto, a busca pela formação pauta-se pelo conhecimento científico, como se o seu conhecimento empírico não tivesse importância (MARZARI et al., 2011).

Frente aos limites destacados pelos ACS, nos deparamos com a insatisfação em relação às capacitações e treinamentos, o que se considera um ponto-chave, visto que está diretamente relacionado à formação destes profissionais, e tanto no PACS quanto na ESF esta é uma atribuição do enfermeiro.

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, assim, uma compreensão ampliada de saúde (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Desde sua implantação, o PACS e a ESF determinaram ao enfermeiro, como uma de suas atribuições específicas, a supervisão e coordenação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde, com vistas ao desempenho de suas funções (BRASIL, 2002). Esta atribuição compreende a avaliação sistemática dos ACS pelos enfermeiros. Isto nem sempre é uma tarefa fácil, visto que há poucos subsídios, dificultando muitas vezes esta prática do enfermeiro.

Durante minha experiência profissional na ESF, percebi que a prática do enfermeiro na supervisão do ACS não consegue apreender esta complexidade do seu trabalho, pois muitas vezes está restrita à resolução de problemas, orientações pontuais e verificação de preenchimento de formulários, visto 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 (2002) ressalta a insatisfação dos enfermeiros com a forma com que a supervisão dos ACS é desenvolvida, pois desconhecemos aspectos administrativos, pedagógicos e avaliativos dessa função, e assim não conseguem desempenhar 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 sobressai o aspecto administrativo, relacionado à assiduidade e produtividade, 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 (COSTA, 2011).

Esta situação determina uma lacuna, tendo em vista que não gera subsídios que respaldem o enfermeiro a formar de acordo com as necessidades e com o desempenho de cada um, já que o enfermeiro tem sido o responsável pela educação permanente dos profissionais da enfermagem e ACS. Esta atividade direcionada especificamente aos ACS não se dá de maneira estruturada, a não ser que seja de forma empírica e que seja feita através de demandas trazidas individualmente.

Sabe-se que há um grande esforço dos enfermeiros em qualificar todo este processo de supervisão, avaliação e formação destes profissionais. Porém, o despreparo para essa atribuição, além de que o profissional a ser supervisionado não é da mesma classe profissional e possui atribuições e competências diferenciadas, gera uma situação difícil de ser contornada pelo enfermeiro na ESF.

Frente a isso, no intuito de oportunizar subsídios para essa supervisão, avaliação e formação, refletiu-se que a avaliação formativa utilizada no campo da educação pudesse auxiliar na 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).

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, 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. A avaliação formativa propõe-se à prática de avaliação contínua que pretenda contribuir para melhorar as aprendizagens, e deve-se partir sempre dos

conhecimentos reais, ou seja, do conhecimento que já se possui, e nenhuma didática deve desconsiderar a heterogeneidade dos aprendizes (PERRENOUD, 1999b). O autor ainda destaca que melhor seria falar em “Observação formativa”, visto que ainda a avaliação é vista como uma ferramenta classificatória, e nesse sentido a observação permitiria orientar e otimizar as aprendizagens.

O Ministério da Saúde 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 auto planejamento, 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).

O documento sobre o perfil de competências do ACS, elaborado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), tem o intuito de constituir um referencial para as instituições formadoras organizarem cursos técnicos de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2004a).

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, e 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; BRASIL, 2004b).

Meu interesse pela temática de competências surgiu durante o ensino médio, onde vivenciei a implantação do modelo de competências na formação básica. Este sempre foi um assunto que me chamou muito a atenção, pois vislumbrava a possibilidade de uma formação e avaliação qualitativas, diferente do que havia sido vivenciado até o momento. Mas, após isso, não tive mais contato com esta temática, o que me foi proporcionado novamente no mestrado acadêmico, assim podendo aprofundar os conhecimentos sobre este modelo. Durante a realização da Residência

Multiprofissional em Saúde da Família, o interesse pela temática dos ACS se intensificou, visto que esses profissionais são elementos-chave na ESF e estão sob supervisão direta do enfermeiro. A fusão destas duas temáticas deu-se através de uma reunião com as enfermeiras consultoras do projeto TELESSAÚDE/RS, que mencionaram a necessidade de disporem de um instrumento em que os enfermeiros pudessem avaliar os ACS e que o mesmo servisse de subsídio para a formação desses profissionais. O trabalho desenvolvido pelo TELESSAÚDE/RS, que é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), norteia as ações para a oferta de suporte assistencial à ESF através de teleconsultorias de texto (assíncronas) e vídeo (síncronas). Ambos os tipos se caracterizam como atividades de educação permanente¹ por terem caráter formativo junto ao profissional da ESF, e a temática do presente estudo tem grande potencial para ser desenvolvida através da tele-educação.

Realizando uma revisão da literatura em algumas bases de dados, evidenciaram-se inúmeros estudos relacionados ao ACS: MEDLINE: 407, Cochrane: 148, LILACS: 231, Wholis: 130; e sobre a avaliação do ACS foram encontrados 26 artigos na base de dados LILACS, 47 na MEDLINE, 31 na Cochrane um na Wholis. Os estudos não se referem à avaliação do trabalho do ACS, mas sobre: processo de trabalho dos ACS, perfil e formação, interação dos ACS na equipe de saúde da família, Curso introdutório à ESF, conhecimento dos ACS sobre os instrumentos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), avaliação das condições de trabalho e qualidade de vida do ACS. Apenas um documento do Ministério da Saúde, publicado em 2004, intitulado “Referencial curricular para o curso técnico do agente comunitário de saúde”, aborda brevemente a avaliação e formação do ACS. Em relação à avaliação formativa, foram encontradas 35 publicações na base LILACS, e essas publicações em sua grande parte estão direcionadas para a avaliação dos cursos de graduação. Sobre a atuação do enfermeiro neste papel, foram evidenciados apenas dois estudos que falam sobre a supervisão do ACS; os dois são trabalhos completos, um é uma monografia de especialização e o outro se trata de uma dissertação de mestrado. Sobre as competências profissionais dos ACS, foram encontradas 11 publicações na base LILACS; dentre elas encontra-se o “Perfil de Competências do ACS”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2004, e os demais tratam da temática abordando o processo de trabalho deste profissional.

¹ O enfoque da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo: incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clube e associações, em ações comunitárias (BRASIL, 2009).

A leitura desses artigos e a vivência profissional na ESF propiciaram-me algumas reflexões sobre a prática dos ACS. Como já foi discutido, o ACS é o elo entre a comunidade e a equipe, e realmente ele é o profissional que está mais próximo da comunidade, que realiza a divulgação dos serviços da unidade, faz acompanhamento da sua microárea, mas, em contrapartida, ele vive na tensão de dar conta do que é demandado pela população e o que a equipe pode dar conta, o que muitas vezes causa um conflito pessoal em relação ao seu papel, dificultando sua inserção e interação nesses dois espaços, pois ele sofre a cobrança de ambos.

Considerando que o ACS é representante tanto dos interesses da equipe como da comunidade, nós esbarramos 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. Costa e Carvalho (2012) corroboram nesse sentido, trazendo que o ACS ocupa um lugar de agenciador de fronteiras, atuando em alguns momentos como inventor ou potencializador de zonas de contato entre os territórios, comunidade e equipe. Lopes et al. (2012) pesquisaram sobre as situações geradoras de sofrimento nos ACS e identificaram que a falta de reconhecimento do seu trabalho, desconhecimento de suas funções, trabalhar em equipe, obrigatoriedade de morar e trabalhar no mesmo local, envolvimento e convivência com os problemas sociais da comunidade e a exposição à violência são fatores que causam sofrimento e descontentamento destes profissionais.

Com relação às competências dos ACS, considerando conhecimento, habilidade e atitude do ACS, cuja identidade se constrói no cotidiano do trabalho, valoriza-se a dimensão atitudinal, o ser e conviver (UCHIMURA; BOSI, 2012), sem que saibamos como isto se dá nos domínios cognitivo (do saber) e procedimental (do saber fazer).

Fazendo uma comparação empírica do perfil atual do ACS com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde para a ESF, não se percebem muitas diferenças. Porém, estudo sobre o perfil adequado do ACS na realidade do PSF mostrou que metade dos ACS (52,6%) não haviam feito o curso introdutório e 89,9% nunca haviam trabalhado na saúde. Isso explica a busca pela capacitação, visto que há lacunas na formação tanto em relação ao conhecimento quanto à atitude, pois, mesmo com a desmotivação e falta de experiência, bem como a dificuldade de compreensão das funções que lhes são atribuídas, 78,9% deles declararam se sentirem seguros para atuar (SANTOS et al., 2011).

Logo, percebe-se o quão relevante é incentivar a formação destes profissionais, visando à aquisição de novos conhecimentos, habilidades, mudanças de atitude, que sejam condizentes com sua realidade de trabalho. Destaca-se o papel fundamental do enfermeiro neste processo, visto que é o responsável por supervisionar este profissional na ESF.

Frente ao exposto e à escassez de meios para a avaliação formativa do ACS, justificou-se a realização deste estudo, com o intuito de desenvolver um instrumento para que o enfermeiro possa realizar a supervisão, avaliação e capacitação do ACS. O objeto deste estudo foi o desenvolvimento de um instrumento para a avaliação formativa dos ACS, o qual sirva de subsídios para o trabalho do enfermeiro da Atenção Básica em Saúde, contribuindo para este processo que é uma atribuição do enfermeiro. Esta etapa de elaboração do instrumento situou-se na fase inicial da avaliação formativa, que, conforme Perrenoud (1999) e Braga e Silva (2006), é aquela que permite conhecer qual a situação de partida, em função de objetivos gerais bem definidos, assim como conhecer o que cada aluno sabe, o que quer saber, quais os instrumentos de que já dispõe e quais as limitações já vivenciadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Desenvolver um instrumento para a avaliação formativa dos Agentes Comunitários de Saúde das Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família no âmbito do projeto Telessaúde/RS.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a adequação das competências propostas para os ACS para a construção de um instrumento de avaliação formativa.
- Construir um instrumento para avaliação dos ACS baseado no perfil de competências profissionais do ACS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo será apresentada uma revisão utilizando referenciais teóricos que sustentam o desenvolvimento da pesquisa, estruturados nos seguintes tópicos: PACS e ESF: estratégias de fortalecimento do SUS; Competências profissionais e competências profissionais dos ACS; e Avaliação Formativa.

3.1 PACS e ESF: estratégias de fortalecimento do SUS

Nas décadas de 70 e 80, as estratégias de saúde no Brasil nem sempre visavam ao bem estar da população, as políticas de saúde refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras.

Frente a isso, um movimento social e intelectual, denominado de movimento sanitário/sanitarista, surgiu com a finalidade de buscar mudanças nas políticas públicas de saúde e reduzir as desigualdades entre a população. Esse movimento teve um marco histórico com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde (CUNHA; CUNHA, s.d.; CONFERÊNCIA..., 1986).

A promulgação da nova Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Nesse processo, foi idealizado o SUS, que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

Conforme consta na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080/90), com a implantação do SUS houve uma mudança no conceito de saúde, que anteriormente era considerada apenas a ausência de doença, e passa a ser considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Com o passar dos anos, percebeu-se que somente o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atendia mais às emergências das mudanças do mundo moderno, e conseqüentemente às necessidades de saúde das pessoas.

Em 1991, por meio do convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde, é criado o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – equipe constituída na proporção de um enfermeiro instrutor/supervisor para 30 ACS, lotados em uma

Unidade de Saúde, entendido como uma estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF), 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).

A partir desses bons resultados, houve a expansão do PACS para todo Brasil, e o mesmo serviu como estímulo para a criação do Programa de Saúde da Família.

O ano de 1994 foi eleito pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Família, assim, o Ministério da Saúde cria no Brasil o PSF, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, 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 a 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. A equipe básica ou nuclear concebida na ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis ACS, os quais devem cumprir carga horária de 8 horas/dia, visto que o Ministério da Saúde prevê que esta atividade em regime integral facilita a formação de vínculo da equipe com a comunidade (BRASIL, 2002).

A ESF possui 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, 2002; BRASIL, 2006).

Como 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 busca 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 et al. (2011) ressalta que 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.

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 et al., 2011), dispositivo este que se reforça diariamente pela ação dos ACS.

3.2 Competências profissionais

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. Nessa perspectiva, 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.

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).

O conceito de competência existe desde a Idade Média, e está atrelado ao mundo do trabalho, sendo entendido como a capacidade de apreciar e julgar certas questões ou determinados atos. No entanto, foi nas últimas décadas do século XX que a competência passou a ser utilizada

como ferramenta capaz de dar respostas às organizações diante dos enfrentamentos advindos do processo de globalização e reestruturação produtiva.

Paiva e Melo (2008) destacam que o termo “competência” vem do latim e refere-se a “o que convém”, “apropriado”. Esses autores relatam que nas décadas de 70 e 80 autores norte-americanos descreviam competência como um conjunto de qualificações que um indivíduo detém para executar um trabalho, e que foi após a década de 80 que autores, de maioria europeia, contestaram esse conceito e associaram competência às realizações das pessoas.

A concepção do trabalho por competências é fortemente utilizada na abordagem de adoção do modelo de competências, integrando a formação da força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo, possibilitando a flexibilidade do mercado de trabalho e a unificação do sistema da qualificação profissional (DELUIZ, 2001).

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 (BRASIL, 2001).

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 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 (1999), 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 consensuou o termo “competência” como: reflexo de conhecimento, compreensão, julgamento, habilidades cognitivas, atributos e atitudes pessoais. Dessa forma, ele define competência como “um nível de desempenho que demonstra aplicação eficaz de habilidade, conhecimento e julgamento” (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009).

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, 1999).

Para isso, as competências podem ser organizadas em esquemas. Conforme Perrenoud (1999), 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, independente 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).

Competência também diz respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, interdependentes e necessárias à execução de determinado propósito, dentro de um contexto organizacional específico. A competência envolve a questão do saber e do saber fazer, a questão intelectual e o desenvolvimento comportamental. O conhecimento então corresponde a uma série de informações como: a habilidade é a capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido; a competência é o somatório do que a pessoa assimilou de conhecimento e as suas vivências; a competência envolve a questão do saber e do saber fazer, a questão intelectual e o discernimento corporal (RUTHES; CUNHA, 2008).

As competências servem como base para a investigação, baseadas em evidências práticas e desenvolvimento de padrões. Elas também são ferramentas importantes na criação de descrições de trabalho e programas de orientação, de maneira a contribuir para a qualidade da assistência.

3.2.1 Competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde

Considerando a crescente complexidade do campo de atuação dos profissionais de saúde, ocorre a necessidade do desenvolvimento de competências que possibilitem práticas compatíveis

com as demandas dos usuários. Nesse processo, os princípios norteadores do SUS orientam para mudanças nos modelos tecnoassistenciais, ao discutir, entre outros, como se articulam a gestão e organização do trabalho nos diferentes cenários de práticas (FEUERWERKER, 2005).

Partindo desta necessidade de desenvolver práticas de acordo com as demandas da população, o Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde estabeleceram um perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde. 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, 2004).

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.

Segundo o Ministério da Saúde (2004b), compete aos ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de 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.

Para isso, os ACS possuem as seguintes atribuições: realizar o mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias 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, 2002).

Marzari et al. (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. 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.

As áreas de domínio e as competências estabelecidas Ministério da Saúde (2004b) para os ACS são:

- Integração da equipe com a população local – Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, 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 Unidade Básica de Saúde;
- 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.

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 Ministério da Saúde no período de 31 de outubro a 31 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2004b).

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.

3.3 Avaliação formativa

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).

A avaliação integra o processo pedagógico e é 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 ele auxilie na aprendizagem, então apenas classifique (SOARES; RIBEIRO, 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).

No processo de avaliação formativa, são consideradas as seguintes fases: avaliação inicial, reguladora, final e integradora. Este tipo de avaliação é importante, pois 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, 1999).

A avaliação é parte do processo pedagógico e, portanto, orientada por uma lógica educativa. Nessa lógica, a avaliação das competências profissionais do ACS tem função formativa, cujo princípio essencial é o de auxiliar no aprender. A função formativa da avaliação deverá caracterizar-se pela busca do aprimoramento dos agentes comunitários de saúde, à medida 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, 2004).

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 agentes comunitários de saúde.

Perrenoud (1999) e Braga e Silva (2006) destacam as seguintes fases no processo de avaliação formativa:

- 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 aprendizagens 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 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.

O presente estudo situa-se na fase inicial da avaliação formativa, ou seja, buscando compreender o contexto de trabalho dos ACS, utilizando como subsídio as competências destes profissionais, e propondo aos atores principais deste estudo, os ACS, e aos enfermeiros, que são seus supervisores diretos, a construção de instrumento que facilite a continuação deste processo, tanto em relação à avaliação quanto à formação.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo (LEOPARDI, 2001; TRIVIÑOS, 1997), de abordagem mista, qualitativa e quantitativa (GRAY, 2012).

O estudo descritivo exige que o pesquisador tenha uma série de informações sobre o tema escolhido, pois pretende mostrar com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (LEOPARDI, 2001; TRIVIÑOS, 1997).

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas e suas ações (MINAYO, 2011). Já a pesquisa quantitativa permite-nos identificar relações entre variáveis e fazer generalizações (GRAY, 2012).

Os métodos mistos já foram definidos como a coleta ou análise de dados quantitativos e qualitativos em um único estudo, no qual os dados são coletados de forma concomitante ou sequencial, recebem prioridade e envolvem a integração de dados em uma ou mais etapas no processo de pesquisa (GRAY, 2012).

Neste estudo, a coleta e análise dos dados se deram de forma sequencial, primeiro foi realizada a etapa qualitativa e após a quantitativa, visto que o estudo qualitativo explora, identifica e pode proporcionar clareza com relação aos tipos de variáveis que demandam mais investigação na etapa quantitativa.

O estudo foi realizado com a utilização da técnica Delphi online, na qual busca-se obter consenso de opiniões de um grupo de *experts*, por meio da aplicação de questionários estruturados, que circulam entre os participantes, com a realização de *feedback* estatístico de cada resposta, até a obtenção de consenso (SILVA et al., 2009).

Segundo Chang et al. (2010) a validação na técnica Delphi se dá a partir do consenso de um painel de especialistas, visto que ela incorpora uma série de interações, é um método para explorar divergência bem como a obtenção de consenso. Os estudos de Chang et al. (2010) e de Kaulbach et al. (2012) apresentam, respectivamente, a validação de uma ferramenta para a prática avançada da enfermagem e a validação de competências dos farmacêuticos na atenção primária. Em ambos os estudos a validação dos instrumentos foi realizada através do consenso dos *experts*.

4.2 Campo ou contexto

O estudo foi realizado no contexto do programa Telessaúde/RS. O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma ação nacional e busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Tele-educação (BRASIL, 2007).

Surgiu da necessidade de ofertar atividades de educação permanente às Equipes de Saúde da Família a fim de qualificar seu processo de atenção e, conseqüentemente, ampliar seu impacto positivo sobre as condições de saúde de nossa população. Nesse sentido, o Programa Nacional de Telessaúde vem, desde 2007, desenvolvendo diferentes estratégias de qualificação da ESF em nove estados da federação. O trabalho desenvolvido pelo Telessaúde/RS, que é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), norteia as ações para a oferta de suporte assistencial à ESF através de teleconsultorias de texto (assíncronas) e vídeo (síncronas). Ambos os tipos se caracterizam como atividades de educação permanente por terem caráter formativo junto ao profissional da ESF. Estas atividades de apoio assistencial e/ou de consultoria com caráter educacional têm como objetivo ampliar a capacidade resolutiva de quem as solicita, e são baseadas na melhor evidência científica disponível, adaptadas para as realidades locais, seguindo os princípios do SUS e da APS. O processo de solicitação e resposta de uma consultoria é realizado em ambiente virtual, utilizando tecnologias de telecomunicação vinculadas à Internet e ocorre entre um ou mais profissionais solicitantes localizados em uma unidade de Saúde da Família e um ou mais consultores vinculados ao Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul, sendo mediado por um profissional regulador (BRASIL, 2007; TELESSAUDE, 2012).

4.3 Sujeitos do estudo

A seleção dos participantes considerou critérios indicados na literatura. O principal refere-se à característica da Técnica Delphi, em relação aos *experts*, visto que é de extrema importância o nível relevante de qualificação profissional sobre a área temática a ser estudada, para que se possa obter consenso de ideias especializadas. Logo, esta seleção foi baseada no respeito e valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes, adquiridos através de um longo processo de sistematização do conhecimento apreendido na prática (SCARPARO, 2012; WITT, 2005). Por essa razão foram selecionados para participar do estudo Enfermeiros e ACS das Unidades Básicas de Saúde pertencentes ao Telessaúde/RS.

O Telessaúde/RS, na fase inicial da pesquisa, atuava em 286 equipes da ESF em 126 municípios do estado. Como critério de inclusão foi considerado: o vínculo ao serviço há pelo menos dois anos, e a solicitação de teleconsultorias no período de novembro de 2012 a março de 2013. Foram excluídos os enfermeiros que não realizavam a supervisão dos ACS.

Em relação à quantidade de participantes para a composição do painel, não há moldes pré-definidos para proporcionar a representatividade, e o sucesso da aplicação da técnica está relacionado à qualificação dos participantes (SCARPARO, 2012). Com isso, foram convidados a participar do estudo 45 enfermeiros e 45 ACS.

4.4 Coleta dos dados

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica Delphi online (SCAPARO, 2012; SILVA et al., 2009). Pela técnica Delphi online busca-se obter consenso de opiniões de um grupo de *experts*, por meio da aplicação de questionários estruturados, que circulam entre os participantes, com a realização de *feedback* estatístico de cada resposta, até a obtenção de consenso (SILVA et al., 2009).

Essa técnica é o método destinado à dedução e refinamento de opiniões de um grupo de pessoas *experts* ou indivíduos especialmente instruídos, com o objetivo de alcançar o consenso de opinião de um grupo de *experts* por meio de uma série de questionários entremeados a *feedback* controlado das opiniões (SCARPARO, 2012).

Scarparo et al. (2012) descreve a operacionalização da técnica Delphi, que é realizada por sucessivas rodadas de questionários, aplicados a um grupo de especialistas na área em estudo. Na primeira rodada de opiniões, o questionário é enviado ao painel de especialistas e, a partir de seu retorno, as respostas são contabilizadas e analisadas. As questões que obtiverem o consenso estipulado pelo pesquisador são extraídas e o questionário, revisado pelo pesquisador, é novamente enviado aos participantes com a informação dos resultados atingidos na primeira rodada de opiniões. Assim, dá-se início à segunda rodada de opiniões. Nesse momento, os participantes, em anonimato, são solicitados a realizar um novo julgamento de suas opiniões, frente à previsão estatística de cada resposta do grupo, sendo possível mantê-la ou modificá-la. O processo se repetirá até que se atinja o consenso (70/80% ou porcentagem arbitrada e devidamente justificada pelo pesquisador).

A construção do primeiro questionário teve como base o perfil de competências dos ACS estabelecido pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Este determina cinco competências para as quais estão relacionadas habilidades e conhecimentos. As competências foram organizadas em esquemas conforme Perrenoud (1999a), de

forma a permitir a avaliação do ACS no seu processo de trabalho, tendo em vista que estas se relacionam, e do atendimento de uma decorre a necessidade do desempenho das demais. Um esquema é uma totalidade constituída que sustenta uma ação ou operação única, o qual permite mobilizar conhecimentos, métodos, informações e regras para enfrentar uma situação (PERRENOUD, 1999a). A escolha deste 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 habilidades de acordo com suas afinidades, foram organizadas oito áreas de domínio, conforme as competências, e o planejamento e avaliação e a prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades foram apresentados duas vezes. Frente à importância da participação e do controle social, foi criada esta área de domínio, e as habilidades foram extraídas da competência promoção de saúde, onde originalmente estavam elencadas.

Realizou-se um estudo piloto com três enfermeiras e três ACS, a fim de verificar as características do construto do questionário, e certificar que as informações apresentadas estavam entendidas pelos participantes. Após a leitura do instrumento não foi sugerida nenhuma alteração, pois o questionário foi considerado claro e de fácil compreensão.

A coleta de dados deu-se em um ambiente virtual, google drive, que é considerado um sistema computacional disponível na Internet, destinado ao suporte de atividades mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação, permitindo integrar várias mídias, linguagens, recursos, apresentar informações de maneira organizada, elaborar e socializar produções tendo em vista atingir determinados objetivos (CAETANO, 2006). Cogo (2009) destaca as qualidades apontadas pelos usuários em relação às atividades mediadas por computadores, dentre elas a flexibilização da organização do tempo, o local do estudo e o acesso a variadas informações.

Na primeira etapa, o questionário (Apêndice C) foi enviado aos enfermeiros e ACS e os mesmos, de acordo com seus conhecimentos e experiências, puderam excluir ou modificar as competências listadas, bem como acrescentar competências em cada área de domínio. Na segunda etapa, o questionário constou dos esquemas de competências resultantes da primeira etapa, adicionadas de uma escala de Likert com valores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para que os participantes manifestassem seu grau de concordância com as competências, se estavam adequadas à prática do ACS. Nesta etapa foram adicionadas ao instrumento questões a respeito 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 instrumento para avaliação formativa dos ACS. O instrumento ficou constituído de um cabeçalho de identificação com nome da Unidade de Saúde, nome do ACS e do enfermeiro supervisor que realizava a avaliação,

instruções de preenchimento, um espaço para a avaliação de cada competência, periodicidade da avaliação, e encaminhamentos.

Na 3ª etapa do estudo, o instrumento foi enviado aos enfermeiros e ACS, para que fosse validado.

Scaparo et al. (2012) traz como desvantagens da técnica Delphi problemas relativos ao retorno de questionários, com a abstenção de percentual de participantes, ou seja, da totalidade dos questionários enviados aos participantes do painel Delphi, alguns não são devolvidos preenchidos, havendo perda de participantes. As taxas de retorno dos questionários na técnica Delphi variam em torno de 50% (FRY; BUUR, 2001). Para Wright e Giovanazzo (2000), normalmente há uma abstenção de 30% a 50% dos respondentes na primeira, e de 20% a 30% na segunda rodada da técnica Delphi. Em um estudo desenvolvido por Witt (2005) no Brasil, as taxas de retorno foram de 67% na primeira etapa, 79% na segunda etapa e 65% na terceira etapa.

Tabela 1 – Taxas de retorno dos questionários. Porto Alegre, 2014²

Questionário	N	Retorno	%
Primeiro	90	40	44,4%
Segundo	40	30	75%
Terceiro	40	35	87,5%

Neste estudo, na primeira etapa a abstenção foi de 55,6%, na segunda, de 25%, e na terceira etapa de validação do instrumento a abstenção dos participantes foi de 12,5%, tendo sido considerado satisfatório. Em relação ao tempo de devolução dos questionários, este variou de acordo com cada etapa da coleta de dados.

Tabela 2 – Tempo de devolução dos questionários. Porto Alegre, 2014

Questionário	Retorno (em dias)
Primeiro	50
Segundo	60
Terceiro	30

Encontram-se na literatura prazos variados em relação às devoluções dos questionários, não havendo um consenso, devendo o mesmo ser estipulado pelo pesquisador. Nesta pesquisa inicialmente foram estipulados prazos de 2 a 3 semanas, mas, devido à baixa taxa de retorno nesse período e considerando que todos os participantes eram trabalhadores, que dedicavam 40 horas

² Todos os dados dos gráficos, quadros e tabelas (com exceção da Tabela 11) são decorrentes da pesquisa da autora, dispensando, assim, a referência à fonte.

semanais ao trabalho na Estratégia de Saúde da Família e que necessitariam de um tempo extra para responderem o questionário, esse período foi ampliado. Durante todo o período os profissionais foram contatados, lembrando-os da importância da sua participação e da sua contribuição na pesquisa.

4.5 Análise dos dados

Em um primeiro momento, realizou-se uma análise qualitativa das modificações, sugestões ou comentários dos participantes, e após a análise estatística dos dados apresentados no questionário, a fim de obter o consenso (MINAYO, 2011; GRAY, 2012).

A análise dos dados da primeira rodada de cunho qualitativo consistiu da compilação das competências de acordo com as contribuições dos participantes, considerados as sugestões de exclusão e modificação e os comentários apresentados no instrumento. Estes foram considerados à luz do recomendado na literatura a respeito do trabalho do ACS.

As modificações foram incluídas no segundo questionário. Estas constaram de novos enunciados, que foram apresentados no segundo questionário para escolha do mais adequado na opinião dos participantes, e também do deslocamento de competências de uma área de domínio para outra. Também neste questionário foram sinalizadas as indicações de exclusão (Apêndice D).

A análise dos dados do segundo instrumento foi quantitativa. Estes dados receberam tratamento estatístico simples (SCARPARO, 2012). Foram calculadas média, moda e a soma de respostas concordo e concordo muito (4 e 5 na escala de Likert), bem como o percentual referente ao nível de concordância (Apêndice E).

Na técnica Delphi cabe aos pesquisadores estabelecer o nível de consenso aceitável. É recomendado na etapa final um nível mínimo de concordância de 70% (WITT, 2006; GRANT; KINNEY, 1992). Frente a isso, optou-se por manter, ao final da coleta, as competências que obtivessem um nível de concordância de 75% para os escores concordo e concordo muito da escala de Likert.

Após estas duas etapas o instrumento foi elaborado, e deu-se início à 3ª etapa, que procedeu com a validação do instrumento. As competências foram devolvidas para avaliação dos participantes, com *feedback* de todas questões, com a exposição estatística do percentual de resposta de cada respondente e do grupo. O mesmo foi enviado novamente ao grupo e, nesse momento, os participantes foram solicitados a apresentar seu parecer final sobre o instrumento construído.

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 (2012).

A todos os participantes foram garantidos o sigilo, o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando fosse de seu interesse.

Os participantes que responderam afirmativamente ao convite (Apêndice A) para participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Em se tratando da aplicação da técnica Delphi online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado aos participantes um *link* através de *e-mail* individual. Ao clicar no *link* eles eram imediatamente direcionados a uma página da Web, onde constava o referido Termo e, assim, o participante obrigatoriamente fazia uma escolha de concordância ou não concordância com o conteúdo explícito, tratando-se de condição essencial para a abertura das páginas subsequentes do questionário. Caso o participante não respondesse à concordância ou se manifestasse discordante com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o instrumento não abria, portanto, o convidado não poderia participar da pesquisa e o processo se encerrava. Nos casos em que houve concordância, o instrumento ficou disponível e o participante pôde responder as questões e, ao término do processo, o Termo de Consentimento e o instrumento foram armazenados na plataforma eletrônica.

A fim de preservar anonimato dos participantes, os comentários serão apresentados de acordo com a categoria profissional ENF- para enfermeiro e ACS – para agente comunitário de saúde, seguidos do número correspondente a ordem de retorno dos questionários, exemplo: ENF1, ACS10.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EE), e pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o Protocolo CAAE: 0374.0.001.165-07 (ANEXO A), como um subprojeto nº 06 do projeto de nº 07-402, intitulado: Avaliação do Impacto de uma intervenção de Telessaúde características assistenciais de Serviços de APS/ESF, de coordenação do professor Erno Harzheim.

A pesquisa teve início após a aprovação na COMPESQ e no Comitê de Ética em Pesquisa.

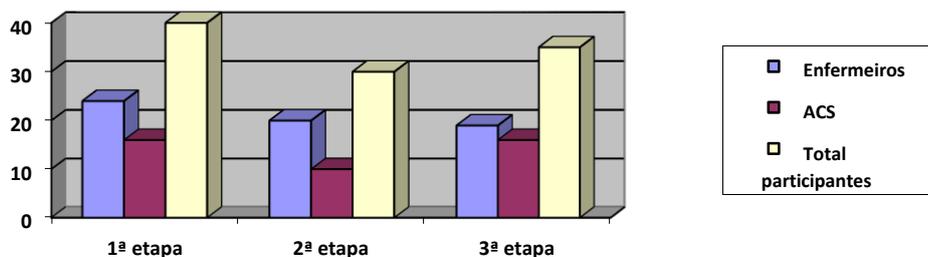
5 RESULTADOS

Para apresentação dos resultados, inicialmente será apresentada uma breve caracterização dos participantes. A seguir, os resultados da aplicação da Técnica Delphi serão expostos conforme as etapas de sua aplicação.

5.1 Breve caracterização dos participantes

Dos participantes da pesquisa, todos estavam vinculados à ESF havia pelo menos dois anos, e solicitaram tele consultorias ao TELESSAÚDE/RS no período de novembro de 2012 a março de 2013. Em relação aos municípios de trabalho, estes foram variados, visto que no momento da escolha da amostra o TELESSAÚDE/RS atendia 126 municípios. Durante a pesquisa não houve uma identificação dos participantes, exceto se eram enfermeiros ou ACS. A participação das categorias profissionais variou de acordo com cada etapa, embora a participação dos enfermeiros tenha sido superior.

Gráfico 1 – Participação das categorias profissionais em cada etapa do estudo. Porto Alegre, 2014



5.2 Primeira etapa: Analisando a adequação das competências propostas para o trabalho dos ACS

Nesta primeira etapa os participantes deste estudo, ACS e enfermeiros, foram convidados a analisar a adequação das competências profissionais dos ACS que compõem o documento sobre o perfil de competências dos ACS (BRASIL, 2004a), organizadas por área de domínio para compor o Instrumento de Avaliação Formativa do ACS.

Os resultados desta etapa serão apresentados em quadros. Na coluna da esquerda estão dispostas as competências que constavam no instrumento, e na coluna da direita, os resultados da análise das competências profissionais de acordo com cada área de domínio, bem como as sugestões de competências a serem acrescentadas, exclusões e modificações feitas pelos participantes do estudo.

Na área de domínio Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, das seis competências listadas, houve sugestões de modificação para duas, e para uma a indicação de exclusão. Também foi sugerido o acréscimo de uma competência.

Quadro 1 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário. Porto Alegre, 2014

Competências	Resultados
a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	Sugestões de exclusão: 01
b) Informa a equipe de saúde e a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação.	Modificações: 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.
c) Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	
d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	
e) Implementa processos de reflexão, junto aos indivíduos e grupos sociais	Modificações: Os ACS, a partir de suas orientações, sensibilizam os usuários a processos de reflexão, junto aos indivíduos ou grupos sociais. Estimula/fomenta processos de reflexão, junto aos indivíduos e grupos sociais.
f) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	

g) Mobilizar outros setores como: Assistência Social, Meio Ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente a situação de risco.	Competência acrescentada
---	---------------------------------

No que tange à área de domínio, uma das enfermeiras participantes do estudo elencou a necessidade de capacitações no que refere à prevenção e monitoramento de riscos ambientais e sanitários:

“Sugiro o aumento de capacitações principalmente para o ACS que convive diariamente com a comunidade e presença de perto tais situações...” (Enf. 1)

Este preparo dos ACS também surgiu nos comentários em relação à competência b- Informa a equipe de saúde e a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação, sobre os posicionamentos dos ACS desde o não envolvimento deles na divulgação dos riscos, até reunir a população para informar sobre os riscos aos quais está exposta.

“Avisar sobre riscos deixa a população muito tensa...” (ACS 3)

“Reunir pequenos grupos de cada microárea para informar as situações, relacionadas a riscos sanitários e ambientais...” (ACS 1)

Nesse contexto, outro ACS trouxe a importância da supervisão e acompanhamento da enfermeira neste processo de informar a comunidade.

“Ter mais acompanhamento e suporte da enfermeira chefe em todas as orientações domiciliares...” (ACS 10)

Na área de domínio apresentada a seguir, foram sugeridas duas modificações, uma exclusão, e duas competências foram acrescentadas.

Quadro 2 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbidades. Porto Alegre, 2014

Competências	Resultados
a) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	

b) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	
c) Comunica à Unidade Básica de Saúde da respectiva microárea os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	Modificações: Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.
d) Estimula indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar.	Modificações: Estimula indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.
e) Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	Sugestões de exclusão: 01
f) Sensibiliza os gestores públicos para uma melhor inclusão social destes indivíduos e/ou grupos. Com transporte diferenciado, e transporte para todos poderem participar de grupos de inclusão.	Competência acrescentada
g) Realizar atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	Competência acrescentada

Em relação a esta área de domínio, uma das enfermeiras relatou ter sentido a falta de uma competência que relatasse sobre monitoramento clínico dos usuários, porém não foi indicada competência para suprir esta demanda:

“Senti falta do monitoramento de pessoas com comorbidades e seus cuidados, como exemplo se estão sendo avaliados por um profissional da área da saúde, realizando os exames solicitados, entre outros.” (Enf. 7)

O ACS3 destacou a importância de identificar estes grupos com morbidades específicas na sua microárea:

“A identificação destes grupos e as suas morbidades são muito importante para a localização, e principalmente na busca ativa destes indivíduos no dia a dia. E o ponto fundamental disso tudo para mim é o resultado final, que muitas vezes nem eles mesmos se dão por conta que passam por algum problema de saúde.” (ACS 3)

No que se refere à competência e- Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais, o Enf. 10 trouxe as limitações dos ACS em relação a esta competência, vindo à tona novamente a questão da formação deste profissional.

“Acredito que o item E é de competência do ACS, portanto não o realiza de forma efetiva e com qualidade devido à falta de formação, na nossa equipe alguns ACS não possuem nem segundo grau e têm várias limitações inclusive de entendimento...” (Enf. 10)

Percebe-se que a indicação da exclusão da competência que se relaciona à sensibilização dos familiares gerou a indicação de acréscimo de uma competência relacionada à importância de sensibilizar a gestão para uma maior atenção a estes grupos específicos.

Quadro 3 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Promoção de Saúde. Porto Alegre, 2014

Competências	Resultados
a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	
b) Estabelece articulação com os equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e outros).	Modificação: Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.
c) Organiza grupos de discussão.	Modificação: Realiza atividades educativas com o apoio da equipe (não organiza sozinho).
	Sugestões de exclusão: 02 (enfermeiros)
d) Realiza atividades educativas.	Modificação: Participa da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe.

e) Realiza atividades educativas com os demais profissionais da ESF.	Observação: esta competência se repete, após as duas sugestões de modificações das competências anteriores.
f) Realiza atividades coletivas como: orientações sobre saúde bucal nas creches e escolas.	Competência acrescentada
g) Orienta sobre hábitos saudáveis, como a prática de exercícios, alimentação, sono e repouso.	Competência acrescentada
h) Planeja as ações em saúde integrado com a equipe de saúde da família.	Competência acrescentada
i) Buscar apoio de organizações sociais da comunidade.	Competência acrescentada

Esta área de domínio foi uma das que apresentou maior número de sugestões de competências para serem acrescentadas, e a que disparou novamente uma discussão sobre a formação do ACS, do quanto ele está capacitado para desenvolver tais competências.

“Acredito que desenvolver um projeto pedagógico de ensino em grupos sem a presença de um outro profissional capacitado não é da competência do Agente comunitário de saúde. Eles não possuem preparo suficiente para desenvolver o processo sozinho.” (Enf. 13)

Ao encontro disso, um dos ACS também relatou a importância de uma maior formação que possa atender de forma qualificada à sua microárea:

“Um curso técnico de agentes comunitários de saúde, para atender melhor a sua área de abrangência.” (ACS)

Ainda em relação à área de domínio como um conjunto, um ACS relatou como considerava importante a promoção de saúde, comentando o quanto as práticas voltadas para a doença ainda estão presentes.

“Eu acho muito importante esta questão de promover saúde, pois geralmente escuta-se muito falar em doença e acaba-se esquecendo de divulgar e promover novas atividades para a prevenção da mesma.” (ACS 15)

No que se refere ao trabalho do ACS em relação à promoção da saúde, um dos ACS, ao comentar esta área de domínio, se colocou como sujeito e trouxe a insatisfação como profissional da saúde e o quanto isso impacta no desenvolvimento de suas atividades diárias.

“O ACS é a ‘peça’ – vanguarda da Estratégia da Saúde da Família, e mesmo assim é o menos valorizado na equipe. Como é que ele pode promover saúde, se ele fica doente de desgosto por sua falta de valorização profissional” (ACS 8)

Destaca-se a questão da desvalorização profissional referida pelo ACS, visto que há uma tensão em seu trabalho por ser o membro da comunidade que atua na equipe de saúde, o que lhe traz um *status* frente à comunidade, mas que também gera um desconforto em relação à devolução de retorno à comunidade que nem sempre é rápida, à desvalorização do seu trabalho pelos demais membros da equipe, e até uma desvalorização por parte da gestão pública, a qual se reflete nos baixos salários, e na discrepância salarial do ACS para com os demais membros da equipe.

Na área de domínio **Participação e controle social**, os foram sugeridos novos enunciados para duas competências e o acréscimo de uma competência.

Quadro 4 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Participação e controle social. Porto Alegre, 2014

Competências	Resultados
a) Implementa processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.	<p>Modificações: Criar um espaço de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.</p> <p>Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.</p>
b) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	
c) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	
d) Participa de reuniões do conselho local de saúde e outros conselhos.	<p>Modificações: Participa de reuniões do conselho local de saúde e conferências de saúde, como rotina.</p> <p>Participar ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.</p>
e) Trazer os demais segmentos representativos da comunidade para dentro da UBS.	Competência acrescentada

Os comentários em relação a esta área de domínio variaram desde a compreensão de sua importância: “Com a participação social será possível melhorar todo o processo saúde, melhorando a qualidade de vida da população. ” (ACS 12), até o relato de barreiras que impedem seu desenvolvimento em algumas realidades: “A letra ‘d’ é muito importante, mas como ter estímulo para participar de reuniões dos conselhos municipais, se os gestores excluíram a representação de ACS nos conselhos municipais? ” (ACS 4).

A área de domínio **Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades** foi a que apresentou maior número de sugestões de modificações e acréscimo de competências.

Foram seis competências acrescentadas e foram sugeridas modificações de quatro enunciados.

Quadro 5 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades. Porto Alegre, 2014

Competências	Resultados
a) Apoia o acompanhamento da gravidez e puerpério conforme orientações da equipe de saúde.	Modificações: Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF. Apoia o acompanhamento da gravidez e puerpério conforme orientações da equipe de saúde, após capacitações específicas.
b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério.	Modificações: Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.
c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.	Modificações: Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.
d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.	Modificações: Apoia o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.
e) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST).	

f) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	
g) Registra os acompanhamentos domiciliares.	
h) Estimula a participação da gestante nos grupos educativos.	Competência acrescentada
i) Reforça a importância da realização do pré-natal.	Competência acrescentada
j) Auxilia nas notificações do SINAN.	Competência acrescentada
k) Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	Competência acrescentada
l) Organiza e disponibiliza um mapa das gestantes e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	Competência acrescentada
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 Recém Nascidos do território.	Competência acrescentada

Percebe-se que esta contribuição está relacionada ao trabalho dos ACS e suas atividades prioritárias:

“Estes são um dos pontos importantes na vida diária das pessoas quando faço minhas visitas no meu território. Muitas vezes os próprios moradores fazem este reconhecimento.” (ACS 1)

Esta também foi a percepção das enfermeiras, para quem a esta área de domínio seria necessário acrescentar muitas outras competências.

“Observo que este domínio está totalmente voltado para o controle de gestantes, crianças, puérperas e DST’s. Existem outros grupos específicos como os idosos e os homens, assim como as comorbidades como a hipertensão, diabetes mellitus e saúde mental que precisam ser monitorados. Por isso essas competências não mudaria nenhuma, mas haveriam muitas outras para acrescentar.” (Enf. 20)

As sugestões de acréscimo tiveram como foco a gestante, no acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil, a realização de grupos e o auxílio nas notificações do Sistema de Informação de Notificações e Agravos (SINAN), ficando de fora os grupos mencionados no comentário anterior.

Na área de domínio de **Planejamento e avaliação**, foram sugeridos o acréscimo de duas novas competências, modificações em dois enunciados e a exclusão de três competências. Embora tenha havido sugestões dos participantes, não foram apresentados comentários ou justificativas relacionadas às mudanças propostas, provavelmente por tratar de forma mais específica da prática do ACS, do planejamento das ações em sua microárea, destacando a importância do desenvolvimento destas habilidades.

Quadro 6 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Planejamento e avaliação. Porto Alegre, 2014

Competências	Resultados
a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	Sugestões de exclusão: 01
b) Realiza cadastro das famílias das famílias de sua microárea.	Modificações: Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.
c) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento.	Modificações: Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família. Sugestões de exclusão: 01.
d) Propõe ações intersetoriais.	Sugestões de exclusão: 01.
e) Realiza acompanhamento da microárea.	
f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	Competência acrescentada
g) Reúne-se com a enfermeira para avaliar e planejar.	Competência acrescentada

Para a área de domínio **Integração da equipe de saúde com a população**, houve apenas uma sugestão de acréscimo de competência, a qual está relacionada com a participação ativa dos ACS no planejamento das ações desenvolvidas pela equipe, a fim de fortalecer o vínculo entre equipe e comunidade.

Quadro 7 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Integração da equipe de saúde com a população local. Porto Alegre, 2014

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.	
b) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	
c) Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	
d) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	
e) Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	Competência acrescentada

Esta é uma área de domínio que destaca bastante a importância do trabalho do ACS em conjunto com a equipe da ESF, que reforça esse elo entre equipe de saúde e comunidade. Nessa perspectiva, uma das enfermeiras participantes relatou o quanto é importante que o ACS participe de forma efetiva das atividades desenvolvidas dentro da Unidade de Saúde:

“Incentivar os ACS a participarem do acolhimento da UBS, a fim de entender os fluxos do sistema.” (Enf. 10).

Ao encontro do exposto, um dos ACS atribuiu um grau de interesse significativo em relação à importância da integração equipe de saúde com a comunidade: “Achei muito interessante esta etapa.” (ACS 3).

Em relação ao **planejamento e avaliação**, área de domínio que se repete devido à diversidade de competências e habilidades necessárias para o desenvolvimento destas funções, foi sugerida a exclusão de três competências e o acréscimo de uma competência relacionada à análise de indicadores do território para auxiliar no planejamento.

Quadro 8 – Sugestões de modificação, exclusão e competências a serem acrescentadas na área de domínio Planejamento e avaliação. Porto Alegre, 2014

8 - Planejamento e avaliação	
a) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.	Sugestões de exclusão: 01
b) Trabalha em equipe.	Sugestões de exclusão: 01
c) Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	
d) Realiza ações que possibilitem o conhecimento pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	
e) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	Sugestões de exclusão: 02
f) Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	Competência acrescentada

Os participantes não trouxeram nenhum comentário ou justificativa em relação às sugestões apresentadas.

5.3 Segunda etapa

Na segunda etapa houve manifestação dos participantes a respeito das competências que deveriam constituir o instrumento, tanto na escolha dos enunciados como na manifestação sobre o nível de concordância. Nesta etapa também foram discutidos a periodicidade com que o instrumento deveria ser utilizado, bem como os critérios de avaliação.

5.3.1 Escolhendo o enunciado e avaliando o nível de concordância

Os resultados do 2ª questionário (Apêndice D), do qual constam esquemas de competências resultantes da primeira etapa e opções de enunciado, adicionadas de uma escala de Likert com

valores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para que os participantes manifestassem seu grau de concordância com as competências, serão apresentados a seguir por área de domínio.

Tabela 3 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário. Porto Alegre, 2014

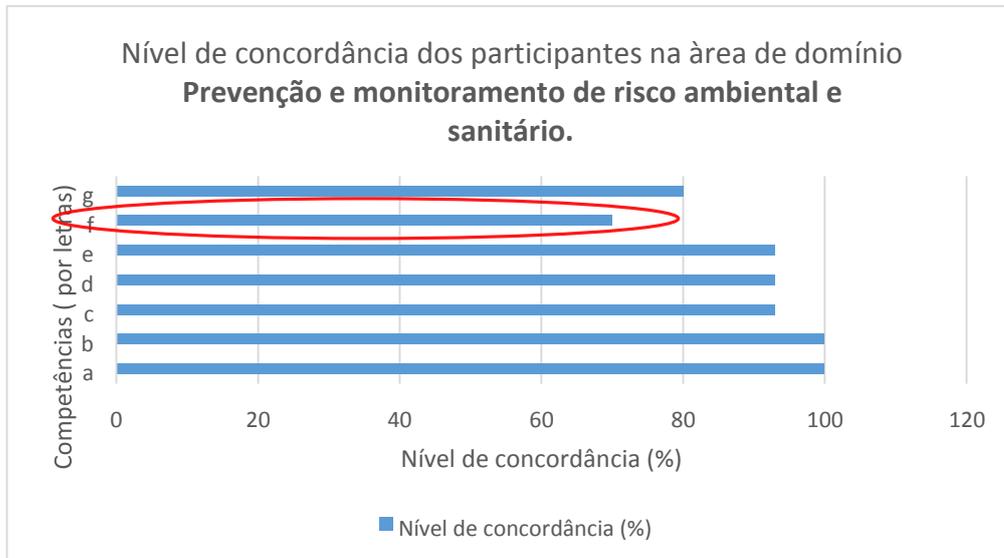
Competências	Média	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.	4,7	30	100
b) Informa a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária, bem como a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação e registra.*	4,7	30	100
c) Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	4,7	28	93
d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	4,6	28	93
e) A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.*	4,5	28	93
f) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	4,3	21	70
g) Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente a situação de risco.	4,2	24	80

*Opção de enunciado escolhida pelos participantes

As competências: 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 e e) A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão tiveram estes enunciados escolhidos respectivamente por 56,6% e 40% dos participantes.

O gráfico a seguir apresenta o nível de concordância dos participantes.

Gráfico 2 – Nível de Concordância dos participantes na área de domínio Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário. Porto Alegre, 2014



Observa-se que apenas uma competência (f- Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais) não obteve o consenso estipulado pelo pesquisador, sendo excluída da construção do instrumento final.

Ainda em relação a esta área de domínio, os participantes teceram alguns comentários em relação às competências e ao trabalho dos ACS, reiterando que a identificação das condições de risco é uma competência sua, que a articulação das ações parte do enfermeiro coordenador, na medida em que os ACS levam as informações, e ainda destacaram que muitas vezes há uma dificuldade em realizar estas ações por falta de estrutura ou insumos.

“Geralmente quem faz a articulação é a coordenadora de equipe depois que informo as dificuldades da minha microárea.” (ACS3)

“Faz parte do trabalho do trabalho do ACS sensibilizar e orientar a comunidade, o que acontece é que nem sempre se tem a estrutura necessária.” (ACS7)

A questão da formação é transversal a todo o trabalho do ACS, e foi ressaltada pela enfermeira a necessidade da qualificação das capacitações que são ofertadas a estes trabalhadores:

“Concordo plenamente em orientar a população sobre acidentes domésticos, contanto que seja proporcionado aos ACS curso intensivo (técnico) em medidas de prevenções de acidentes, com financiamento de recursos públicos. Não fazer aqueles cursinhos de 4 ou 8 horas que não capacita ninguém.” (Enf.10)

Serão apresentadas na sequência as competências profissionais dos ACS da área de domínio **Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades**, com os níveis de consenso de cada uma, bem como os enunciados escolhidos pelos participantes, os quais foram selecionados como mais adequados com relação à prática profissional do ACS.

Tabela 4 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades. Porto Alegre, 2014

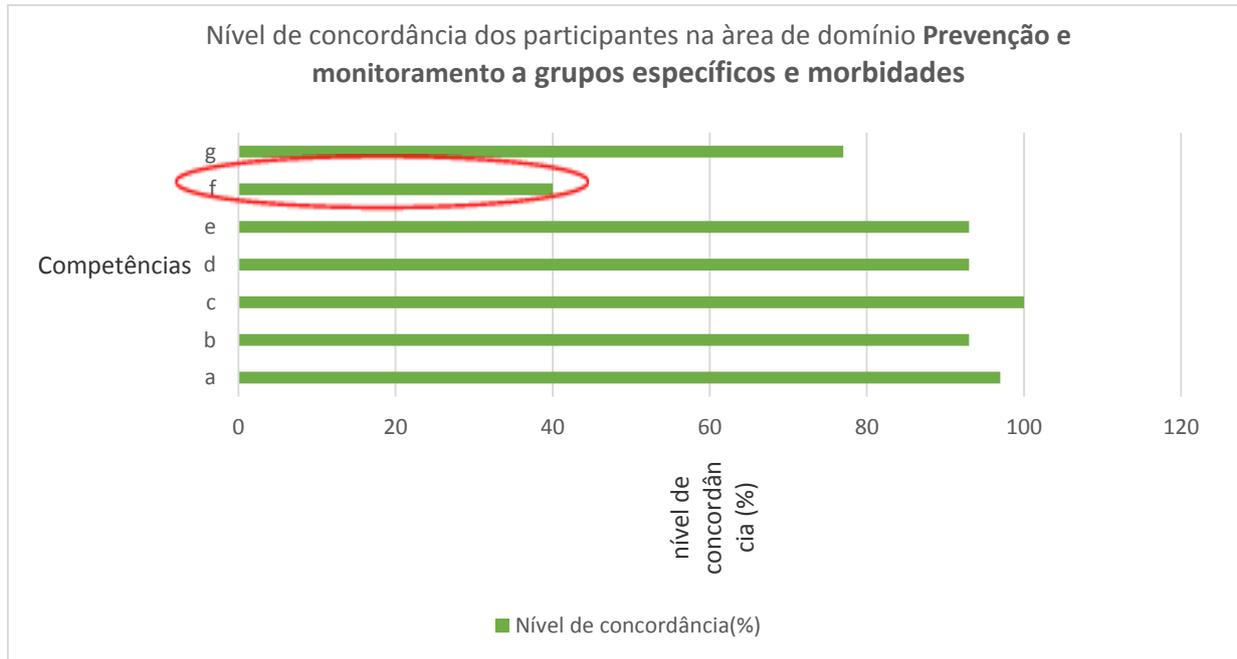
Competências	Média	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
a) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	4,6	29	97
b) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	4,7	28	93
c) Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.*	4,9	30	100
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.*	4,6	28	93
e) Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	4,7	28	93
f) Sensibiliza os gestores públicos para uma melhor inclusão social destes indivíduos e/ou grupos.	3,4	12	40
g) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	4,0	23	77

*Opção de enunciado escolhida pelos participantes

Os enunciados das competências C e D foram escolhidos respectivamente por 53,3% e 86,6% dos participantes.

O gráfico a seguir mostra as competências apresentadas por letras e o nível de concordância de cada uma delas:

Gráfico 3 – Nível de Concordância dos participantes na área de domínio Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades. Porto Alegre, 2014



Nesta área de domínio obteve consenso a maioria das competências, com percentual de concordância que variou de 77% a 100%. Apenas a competência f) Sensibiliza os gestores públicos para uma melhor inclusão social destes indivíduos e/ou grupos apresentou consenso inferior a 75% e não comporá o instrumento final.

No que tange à realização de grupos pelos ACS, em relação à competência g) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbididades específicas, um enfermeiro reforçou que a participação de outros profissionais junto com os ACS é importante:

“Trocara a palavra ‘realiza’ por ‘participa de atividades educativas...’, para dar ideia que também outros profissionais como os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos devem participar dessa atividade.” (Enf. 14)

Outro enfermeiro ainda foi mais restritivo em relação à participação do ACS e indicou outros profissionais para esta atividade.

“Para realizar atividades educativas em grupo para prevenção de morbididades específicas, não concordo que seja o ACS. Para tanto as UBS's contam com profissionais em Educação Física e Fisioterapeutas.” (Enf. 8)

A competência f) Sensibiliza os gestores públicos para uma melhor inclusão social destes indivíduos e/ou grupos, que não obteve o consenso, foi comentada por um ACS: “Quanto aos gestores não se pode contar muito porque para eles o que importa é atingir as metas e a qualidade do serviço fica em segundo plano (ACS3)”, reforçando o quanto ainda existe um distanciamento entre a gestão e os trabalhadores e a dificuldade de acesso e troca de informações.

A tabela a seguir apresenta o a área de domínio **Promoção da saúde**, a qual lista competências que visam o desenvolvimento, em equipe, de ações de promoção da saúde voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população. Estão apresentadas as competências, média, soma dos escores 4 e 5 (concordo e concordo muito) da escala de Likert e o percentual após avaliação do nível de concordância.

Tabela 5 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Promoção da saúde. Porto Alegre, 2014

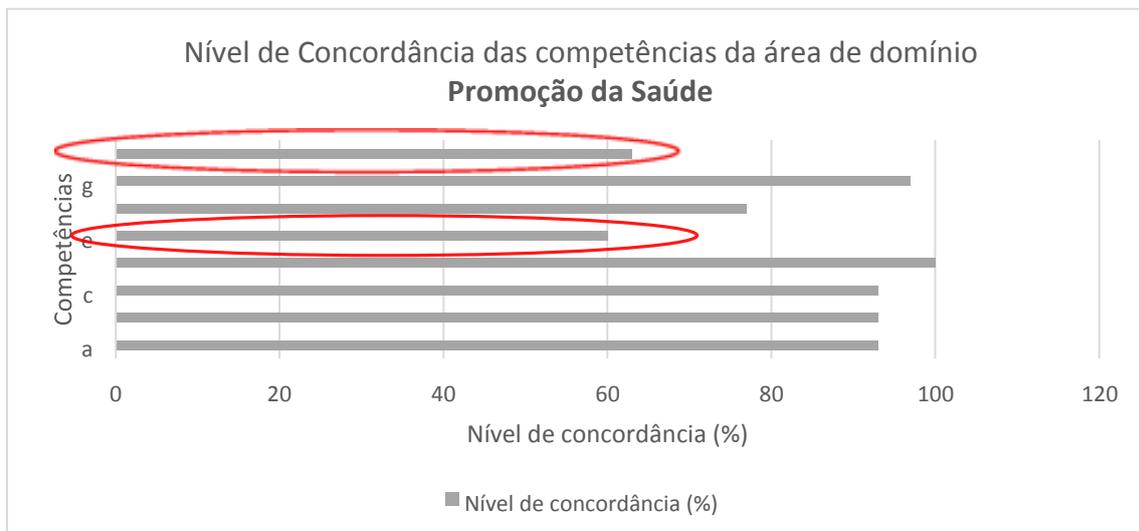
Competências	Média	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	4,6	28	93
b) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.*	4,5	28	93
c) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.*	4,5	28	93
d) Participa da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe.*	4,6	30	100
e) Realiza atividades coletivas como: orientações sobre saúde bucal nas creches e escolas.	3,8	18	60
f) Orienta sobre hábitos saudáveis como a prática de exercícios, alimentação, sono e repouso.	4,4	23	77
g) Planeja as ações em saúde integrado com a equipe de saúde da família.	4,7	29	97
h) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	3,8	19	63

*Opção de enunciado escolhida pelos participantes

Os enunciados das competências b, c e d foram escolhidos pela maioria dos participantes dentre as opções sugeridas e de acordo com o que os mesmos consideraram mais adequado para o trabalho do ACS.

O enunciado b) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde foi escolhido por 73,3% dos participantes, o c) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe foi escolhido por 76,6%, já o enunciado d) Participa da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe teve 86,6% da escolha dos participantes.

Gráfico 4 – Nível de Concordância das competências da área de domínio Promoção da Saúde. Porto Alegre, 2014



Após a escolha do enunciado, foram avaliados os níveis de concordância em relação às competências. As competências e) Realiza atividades coletivas como: orientações sobre saúde bucal nas creches e escolas e h) Busca apoio de organizações sociais da comunidade obtiveram respectivamente 60% e 63% de consenso entre os participantes, desta forma não atingindo consenso estabelecido de 75%, sendo excluídas da etapa final, que é a construção do instrumento.

Nas ações relacionadas à Promoção da saúde os ACS trouxeram que participam das ações que são planejadas pela equipe, de variadas formas: “Quem faz o planejamento é a coordenação quando os agentes identificam as situações e informam a equipe (ACS 12).”

Comentário este que vai ao encontro dos enfermeiros: “O planejamento tem que ser feito pelo gestor e coordenador da ESF a partir das situações levantadas pelos ACS (Enf. 16).”

Já, em relação à saúde bucal, não houve consenso entre a opinião dos ACS e dos enfermeiros.

“As ações na minha ESF são planejadas pela coordenadora e a equipe, não há atendimento em saúde bucal mas orientamos a comunidade. Sempre realizamos atividades educativas nas creches e escolas do bairro.” (ACS 10)

Em contrapartida ao que foi comentado pelo ACS, o enfermeiro traz a que não é necessário que o ACS oriente sobre este tema se há a presença do cirurgião dentista na equipe:

“Referente a dar orientações em creches e... sobre a saúde bucal, não tem nem por que o ACS fazer isso, pois já existe o Odontólogo da ESF.” (Enf. 16)

Essa discordância pode estar relacionada ao fato de que muitas unidades com ESF não possuem equipe de Saúde Bucal (ESB) habilitada e que o cirurgião dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal não se fazem presentes, havendo a necessidade de pensar nas orientações que a equipe da ESF, incluindo os ACS, deve dar à população.

A competência que abordava especificamente as atividades referentes a orientações de saúde bucal nas escolas e creches foi excluída por não ter obtido o consenso necessário, mas trata-se de uma atividade de promoção. E, mesmo sem permanecer de forma explícita, está inclusa tanto na realização e organização de grupos, como na realização de atividades educativas.

A área de domínio **Participação e controle social** foi uma área inicialmente criada pela pesquisadora devido à sua relevância para o trabalho do ACS, e as competências para comporem esta área de domínio estavam elencadas originalmente na Promoção da Saúde.

Tabela 6 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Participação e controle social. Porto Alegre, 2014.

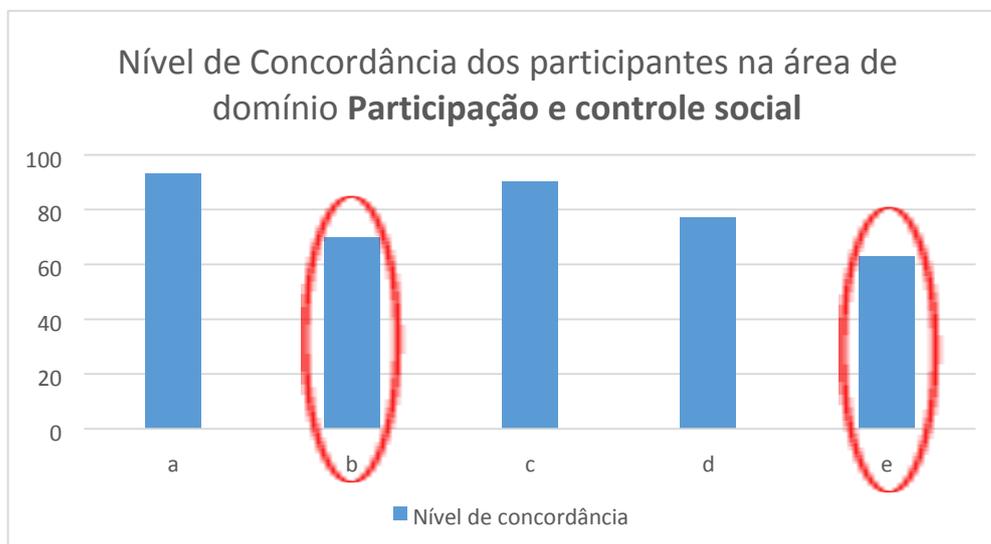
Competências	Média	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
a) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.*	4,6	28	93
b) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	4,1	21	70
c) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	4,6	27	90
d) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.*	4,1	23	77
e) Traz demais segmentos representativos da comunidade para dentro da UBS.	3,9	19	63

*Opção de enunciado escolhida pela maioria dos participantes

Os enunciados das competências a) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença e d) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe foram escolhidos nesta ordem por 80% e 36,6% dos participantes. A competência D obteve um percentual maior, pois os participantes ficaram bastante divididos entre as três opções de enunciados, mas de qualquer forma o enunciado apresentado foi o que obteve escolha da maioria dos participantes da pesquisa.

O gráfico abaixo ilustra o nível de concordância avaliado pelos participantes nesta área de domínio, destacando as competências que não obtiveram o consenso.

Gráfico 5 – Nível de Concordância dos participantes na área de domínio Participação e controle social. Porto Alegre, 2014



Dois competências não obtiveram o consenso de 75% e foram excluídas da construção final do instrumento, são elas: b) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais (70%); e e) Traz demais segmentos representativos da comunidade para dentro da UBS (63%).

Tratando-se da participação e controle social, ainda encontramos alguns entraves e dificuldades trazidos pelos enfermeiros e ACS, principalmente no que se refere à baixa participação da comunidade nestes espaços e a não participação do ACS como um membro do Conselho Municipal de Saúde (CMS):

“A comunidade não é participativa, não sabem o poder de decisão do conselho local e muitas vezes reclama mas não sabe o que acontece na ESF.” (Enf. 5)

“Teria que ser LEI: O ACS ser um membro do Conselho Municipal de Saúde... Mas, em nosso município fomos expulsos do Conselho por ordem do Prefeito anterior...” (ACS 10)

Outra enfermeira trouxe como positiva a participação da comunidade, e embora não citasse diretamente o ACS, fez menção à disponibilização de informações, que não deixa de ser uma atribuição do ACS.

“As lideranças comunitárias são sempre informadas sobre as datas de reuniões do conselho e das atividades da ESF.” (Enf. 10)

Da mesma forma, os espaços de controle social são potenciais para divulgação da forma de funcionamento do serviço, bem como espaços para que a comunidade, trabalhadores e gestores façam trocas de experiências e construam em conjunto melhorias para os serviços de saúde e comunidade.

A área de domínio **Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades** se repete, mas neste momento com o foco em grupos específicos e prioritários os quais devem ser acompanhados frequentemente pelos ACS.

Abaixo, segue uma tabela com as competências desta área de domínio, suas médias, percentual do nível de concordância e soma dos escores 4 e 5 (concordo e concordo muito) da escala de Likert.

Tabela 7 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades. Porto Alegre, 2014

Competências	Média	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
a) Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF. *	4,6	30	100
b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas. *	4,6	30	100
c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas. *	4,5	30	100
d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.*	4,6	29	97
e) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST).	4,7	30	100
f) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	4,7	30	100

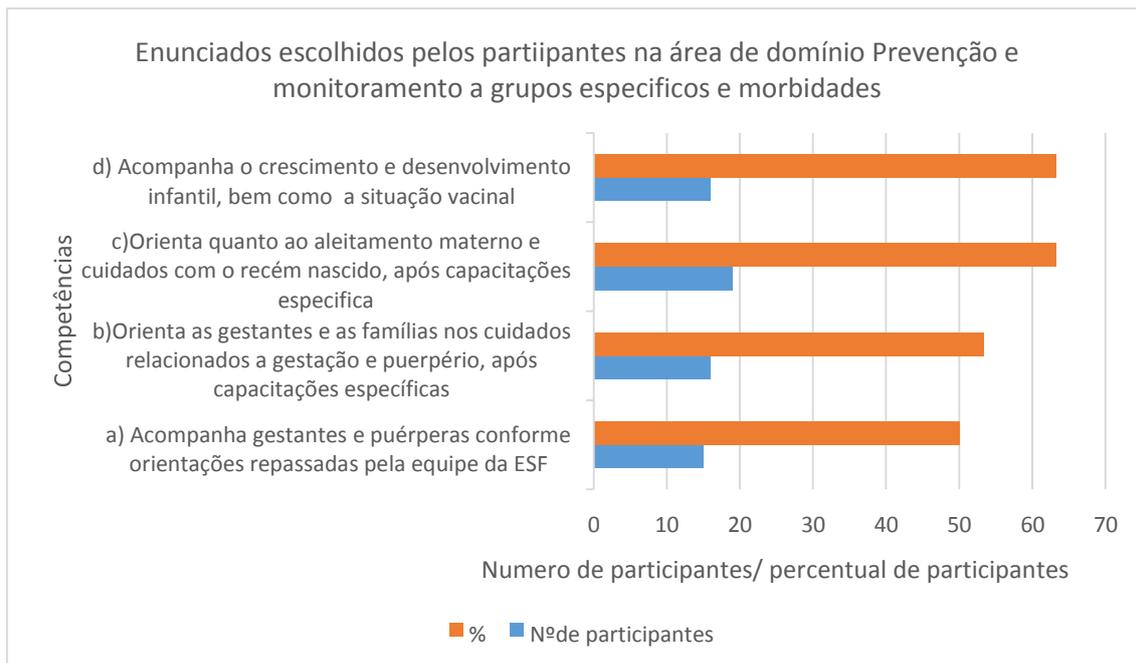
g) Registra os acompanhamentos domiciliares.	4,9	30	100
h) Estimula a participação da gestante nos grupos educativos.	4,3	26	87
i) Reforça a importância da realização do pré-natal.	4,7	30	100
j) Auxilia nas notificações do SINAN.	4,4	23	77
k) Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	4,5	29	97
l) Organiza e disponibiliza um mapa das gestantes e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	4,7	30	100
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.	4,8	30	100

*Opção de enunciado escolhida pelos participantes

Esta área de domínio foi a que, no decorrer da pesquisa, teve o maior número de competências acrescentadas e, após a avaliação do consenso dos participantes, todas se mantiveram e irão compor o instrumento final.

Em relação aos enunciados, as quatro primeiras competências foram as que sofreram pequenas alterações no enunciado na primeira etapa do estudo, visto que os participantes destacaram que as orientações deveriam ser dadas pelos ACS desde que eles fossem capacitados para tal. Dessa forma, os enunciados apresentados foram escolhidos pela maioria dos participantes, conforme ilustrado no gráfico a seguir:

Gráfico 6 – Enunciado escolhido pelos participantes, apresentando número de participantes que escolheram o referido enunciado e seu percentual. Porto Alegre, 2014



Em relação a estas alterações, um ACS trouxe o quanto uma capacitação sobre aleitamento materno qualificou seu trabalho com as gestantes.

“Recentemente fiz uma capacitação em aleitamento materno e me auxiliou muito a desenvolver o trabalho junto às gestantes.” (ACS)

Outro ACS reiterou o quanto as competências elencadas nesta área de domínio fazem parte da sua rotina de trabalho:

“Faz parte do trabalho do ACS acompanhar as gestantes, se estão fazendo o pré-natal, se estão com as vacinas em dia. Quando o bebê nasce fazer a primeira visita e aconselhar a fazer o teste do pezinho, verificar a carteira de vacinas.” (ACS)

O acompanhamento à gestante, puérpera e recém-nascido são agendas prioritárias na ESF, exigindo do ACS acompanhamento e visitas periódicas a estes grupos.

Na área de domínio que se apresenta a seguir, as competências objetivam a realização em conjunto com a equipe de atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da Unidade Básica de Saúde.

Inicialmente as competências serão apresentadas em uma tabela de acordo com os enunciados escolhidos pelos participantes, bem como as médias, soma de escores 4 e 5 da escala de Likert e o percentual referente ao consenso dos participantes.

Tabela 8 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Planejamento e avaliação. Porto Alegre, 2014.

Competências	Média	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.*	4,7	30	100
b) Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.*	4,9	30	100
c) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.*	4,9	30	100
d) Propõe ações intersetoriais.*	4,7	30	100
e) Realiza acompanhamento da microárea.	4,9	30	100
f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	4,3	26	87

*Opção de enunciado escolhida pelos participantes

As competências elencadas nesta primeira apresentação da área de domínio Planejamento e avaliação estão focadas nas atividades mais específicas do território, como cadastramento, atualização de cadastro, planejamento conforme especificidades da microárea, ou seja, atividades que são a força inicial do trabalho do ACS, que é o reconhecimento do território.

Exceto a competência f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade, que obteve 87% de consenso, as demais tiveram o consenso de 100% dos participantes.

Todas as competências desta área de domínio, após a avaliação dos participantes, obtiveram consenso superior a 75%, dessa forma nenhuma foi excluída e permanecerão na construção do instrumento.

Em relação aos enunciados, as competências a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea foi escolhida por 66,6% dos participantes, e as competências b) Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea e c) e d) foram escolhidas por 100% dos participantes. Já a competência d) Propõe ações intersetoriais foi mantida por 73,3% dos participantes, visto que a outra opção era exclusão desta competência.

No que se refere à competência f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade, embora tenha obtido consenso do grupo, uma enfermeira manifestou que discordava que o ACS analise os dados, pois isso deve ser feito pelos profissionais de ensino superior da equipe.

“Discordo, pois acredito que não é competência do ACS analisar os dados, e sim a enfermeira/médico/dentista.” (Enf. 16)

No que se refere a ações de planejamento e avaliação, os ACS ressaltaram que estas são atividades que ocorrem durante as reuniões de equipe, e que a enfermeira, como coordenadora, e sabendo das necessidades de cada microárea, realiza o planejamento das ações.

“Sim, geralmente nas reuniões de equipe são planejadas as ações.” (ACS)

“... e a cada passo do planejamento vou visualizando as pessoas que mais necessitam.” (ACS 5)

“A enfermeira-coordenadora do posto em que trabalho está sempre atenta a tudo o que acontece nas microáreas e sempre planeja ações em saúde, grupo de idosos, gestantes, tabagismo, hipertensos e diabéticos.” (ACS 11)

As questões relacionadas à integração da equipe de saúde com a população local são de extrema importância para o bom andamento do serviço de saúde. Neste quesito o ACS é o elo inicial da equipe com a população, dessa forma as competências listadas abaixo são de extrema importância no trabalho do ACS. Estas foram avaliadas pelos participantes nesta etapa, e foram consideradas as competências que obtiveram um nível de consenso igual ou superior a 75%. Abaixo segue tabela ilustrando as competências desta área de domínio, média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e o percentual referente ao consenso.

Tabela 9 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Integração da equipe de saúde com a população local. Porto Alegre, 2014

Competências	Média	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
a) Identifica a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.	4,9	30	100
b) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	4,8	30	100
c) Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	4,9	30	100
d) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	4,7	28	93

- e) Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade. 4,9 30 100

Em relação a esta área de domínio, os enunciados apresentam-se como no documento do Ministério da Saúde, ou seja, de acordo com o referencial de competências profissionais dos ACS, e nenhuma competência foi acrescentada ou modificada.

Todas as competências obtiveram o consenso estabelecido pela pesquisadora, dessa forma nenhuma será excluída da composição do instrumento final.

No que se refere a esta aproximação do ACS com a comunidade, uma enfermeira destacou que isso deve se dar de forma diária, para que assim o ACS conheça a realidade da sua microárea.

“A participação do ACS junto à comunidade precisa ser diária, sempre levando em consideração a realidade de cada um.” (Enf. 8)

A seguir apresenta-se novamente a área de domínio **Planejamento e avaliação**, com enfoque nestes aspectos de forma mais ampla, mas sempre com base no território, que é o que sustenta o trabalho do ACS.

Tabela 10 – Média, soma dos escores 4 e 5 da escala de Likert e percentual das competências profissionais dos ACS da área de domínio Planejamento e Avaliação.

Porto Alegre, 2014.

Competências	Média	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
a) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.*	4,8	30	100
b) Trabalha em equipe.*	4,5	28	93
c) Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	4,7	30	100
d) Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	4,7	29	97
e) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.*	4,7	28	93
f) Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	4,6	26	87

*Opção de enunciado escolhida pela maioria dos participantes

As modificações de enunciados que foram escolhidas pelos participantes estão presentes nas seguintes competências: a) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde, que foi escolhida por 100% dos participantes; b) Trabalha em equipe, escolhida por 93,3%; e) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais, escolhida por 53,3% dos participantes.

Nesta área de domínio todas as competências obtiveram consenso dos participantes e constituirão o instrumento de avaliação formativa dos ACS.

Em relação a esta etapa de avaliação de consenso, um ACS trouxe que a questão do planejamento e avaliação em sua equipe era feito pela coordenação da ESF de acordo com as necessidades da área adscrita.

“Na minha equipe a coordenação faz o planejamento seguindo sugestões e conforme o acompanhamento das necessidades locais.” (ACS)

Outro ACS trouxe as dificuldades relacionadas a inúmeras atividades que eles devem dar conta durante o dia, deixando implícito que participar do planejamento e avaliação é mais uma destas atividades que os sobrecarregam.

“O ACS precisa encontrar tempo para conseguir dar conta de tantas atividades que precisa realizar ao longo do dia.” (ACS)

Após a apresentação de todos os resultados da avaliação de consenso das oito áreas de domínio em análise, nesta etapa ainda foi solicitado aos participantes que opinassem sobre a periodicidade da avaliação, bem como os critérios para avaliação dos ACS, dados estes que serão apresentados na sequência.

5.3.2 Periodicidade e critérios de avaliação

Nesta etapa ainda foi solicitado aos participantes que opinassem sobre a periodicidade em que a avaliação dos ACS deve ser realizada.

Para 57% dos participantes a avaliação deve ser mensal, para 10% a avaliação deve ser semanal, 26,6% indicaram avaliação semestral, e 6,6%, avaliação trimestral.

Logo, o instrumento proporrá uma avaliação mensal dos ACS no que diz respeito a suas competências profissionais.

Uma das enfermeiras participantes do estudo trouxe a necessidade de se pensar na avaliação como um processo contínuo para qualificar o trabalho do ACS, e que atualmente não ocorre desta forma.

“Este processo deveria ser contínuo o que geralmente ocorre são em datas específicas.” (Enf 8)

Sabe-se que hoje em dia existem poucas atividades que visam à avaliação e formação do ACS, a avaliação está centrada na produtividade e assiduidade e as capacitações acabam sendo específicas, não havendo na maioria das vezes uma sequência das atividades de educação permanente para os ACS. Nesse contexto, os ACS reforçaram o quanto se sentem desvalorizados em relação aos demais profissionais da equipe da ESF.

“Nós, não somos valorizados, às vezes parece que não pertencemos à equipe.” (ACS 2)

No que tange aos critérios de avaliação, 97% dos participantes concordaram com os critérios sugeridos pela pesquisadora e 3% assinalaram que outros deveriam ser utilizados, mas não trouxeram opções e sugestões. Dessa forma, serão utilizados os seguintes critérios, os quais estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 11 – Critérios de avaliação estabelecidos para a avaliação formativa do ACS.

NÍVEIS DE COMPETÊNCIA

0	<u>Nenhum</u> : você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita;
1	<u>Novato/aprendiz</u> : você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita (exemplo: você solicita alguma consulta ou supervisão);
2	<u>Competente</u> : você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita;
3	<u>Proficiente</u> : 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>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

Após finalizada esta análise, deu-se início à construção do Instrumento de Avaliação Formativa do ACS, o qual foi constituído das competências que obtiveram o consenso, descritas

anteriormente, acrescidas dos critérios de avaliação, periodicidade, e dados pessoais, bem como encaminhamento final da avaliação.

5.4 Terceira etapa: validando o instrumento com os participantes

Nesta 3ª rodada apresenta-se o Instrumento de Avaliação Formativa para o ACS, objetivo principal desta pesquisa, o qual é resultado da avaliação criteriosa das competências realizadas por todos participantes do estudo, sejam ACS ou enfermeiros.

O instrumento apresenta-se com cabeçalho de identificação, instruções para aplicação, critérios de avaliação 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 (Apêndice F).

O instrumento foi enviado aos participantes para apreciação, e para verificarem se estavam de acordo com o construto final.

Todos os participantes concordaram com o instrumento final, e manifestaram que o mesmo ficou de acordo com a construção do grupo.

“Estou de acordo...” (ACS 10)

“Gostei muito do resultado.” (Enf. 12)

“O questionário ficou bem fácil de ser manuseado e aplicado.” (Enf. 16)

“Vai ser muito útil.” (Enf. 8)

Referente aos comentários, os enfermeiros mostraram-se bastante interessados na utilização do instrumento, visto que esta era uma necessidade indicada por eles.

Uma das enfermeiras, mesmo tendo concordado com o instrumento final, teceu um comentário, falando da importância de se pensar em incluir, na área de domínio Prevenção a Grupos Específicos e morbidades, o acompanhamento de usuários com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, visto que são grupos prioritários para o trabalho dos ACS.

“Acho que no espaço que se refere aos grupos prioritários, faltou menção ao hipertenso, diabético, tuberculose e hanseníase. São pontos importantes e que o programa solicita acompanhamento diferenciado junto as gestantes e crianças.” (Enf.)

Após o retorno dos participantes, o instrumento foi considerado validado para que seja utilizado como subsidio para avaliação e a educação permanente do ACS.

6 DISCUSSÃO

Quando apresentados para os participantes da pesquisa o referencial de competências do ACS e a proposta do estudo, esperava-se a participação ativa dos sujeitos a fim de contribuir com o objetivo principal, que era a construção do instrumento que futuramente possa auxiliar suas práticas. Tal objetivo foi atingido com êxito, visto que, além da construção coletiva do instrumento, pôde-se alicerçar a discussão em relação à formação do ACS.

Para ser ACS são exigidos por lei apenas a conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2002) e um curso introdutório de formação inicial e continuada (BRASIL, 2009). A formação técnica do ACS é mais recente e conta com o *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde*, elaborado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação (BRASIL, 2004b). A proposta deste é de construir um itinerário formativo visando à profissionalização técnica, para minimizar esta 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 Sistema Único de Saúde (RETSUS).

Os cursos introdutórios, para a inserção do ACS no trabalho em saúde, são curtos em torno de 40 horas, e orientados para aspectos normativos da saúde da família. Para o Ministério da Saúde (2000) o curso introdutório inaugura o necessário processo de educação permanente dos profissionais, e recomenda que estes tenham entre 40 e 80 horas. Logo, a maior parte da formação do ACS vai ocorrer na prática diária, exigindo do enfermeiro um olhar maior e ampliado para o trabalho do ACS, tal como reconhecido pelos participantes enfermeiros e ACS deste estudo.

Quando solicitados a comentar as competências, os participantes relacionaram várias vezes a preocupação com relação à escolaridade e formação dos ACS. Sabe-se que esta “falta de suporte”, ou a insegurança em relação a algumas temáticas geram uma ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe, o que os conduz, por vezes, a uma insatisfação quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebem (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Bornstein e David (2014) ressaltam que a capacitação do ACS deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sendo esta de responsabilidade do instrutor-supervisor, contando com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde.

Sabe-se que, no que tange ao processo de conformação das equipes do PACS e ESF, está previsto que um profissional enfermeiro seja responsável pela supervisão dos ACS. O supervisor precisa ser tratado como elemento-chave, deve ser a pessoa de referência para a atuação do ACS,

orientando suas atividades; alguém que o forma, recicla e atualiza, que tenha disponibilidade integral para o desenvolvimento destas ações (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Segundo Costa (2011), a supervisão por parte do enfermeiro está ligada à sua formação gerencial, e no âmbito do SUS o enfermeiro desenvolve muito esta função. No que diz respeito à supervisão do ACS, está previsto na Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, como uma atribuição específica do enfermeiro, “supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente para os ACS e equipe de enfermagem” (BRASIL, 2006b).

Nascimento e Correa (2008) corroboram nesse sentido, trazendo que a experiência de realizar a capacitação dos agentes comunitários de saúde separadamente dos demais membros da equipe pode potencializar a dificuldade de inserção desses profissionais nas equipes das unidades básicas de saúde e o desconhecimento da sua função. Esse desconhecimento pode prejudicar o grau de autonomia do ACS em determinadas situações, como a realização de grupos educativos e orientações de saúde, tal como sugerido pelos participantes do estudo.

Também a falta de uma formação técnica ou uma educação continuada para o ACS é sinalizada por enfermeiros e médicos como uma diferença entre esse componente da equipe de saúde e seus demais integrantes (BORNSTEIN; DAVID, 2014). Essa falta de formação profissional pode ser um dos motivos para que os ACS não sejam considerados aptos a desenvolverem certas atividades, dependendo para isso de capacitação.

Estudo sobre as competências dos profissionais da ESF mostrou que para o ACS, cuja identidade se constrói no cotidiano do trabalho, valoriza-se a dimensão atitudinal, o ser e conviver (UCHIMURA; BOSI, 2012). Dessa forma, as competências atribuídas aos ACS são relacionais, o que reforça que o trabalho dos ACS é pautado nas relações, e que, por mais atribuições que tenha seu trabalho, elas não possuem enfoque clínico ou administrativo.

A área de domínio prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades foi a que obteve maior número de modificações e de inclusão de competências de caráter clínico, reforçando o modelo biomédico, com o enfoque clínico na doença, o que nesse sentido confirma a necessidade de capacitação e a sinalização da inaptidão dos ACS.

As práticas na ESF devem ser desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar, na medida em que participa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas, com o objetivo comum de promover e manter a saúde da população. A colaboração dos companheiros de equipe é imprescindível para o bom andamento das orientações e cuidados prestados à população, visto que deve haver um envolvimento de toda a equipe em relação aos problemas da comunidade (SANTOS et al., 2011).

No entanto, Sakata e Mishima (2012) indicam a dificuldade dos trabalhadores na Saúde da Família de lidarem com as novas formas de cuidado, com a presença dos novos trabalhadores, que

são os Agentes Comunitários de Saúde, e que ainda há essa diferenciação entre os trabalhadores de nível universitário e os que não o possuem, dessa forma reforçando a presença de relações de poder, superioridade do conhecimento técnico-científico, hierarquia e desigualdades sociais.

Nesse contexto, os ACS relataram a falta de valorização profissional. Em um estudo realizado por Peres et al. (2011), os agentes indicaram como fragilidade do trabalho em equipe as diferenças pessoais; dificuldade de visualizar a totalidade das ações; falta de flexibilidade, comunicação, cooperação, responsabilidade e horizontalização das ações, e revelaram sentir-se o lado mais fraco nas relações.

Além disso, quando o ACS percebe que a relação do serviço com a comunidade não consegue atender às necessidades da população, ele é o primeiro a se culpabilizar, e acaba desvalorizando todo o seu empenho (MENEGUSSI et al., 2014).

Contribui também para este sentimento o reconhecimento profissional do ACS (BRASIL, 2002) posterior à estruturação do controle social no SUS, conforme interpretação de alguns gestores relatada no estudo, com proibição da participação dos ACS nas reuniões dos Conselhos de Saúde.

A Lei nº 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS, considera que “o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários” (BRASIL, 1990). A participação do ACS nestes espaços de controle social tanto pode se dar como profissional da saúde ou usuário, não havendo prerrogativas que impeçam sua participação.

Sabe-se que a profissão do Agente Comunitário de Saúde ainda é nova, e que hoje sua identidade como profissional já foi em parte construída junto com a equipe, ocupando o lugar de articulador entre a comunidade e a equipe de saúde, ampliando o poder de atuação junto à população e qualificando a assistência prestada. E que há um reconhecimento acerca do seu trabalho (BORNSTEIN; DAVID, 2014). Mas ainda há pontos a qualificar e visando à consolidação da sua profissão e estruturação de seu processo de trabalho.

Marzari et al. (2011) destaca que as diferenças técnicas que existem dentro da equipe são características da ESF, não podendo ser vistas como empecilhos à integração do agente na equipe. Pelo contrário, as diferenças técnicas podem ser consideradas como um fator que amplia a possibilidade de universalização do atendimento, pois cada membro da equipe multiprofissional pode analisar as situações do cotidiano de uma forma totalizante, apreendendo as diversas dimensões de uma dada situação. No caso do ACS, ele decodifica as necessidades da população para a equipe.

Um aspecto importante do trabalho do agente comunitário de saúde é que ele assume vários papéis perante a comunidade, indo muito além das atribuições definidas para tal função; por ser ele o representante do poder público e se sentir responsável pelas famílias que atende, a população o

identifica como o articulador entre os problemas pessoais ou coletivos em situações de risco eminente (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Dessa forma, ele é o sujeito que recebe e identifica as necessidades da comunidade e é o portador dessas informações para a equipe. Nesse sentido, considera-se que a inserção do ACS acontece de forma intensa, sobretudo no que tange à linha tênue que o separa entre ser agente comunitário de saúde, morador e usuário do serviço pelo qual trabalha.

Sabe-se que essa dualidade que o ACS enfrenta no trabalho traz um sofrimento e muitas vezes faz com que ele próprio não o reconheça, e que estas atividades desenvolvidas diariamente não tomem uma dimensão tão importante. No que se refere à integração da equipe com a comunidade, quando esta área de domínio foi apresentada trouxe uma surpresa e desvelamento para um ACS da importância daquelas ações: “Achei muito interessante esta etapa.” (ACS 3).

Menegussi et al. (2014) destaca que, frente a isso, torna-se perceptível que a essência desse profissional foi “perdida” no cotidiano de trabalho, devido à justaposição de atividades à rotina administrativa que está presente na ESF. Os autores elencam como um dos motivos dessa sobrecarga o fato de, na maioria dessas unidades, não existirem em seu quadro de funcionários auxiliares administrativos, por exemplo, para contribuir com esse processo de trabalho interno, dessa forma a essência do trabalho do ACS no território fica em segundo plano.

A avaliação das competências profissionais do ACS tem esta função formativa, cujo princípio essencial é o de auxiliar no aprender. A função formativa da avaliação deverá caracterizar-se pela busca do aprimoramento dos agentes comunitários de saúde, à medida 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 (BRASIL, 2004b).

Para Marzari et al. (2011), o perfil adequado do ACS envolve reflexão, sensibilidade, compromisso e reconhecimento de si mesmo como construtor de conhecimento, capaz de produzir um saber/fazer sobre as necessidades reais daquela comunidade.

Frente a isso, destacamos a importância do instrumento construído neste estudo, como uma importante ferramenta para o trabalho do enfermeiro como supervisor e educador, e o quanto sua implantação pode qualificar o trabalho do ACS, fazendo que haja uma observação formativa, reconhecendo os conhecimentos prévios e desenvolvendo em conjunto com a equipe da ESF as competências e habilidades que ainda não estão plenas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou desenvolver um Instrumento de Avaliação Formativa para os ACS, e proporcionou uma avaliação inicial das competências estabelecidas pelo Ministério da Saúde e uma revisitação às atribuições e competências do ACS na ESF.

Como aspecto relevante do estudo, considera-se a participação de enfermeiros e ACS na construção deste instrumento, visto que ambos os grupos, de acordo com suas experiências, fizeram contribuições e trouxeram pontos importantes a serem repensados neste processo de avaliação. De forma que muitas das reflexões proporcionadas neste processo de construção de alguma forma refletiram as suas atuais práticas profissionais.

Devido às condições para a realização do estudo, este foi desenvolvido com um grupo significativo, porém pequeno de participantes, constituindo em uma limitação do estudo. Com isso, recomenda-se que sejam realizados estudos em outras realidades, a fim de ampliar o espectro da pesquisa e dar maior consistência aos resultados, além da implementação e avaliação deste instrumento.

Considera-se importante verificar na prática sua efetividade, aplicabilidade, bem como questões relacionadas ao constructo do instrumento, como: reavaliar a periodicidade da avaliação proposta, visto que o instrumento ficou bastante extenso para dar conta de uma avaliação mensal; e verificar aspectos que não foram contemplados neste momento da pesquisa.

Os resultados evidenciaram a preocupação dos participantes com sua escolaridade, a capacitação para o trabalho, e formação técnica, sua inserção na equipe, a supervisão realizada pelo enfermeiro, grau de autonomia, o espaço e a especificidade do seu trabalho e a valorização do ACS como membro da equipe da ESF.

Sabe-se que a discussão sobre a supervisão e formação dos ACS não se esgota e que este assunto necessita ser mais explorado, mas considera-se positivo este passo em relação à formulação de um instrumento que sirva de subsídio para o trabalho do enfermeiro no que tange às suas funções de supervisão, coordenação e formação dos ACS, bem como o aprimoramento do trabalho dos ACS, visando à melhoria da atenção à população adscrita e a uma valorização maior deste profissional-chave na ESF.

Estas questões relacionadas à formação do ACS impactam muito no seu reconhecimento como profissional de saúde e na construção de sua identidade profissional. Mas é importante destacar que a profissão do ACS é nova, e que já possui uma trajetória de extrema importância no âmbito do SUS.

Sabe-se que possuímos inúmeras dificuldades no que se refere à formação inicial e permanente dos ACS, e que, para muitos profissionais, o ACS não ter uma formação técnica resulta em entraves para o trabalho tanto para o profissional da ESF quanto para o gestor. Mas são situações que não devem ser reforçadas, visto que o ACS é um profissional que integra a equipe mínima da ESF junto do médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem, e que possui o saber popular aliado ao conhecimento referente ao território, o que o torna o elo entre equipe e comunidade. O trabalho do ACS não se assemelha às profissões de saúde tradicionais, trata-se de um trabalhador com identidade comunitária e que realiza tarefas que muitas vezes não se restringem ao campo da saúde, e quando bem realizadas requerem atenção intersetorial devido aos múltiplos aspectos de vida da população.

Logo, com este estudo evidencia-se a necessidade de se pensar na qualificação e formação dos ACS, visto que esta necessidade foi trazida por ambos os grupos no decorrer do estudo, e que há que se avançar neste processo que engloba as questões de educação permanente.

Entende-se que hoje há um novo movimento para retomar a qualificação da formação dos ACS e que se vem estruturando estes cursos, mas que ainda é uma tarefa difícil garantir esta formação técnica em âmbito nacional, e que nesse sentido ainda há muito que se avançar. Contribuem para a formação do ACS, em geral, instrumentos como o desenvolvido nesta investigação, com impacto direto na sua prática e na do enfermeiro, que é responsável pela supervisão do seu trabalho. Com isso, o ACS estará instrumentalizado para saber o que se espera do seu trabalho, como será realizada a sua avaliação e o que deve buscar em termos de conhecimento, atitudes e habilidades a fim de desenvolver as competências necessárias para o seu trabalho.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, M.; RUNCIMAN, P. **ICN Framework of competencies for the generalist nurse**. Geneva: International Council of Nursing, 2003.

ANTUNES, C. **Como transformar informações em conhecimento**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, jan./abr. 2014.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 329-335, set. 2006.

BRASIL. **Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>. Acesso em: 12 fev. 2013.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.html. Acesso em: 11 fev. 2014.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 nov. 2001, Seção 1, p. 37.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2002. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, 2007.
Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br>. Acesso em: 26 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006b.
Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.
Acesso em: 17 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília: MS/MEC, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082-21085.

CAETANO, K. C. **Desenvolvimento e avaliação de um ambiente de aprendizagem virtual em administração em enfermagem**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CHANG, A. M. et al. A Delphi study to validate an advanced practice nursing tool. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 66, no. 10, p. 2320–2330, 2010.

COGO, A. L. P. **Construção coletiva do conhecimento em ambiente virtual: aprendizagem da anamnese e do exame físico de enfermagem**. 2009. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 21 out. 2013.

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

COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. Agentes comunitários de saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2931-2940, nov. 2012.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema único de saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. (Orgs.). **Cadernos de Saúde: caderno planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 301.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 5-15, 2001.

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, abr. 2009.

FEUERWEKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FRY, M.; DURR, G. Current triage practice and influences affecting clinical decision- making in emergency departments in NSW, Australia. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 9, no. 4, p. 227-234, 2001.

GRANT, J. S.; KINNEY, M. S. Using the Delphi Technique to examine the content validity of nurses diagnosis. **International Journal of Nursing Knowledge**, Malden, v. 3, no. 1, p. 12-22, 1992.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Porto Alegre: Penso, 2012.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. **Framework of competencies for the generalist nurse**. Genebra, 2003.

_____. **Framework of Disaster Nursing Competencies**. Genebra: ICN, 2009.

KAULBACH, N. K. et al. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. **BMC Family Practice**, London, v. 13, no. 27, p. 1-9, 2012.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LOPES, D. M. Q. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer: sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, jun. 2012.

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, set. 2007.

MARZARI, C. K. et al. Agentes comunitários de Saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 873-880, mar. 2011.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. Z., GOMBERGH.E. (Orgs.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão, Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana, Editora da UFBA, 2009. p. 29-56.

MENEGUSSI, J. N. et al. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 87-106, jan./abr. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MUNIZ, J. N. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, abr./jun. 2005.

NASCIMENTO, E. P. L. et al. 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.

PAIVA, K. C. M.; MELO, M. C. O. L. Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 339-368, abr./jun. 2008.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

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. 905-911, ago. 2011.

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

_____. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens entre duas lógicas**. Porto Alegre: ARTMED, 1999b.

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

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**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 109-112, jan./fev. 2008.

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, jun. 2012.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1023-1028, mar. 2011.

SCARPARO, A. F., et al. Reflexões sobre o uso da técnica delphi na pesquisa em enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SILVA, A. B. S. **A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermeira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências – Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, A. M. et al. Utilização da técnica Delphi *on-line* para investigação de competências: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 348-351, jun. 2009.

SOARES, E. M. S.; RIBEIRO, L. B. M. Avaliação formativa: um desafio para o professor. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO DE ENGENHARIA, 19., 2001, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: COBENGE, 2001. p. 58-62.

TELESSAÚDE/RS. **Apresentação [Programa Telessaúde do Rio Grande do Sul]**. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/telessauders/inicial/conheca-o-telessauders/apresentacao>. Acesso em: 01 nov. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1997.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Abilities and skills among family health strategy workers. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 149-160, jan./mar. 2012.

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, p. 1, 2006.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuições à construção das funções essenciais em saúde pública**. Ribeirão Preto: USP, 2005. 337 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVANAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

APÊNDICE A – Convite**CONVITE**

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

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

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

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

Vimos por meio deste 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 instrumento para a avaliação formativa dos Agentes Comunitários de Saúde das Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família participantes do programa Telessaúde/RS.

A coleta de dados se dará em três etapas. Sua participação consiste no preenchimento de um instrumento que será disponibilizado no ambiente virtual do Telessaúde.

Agradecemos sua participação.

Mda. Andrea Gonçalves Bandeira
Pesquisadora Discente
PPGEnf-UFRGS -

Dr^a Regina Rigatto Witt
Pesquisadora Responsável
PPGEnf-UFRGS

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido*

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: Mestranda Andrea Gonçalves Bandeira – deiabandeira@hotmail.com

Pesquisador Responsável: Prof. Dr^a Regina Rigatto Witt- regina.witt@ufrgs.br, Endereço: São Manoel, 963 Sala: 220, telefone: (51) 3308-5226- ramal 5089.

Como participante ativo no processo de trabalho e avaliação do ACS no âmbito do Programa TELESSAÚDE/RS, lhe convidamos para participar da pesquisa intitulada: “Avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF)”, que tem como objetivo geral desenvolver um instrumento para a avaliação formativa dos Agentes Comunitários de Saúde, e objetivos específicos: analisar a adequação das competências propostas para os Agentes Comunitários de Saúde para a construção de um instrumento de avaliação formativa; construir um instrumento para avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde baseado no perfil de competências profissionais; Contribuir para a estruturação de um processo de avaliação formativa utilizando o instrumento e um ambiente virtual.

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

A coleta de dados se dará em três etapas, e todas serão desenvolvidas no ambiente virtual. 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. 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 Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; telefone: 33598304.

De acordo _____

_____, ____/____/____

Participante

Pesquisador

*Duas vias de igual teor: uma destinada à pesquisadora e outra ao (a) participante.

APÊNDICE C - Questionário de coleta de dados

Avaliação formativa do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família

Este questionário compõe a primeira etapa do estudo, o qual tem como objetivo desenvolver um instrumento para a avaliação formativa dos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde participantes do projeto Telessaúde/RS.

Para construção deste instrumento foi utilizado o perfil de competências dos ACS estabelecido pelo Ministério da Saúde. Estas estão organizadas em cinco áreas de domínios, dentre os quais o planejamento e avaliação se apresentam duas vezes, com competências diferenciadas. E, frente à importância da participação e do controle social, foi criada esta área de domínio, e as competências para sua criação foram extraídas do domínio promoção de saúde, onde originalmente estavam elencadas. As competências foram organizadas de forma a permitir a avaliação do ACS no seu processo de trabalho, tendo em vista que estas se relacionam, e do atendimento de uma decorre a necessidade do desempenho das demais.

Compete aos ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de 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.

Desde já agradeço por sua participação!

Atenciosamente

Andréa Gonçalves Bandeira

O questionário a seguir apresenta esquemas de competências, relacionados à prática profissional do ACS. De acordo com seus conhecimentos e experiências, você poderá excluir ou modificar, sendo possível realizar algum comentário que julgar necessário para contribuição ao estudo.

1-Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário

- a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.
- b) Informa a equipe de saúde e a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação.
- c) Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.
- d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.
- e) Implementa processos de reflexão, junto aos indivíduos e grupos sociais.
- f) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.

Das competências acima listadas:

Quais você excluiria?

Quais você modificaria?

Quais você acrescentaria?

Alguma destas competências deveria ser deslocada para outro domínio?

Comentário ou sugestões:

2-Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades

- a) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.
- b) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.
- c) Comunica à Unidade Básica de Saúde da respectiva microárea os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.
- d) Estimula indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar.
- e) Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.

Das competências acima listadas:

Quais você excluiria?

Quais você modificaria?

Quais você acrescentaria?

Alguma destas competências deveria ser deslocada para outro domínio?

Comentário ou sugestões:

3- Promoção da Saúde

- a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.
- b) Estabelece articulação com os equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e outros).
- c) Organiza grupos de discussão.
- d) Realiza atividades educativas.

Das competências acima listadas:

Quais você excluiria?

--

--

Quais você modificaria?

Quais você acrescentaria?

Alguma destas competências deveria ser deslocada para outro domínio?

Comentário ou sugestões:

4 - Participação e controle social

- a) Implementa processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.
- b) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.
- c) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.
- d) Participa de reuniões do conselho local de saúde e outros conselhos.

Das competências acima listadas:

Quais você excluiria?

Quais você modificaria?

Quais você acrescentaria?

Alguma destas competências deveria ser deslocada para outro domínio?

Comentário ou sugestões:

5-Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades

- a) Apoia o acompanhamento da gravidez e puerpério conforme orientações da equipe de saúde.
- b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério.
- c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.
- d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.
- e) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST).
- f) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.
- g) Registra os acompanhamentos domiciliares.

Das competências acima listadas:

Quais você excluiria?

Quais você modificaria?

Quais você acrescentaria?

Alguma destas competências deveria ser deslocada para outro domínio?

Comentário ou sugestões:

6 - Planejamento e avaliação

- a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.
- b) Realiza cadastro das famílias das famílias de sua microárea.
- c) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento.

- d) Propõe ações intersetoriais.
- e) Realiza acompanhamento da microárea.

Das competências acima listadas:

Quais você excluiria?

Quais você modificaria?

Quais você acrescentaria?

Alguma destas competências deveria ser deslocada para outro domínio?

Comentário ou sugestões:

7 - Integrações 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.
- b) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.
- c) Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.
- d) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.

Das competências acima listadas:

Quais você excluiria?

Quais você modificaria?

--

--

Quais você acrescentaria?

Alguma destas competências deveria ser deslocada para outro domínio?

Comentário ou sugestões:

8 - Planejamento e avaliação

- a) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.
- b) Trabalha em equipe.
- c) Prioriza os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.
- d) Realiza ações que possibilitem o conhecimento pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.
- e) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.

Das competências acima listadas:

Quais você excluiria?

Quais você modificaria?

Quais você acrescentaria?

Alguma destas competências deveria ser deslocada para outro domínio?

Comentário ou sugestões:

APÊNDICE D - Questionário de coleta de dados 2

2ª Etapa da pesquisa: COMPETÊNCIAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SUBSÍDIO PARA A AVALIAÇÃO FORMATIVA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezados (as) Enfermeiros(as) e ACS,

Inicialmente gostaria de agradecer a participação e contribuição de todos nesta pesquisa. Finalizado o período de coleta da 1ª da etapa, envio este novo instrumento, o qual traz um *feedback* da primeira etapa, apresentando as modificações, exclusões e novas competências que foram sugeridas.

Com isso, para algumas competências, foram elaborados novos enunciados. Estes estão apresentados junto aos originais, e nesta rodada pedimos que escolha qual seria o mais adequado.

Neste caso, após esta escolha, o questionário apresentará os esquemas de competências resultantes da primeira etapa, adicionadas de uma escala de Likert com valores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para que manifestem seu grau de concordância com as competências, e se as mesmas estão adequadas à prática do ACS.

As competências estão dispostas por área de domínio. Ao final de cada uma há um espaço para comentários que julgar necessários.

Nesta etapa ainda constam no instrumento questões a respeito periodicidade para a realização da avaliação e indicação de critérios para a avaliação.

Desde já agradeço a participação de todos!

Reiterando que a colaboração de vocês é muito importante para o desenvolvimento deste trabalho, solicito que este instrumento seja respondido até o final de setembro.

Atenciosamente

Andrea Bandeira
Mestranda do PPGEnf/ UFRGS

ÁREA DE DOMÍNIO 1: Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário. *

a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos.

	1	2	3	4	5
Discordo muito	<input type="radio"/>				
					Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 1 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

b) Informa a equipe de saúde e a população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação.

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.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5
Discordo muito	<input type="radio"/>				
					Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 1 *

c) Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.

	1	2	3	4	5
Discordo muito	<input type="radio"/>				
					Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 1 *

d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.

	1	2	3	4	5
Discordo muito	<input type="radio"/>				
					Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 1 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

e) Implementa processos de reflexão, junto aos indivíduos e grupos sociais[.]

A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.

Estimula processos de reflexão, junto aos indivíduos e grupos sociais.

Fomenta processos de reflexão, junto aos indivíduos e grupos sociais. Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 1 *

f) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo Muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 1- COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

g) Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente a situação de risco.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 1

Comentários:

ÁREA DE DOMÍNIO 2 - Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbididades *

a) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.

	1	2	3	4	5	
	<input type="radio"/>	Concordo muito				
Discordo						

ÁREA DE DOMÍNIO 2 *

b) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.

ÁREA DE DOMÍNIO 2 - COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

f) Sensibiliza os gestores públicos para uma melhor inclusão social destes indivíduos e/ou grupos.

1 2 3 4 5
 Discordo muito Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 2 - COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

g) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.

1 2 3 4 5
 Discordo muito
 Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 2

Comentários:

ÁREA DE DOMÍNIO 3- Promoção da Saúde *

a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.

1 2 3 4 5
 Discordo muito
 Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 3 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento:

- b) Estabelece articulação com os equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e outros).
- Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: 3- Promoção da Saúde *

1 2 3 4 5
 Discordo muito
 Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 3 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher

- qual a mais adequada para compor o instrumento. c) Organiza grupos de discussão.
 Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.

Exclusão da competência – foram sugeridas 2 exclusões.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 3 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- d) Realiza atividades educativas.
 Participa da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 3 - COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

e) Realiza atividades coletivas como: orientações sobre saúde bucal nas creches e escolas.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 3 - COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

Orienta sobre hábitos saudáveis como a prática de exercícios, alimentação, sono e repouso.

	1	2	3	4	5	
Discordo	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 3 - COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

f) Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família.

	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	--

○ ○ ○ ○ ○

Discordo Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 3 - COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

g) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.

1 2 3 4 5

○ ○ ○ ○ ○

Discordo Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 3

Comentários:

--	--

ÁREA DE DOMÍNIO 4- Participação e controle social *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- a) Implementa processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.
- Cria um espaço reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.
- Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

1 2 3 4 5

Discordo Concordo muito

○ ○ ○ ○ ○

ÁREA DE DOMÍNIO 4 *

b) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.

1 2 3 4 5

Discordo Concordo muito

○ ○ ○ ○ ○

ÁREA DE DOMÍNIO 4 *

c) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 4 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- d)Participa de reuniões do conselho local de saúde e outros conselhos.
 Participa de reuniões do conselho local de saúde e de conferências de saúde.

- Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe[.]

ÁREA DE DOMÍNIO 4 - COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

e) Trazer os demais segmentos representativos da comunidade para dentro da UBS.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 4

Comentários

--

ÁREA DE DOMÍNIO 5- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- a) Apoia o acompanhamento da gravidez e puerpério conforme orientações da equipe de saúde.

- Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF.

- Apoia o acompanhamento da gravidez e puerpério conforme orientações da equipe de saúde, após capacitações específicas.

Após ter escolhido o enunciado mais adequada para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	--

Discordo muito

Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 5 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério.
- Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

1 2 3 4 5

Discordo muito

Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 5 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.
- Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

1 2 3 4 5

Discordo muito

Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 5 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.
- Apoia o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

1 2 3 4 5

Discordo muito

Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 5 *

d) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST).

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 5 *

e) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 5 *

f) Registra os acompanhamentos domiciliares.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 5- COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

g) Estimula a participação da gestante nos grupos educativos.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 5- COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

h) Reforça a importância da realização do pré-natal.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 5- COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

i) Auxilia nas notificações do SINAN.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 5- COMPETÊNCIA ACRESCENTADA *

ÁREA DE DOMÍNIO 6 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- b) Realiza cadastro das famílias das famílias de sua microárea.



Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 6 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.



- c) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento.

- Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 6 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

- a) Propõe ações intersetoriais.



Exclusão de competência – sugerida1 exclusão

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 6 *

- f) Realiza acompanhamento da microárea.

	1	2	3	4	5	
Discordo muito	<input type="radio"/>	Concordo muito				

ÁREA DE DOMÍNIO 7 *

d) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.

1 2 3 4 5
 Discordo muito Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 7 *

e) Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.

1 2 3 4 5
 Discordo muito Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 7

Comentários:

ÁREA DE DOMÍNIO 8- Planejamento e avaliação *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

a) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.

Exclusão de competência – sugerida 1 exclusão

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

1 2 3 4 5
 Discordo muito Concordo muito

ÁREA DE DOMÍNIO 8 *

Abaixo seguem a competência original e a sugestão de modificação, você poderá escolher qual a mais adequada para compor o instrumento.

b) Trabalha em equipe.

Exclusão de competência – sugerida 1 exclusão

Após ter escolhido o enunciado mais adequado para prosseguir neste domínio, avalie seu nível de concordância: *

ÁREA DE DOMÍNIO 8

Comentários:

PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO. A seguir indique qual a periodicidade que você considera ideal para a avaliação formativa. *

Relembrando: "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 (BRAGA; SILVA, 2006)", servindo de parâmetro para a educação permanente.

Quinzenal

Mensal

Semestral

Anual

Outro:

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO: A seguir, solicitamos que indique quais os critérios que você considera mais adequados para realizar uma avaliação baseada nestas competências. Para isso, estamos fazendo uma sugestão. *

NÍVEIS DE COMPETÊNCIA:

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 Competente: você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita;

3 Proficiente: 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>> Concordo

com estes critérios.

Indico outros critérios.

Outro:

APÊNDICE E - Cálculo de média, moda e a soma de respostas concordo e concordo muito (4 e 5 na escala de Likert), percentual referente ao nível de concordância dos participantes.

Domínio/ Competências	Média	Moda	Soma (4 e 5)	Percentual (%)
1-Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário				111
a) Identifica as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos	4,7	5	30	100
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*	4,7	5	30	100
c) Orienta moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	4,7	5	28	93
d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	4,6	5	28	93
e) A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão	4,5	5	28	93
f) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	4,3	5	21	70
g) Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma podem colaborar frente a situação de risco.	4,2	5	24	80
2-Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbidades				
a) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	4,6	5	29	97
b) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	4,7	5	28	93
c) Comunica a equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	4,9	5	30	100
d) Estimula indivíduos, famílias e grupos a participar de	4,6	5	28	93

programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.

e) Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais	4,7	5	28	93
f) Sensibiliza os gestores públicos para uma melhor inclusão social destes indivíduos e/ou grupos	3,4	3	12	40
g) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas	4,0	5	23	77

3- Promoção da Saúde

a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	4,6	5	28	93
b) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde	4,5	5	28	93
c) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe	4,5	5	28	93
d) Participa da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe	4,6	5	30	100
e) Realiza atividades coletivas como: orientações sobre saúde bucal nas creches e escolas	3,8	5	18	60
f) Orienta sobre hábitos saudáveis como a prática de exercícios, alimentação, sono e repouso.	4,4	5	23	77
g) Planeja as ações em saúde integrado com a equipe de saúde da família	4,7	5	29	97
h) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	3,8	5	19	63

4- Participação e controle social

a) Estimula processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.	4,6	5	28	93
b) Mobiliza a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais	4,1	5	21	70
c) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde	4,6	5	27	90
d) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive enquanto conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe	4,1	5	23	77

e) Traz demais seguimentos representativos da comunidade para dentro da UBS	3,9	5	19	110 63
---	-----	---	----	-----------

5- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades

a) Acompanha gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF	4,6	5	30	100
b) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados a gestação e puerpério, após capacitações específicas.	4,6	5	30	100
c) Orienta quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas	4,5	5	30	100
d) Acompanha o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal	4,6	5	29	97
e) Orienta indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST).	4,7	5	30	100
f) Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis	4,7	5	30	100
g) Registra os acompanhamentos domiciliares.	4,9	5	30	100
h) Estimula a participação da gestante nos grupos educativos;	4,3	5	26	87
i) Reforça a importância da realização do pré natal	4,7	5	30	100
j) Auxilia nas notificações do SINAN	4,4	5	23	77
k) Orienta o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência	4,5	5	29	97
l) Organiza e disponibiliza um mapa das gestantes e puérperas na UBS para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período	4,7	5	30	100
m) Orienta as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados a gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 7ª dia de vida à todos RNs do território.	4,8	5	30	100

6-Planejamento e avaliação

a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua micro área	4,7	5	30	100
b) Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua micro área	4,9	5	30	100
c) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	4,9	5	30	100
d) Propõe ações intersetoriais.	4,7	5	30	100
e) Realiza acompanhamento da micro área.	4,9	5	30	100
f) Analisa os dados coletados de sua micro área, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade	4,3	5	26	87
g) Reúne-se com a enfermeira para avaliar e planejar as ações em saúde	4,6	5	24	80

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.	4,9	5	30	100
b) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	4,8	5	30	100
c) Encaminha para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da micro área, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde	4,9	5	30	100
d) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	4,7	5	28	93
e) Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas a aproximação entre equipe e comunidade.	4,9	5	30	100

8-Planejamento e avaliação

a) Participa da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.	4,8	5	30	100
b) Trabalha em equipe	4,5	5	28	93
c) Prioriza os problemas de saúde da população de sua micro área de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	4,7	5	30	100
d) Realiza ações que possibilitem o conhecimento pela população local, das informações obtidas nos levantamentos sócios epidemiológicos realizados pela equipe de saúde	4,7	5	29	97
e) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	4,7	5	28	93
f) Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los	4,6	5	26	87

APÊNDICE F - Instrumento de Avaliação Formativa do Agente Comunitário de Saúde

Prezados (as) Enfermeiros (as) e ACS,

Nesta 3ª rodada estamos apresentando o instrumento de avaliação formativa para o ACS desenvolvido nesta pesquisa, resultado da avaliação das competências empreendidas por vocês.

Nesta etapa, após apreciação do grupo, o instrumento será considerado validado e passará por um período de implantação para que seja avaliada sua efetividade tanto como subsídio para o trabalho do enfermeiro, quanto para a educação permanente do ACS.

Gostaria de agradecer a participação e contribuição de todos nesta pesquisa.

Desde já, agradeço por sua participação!

Atenciosamente,

Andrea Gonçalves Bandeira

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 seguinte escala de níveis de competência. Esta irá orientar o processo de avaliação e formação, pois define a respectiva necessidade de capacitação.

NÍVEIS DE COMPETÊNCIA

0	<u>Nenhum</u> : você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita;
1	<u>Novato/aprendiz</u> : você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita (exemplo: você solicita alguma consulta ou supervisão);
2	<u>Competente</u> : você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita;
3	<u>Proficiente</u> : 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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
d) Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
e) A partir de suas orientações, sensibiliza os usuários (indivíduos ou grupos sociais) a processos de reflexão.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
f) Mobiliza outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que de alguma forma possam colaborar frente a situação de risco.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)

2-Prevenção em monitoramento a grupos específicos e morbidades	
a) Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
b) Orienta famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
c) Comunica à equipe de saúde da ESF ou EACS os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
e) Sensibiliza familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
f) Realiza atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
3-Promoção da Saúde	
a) Identifica situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)

b) Estabelece articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
c) Realiza atividades educativas com o apoio da equipe.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
d) Participa da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
e) Planeja as ações em saúde de forma integrada com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
f) Busca apoio de organizações sociais da comunidade.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)

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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
b) Estimula a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
c) Participa ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)

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

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

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 Recém Nascidos do território.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
6-Planejamento e avaliação	
a) Faz mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
b) Realiza e atualiza cadastro das famílias de sua microárea.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
c) Consolida e analisa os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
d) Propõe ações intersetoriais.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
e) Realiza acompanhamento da microárea.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
f) Analisa os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
g) Reúne-se com o enfermeiro para avaliar e planejar as ações em saúde.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)

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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
b) Orienta os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
d) Promove a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
e) Participa ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
b) Trabalha em equipe.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
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</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)

d) Realiza ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
e) Participa de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
f) Participa da análise dos indicadores de saúde do território e identifica e planeja as ações necessárias para melhorá-los.	<i>Nenhum</i> (0) <i>Novato</i> (1) <i>Competente</i> (2) <i>Proficiente</i> (3)
Encaminhamentos	

Enfermeiro Supervisor

Agente Comunitário de Saúde

ANEXO A – Parecer CONEP/HCPA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

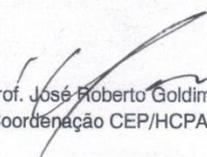
Projeto: 07-402

Pesquisador Responsável
ERNO HARZHEIM

Título: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO DE TELESSAÚDE SOBRE CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RS

TCLE SUBPROJETO 06	Data da Versão: 17/04/2013
---------------------------	--------------------------------------

Este documento referente ao projeto acima foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA

ANEXO B – Carta CONEP/HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

Carta Nº: 25789

Ao pesquisador responsável

Projeto: 07-402

Reg. CONEP:

CAAE: 0374.0.001.165-07

Título: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO DE TELESSAÚDE SOBRE CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RS

Pesquisador Responsável: ERNO HARZHEIM

Em 18/03/2013 os pesquisadores encaminharam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente ao subprojeto 06. No entanto, faz-se necessárias algumas modificações:

- 1) Deverá constar o endereço da pesquisadora responsável na instituição de sua origem (sala, andar) e o telefone celular deverá ser retirado. O telefone celular da aluna também deverá ser retirado.
- 2) Informar por extenso o significado de todas as siglas na primeira vez da citação (ex. ACS, CEP).
- 3) Informar os objetivos do projeto.
- 4) Descrever os possíveis desconfortos (por exemplo podemos pensar no desconforto do tempo a ser disponibilizado no ambiente virtual, ou no desconforto em relação a alguma das questões/situações apresentadas...).
- 5) Não é necessário a frase informando que a pesquisa destina-se a elaboração de uma dissertação de mestrado.
- 6) O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) a ser disponibilizado para esclarecimentos éticos aos participantes é o do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o qual aprovou o estudo. O telefone também precisa ser corrigido (3359 8304).
- 7) Os campos de assinatura devem ser revistos. Quem assina o TCLE é o (ou um dos) pesquisador (es) que o aplica. Deverá constar um campo para preenchimento do nome (o qual não deve estar previamente digitado - o preenchimento deverá ser manualmente após a aplicação) e um campo para assinatura do pesquisador (não especificar qual).
- 8) Incluir campo para nome do participante e campo para assinatura. No TCLE apresentado consta apenas campo para nome do participante.
- 9) Também não faz-se necessária a frase referente a elaboração do TCLE conforme Resolução 196/96. A frase referente as duas vias, sim, é necessária.

Aguardamos nova versão para avaliação.

Atenciosamente,

Porto Alegre, 10 de abril de 2013.


 José Roberto Goldim
 CEP/HCPA