



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GESTÃO DE SISTEMA DE SAÚDE

LIVIA MARIA GOES DE ARAUJO COHIM SILVA

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA
FORMAÇÃO TÉCNICA DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE: DESEMPENHO
FINAL**

Salvador
Abril de 2010

Livia Maria Goes de Araujo Cohim Silva

Instrumento de avaliação da formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde: desempenho final

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

Salvador - Bahia
Abril de 2010

Ficha Catalográfica elaborada por: Dilma Alves Cabral/CRB5 517

S581i

Silva, Livia Maria Goes de Araujo Cohim.
Instrumento de avaliação da formação Técnica do
Agente Comunitário de Saúde: desempenho final /
Livia Maria Goes de Araujo Cohim Silva. Salvador:
UFBA/SESAB, 2010.
72 p.

Dissertação (mestrado profissional) Instituto de Saúde
Coletiva. Universidade Federal da Bahia

1. Instrumento de avaliação. 2. Agente Comunitário de
Saúde. 3. Educação profissional de nível médio. I. T.

CDU
371.214:614

Livia Maria Goes de Araujo Cohim Silva

Instrumento de avaliação da formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde: desempenho final

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data da aprovação: 29 de março de 2010

Banca Examinadora:

Profa. Dr^a. Maria Guadalupe Medina – Instituto Saúde Coletiva /UFBA

Profa. Dr^a. Mariângela Silva de Mattos - Faculdade de Odontologia/UFBA

Profa. Dr^a. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha - Instituto Saúde Coletiva/UFBA

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Angélica pelo carinho, dedicação e sabedoria com que me orientou na construção deste trabalho.

Ao meu marido, Estácio e aos meus filhos, Daniel e Victor pelo companheirismo, compreensão, amor e incentivo para enfrentar mais este desafio.

A Maria José e Ester pelo apoio essencial na realização deste mestrado.

Aos colegas da EFTS pela cooperação e palavras de encorajamento para seguir o caminho, em especial a Raimunda e Conceição, pela compreensão dos momentos em que precisei estar ausente dos compromissos de trabalho. A Catharina e Rita pelos debates esclarecedores. A Dilma pela correção bibliográfica. A Renivaldo pela paciência e colaboração tecnológica. A ajuda de vocês foi fundamental.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva, por seus ensinamentos e por terem contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

Muito obrigada!

“Cumpra ao educador, à educação, auxiliar ao crescimento de ser humano, livre de prêmio e de punição, para que ele mesmo tenha o discernimento do essencial da vida”. (OCIDEMNTE, 1995).

RESUMO

A formação do agente comunitário de saúde (ACS) é uma estratégia que contribui para a melhoria do cuidado à população. Um programa de formação é bem sucedido quando os participantes desenvolvem os conhecimentos, os comportamentos e as habilidades esperadas, através de processos de aprendizagem fomentados por métodos e meios adequados, de forma a satisfazer as necessidades do indivíduo e da organização em que se insere. A necessidade de dimensionar o desempenho final dos egressos dessa formação, por meio de uma avaliação, é de interesse e importância para os atores envolvidos, possibilitando conhecer o resultado dessa formação na prática para rever e subsidiar a melhoria da sua atuação. Este estudo objetiva a construção e validação do instrumento para avaliação de desempenho final, do módulo I da formação técnica dos ACS no estado da Bahia. O processo de elaboração foi desenvolvido em sete etapas, quais sejam: análise documental; construção do modelo lógico; construção da primeira versão do instrumento; a validação por seis especialistas; aplicação preliminar num grupo de nove ACS em duas equipes de saúde da família num município de pequeno porte da região metropolitana de Salvador; revisão do teste para a definição do instrumento final com índices adequados de validade e de fidedignidade; e finalmente, a construção do roteiro preliminar de aplicação com sugestão de critérios de análise de dados. O instrumento focaliza o módulo I do itinerário formativo do ACS que é composto de 03 módulos em sua totalidade. Consta de duas partes, a primeira visa obter dados de identificação e a segunda busca sintetizar os conhecimentos, as habilidades necessárias para desenvolverem as competências propostas na formação.

PALAVRAS-CHAVE: Instrumentos de avaliação. Formação técnica. Agente Comunitário de Saúde. Desempenho final. Competências

ABSTRACT

The formation of the community health agent is a strategy that contributes to the enhancement of the care of the population. A formation program is successful when the participants develop the knowledge, comporment and expected skills, through the learning processes provoked by the adequate methods and means, in such way that is able to fulfill the needs of the subject and of the organization in which he is insert. The need of size the final accomplishment of the graduates of this formation is interesting and important for all of the actors involved in this process, making possible to meet the result of this formation at the reality. That way, the graduates can analyze their actions as health agents and so try to improve it. This research goals the construction and validation of a final accomplishment evaluation instrument, to the Module I of the technical formation of the communitary health agents in Bahia. The process of elaboration was developed in seven parts, which are: documental analysis; construction of the logic model; construction of the first version of the instrument; the validation by six specialist; preliminary application in a group of nine graduates, in two groups of family health, in a small city of metropolitan region of Salvador; the review of this test, looking forward to defining the final instrument of evaluation with adequate taxes of validity and trust; and, finally, the construction of the preliminary script of application, with suggestion of standards of data analysis. The instrument focuses the module 1 of the itinerant formation of health agents, which is composed by 3 modules in totality. It has two parts: the first goals to collect identification data; the second looks forward to synthesize the knowledge, the needed skills to develop the competences proposed in the formation course.

Key-words: Evaluation instruments. Technical formation. Community health agent. Final accomplishment. Competences.

RESUMEN

La formación del agente comunitario de salud es una estrategia que ayuda los cuidados con la población. Un programa de formación es un suceso cuando los participantes desarrollan los conocimientos, los comportamientos y las habilidades esperadas, por medios de procesos de aprendizaje fomentados por métodos y medios adecuados, de forma que satisfaga las necesidades del individuo y de la organización en la cual él esté. La necesidad de dimensionar el desempeño final de los egresos de esa formación, por medio de una evaluación, es de interés e importancia, por parte de los actores implicados, posibilitando conocer los resultados de esa formación en práctica para que puedan rever y subsidiar la mejoría de suyas actuaciones. Este estudio ten por finalidad la construcción e validación de un instrumento para evaluación del desempeño final, del módulo I de la formación técnica de los agentes comunitarios de salud de la provincia de Bahia. El proceso de elaboración fue desarrollado en siete pasos: análisis de documentos; la construcción del modelo lógico; construcción de la primer versión del instrumento; la validación por seis especialistas; aplicación preliminar en un grupo de nueve ACS (agentes comunitarios de salud) en dos equipos de salud de la familia en una ciudad pequeña en la región de gran Salvador; revisión del test para la definición del instrumento final con índices adecuados de validez y fidelidad; y por fin, la construcción de la hoja de ruta preliminar de solicitud con la sugerencia de los criterios de análisis de datos. El instrumento tiene su foco en el módulo I en la ruta de formación del ACS que es compuesta por 3 módulos en su totalidad. Contiene dos partes, la primer tiene por objetivo obtener datos de identificación y la según busca sintetizar los conocimientos, las habilidad necesarias para que desarrollen las competencias propuestas en la formación.

Palabras claves: Instrumentos de evaluación. Formación técnica. Agente Comunitario de Salud. Desempeño final. Competencias.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - Esquema da avaliação formativa da EFTS

FIGURA 02 - Modelo Lógico do Módulo I – Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde, Bahia

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 01 – Matriz de categorias, dimensões e objetivos propostos do instrumento de avaliação do desempenho final do módulo I da formação técnica do ACS.

TABELA 01 - Escore de desempenho final

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BA - Bahia

CF – Constituição Federal

CNE – Conselho Nacional de Educação

EFTS - Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

ETSUS - Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

ME - Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NOB/RH-SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RCN – Referencial Curricular Nacional

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SF - Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 ELEMENTOS CONCEITUAIS E TEÓRICOS	19
3.1 Trabalho em Saúde	19
3.2 Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde	22
3.2.1 Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....	24
3.4 Curso Técnico dos ACS.....	27
3.5 O módulo I na Bahia	29
3.6 Avaliação	34
3.6.1 Avaliação do Processo Pedagógico	36
3.6.2 Instrumentos de avaliação.....	39
3.6.3 Avaliação do módulo I.....	42
4 METODOLOGIA.....	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE	64

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição Federal do Brasil consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais, incluindo, dentre outros, a saúde como direito de todos e dever do Estado, elevando à condição de relevância pública as ações e serviços de saúde. A tradução dos princípios constitucionais resulta no Sistema Único de Saúde (SUS) o qual é responsável, entre outras atribuições, pela ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (CF/88, art. 200, inciso III) (BRASIL, 1988).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS, 2002) ressalta a importância da formação e o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde, além de reafirmar a competência do SUS na ordenação dos seus recursos humanos, determina que a União e os Estados devem manter escolas de governo. Estes estabelecimentos de ensino público, voltados para a educação profissional de servidores, têm a finalidade de ordenar, (re) orientar e participar da qualificação dos trabalhadores da área de saúde inseridos no SUS (BRASIL, 2002). Dentre eles estão as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) com função específica de formar e/ou qualificar os profissionais de nível médio.

Em consonância com a política nacional e diante da demanda de formar e qualificar os trabalhadores de nível médio empregados nos serviços de saúde, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) criou, na década de noventa, a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS), expressando o compromisso com esses trabalhadores, na medida em que reconhece seus direitos e busca garantir o seu desenvolvimento profissional.

O desenvolvimento e a formação dos profissionais de saúde que atendam às exigências do SUS têm se configurado, em geral, preocupação por parte dos atores sociais interessados na plena consolidação do sistema (PINHEIRO et al, 2003). Embora se verifique o investimento em programas de educação profissional para as diferentes categorias que atuam, sem formação específica, nas unidades de produção de serviços, segundo se constata, seus impactos nos serviços não têm sido notados (FRANCO, 2007).

Em geral, o processo educativo instituído na formação dos trabalhadores de saúde tem a concepção conservadora de educação entendida como transferência de conhecimentos, experiências, habilidades e destrezas, formando profissionais condicionados a imitar um modelo pré-determinado sem importar com a formação integral do aluno como ser individual e social (PEREIRA; LIMA, 2009; PEREIRA, 2003).

No entanto, a educação diz respeito à formação do homem de forma integral, ao conhecimento, à cultura, aos valores, à participação política e constantemente reinventada pelas sucessivas gerações (BOMFIM et al, 2007). Para tanto, a formação deve se basear no pressuposto da educação com proposta transformadora, onde se pretende formar cidadãos críticos, autônomos, participantes ativos e possuidores de conhecimentos e habilidades que o levem a contribuir com o processo de mudança das práticas que proporcione à humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e, conseqüentemente, o fortalecimento e consolidação do SUS (BAGNATO, 1999; CECCIM; FERLA, 2006).

Atualmente está em curso na área de saúde, a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), efetivada na portaria nº. 1996 (BRASIL, 2007), a qual veio substituir a portaria nº. 198 (BRASIL, 2004), que mencionava os princípios e diretrizes da educação permanente para a saúde. O documento enuncia os caminhos para a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde (BRASIL, 2004), trazendo à tona a concepção de que os saberes são construídos, representados e modificados ao longo de um processo de aprendizagem-ação que ocorre no cotidiano do serviço, nas práticas de trabalho, (BARRETO *et al*, 2007).

A SESAB, em 2008, constrói a Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde no âmbito do SUS como marco referencial para a formulação e implementação da política nacional no âmbito estadual. Sobre a temática EPS, Franco (2007, p. 433) destaca:

[...] o SUS, pela dimensão e amplitude que tem a capilaridade social e a diversidade tecnológica presente nas práticas dos trabalhadores, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem, especialmente os lugares de produção da saúde. Educar "no" e "para o" trabalho é o pressuposto da proposta de EPS.

Fundamentado no pressuposto da EPS, a formação dos trabalhadores do SUS deve ter como objetivos a transformação das práticas de saúde e da organização do processo de trabalho, e estruturar-se a partir da reflexão crítica e problematizadora da realidade das práticas cotidianas nos serviços de saúde e ampliar "[...] sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações" (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Para atingir esses objetivos, a formação desses sujeitos não se restringe à atualização técnico-científica, mas engloba aspectos de produção de subjetividade associada aos de cognição, no qual se verifica a produção de habilidades técnicas e de conhecimentos, visando garantir ao educando condições para atualizar as potencialidades que tem dentro de si, em suas diversas dimensões produzindo inovações e transformações da realidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; FERLA, 2006).

Finalmente, a aposta que se faz é a de que a EPS dos trabalhadores possa contribuir na produção de sujeitos capazes de intervir e transformar a realidade do processo de trabalho (FRANCO, 2007; CECCIM; FERLA, 2006). Isso resulta em

[...] novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho, e um processo de desenvolvimento setorial por encontro com a população (CECCIM; FERLA, 2006, p. 110).

Nessa perspectiva, a formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), baseada nesses pressupostos, é de extrema importância para o fortalecimento do sistema. O Ministério da Saúde (MS) reconhece e valoriza a formação destes profissionais quando investe na educação permanente, aliado a estratégias que envolvem o aumento da escolaridade e a profissionalização. Neste sentido, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (ME) estabeleceram o Referencial Curricular Nacional (RCN) para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, e este documento afirma que a formação desses profissionais

[...] busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o 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 interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho (BRASIL, 2005, p. 11 e 12).

Conforme esse documento, o Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde estrutura-se em três etapas formativas, organizado em três módulos, de forma interdependente, visando um percurso formativo (itinerário-formativo) e que possibilitem uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador. Neste percurso proposto pressupõe a incorporação de competências, em cada um dos momentos formativos, sendo que cada módulo garante o desenvolvimento de uma ou mais competências e se referencia numa dimensão concreta do trabalho desenvolvido por esse profissional, de forma a garantir a integralidade de suas ações (LOPES, 2007).

Competência refere-se “a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades” (ZARIFIAN, 1999 apud Brasil, 2004, p. 53). Além disso, partiu-se do pressuposto de que a competência profissional abrange três dimensões do saber: o saber-conhecer (conhecimentos), o saber-ser (atitudes e valores) e o saber-fazer (habilidades) (BRASIL, 2004, 2005; ROMÃO, 2008).

O **Módulo I** visa desenvolver competências no âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações; o **Módulo II** visa desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes e o **Módulo III** busca desenvolver competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (BRASIL, 2004).

No âmbito da formação profissional, a Bahia, com o apoio e o incentivo do Ministério da Saúde, elaborou o “Projeto de Formação Técnica dos Agentes Comunitários do Estado da Bahia”, visando a formação Técnica do ACS, a partir da execução da primeira etapa formativa, módulo I, que seria realizado pela EFTS. Baseado no Referencial Curricular do MS, a EFTS construiu o módulo I, guia para a formação da primeira etapa do referido curso.

A EFTS tem como missão a formação dos trabalhadores de saúde de nível médio inseridos no SUS baseia-se no pressuposto da educação permanente. Com uma proposta de educação transformadora, adota o currículo integrado, plano pedagógico que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e

comunidade, caracterizando-se, portanto, pela integração ensino-serviço; e adota a metodologia da problematização, que tem como objetivo potencializar a aprendizagem do aluno. Essa proposta visa formar trabalhadores reflexivos e críticos da realidade do processo de trabalho, para que esses se tornem autônomos e criativos com o objetivo de transformar as suas práticas (DAVINI, 1994; SÓRIO, 2002; BAHIA, 2004).

No que se refere ao processo avaliativo, torna-se necessário que a avaliação faça parte integrante do currículo, estando presente em todos os momentos do seu desenvolvimento, constituindo-se num processo de acompanhamento sistemático da evolução do aluno, focalizado na promoção do sujeito, através da construção do seu conhecimento. A avaliação proposta para os currículos integrados e para os currículos já organizados por competências, na EFTS, é a formativa e constituída de três momentos complementares: avaliação de processo, auto-avaliação do aluno e avaliação do desempenho final; esta última procura comprovar o resultado do processo cumulativamente, verificando a competência alcançada (BAHIA, 2004; DAVINI, 1994; HADJI, 2001; RAMOS, 2009).

Com as devidas adaptações ao contexto específico, pode-se definir que um programa de formação que persiga o desenvolvimento de competências é bem sucedido quando os participantes desenvolvem os conhecimentos, os comportamentos e as habilidades esperadas, através de processos de aprendizagem fomentados por métodos e meios adequados, de forma a satisfazer as necessidades do indivíduo e da organização em que se insere.

Diante do exposto, levando em conta que a formação do ACS é uma estratégia para contribuir com a melhoria do cuidado à população, a necessidade de dimensionar o desempenho final dos alunos dessa formação, por meio de uma avaliação, é de interesse e importância, por parte dos atores direta ou indiretamente relacionados. Assim, é possível o conhecimento dos resultados dessa formação na prática, para reverem e subsidiarem a melhoria da sua atuação, em vários níveis, bem como revelação de subsídios que fundamentem os módulos subseqüentes.

Neste sentido, cabe a seguinte inquietação: o que os ACS apreenderam de conhecimentos e habilidades após a conclusão do módulo I, visando desenvolver as competências propostas?

Existe necessidade da produção de um instrumento de avaliação de desempenho final do Módulo I - "Desenvolvendo ações de integração das equipes

de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde”- tendo em vista uma demanda institucional e uma demanda dos atores envolvidos na sua construção. Espera-se que este instrumento se constitua em referência de aproveitamento educacional dos alunos egressos do módulo I, do Curso de Formação Técnica do ACS, no SUS-BA, visando traçar uma análise da situação de aprendizagem e propor soluções para possíveis problemas que possibilitem melhorar a qualidade do ensino.

Assim sendo, a aplicação do instrumento de avaliação do desempenho final poderá identificar, por meio das informações obtidas, possíveis limitações, dificuldades e deficiências da formação do ACS no módulo I e fornecer novas referências e pareceres de aprimoramentos a serem incorporados em futuras ações. Além disso, possibilitará à pesquisadora futuras contribuições na construção e elaboração dos instrumentos de avaliação de desempenho final dos módulos II e III da Formação Técnica do ACS, que será desenvolvida pela EFTS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um instrumento de avaliação de desempenho final do Módulo I, do processo de Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde, no estado da Bahia.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Criar um instrumento de auto-avaliação de desempenho final, da Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde, desenvolvida pela EFTS, com base na análise do módulo I;

2.2.2 Validar o instrumento com um grupo de especialistas;

2.2.3 Testar o instrumento com os ACS egressos do módulo I, visando possíveis ajustes.

3 ELEMENTOS CONCEITUAIS E TEÓRICOS

3.1 *Trabalho em Saúde*

Os homens se organizam de forma historicamente variável para executar o trabalho, constituindo relações sociais e imprimindo dinâmicas globais específicas a todo o processo (GONÇALVES, 1988), portanto, eles criam e recriam, pela ação consciente do trabalho, sua própria existência (FRIGOTTO, 2006). Neste sentido, “as sociedades e as formas de organização do trabalho têm história, variam no tempo, modificam-se assim como nós” (MERHY; FRANCO, 2006, pg.277).

Gonçalves, numa abordagem Marxista, afirma que o trabalho refere-se a um processo de transformação parcial da natureza, dos objetos de trabalho, através do gasto de energia (a atividade) e com a utilização de certos recursos que são os instrumentos do trabalho. Gonçalves (1991, 1988) assinala como sendo necessária a mútua dependência, a integração e a relação desses três elementos: objeto, atividade e instrumentos que o compõem para ser considerado trabalho. Pondera ainda que para ser considerado trabalho humano, os seguintes elementos são essenciais no processo: o objeto, os instrumentos, os agentes, a atividade, a finalidade e a necessidade.

O objeto representa o que vai ser modificado pela ação intencional do trabalhador, por meio de sua atividade, com seus instrumentos, transformando-o em produto e essa transformação está subordinada a um determinado fim (finalidade) que é a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto antecipado visando alcançar o produto desejado (GONÇALVES, 1991, 1988, 1994; MERHY, FRANCO, 2006; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Os mesmos autores afirmam que o instrumento é uma coisa ou um conjunto de coisas, que servem para intermediar a ação humana sobre os objetos, no processo de trabalho, visando conduzir sua atividade sobre o objeto para transformá-lo em produto. Dessa perspectiva geral, Gonçalves (1994) afirma que os instrumentos de trabalho podem ser materiais (equipamentos, medicamentos, instalações, formulários, fichas, etc.) e não-materiais (saberes e conhecimentos).

A atividade é o processo de trabalho propriamente dito, o ato de produção. O agente intervém sobre o objeto - a atividade - por meio de instrumentos de trabalho,

transformando-o em produto. Portanto, por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível a dinâmica entre objeto, instrumento e atividade (GONÇALVES, 1994, 1988; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Gonçalves (1988) ressalta que em todo o trabalho humano há uma ação livre, intencional e com a finalidade de satisfazer necessidades. A finalidade “exprime a idéia de projeto, antes que a transformação se dê”, portanto é a “antevisão humana do produto que norteia a conjugação de objetos, instrumentos e atividades em direção a um fim” (GONÇALVES, 1988, p.21). Ao desempenhar sua atividade, o trabalhador reflete, pensa sobre os meios e os modos de realizar o trabalho para atingir seus objetivos.

Quanto à necessidade, o trabalho surge tanto como atividade que responde à produção dos elementos necessários e imperativos à vida biológica dos seres humanos, como responde às necessidades de sua vida intelectual, cultural, estética, simbólica, lúdica, espiritual e afetiva, garantindo assim, a sobrevivência física, psicológica e social dos seres humanos (FRIGOTTO, 2006).

Com essas considerações iniciais sobre o trabalho humano é necessário transpor a análise para o campo da saúde. O trabalho em saúde é “[...] um trabalho essencial para a vida humana. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (PIRES, 2000, p. 255) e o processo de trabalho em saúde refere-se “à prática dos trabalhadores / profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde” (PEDUZZI E SCHRAIBER, 2006, p. 202).

No processo de trabalho em saúde, observa-se que a depender do objeto de trabalho e das tecnologias centradas, as práticas de saúde são singulares e resultam em uma organização tecnológica¹ e produtos diferentes (GONÇALVES, 1994). Neste particular, Gonçalves (1994) analisa o processo de trabalho em saúde e conclui que as práticas de saúde podem ser centradas nas necessidades individuais (corpo anatomopatológico) que implica numa organização tecnológica baseada na clínica (médico assistencial) e a centrada no processo saúde doença da população (necessidades coletivas) implicando numa organização tecnológica baseada no coletivo (saúde pública).

¹ “Organização tecnológica é o conjunto da organização técnica do processo de produção enquanto processo social e histórico que inclui a reprodução social” (GONÇALVES, 1988).

Nesse sentido, é necessário considerar algumas características básicas do processo de trabalho em saúde, a partir do exame dos seus elementos constitutivos ou componentes básicos: o **objeto do trabalho**, os **instrumentos**, as **atividades e a finalidade**. Com a concepção ampliada de saúde, não se deve limitar como **objeto** das práticas de saúde, o doente ou doença, mas um ser humano portador de necessidades, sendo, portanto o objeto real do trabalho em saúde as necessidades de saúde da população, individuais ou coletivas. Quanto à **finalidade**, ela não se restringe à ação terapêutica, mas podemos dizer que é a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, os reais objetivos que se deseja atingir (GONÇALVES, 1994, 1988; MERHY e FRANCO, 2003)

Os instrumentos de trabalho utilizados nas práticas de saúde são as tecnologias² materiais (equipamentos e instrumentos e em princípio externas ao processo) e não materiais, estas definidas como o conjunto de saberes e conhecimentos técnicos e específicos de cada profissional, tais como os da Clínica, da Epidemiologia, das Ciências Sociais, etc. (GONÇALVES, 1994, 1988).

A atividade é todo ato técnico durante o cuidado, orientado para a intervenção direta ou indireta sobre o objeto e suas necessidades. Merhy e Franco (2003) afirmam que as práticas de saúde são exercidas por meio de abordagens relacionais e dialogais, operando dentro da idéia de que, no encontro entre trabalhador e usuário, se dá sob parâmetros da implicação mútua. Cabe ressaltar que as atividades são impregnadas de valores, comportamentos e intencionalidades de quem o executa – os agentes das práticas, ou seja, “[...] trata-se, sobretudo do reconhecimento de que o espaço onde se processa saúde é um lugar onde se realiza desejos e a intersubjetividade [...]” (MERHY; FRANCO, 2006 p. 228). O usuário é também sujeito da produção da saúde e pode, desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia (MERHY, 1998; MERHY; FRANCO, 2003).

Autores ligados à saúde coletiva, tais como Merhy (2006), Pires (2006), Ribeiro, Pires, Blank (2004) defendem que o trabalho em saúde é hoje, majoritariamente coletivo, realizado por diferentes profissionais de saúde e diversos

² Tecnologia, como instrumento de trabalho só revelam sua realidade plena e concreta como momento parcial de um todo mais complexo, numa relação provisoriamente adequada ao processo de trabalho, que engloba: os objetos; os agentes; os produtos que são obtidos; as finalidades; as necessidades sociais e as relações que reproduzem através desse trabalho, dentro dele próprio e no plano social (GONÇALVES, 1988, 1994).

outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades diferentes e necessárias.

Sendo o objeto real do trabalho em saúde as necessidades e os problemas de saúde da população, nenhum trabalhador poderá realizar sozinho este trabalho complexo que envolve, inclusive, outros setores, além do da saúde. Deste modo, o trabalho requer múltiplos agentes (trabalhadores de saúde com diversas áreas de conhecimento), dependentes entre si, desta troca (de tecnologias materiais e não materiais) para darem conta da totalidade das ações, na direção da finalidade do trabalho em saúde que é cuidar integralmente do usuário (MERHY, 2006; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Nesse sentido, as práticas do cuidado em saúde devem ser organizadas na lógica do trabalho em equipe, as quais referem-se a um trabalho

[...] multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando através da comunicação a articulação das ações e a cooperação (PEDUZZI, 2006, p. 273).

Portanto, significa utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de saberes e da autonomia técnica, conectando diferentes processos de trabalhos envolvidos, visando construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los, configurando um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho (PEDUZZI, 2006; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

3.2 Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde

A Saúde da Família (SF), criado pelo Ministério da Saúde (MS), tem como objetivos centrais as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua, por meio da introdução de uma nova dinâmica de atuação, centrada na família e na comunidade (BRASIL, 2001, 2007).

Tem como princípios, a equipe de trabalho multiprofissional composta basicamente pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, sendo

responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Cada equipe deve conhecer a realidade das famílias, para projetar uma ação territorial contínua e ativa, que extrapolam os muros da unidade de saúde, com base no princípio do acolhimento dos usuários, promovendo o estabelecimento de vínculos e a criação de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, além da ênfase na atenção integral (BRASIL, 2001b, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; PAIM, 2008).

Os ACS atuam exclusivamente no SUS em duas situações distintas e podem estar ligados a uma unidade básica de saúde (UBS) ou a uma unidade básica de saúde da família (USF) como membro da equipe. Em ambas as situações, independentemente do nível de escolaridade, deveriam residir há pelo menos dois anos na comunidade onde atuariam, possuir idade mínima de dezoito anos, dispondo de tempo integral para exercer suas atividades e o enfermeiro é o profissional responsável por seu acompanhamento (BRASIL, 2001a, 2007).

A profissionalização desses trabalhadores deve considerar as necessidades apontadas pelo SUS que exige profissionais com capacidade de atuar em diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de saúde e sociais. A Lei nº 10.501 (2002) cria e regulamenta a profissão dos ACS, sendo efetivado pela Lei nº 11.350 (2006). E, determina que estes profissionais atuem:

[...] no campo de interface intersetorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente [...]; 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 do SUS [...] (BRASIL, 2004, p. 46 e 48).

O ACS desempenha um papel de mediador social, considerado um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, incluindo, entre as atribuições, facilitar o acesso das pessoas aos serviços de saúde, desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, realizar ações educativas nos níveis individuais e coletivos (BRASIL, 2001a; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006; PAIM, 2008).

Além destas atribuições, cabe aos ACS analisar as necessidades da comunidade; contribuir na produção de informações para a análise e o monitoramento da situação de saúde; participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade (BRASIL, 2001a; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006; PAIM, 2008).

3.2.1 Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde

O objeto de trabalho dos ACS são as necessidades e problemas de saúde da população, individuais ou coletivas de sua área geograficamente delimitada, cujos contornos são determinados pela quantidade de indivíduos ou famílias que deve assistir. Cabe ressaltar que para alcançar a finalidade do trabalho em saúde é necessária a interação de diferentes profissionais que fazem parte da equipe da SF, portanto o trabalho dos ACS é essencialmente coletivo.

As atividades dos ACS são: ações educativas para a promoção da saúde; cadastrar as famílias de sua área de abrangência; acompanhar as crianças, gestantes, idosos, recém-nascidos, entre outros; identificar os problemas de saúde e as necessidades da população; realizar, junto com a equipe, o diagnóstico demográfico e perfil epidemiológico; orientar as famílias para a prevenção e o controle de doenças endêmicas; dentre outras (BRASIL, 2000).

Os instrumentos de trabalho utilizados pelos ACS são: a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001; KLUTHCOVSKY & TAKAYANAGUI, 2006). Esses instrumentos são tecnologias, que durante o processo de trabalho, auxiliam o ACS a conhecer melhor as necessidades das pessoas da comunidade e da coletividade e para resolver os problemas junto à equipe da saúde da família (BRASIL, 2000).

A entrevista, aqui considerada como uma conversa direcionada, e a visita domiciliar são estratégias para que os ACS exerçam algumas de suas atividades dentro da comunidade de sua área de abrangência como, por exemplo, o acompanhamento de grupo de risco nas micro-áreas, realizar ações educativas, ações de prevenção e promoção da saúde, cadastrar as famílias, orientar as famílias (BRASIL, 2000).

O cadastramento das famílias é um instrumento, utilizado pela equipe, que visa conhecer a realidade de saúde da comunidade, realizando um diagnóstico da situação de saúde e o perfil sócio demográfico da população de sua área de abrangência e programar suas ações de acordo com as necessidades apontadas. Ao realizar a atividade de cadastrar as famílias dentro de seu território, os agentes colocam no papel todas as informações, nas fichas padronizadas (instrumento

material), coletando dados a respeito da comunidade para realizar o diagnóstico demográfico e o perfil socioeconômico da população (BRASIL, 2000, 2001 a).

Quanto ao mapeamento de sua área de abrangência, o ACS registra em um mapa, a localização do que existe nos lugares como, por exemplo, igrejas, rios, serviços de saúde, encostas, esgoto a céu aberto, e outras coisas importantes, possibilitando conhecer a comunidade e verificar quais as áreas de risco com o propósito de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do seu trabalho. O ACS utiliza o mapeamento (instrumento) para auxiliar na realização do diagnóstico de situação de saúde da população e o perfil sócio-demográfico de sua área de abrangência (BRASIL, 2000, 2001a).

Por meio das reuniões comunitárias, os ACS realizam ações educativas para a promoção da saúde e prevenção de doenças e possibilita a realização de forma participativa do planejamento de ações e da definição de prioridades (BRASIL, 2000, 2001a).

Utilizando a visita domiciliar, os ACS cadastram as famílias, realizam o acompanhamento das famílias (gestantes, crianças, grupos de riscos, etc.), orientam a comunidades por meio de ações educativas e realizam atividades de prevenção e promoção da saúde; essas são atividades diárias desses agentes (BRASIL, 2000, 2001a).

Cabe ressaltar que além dos instrumentos acima citados, os ACS durante o desenvolvimento de suas atividades de cuidados individuais e coletivos, como todos os profissionais de saúde, utilizam instrumentos não materiais, mobilizando seus saberes em um processo de relações junto ao usuário e equipe de saúde. Ferreira et al (2009, p. 904) observa que o ACS intencionalmente se move na direção para um “processo de trabalho mais relacional, junto aos usuários e com os outros ACS, constituindo redes solidárias entre si”.

Nascimento e Correa (2008, p. 1311), afirmam que os agentes comunitários de saúde no cotidiano do processo de trabalho têm a sensibilidade de ler, escutar e traduzir para a equipe de saúde, as reais necessidades da população, bem como, se sentem responsáveis não só pelos problemas identificados na comunidade, mas se solidarizam com o sofrimento das pessoas. Nesse sentido, pode-se “afirmar que o agente comunitário de saúde estabelece vínculo, estimulando a capacidade das pessoas para enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida”.

Nas atividades desenvolvidas pelos agentes, surgem momentos de falas, de escutas, direcionando e re-significando as práticas no cotidiano do seu trabalho, tanto na produção de vínculo³, acolhimento,⁴ quanto na autonomia⁵ aos usuários na gestão de sua própria saúde (MERHY; FRANCO, 2006), visando a integração entre a equipe de saúde e a comunidade.

Nesse particular, autores como, Albuquerque (2000), Nascimento (2006), Solla, Medina, Dantas (1996), Nascimento e Correa (2008) apontaram em seus estudos que os ACS tem cumprido sua função, “elo de ligação” entre a comunidade e os serviços de saúde, cumprindo seu papel de interlocutor. Os ACS têm como atividade principal as ações educativas que possibilitam transmitir informações, melhorando a capacidade de enfrentamento dos problemas por parte da comunidade, como estimular a comunidade a participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde (BRASIL, 2000, 2001a) e segundo Ferraz e Aerts (2005), esse trabalho educativo é a segunda atividade mais desenvolvida pelo ACS.

O ACS atua como membro da equipe multiprofissional, mas suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Para isso é fundamental que o ACS tenha uma formação geral e profissional que possibilite reconhecer e compreender as necessidades e as práticas das comunidades, dialogar com seus conhecimentos e contribuir para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2004).

A análise das atribuições e das diretrizes do exercício das atividades profissionais dos ACS possibilitou uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando os eixos estruturantes de sua prática profissional, delineando o Perfil de Competências Profissionais do ACS com vistas a subsidiar as instituições formadoras na elaboração de programas de formação e desenvolvimento desses agentes (BRASIL, 2004).

³ Vínculo é um processo de ligação afetiva e ética entre o trabalhador de saúde e o usuário, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2008).

⁴ Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada (BRASIL, 2008).

⁵ Pensar os usuários como sujeitos autônomos, é considerá-los co-responsáveis pela produção de saúde em si e onde vivem (BRASIL, 2008).

3.4 Curso Técnico dos ACS

O curso Técnico do ACS tem como objetivo preparar profissionais de saúde, de nível médio, para atuar "junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades" (BRASIL, 2005, p.17 e 18).

Conforme resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) nº 04/99, o Curso Técnico dos Agentes Comunitários de Saúde está estruturado com carga horária mínima de 1.200 horas, incluindo três etapas formativas, organizadas em três módulos, de forma interdependente, visando um percurso formativo (itinerário-formativos) e que possibilitem uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador (BRASIL, 2004, 2005).

Na etapa formativa I, inicial, todos os ACS inseridos no SUS tem acesso independente da escolarização; a etapa formativa II inclui os ACS concluintes da primeira etapa e com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental; e a etapa III, os ACS concluintes das etapas I e II e que tenham concluído ou apresentem um atestado de realização concomitante do Ensino Médio (BRASIL, 2004, 2005).

A organização por módulos objetiva que cada módulo englobe conteúdos e atividades que sejam capazes de formar determinado conjunto de habilidades e se referencia em uma dimensão concreta do trabalho dos agentes, garantindo o desenvolvimento de uma ou mais competências⁶ e na conclusão do mesmo o agente adquire um título que o habilita ao exercício de determinadas funções e ou subfunções (BRASIL, 2004; LOPES, 2007; RAMOS, 2009).

A educação profissional baseada nas competências possibilita resgatar a importância do conhecimento significativo, de construir os processos de ensino-aprendizagem, tendo como motivação fundamental as experiências e a realidade do mundo geral (MARQUES, 2002). O currículo por competência organizado por módulos pode ser considerado um currículo integrado, pois as competências por si expressam uma integração de conteúdos. Essa característica de ser integrado muitas vezes traz para o currículo por competências a positividade conferida à integração curricular (LOPES, 2007).

⁶ “Desenvolver competências é construir processos de aprendizagens articulados entre si, característicos de uma organização de saberes as experiências e a realidade do mundo geral em rede onde ocorre interação permanente e, também, uma continua resignificação do que foi aprendido” (BAHIA, 2006, p. 15)

Neste percurso proposto, diferentes módulos permitem a formação de conjuntos de competências (valores, atitudes, habilidades e conhecimentos) a serem alcançadas na conclusão dos módulos, que visam transcender a uma qualificação profissional específica (BRASIL, 2004; LOPES, 2007). O perfil de conclusão do Técnico ACS incorpora seis competências que são:

1. Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
2. Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde;
3. Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde;
4. Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde;
5. 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;
6. Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde (BRASIL, 2005).

A estrutura curricular proposta para o curso, pelo MS e ME, no Referencial Curricular Nacional (RCN) para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, inclui três módulos, que estão “distribuídas em três âmbitos de atuação desse profissional, tendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes” (BRASIL, 2005, p. 19). O **Módulo I** visa desenvolver competências no âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações, que corresponde às três primeiras competências acima descritas, com carga horária 400 horas (BRASIL, 2004).

O **Módulo II** visa desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes, incorporando as duas seguintes competências acima descritas, cuja carga horária 600 horas; o **Módulo III** busca desenvolver competências no âmbito da

promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário, incorporando a última competência acima descrita, com carga horária 200 horas (BRASIL, 2004).

E, ao concluir o curso, estes profissionais para atuar na realidade do trabalho, deverão ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e a comunidade de sua área de abrangência, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, possibilitando o avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente (BRASIL, 2005).

Diante do exposto, a formação técnica dos ACS tem como objetivo preparar os trabalhadores como técnicos de nível médio para a transformação da força de trabalho desse profissional que venha a possibilitar o reconhecimento e a compreensão das necessidades e dos problemas das comunidades, dialogar com todas as dimensões de seus saberes (ser, saber e fazer) e contribuir para a garantia da atenção integral da população.

3.5 O módulo I na Bahia

As ETSUS têm como princípio norteador a inclusão, sendo que o trabalhador empregado no sistema, independente do seu grau de escolaridade e de seleção, tem acesso imediato à formação para que atue nos serviços sem riscos para ele e para os outros (SÓRIO, 2002). A Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS) com o apoio e o incentivo do Ministério da Saúde visando à formação técnica dos ACS, elaborou o “Projeto de Formação Técnica dos Agentes Comunitários do Estado da Bahia” com vistas à execução da primeira etapa formativa, na Bahia.

E, baseado no Referencial Curricular do MS, elaborou o Módulo I, com o objetivo de formar os ACS, na primeira etapa do referido curso, inseridos no SUS/Bahia. O desenvolvimento do módulo I dos ACS, na Bahia, é realizado de forma descentralizada, acontecendo nos municípios e nas unidades de saúde em que o agente trabalha, sendo o instrutor, o enfermeiro supervisor da ESF.

Atendendo à especificidade da clientela e a dinâmica do processo de trabalho, a formação proposta tem por base os pressupostos da educação crítica, utilizando o currículo integrado e a metodologia da problematização. O currículo integrado permite a integração ensino e prática profissional; o avanço na construção da teoria a partir da anterior; a busca de soluções para as diferentes situações; a integração ensino-trabalho-comunidade e a adaptação a cada realidade local, o que possibilita uma aprendizagem significativa e uma avaliação processual (DAVINI, 1994; SÓRIO, 2002).

A idéia de currículo integrado sustenta seus argumentos na idéia da necessidade de uma compreensão global do conhecimento e na interdisciplinaridade dos saberes, que deve também considerar a integração dos saberes cotidianos dos alunos. Isso permite que os egressos tenham maior habilidade para refletir sobre os problemas de saúde da população e propor soluções viáveis tanto em saúde individual como coletiva (PINHEIRO, 2003).

No trabalho pedagógico, o método de exposição deve restabelecer as relações dinâmicas e dialéticas entre os conceitos, considerando a prática real dos sujeitos da aprendizagem de modo que o objeto a ser conhecido revele-se gradativamente em suas particularidades próprias, por meio da reflexão, teorização, e ressignificação, possibilitando que os trabalhadores possam voltar aos serviços realizando novas práticas (RAMOS, 2009; SÓRIO, 2002).

A metodologia da problematização, segundo Pereira (2003), é a prática educativa mais adequada à formação dos trabalhadores de nível médio em saúde. Além de promover a valorização do saber do educando, prepara-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo e possibilita o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo que este exerça um trabalho criativo.

A primeira referência para essa metodologia é o método do Arco, de Charles Maguerez, que consta de cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da realidade, a saber: observação da realidade; pontos-chaves; teorização; hipótese de solução e aplicação à realidade (BORDENAVE, 1983). Ao final, completa-se o arco com o sentido especial de levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação (BERBEL, 1998).

O método de ensino se baseia na relação dialógica entre os professores e alunos que é mediatizada pela realidade que apreendem e da qual extraem o

conteúdo da aprendizagem, atingindo um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social. (PEREIRA, 2003; BONFIM *et al*, 2007).

Na proposta metodológica da EFTS, articulam-se momentos de reflexão teórico-práticos, concentração, e momentos de dispersão nos quais são aplicados os fundamentos científicos em situações concretas, assegurando o alcance dos conhecimentos e o domínio dos procedimentos que conformam o perfil do profissional dessa categoria (BAHIA, 2004).

Os períodos de concentração teóricos são caracterizados como momentos em que o instrutor e os alunos, desenvolvem as sequências de atividades contidas no guia curricular (módulo I), utilizando, fundamentalmente, a reflexão, o diálogo e problematização para aprofundar, acrescentar e sistematizar a construção do conhecimento (BAHIA, 2004).

Os períodos de dispersão (prática) são caracterizados como momentos de aplicação dos conhecimentos e procedimentos resignificados que embasam a prática profissional do aluno trabalhador e são realizados nas unidades de saúde do SUS e na comunidade onde o trabalhador presta serviço. O aluno, durante a dispersão, desenvolverá ações orientadas por um roteiro de atividades, sendo acompanhado pelo instrutor (BAHIA, 2004).

O módulo I da EFTS, intitulado “Desenvolvendo ações de integração das equipes de saúde e população adscrita à unidade básica de saúde”, possui duas competências a serem desenvolvidas que são: desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; e realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde.

Para atingir esse fim, o módulo I está organizado em 04 unidades, sendo 40 horas de concentração e 60 horas de dispersão por unidade/mês, totalizando 160 horas de concentração e 240 horas de dispersão. As unidades são: 1) Conhecendo a comunidade; 2) Conhecendo a política de saúde; 3) Conhecendo o perfil do ACS e seu processo de trabalho; 4) Cadastrando as famílias e planejando as ações (MATOS; MARINHO; CAMARÃO, 2006).

Partindo do pressuposto de que a competência profissional abrange três dimensões do saber: o saber-conhecer (conhecimentos), o saber-ser (atitudes e valores) e o saber-fazer (a fim de adquirir, habilidades não somente uma qualificação profissional, mas que tornem a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe). A dimensão do saber-ser (atitudes e valores) é considerada transversal, está presente em todas as etapas formativas, pois abrange e integra em si as outras dimensões, visando melhor desenvolver as suas potencialidades e aumentar sua capacidade de autonomia, de discernimento e de responsabilidade pessoal. (BRASIL, 2004, 2005; ROMÃO, 2008). Ela se “expressa pela capacidade de crítica, ética, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas” (BRASIL, 2004, p. 23).

O saber-ser incorpora as seguintes habilidades: a) interagir com os indivíduos e seu grupo social; com coletividades e a população; b) respeitar valores, culturais e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde; c) buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa; d) recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados; e) levar em conta a pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza; f) colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde; g) pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador (BRASIL, 2004, 2005).

A seguir descreve-se o módulo I, que compõe o currículo integrado da formação técnica de ACS, segundo Matos, Marinho e Camarão (2006). A unidade I, “conhecendo a comunidade” pretende proporcionar ao ACS uma reflexão sobre a necessidade de conhecer a comunidade, o território, os modos de vida, assim como os problemas de saúde e as potencialidades da comunidade para a solução desses problemas, compreendendo o processo saúde doença, fatores de risco e multicausalidade.

As habilidades a serem alcançadas nesta unidade são: a) conhecer as famílias, a comunidade e o território; b) observar e comunicar-se com pessoas e grupos; c) identificar problemas de saúde, seus determinantes e condicionantes e as práticas sociais em saúde; d) relacionar problemas de saúde com modos de viver; e) identificar potencialidades para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e resolução dos problemas de saúde.

A unidade II, “conhecendo a política de saúde”, almeja que os ACS conheçam o SUS: estrutura, funcionamento e responsabilidades, oportunizando a compreensão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica e sua participação como cidadão e profissional na construção e consolidação deste processo.

As habilidades a serem alcançadas nesta unidade são: a) conhecer as políticas públicas, em especial a Política Nacional de Saúde (antes e depois de 1988); b) identificar e reconhecer a estrutura de organização do SUS; c) entender o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia política assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência à saúde; d) ser capaz de entender o papel do ACS dentro da política do PACS/PSF; e) entender sua dimensão de cidadão com direitos e deveres para implementação do SUS.

Conhecendo o perfil do ACS e seu processo de trabalho, unidade III almeja que os ACS reconheçam o seu perfil profissional com especificidade social, regulamentação da profissão e os princípios éticos e os direitos humanos que dão suporte ao seu trabalho e estudem o seu processo de trabalho. As mesmas autoras afirmam que as habilidades a serem alcançadas são: a) conhecer o perfil profissional e social dos ACS, nível técnico e a regulamentação da profissão; b) identificar as competências do ACS; c) identificar as características do processo de trabalho do ACS; d) conhecer as cargas de trabalho do ACS; e) identificar os princípios éticos e direitos humanos que devem nortear o trabalho do ACS; f) identificar as características específicas do trabalho do ACS e g) identificarem a importância do acompanhamento das famílias no domicílio como base do desenvolvimento de suas ações.

Cadastrando as famílias e planejando as ações, a unidade IV pretende que o ACS estude o mapeamento sócio político e ambiental e que conheça e utilize métodos e instrumentos de coleta e análise de dados. Conforme as autoras pretendem-se ainda que o ACS identifique os indicadores sócios econômicos, culturais e epidemiológicos; inicie os estudos do SIAB e a ficha A e participe com a equipe de saúde na elaboração do diagnóstico da área adstrita e do planejamento das ações para organização do Serviço de Saúde.

As habilidades a serem alcançadas nesta unidade são: a) realizar mapeamento institucional, social e demográfico em uma micro-área e cadastramento das famílias; b) consolidar e analisar os dados do cadastramento; c) coletar dados de morbi-

mortalidade, sociais, culturais, demográfico e sócio econômicos da população de sua área; d) estimular a população para participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde; e) elaborar junto à equipe o plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente; f) realizar ações que possibilitem socializar com a comunidade as informações obtidas no levantamento sócio-epidemiológico; g) identificar a importância dos dados coletados para organizar o serviço de saúde.

Espera-se que, ao final deste módulo I, no âmbito da mobilização social, os agentes deverão ter competência de aumentar a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde e realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, reforçando o importante papel social desses agentes (BRASIL, 2004).

Além disso, espera-se fortalecer a compreensão do ACS acerca de seu papel de elo entre a comunidade e o serviço ao tempo em que o serviço reconhece a importância dos ACS como mobilizador social.

3.6 Avaliação

Avaliação é uma ação própria e fundamental dos seres humanos, e pode ser considerada uma operação de leitura da realidade orientada, quando são obtidas e oferecidas informações úteis, cujo objetivo é compreender, aperfeiçoar e permitir julgamento de possíveis decisões a serem tomadas. (BONFIM et al, 2007; HADJI, 2001).

Avaliar é um ato multidimensional, “se manifesta diferentemente enquanto relacionado aos fatos e fenômenos, situações e condições avaliados” (BONFIM et al, 2007, p. 93) e conforme Contandriopoulos (1997, p. 31),

[...] consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Esse mesmo autor afirma que os objetivos oficiais da avaliação são: auxiliar no planejamento; prover informação no processo para melhorar a intervenção; determinar os efeitos de uma intervenção e contribuir na produção de conhecimentos (CONTANDRIOPOULOS, 1997, p. 34).

Autores ligados à avaliação em saúde e educação referenciam Gubba e Lincoln (1989) como precursores da sistematização da evolução da avaliação, dividindo avaliação em quatro gerações. A 1ª geração, avaliação como medida, questão essencialmente técnica, tinha como focos exames e testes, visando medir com rigor os fenômenos estudados, as aprendizagens dos alunos e os resultados alcançados pelos sistemas educativos. Sua função era classificar, selecionar, e certificar (HARTZ 2009; KANTORSKI et al, 2009; KRAEMER, 2005; PINTO, 2007).

A 2ª geração, avaliação como descrição, tem como objetivo identificar, verificar e descrever se os objetivos dos programas, aprendizagens ou formação foram alcançados. Avaliação como juízo de valor, 3ª geração, tem a função predominante de julgamento acerca dos objetos da avaliação; o avaliador assume o papel de juiz, devendo saber apreciar os dados para uma decisão adequada (HARTZ 2006; KANTORSKI et al, 2009; KRAEMER, 2005; PINTO, 2007).

A 4ª geração, avaliação como negociação e construção de resultados, torna-se inclusiva, na medida em que os atores envolvidos participam no processo da definição de critérios e indicadores da avaliação. Avaliação, de referência construtivista, tem como princípios: a) integra-se ao processo de ensino aprendizagem; b) o professor partilha o poder de avaliar; c) utiliza uma variedade de técnicas e instrumentos; d) encara outros atores como protagonista do processo avaliativo (HARTZ 2009; KANTORSKI et al, 2009; KRAEMER, 2005; PINTO, 2007).

Observa-se que a avaliação é socialmente construída, tendo diferentes objetivos, características e metodologias próprias, a depender da época ou sociedade. Ela pode obter informações sobre a aprendizagem do aluno, para medir o que foi aprendido, visando classificar, selecionar, excluir; ou analisar, interpretar e valorar os avanços e dificuldades na aprendizagem, para a construção contínua e processual de saberes e competências pelos alunos. Privilegiando, assim, a autorregulação para favorecer a aprendizagem, detectar os limites e dificuldades, visando reorientar, criar estratégias para promover uma melhoria do ensino (HADJI, 2001; HOFFMANN, 2006).

3.6.1 Avaliação do Processo Pedagógico

A avaliação pedagógica “refere-se aos fatos, processos, agentes e resultados no campo da educação” (BONFIM et al, 2007, p.94), tendo o objetivo legítimo de oferecer informações relevantes que possibilitem a melhoria da qualidade do ensino.

A palavra pedagogia e, mais particularmente, o adjetivo pedagógico tem marcadamente ressonância metodológica, denotando o modo de operar, de realizar o ato educativo. Assim, as concepções pedagógicas são as idéias educacionais entendidas como as diferentes maneiras pelas quais a educação é compreendida, teorizada e praticada. Estas se adaptam a uma forma de ser da organização escolar e da escola, com métodos próprios, conteúdos, relação professor-aluno e avaliação (SAVIANI, 2005).

Segundo Luckesi (2003, p. 29), “a prática da avaliação, necessariamente, segue a prática pedagógica”, em outras palavras, uma determinada concepção de educação tem sua teoria a cerca da avaliação.

A escola que se baseia na concepção pedagógica tradicional, tem o papel de formar indivíduos com comportamentos e atitudes pré-estabelecidos pelo sistema com conhecimentos e experiências apropriadas às exigências produtivas no mercado de trabalho, formando profissionais condicionados, sem importar com a formação integral do aluno como ser individual e social, prioriza a avaliação dos conteúdos livrescos, a memorização e os meios técnicos, o fazer imitando um modelo pré-determinado (DAVINI, 1994; SAVIANI, 2005; LIBÂNEO, 1985).

A avaliação, nessa concepção, assume características normativas, tende a ser pontual, tem por função medir o desempenho do foi aprendido, de classificar, obter informações sobre os conhecimentos adquiridos pelos alunos, sempre se referenciando em padrões socialmente aceitáveis, destacando-a como um julgamento de valor (LUCKESI, 2003).

Diferentemente desta, a escola com uma proposta emancipatória, onde seu papel é formar cidadãos para o mundo e não somente para o trabalho, o processo pedagógico propicia aos alunos condições para estimular a reflexão, a capacidade de observação, de análise, de crítica, a autonomia de pensar, tornando-o agente ativo que busca interagir com a realidade. (BAGNATO, 1999).

Nessa proposta de formação, avaliação é uma interação, uma negociação entre um avaliador e um avaliado, sobre um objeto particular e em um ambiente

social dado (HADJI, 2001), visando à construção do conhecimento emancipatório (BAGNATO, 1999). O ato de avaliar é questionar, formular perguntas, propor tarefas desafiadoras para favorecer a aprendizagem, disponibilizando tempo, recursos, condições aos alunos para a construção do conhecimento (HOFFMANN, 2006), tendo características diversas, podendo ser diagnóstica, processual, dinâmica, inclusiva e democrática, exigindo uma prática pedagógica dialógica (LUCKESI, 2003).

Essa avaliação, denominada de avaliação formativa, é diagnóstica, contínua, cumulativa e faz parte do processo de formação, constituindo-se instrumento indispensável para acompanhar o desempenho do aluno, tendo como elemento referencial as competências que deverão desenvolver no processo formativo (LUCKESI, 2003; HOFFMANN, 2006; HADJI, 2001).

A avaliação formativa é realizada durante o processo de formação com o acompanhamento sistemático da evolução do aluno na construção de seu conhecimento, porém quando se necessita “de uma certificação que valide capacidades, conhecimentos e atitudes adquiridas em uma formação para se estabelecer seu estado pedagógico e tomar decisões sobre eles”, a avaliação somativa cumpre um papel fundamental, já que tem como finalidade constatar o estado educativo ao final do processo (BONFIM et al, 2007, p. 100).

A avaliação somativa ocorre ao final de uma etapa ou de um programa de ensino com a finalidade de verificar o que o aluno efetivamente aprendeu, incluindo conteúdos mais relevantes e os objetivos mais amplos do período de instrução. Esta avaliação propõe fazer um balanço somatório de uma ou de várias etapas de uma formação, possibilitando fornecer elementos necessários para tomada de decisões de aperfeiçoar, rever ou encerrar o programa de ensino (BATISTA; GURGEL; SOARES, 2009, LUKESI, 2003).

Lukesi (2003, p. 48) observa que a avaliação somativa, além de permitir uma certificação, também tem como “objetivo acompanhar o aproveitamento global do aluno” no final de um bimestre ou de um ano letivo de uma formação. O educador pretende obter uma visão completa e abrangente do desempenho do aluno, como um recurso de diagnóstico e de construção e, não como recurso de aprovação e reprovação.

No particular da educação profissional, regida por um conjunto de princípios e especificidades, o processo de ensino-aprendizagem se refere ao desenvolvimento

de competências profissionais para a laborabilidade, a flexibilidade, a interdisciplinaridade e a identidade de perfis profissionais de conclusão (BAHIA, 2006). Considerada como parte do processo de ensino aprendizagem, a avaliação deve servir ao desenvolvimento das competências, unificando teoria e prática, visando à resolução de problemas que contribuem para o emprego de conhecimentos necessários ao enfrentamento de situação de trabalho (MARQUES et al, 2000).

A avaliação por competências na educação profissional, segundo Despresbiteris (2001, p. 8),

[...] a apreensão das competências exige que se conheça aquilo que está sendo proposto para o perfil do profissional em termos de competências e padrões de desempenho desejado, que se vá além dos objetivos de ensino, analisando-se o alcance das capacidades e dos saberes, saber fazer e saber ser, mobilizadores das competências.

Para Hoffmann (2006) avaliar competências significa observar o aluno em sua capacidade, mobilizar os seus saberes e agir eficazmente em uma situação concreta, buscando soluções para enfrentá-la, apoiado em conhecimentos e experiências, mas sem limitar-se a eles. Possibilitando verificar quais competências os alunos já desenvolveram e quais ainda precisam desenvolver para assumirem suas atribuições, com a finalidade de orientar, transformar e aprimorar (MARQUES ET AL, 2000).

As características da avaliação por competências, conforme Perrenoud (1999) são: a) deve contribuir para que os alunos desenvolvam mais as suas habilidades e competências; b) exige colaboração entre os pares; c) exige a utilização funcional de conhecimentos disciplinares; d) a auto-avaliação faz parte da avaliação; e) as tarefas e suas exigências são conhecidas pelos atores envolvidos; f) as informações obtidas devem considerar as aptidões, os conhecimentos e o grau atual de domínio das competências visadas pelos alunos, dentre outras.

Nesse sentido, a avaliação proposta para os currículos organizados por competências e para os currículos integrados é a avaliação formativa, contínua e processual, constituindo-se, segundo Davini (1994), de dois momentos complementares:

Processo – “proporciona informações para acompanhar e corrigir a ação pedagógica durante cada passo da seqüência”, onde o docente e o aluno fazem observações acerca do desempenho atual, comparando-o com o desempenho anterior,

permitindo identificar o nível de evolução dos alunos durante o processo (DAVINI, 1989, p. 50).

Desempenho final – “procura determinar o resultado do processo cumulativamente, verificando o desempenho profissional alcançado. É essencialmente legitimadora, consistindo num reflexo das avaliações de processo” (DAVINI, 1994, p.50).

Nesse particular, Ramos (2009) afirma que a avaliação por competências cumpre três funções básicas:

Diagnóstica – a função inicial tem o propósito de recolher evidências sobre as formas de aprender dos alunos, identificarem conhecimentos e experiências prévios, pré-requisitos necessários para o desenvolvimento de novas competências e/ou habilidades, “contribuindo para a estruturação do processo de ensino-aprendizagem a partir dos conhecimentos de base dos mesmos” (RAMOS, 2009, p. 57).

Formativa – permite identificar o nível de evolução dos alunos no processo de ensino aprendizagem.

Acreditativa – permite reconhecer se os estudantes alcançaram os resultados esperados, verificando a competência alcançada. Quando essa dimensão da avaliação faz parte do processo de formação, os três momentos da avaliação estão intrinsecamente relacionados.

A avaliação capaz de compreender a situação do aluno, capaz de fornecer indicações esclarecedoras e medir seu desempenho é comprometida com a evolução dos alunos. Por fim, a avaliação em um contexto do ensino tem como objetivo contribuir para o êxito do ensino, isto é para a construção desses saberes e competências pelos alunos (HADJI, 2001).

3.6.2 Instrumentos de avaliação

Avaliar exige que se defina aonde se quer chegar, que se estabeleçam os critérios, para, em seguida, escolherem-se os procedimentos, inclusive aqueles referentes à coleta de dados, comparados com o contexto e a forma em que foram produzidos (LIBÂNEO, 1994). Realiza-se por meio de várias técnicas⁷, instrumentos de coleta e depuração das informações, seja por levantamento e aferições, sejam por comparações e estabelecimento de relações, seja por análise e deduções,

⁷ Técnicas são as estratégias utilizadas para a coleta de informações. Sua escolha irá depender do que está sendo avaliado (entrevista, observação, testagem, etc.).

visando estimular no aluno o hábito de pesquisa, reflexão, iniciativa, autonomia e criatividade. (BONFIM et al, 2007).

Compete aos docentes escolher e elaborar tais técnicas que poderão ter aplicação diária, semanal ou mensal, anual, em caráter individual ou coletivo, intra e extraclasse, segundo necessidades dos alunos e programação do instrutor/supervisor (BONFIM et al, 2007).

Luckesi (2003) afirma que na prática da avaliação existem três aspectos importantes a se considerar como: a) dados relevantes (dados essenciais que caracterizam especificamente o objeto a ser avaliado – desempenho, atitudes, conhecimentos, habilidades); b) instrumentos de coletas de dados; c) utilização dos instrumentos (recurso de coleta de dados sobre a aprendizagem e condutas aprendidas dos alunos).

Os instrumentos de avaliação são registros de diversas naturezas realizados pelo aluno, pelo professor ou por ambos, e refere-se a testes, tarefas, relatórios, arguição oral, redação, seminários, questionários com perguntas abertas e fechadas, fichas de observação e a todas as formas de expressão do aluno que permitam ao professor acompanhar o seu processo de aprendizagem (HOFFMANN, 2006; LUCKESI, 2003, BONFIM et al, 2007). Estes Instrumentos “são recursos metodológicos utilizados para processar um ato avaliativo”. Tem como objetivo, segundo Luckesi (2003, p. 74)

[...] ampliar a capacidade de observar a realidade, tendo em vista estabelecer uma descritiva da mesma, a partir de suas características essenciais. Eles permitem a sua constatação, configurando-a, descrevendo-a em seus contornos, em seus desempenhos.

Destacam-se, a seguir, alguns instrumentos com distintas características e adaptáveis a diversas situações no processo de ensino aprendizagem, a saber:

Registro de fato – o docente deve observar o aluno durante a concentração e dispersão e registrar situações positivas e negativas que se apresentam de forma espontânea, numa ficha individual ou coletiva (DAVINI, 1994).

Lista de observações – utilizadas para acompanhar a evolução de tarefas ou processos que podem ser desdobrados em ações ou atividades específicas que podem ser padronizadas a priori (DAVINI, 1994).

Auto-avaliação – o aluno aprende a reconhecer o seu progresso, por meio de seus avanços e dificuldades e que passos ainda precisam dar para concretizar a sua

aprendizagem. Retrata o reconhecimento de suas competências e suas habilidades desenvolvidas, proporcionando independência e autonomia com relação ao professor e maior responsabilidade sobre sua aprendizagem (LUCKESI, 2003; PERRENOUD, 1999). É uma estratégia que reforça as capacidades dos sujeitos para estimular o auto-desenvolvimento, a auto-aprendizagem, a auto-regulação, sendo, portanto importante na avaliação por competências (PERRENOUD, 1999).

Avaliação de desempenho – refere-se às atividades globais, permitindo determinar se o aluno alcançou o desempenho preestabelecido. Tem a função de verificar se as aquisições visadas pela formação foram feitas, constituindo-se em um instrumento básico que legitima o rendimento do educando e corresponde a uma ficha de desempenho final, contendo itens que se aproximam da lista de atribuições que compõem o perfil profissional (DAVINI, 1994).

Os instrumentos de avaliação devem ser adequados ao tipo de conhecimento, conduta e habilidade que estamos avaliando, desde os elementos da informação, compreensão, análise, síntese até em sua aplicação; adequados aos conteúdos essenciais planejados; adequados na linguagem, na clareza e na precisão da comunicação e adequados ao processo de aprendizagem do aluno (LUCKESI, 2003).

Para tanto, o mesmo autor estabelece alguns critérios necessários que são: planejamento, elaboração e organização das questões. No planejamento, realiza-se o levantamento dos conteúdos essenciais, que são os elementos que configuram a unidade de conhecimento, em torno do quais o aluno deverá manifestar o seu desempenho. Em seguida, levantar e selecionar os tipos de atividades que podem criar as condições adequadas para que o aluno manifeste seu desempenho de aprendizagem.

Na elaboração, as questões devem: apresentar o mesmo nível e dificuldade dos conteúdos ensinados, o mesmo nível de complexidade dos conteúdos trabalhados, serem construídas numa linguagem clara e compreensível, ter algum nível de precisão e ajudar os alunos a aprofundar seus conhecimentos e habilidades. As questões devem ser organizadas por blocos de conteúdos, visando à sistematização dos conhecimentos.

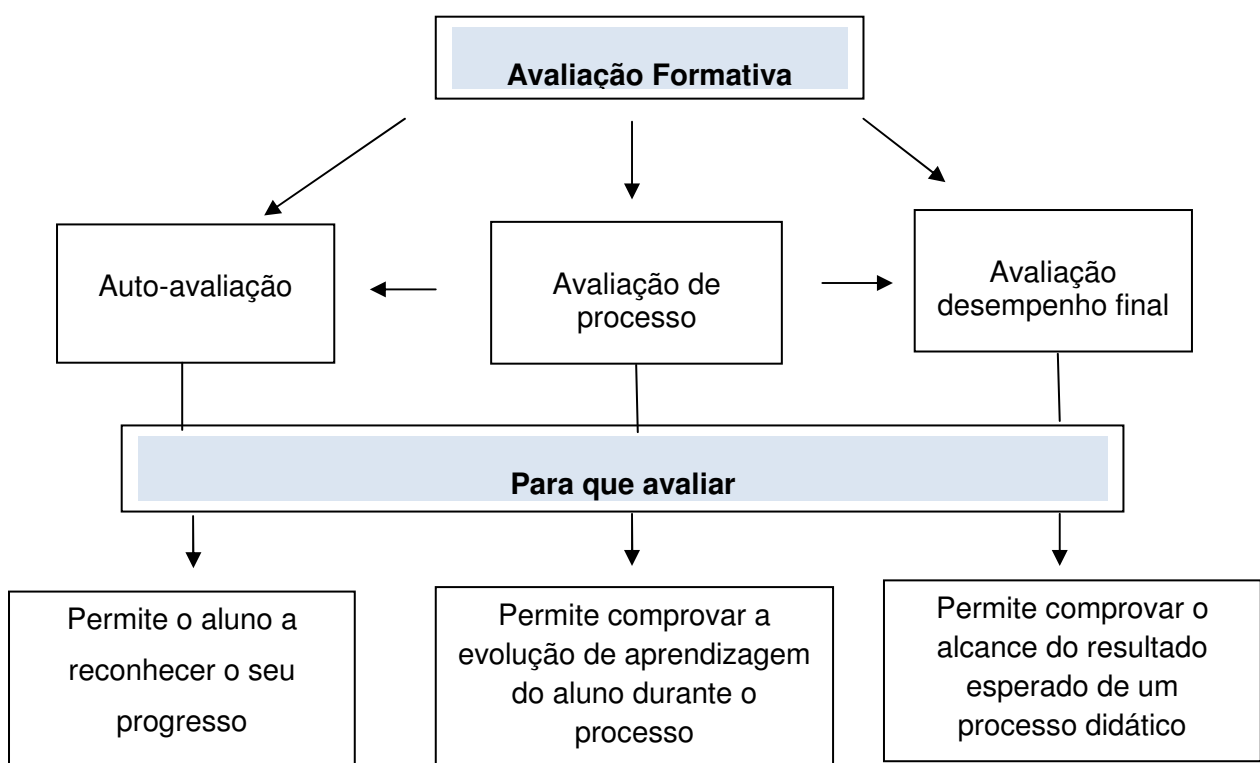
Cabe ressaltar que a construção do instrumento de avaliação, segundo Hadji (2001), baseia-se sob quatro grandes regras: a) determinar as questões que devem ser respondidas por meio da avaliação (designar o saber, saber-fazer, o saber ser; a

competência, a capacidade, a habilidade, etc., sobre o que se questiona); b) determinar as decisões que podem ser tomadas após a avaliação; c) estabelecer espaços de observações (cada objetivo ou competência designa um espaço de observação); d) escolher instrumentos de coletas de dados (para cada situação, um ou mais instrumentos poderão ser escolhidos).

3.6.3 Avaliação do módulo I

A avaliação proposta para o curso de formação dos ACS, pela EFTS, é a avaliação formativa, processo contínuo e paralelo ao processo de ensino-aprendizagem, visando atingir as competências necessárias que compreendem as três dimensões do saber: ser, saber e fazer. Esta avaliação (figura 1) é composta de três momentos complementares: avaliação de processo, que permite comprovar a evolução de aprendizagem do aluno desde o início até o final do curso; auto-avaliação, que permite ao aluno reconhecer o seu progresso, proporcionando independência, autonomia e responsabilidade sobre sua aprendizagem; e avaliação de desempenho final, que permite comprovar o alcance do resultado esperado da formação (BAHIA, 2007; LUCKESI, 2003; HOFMANN, 2001).

Figura 1: Esquema da avaliação formativa da EFTS.



No módulo I, nos períodos de concentração, diariamente, os alunos em um instrumento de auto-avaliação - “Diário de Curso” - registram suas percepções, dificuldades e aprendizado diário. Este instrumento tem o objetivo de proporcionar ao aluno entender melhor os conteúdos do curso e estimulá-lo a refletir sobre a sua participação no processo de avaliação; bem como permitir ao instrutor conhecer melhor os seus alunos durante o processo de formação, contribuindo para a construção do seu conhecimento (MATOS, CAMARÃO, MARINHO, 2006).

Na dispersão, conforme as autoras, cada aluno acompanha o seu desempenho através de uma “Ficha de auto-avaliação do processo”, e, diariamente, estuda e preenche com base no seu desempenho e é acompanhado pelo instrutor na sua prática diária de trabalho. Com base nos encontros e diálogos com os alunos, o instrutor registra os fatos e impressões relevantes numa “Ficha de observação do instrutor”, visando ajudar a nortear as intervenções necessárias no processo de ensino-aprendizagem.

No que diz respeito à avaliação do desempenho final, considera-se o conjunto dos momentos da avaliação processual realizado durante o desenvolvimento do módulo, onde o instrutor avalia o aluno de forma contínua, tanto na concentração, quanto na dispersão. Porém, no que se refere ao resultado final, não existe um instrumento ou uma ficha de avaliação de desempenho final do módulo I que corresponda a uma lista de atribuições do perfil profissional, para que a escola e os atores envolvidos no processo conheçam o resultado da formação. Este é um ponto central para a EFTS no sentido de avaliar a efetividade da formação.

Esse projeto propõe construir um instrumento de avaliação do desempenho final do módulo I da formação técnica do ACS, a partir da auto-percepção da aprendizagem pelo egresso, como um momento da avaliação formativa, baseado no modelo somativo, em forma de questionário estruturado, composta de itens que correspondem a uma lista de conhecimentos, atitudes e atividades que o aluno deve alcançar na conclusão do referido módulo.

Esse instrumento proporcionará ao educador e a escola uma visão mais abrangente e completa de como o aluno cresceu, deu passos, adquiriu conhecimentos, habilidades e atingiu competências, ou seja, permitindo julgar o alcance dos resultados esperados do processo didático.

Cabe ressaltar que esse instrumento de avaliação do processo pedagógico não terá um caráter de punição, julgamento, eliminação ou certificação, sob o viés

de uma pedagogia centrada meramente nos conteúdos, já que só será utilizado após o curso terminado e certificado. Tem como finalidade atentar para as competências desenvolvidas durante a formação, traduzindo-se numa forma de reconhecimento e validação dos saberes desenvolvidos, articulando-as com a compreensão de bases teóricas que fundamentam os procedimentos realizados no cotidiano do trabalho e os limites e as possibilidades de transformação de suas práticas.

4 METODOLOGIA

Este projeto tem como objeto, o desenvolvimento de instrumento de avaliação do desempenho final (apêndice I) do módulo I, referente à primeira etapa formativa da Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde, realizada pela Escola de formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS), a partir da auto-percepção da aprendizagem pelo egresso. Este instrumento poderá ser aplicado aos ACS, ao final desse módulo, em todos os municípios, com o objetivo de acompanhar o aproveitamento global do egresso e de verificar o que efetivamente aprendeu, incluindo conteúdos mais relevantes e os objetivos mais amplos do período de instrução. Isto é, analisar o rendimento dos egressos em relação aos conteúdos programáticos, suas atitudes, suas habilidades e competências oferecidas aos estudantes durante o módulo I, visando que a escola obter uma visão completa e abrangente do desempenho do aluno, como um recurso de diagnóstico e de construção. O resultado encontrado trará subsídios para ajudar a EFTS a traduzir o desempenho final dos alunos.

Optou-se por adotar um instrumento de avaliação do desempenho final do módulo I, baseado no modelo somativo, que será realizado de forma individual e anônima por meio de um questionário estruturado, com questões fechadas, composto de itens referentes aos conhecimentos, atitudes e atividades que o aluno deve alcançar na conclusão do módulo I, baseado no seu perfil profissional.

O Questionário deve ser concebido de forma específica, de acordo com os objetivos a serem atingidos e o aspecto a serem observados e tem como vantagens a economia de tempo da coleta de informações e poderá ser aplicados em diferentes momentos após a formação (BRUYNE, 1977).

O processo de construção do instrumento de avaliação do desempenho final, da formação dos ACS, módulo I, percorreu as seguintes etapas:

1ª etapa - Análise documental

Nessa etapa, foram lidos exaustivamente e analisados os documentos base, o “Referencial curricular nacional para o curso técnico de agente comunitário de saúde” (BRASIL, 2004, 2005) e o módulo I, intitulado “Desenvolvendo ações de

integração das equipes de saúde e população adscrita à unidade básica de saúde”, da formação do ACS, na Bahia.

Inicialmente foi realizada a análise de conteúdo do Referencial Curricular em relação aos objetivos, justificativa, finalidade, estruturação do curso e o perfil profissional proposto do Curso técnico dos ACS, visando à compreensão da formação como um todo, já que o módulo I é uma etapa formativa do referido curso.

Após a compreensão do curso técnico ACS, partiu-se para o módulo I buscando fazer um levantamento dos conteúdos, das habilidades e atitudes em torno dos quais o aluno deverá manifestar o seu desempenho, baseado em Luckesi (2003).

Nesse levantamento, identificou-se que o módulo I pretende que os ACS possam refletir, problematizar, conhecer e re-significar a realidade em que vive e trabalha, bem como contribuir para transformar o processo de trabalho, realizando novas práticas. Os seguintes temas contemplam o módulo I: processo saúde doença, seus determinantes e condicionantes; problemas de saúde; necessidades de saúde; potencialidades da comunidade; território; comunicação com pessoas e grupos; trabalho em grupo e equipe; papel e atribuição dos ACS; perfil profissional dos ACS; regulamentação da profissão do ACS; diagnóstico de saúde da comunidade; planejamento das ações e serviços locais de saúde; cadastramento; visita domiciliar; entrevista; mapeamento; SUS; ESF e nova lógica de produzir saúde; ética; acolhimento; vínculo entre os profissionais, e com os usuários; dentre outros.

2ª etapa – Construção do modelo lógico

Hadji (2001) afirma que é essencial na construção de instrumentos de avaliação, começar pela elucidação dos objetivos a avaliar e das competências a revelar e que somente no âmbito de tal conduta a avaliação poderá encontrar validade e pertinência. Baseada nesta afirmação e a partir do levantamento e da análise dos conteúdos buscou-se elucidar os objetivos propostos em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes e comportamentos, para cada unidade de conhecimento e das competências a revelar no referido módulo.

A partir dessa análise, foi construído o modelo lógico do módulo I, da formação técnica do ACS, na Bahia, (Figura 02) visando clarificar os objetivos e as

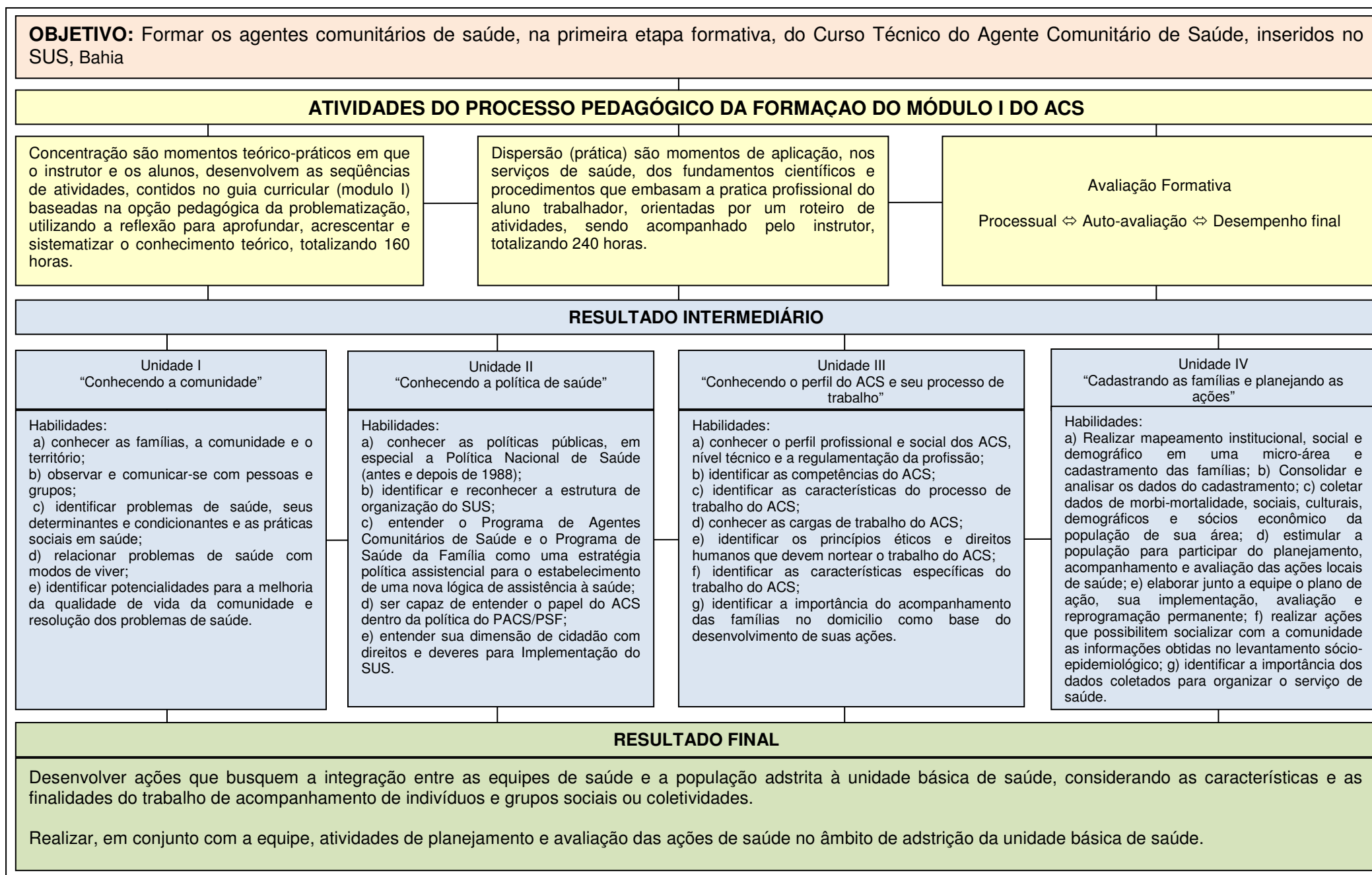
habilidades necessárias para desenvolverem as competências propostas, partindo do pressuposto que apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir o que deve ser medido, segundo Medina et al (2005). Neste trabalho, modelo lógico foi entendido enquanto um “esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados” (ROWAN 2000 apud MEDINA et al, 2005, p. 46).

Observa-se na figura 02, com base no documento analisado, que o objetivo do módulo I é formar os agentes comunitários de saúde, na primeira etapa formativa, do Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde, inseridos no SUS, Bahia. As colunas em amarelo correspondem às atividades do processo pedagógico componente da formação dos ACS que são os momentos de concentração (teórico-práticos), os momentos de dispersão (aplicação dos fundamentos científicos e procedimentos na prática) e a avaliação da aprendizagem (formativa composta de três momentos complementares: avaliação de processo, auto-avaliação e avaliação de desempenho final), lembrando que a execução da formação é loco regional (municipal).

As colunas seguintes, em azul, dizem respeito aos objetivos concebidos para cada unidade do módulo I, em relação às habilidades que devem ser desenvolvidas pelos ACS, traduzidas como resultados intermediários.

E por fim a coluna verde é o resultado final esperado na conclusão deste módulo que são: a) desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; b) realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.

FIGURA 02 – Modelo Lógico do Módulo I – Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde, Bahia.



Esse modelo lógico serviu de referência para a construção de uma matriz na tentativa de identificar as categorias, dimensões e objetivos propostos do instrumento de avaliação de desempenho final do módulo I.

Dando seguimento, baseado na análise do modelo lógico, definiram-se as categorias do instrumento de avaliação, correspondente a cada unidade de aprendizagem do módulo I, que são: conhecendo a comunidade; conhecendo a política de saúde; conhecendo o seu perfil do ACS e seu processo de trabalho; cadastrando as famílias e planejando as ações, visando abarcar os aspectos dos resultados propriamente ditos da formação, ao qual incorporará dimensões e objetivos propostos para medir os resultados específicos de cada unidade do módulo sob análise.

Os objetivos propostos para cada dimensão do saber são aspectos ou elementos colhidos do objeto avaliado, e sobre os quais vai basear-se para pronunciar sobre o modo como as expectativas são satisfeitas, realizando itens relevantes e adequados (Hadji, 2001).

Foi construída uma matriz (QUADRO 01) contendo as categorias, dimensões e objetivos propostos para se medir os resultados específicos, visando facilitar a construção dos itens do instrumento. Cada uma das categorias que seriam avaliadas pelo instrumento foi dividida em duas dimensões: conhecimentos (saber conhecer), habilidades (saber fazer), contendo todo o objetivo proposto a ser alcançado pelos alunos após a conclusão do módulo I, buscando desenvolver as duas competências do perfil profissional de conclusão do curso. A dimensão do saber-ser (atitudes e valores) é considerada transversal, pois abrange e integra em si as outras dimensões.

QUADRO 01: Matriz de categorias, dimensões e objetivos propostos do instrumento de avaliação do desempenho final do módulo I da formação técnica do ACS

CATEGORIA	DIMENSÃO	OBJETIVOS PROPOSTOS
Conhecendo a comunidade	Conhecimentos	Conhecer a comunidade, o território, os modos de vida; Conhecer os problemas de saúde e as potencialidades da comunidade para a solução desses problemas; Compreender o processo saúde doença, os fatores de risco e a multicausalidade das doenças.
	Habilidades	Conhecer as famílias, a comunidade e o território; Observar e comunicar-se com pessoas e grupos; Identificar problemas de saúde, seus determinantes e condicionantes Identificar as práticas sociais em saúde; Relacionar problemas de saúde com modos de viver; Identificar potencialidades para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e resolução dos problemas de saúde.
Conhecendo a política de saúde	Conhecimentos	Conhecer o SUS: estrutura, funcionamento e responsabilidades; Oportunizar a compreensão da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica; Compreender a sua participação como cidadão e profissional na construção e consolidação deste processo.
	Habilidades	Conhecer as políticas públicas, em especial a Política Nacional de Saúde (antes e depois de 1988); Identificar e reconhecer a estrutura de organização do SUS; entender o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia política assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência à saúde; Entender o papel do ACS dentro da política do PACS/PSF; Entender sua dimensão de cidadão com direitos e deveres para Implementação do SUS.
Conhecendo o seu perfil do ACS e seu processo de trabalho	Conhecimentos	Reconhecer o seu perfil profissional com especificidade social; Conhecer a regulamentação da profissão; Entender os princípios éticos e os direitos humanos; Estudar o seu processo de trabalho; Compreender acolhimento.
	Habilidades	Conhecer o perfil profissional e social dos ACS, nível técnico; Conhecer a regulamentação da profissão; Identificar as competências do ACS; Identificar as características do processo de trabalho do ACS; Conhecer as cargas de trabalho do ACS; Identificar os princípios éticos e direitos humanos que devem nortear o trabalho do ACS; Identificar as características específicas do trabalho do ACS; Identificar a importância do acompanhamento das famílias no domicílio como base do desenvolvimento de suas ações.
Cadastrando as famílias e planejando as ações	Conhecimentos	Conhecer o mapeamento sócio político e ambiental; Conhecer e utilizar métodos e instrumentos de coleta e análise de dados; Identificar os indicadores sócio econômicos, culturais e epidemiológicos; Iniciar os estudos do SIAB e a ficha A, para que possa participar com a equipe de saúde na elaboração do diagnóstico da área adscrita, do planejamento das ações para organização do Serviço de Saúde.
	Habilidades	Realizar mapeamento institucional, social e demográfico em uma micro-área; Realizar o cadastramento das famílias; Consolidar e analisar os dados do cadastramento; Coletar dados de morbi-mortalidade, sociais, culturais, demográficos e sócios econômico da população de sua área; Estimular a população para participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde; Elaborar junto a equipe o plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente; Realizar ações que possibilitem socializar com a comunidade as informações obtidas no levantamento sócio-epidemiológico; Identificar a importância dos dados coletados para organizar o serviço de saúde.
Todas as unidades	Atitudes e valores	Interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população; Respeitar valores, culturais e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde; Buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa; Recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados; Levar em conta a pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimento que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que se refere sua prática profissional; Colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde; Pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador.

3ª etapa – Elaboração da primeira versão do instrumento

Inicialmente, decidiu-se a forma de apresentação do instrumento, o objetivo da avaliação e as instruções da aplicação e a partir daí, para cada um dos objetivos propostos foi redigidos um ou mais itens, num formato de afirmativas a fim de serem apreciadas por meio de opções para mensuração do processo de avaliação da aprendizagem que, assim, foram definidos e classificados: sim (concordância total), parcialmente e não (discordância total).

Na elaboração dos itens do instrumento foram estabelecidos alguns critérios como: apresentar o mesmo nível de dificuldade e complexidade dos conteúdos trabalhados, construídos numa linguagem clara e observando que cada item aborde somente um conteúdo. E foram organizados em blocos de conteúdos referentes a categorias visando que o educando sistematizasse melhor os conhecimentos e habilidades aprendidos (LUCKESI, 2003).

Esses itens visavam abarcar o alcance dos conhecimentos, habilidades e atitudes que poderiam ser alcançadas pela conclusão do módulo I do processo de formação técnica do ACS. Ao término desta etapa, foram construídos 96 itens para o conjunto de quatro categorias: 1) conhecendo a comunidade, 16 itens; 2) conhecendo as políticas de saúde, 28 itens; 3) conhecendo o perfil do ACS seu processo de trabalho, 26 itens; 4) cadastrando as famílias e planejando as ações, 26 itens.

No instrumento de avaliação foram inseridos poucos itens relativos à identificação pessoal a fim de preservar o anonimato dos respondentes. O cuidado com o sigilo será importante para que os agentes respondentes se sintam à vontade para emitir suas respostas, tornando-os mais participativos e disponíveis e, por conseguinte, gerando uma avaliação mais fidedigna.

Finalmente, a primeira versão do instrumento de avaliação de desempenho final do módulo I da formação técnica dos ACS foi desenvolvida e dividida em duas partes: a primeira, visa obter dados de identificação; a segunda, desempenho final, busca sintetizar os conhecimentos, as habilidades necessárias para desenvolverem as competências propostas na formação, subdividida em quatro unidades.

A organização dos itens distribuída em unidades além de representar as áreas de conhecimento, visa facilitar ao aluno responder as perguntas de forma

processual e gradativa às etapas desenvolvidas durante o processo ensino-aprendizagem ao longo do Módulo I (LUCKESI, 2003).

4ª etapa – Validação do instrumento

Como estratégia de validação do instrumento, realizou-se uma consultoria com um comitê de especialistas para análise criteriosa dos itens componentes, por um grupo de seis especialistas, convidados por dominarem os conteúdos envolvidos e por apresentarem experiência profissional sobre o assunto investigado, há mais de dois anos, e as autoras do módulo I.

Nesta etapa, os 96 itens foram analisados pelos diferentes especialistas que opinaram quanto à linguagem, gramática e forma de apresentação adequada, bem como se o conteúdo dos itens estava de acordo com os objetivos do módulo I, da formação. Desta forma, a idéia foi realizar uma validação de conteúdo pelos especialistas, buscando determinar a apropriação dos itens e categorias do instrumento.

Ao final dessa etapa de validação dos especialistas foram eliminados 36 itens da versão inicial do instrumento que apresentavam problemas de redação, e, que consistiam em afirmações parecidas e com conteúdos semelhantes. Também se decidiu que as opções para mensuração do processo de avaliação da aprendizagem seriam: sim e não.

Assim, na consultoria, as sugestões apresentadas foram incorporadas e reformuladas, sendo o instrumento, composto de sessenta itens, quinze itens para cada unidade de conhecimento, revisado e validado de modo a melhorar a adequação do instrumento para a sua subsequente aplicação preliminar na população alvo, ACS, num estudo-piloto (pré-teste).

Manteve-se da proposta inicial, a apresentação, forma e a divisão em duas partes: identificação e desempenho final, sendo que a segunda parte foi subdividida em quatro unidades de conhecimentos.

5ª etapa – Estudo-piloto

Em seguida, o instrumento de avaliação final validado pelo comitê de especialistas foi aplicado preliminarmente, em janeiro de 2010, como estudo piloto,

no total de nove ACS de duas equipes de Saúde da Família, sendo seis da equipe 01 e três da equipe 02, no município da região metropolitana de Salvador.

O município em questão foi escolhido como campo de pesquisa devido à aproximação da pesquisadora com a gestão local e porque os ACS já concluíram o módulo I, estando aptos para o teste do instrumento, visando os reajustes possíveis e necessários ao mesmo, tornando-o válido para aplicação em outras localidades.

Para tanto, os procedimentos da aplicação do instrumento seguiram exatamente na forma como se pretende que seja realizado o estudo definitivo. Inicialmente, foi explicitado pelo facilitador qual o objetivo da avaliação, as instruções para o preenchimento do instrumento e a finalidade do teste. Em seguida, todos os ACS receberam uma cópia do instrumento dentro de um envelope, a qual foi respondida de forma anônima e devolvida para o facilitador dentro do mesmo envelope. Essa foi uma medida adotada para manter o critério de confidencialidade e anonimato.

O resultado do teste com os ACS revelou ser um instrumento de fácil aplicação, composto por itens com linguagem clara e objetiva, com conteúdos de acordo com os objetivos propostos pelo módulo I e útil na identificação do desempenho final do módulo I da formação técnica do ACS, sinalizado por 80% dos participantes.

6ª etapa - Revisar os testes e realizar ajustes possíveis e necessários.

A partir da aplicação do teste no plano piloto, foi necessário analisar e fazer ajustes do instrumento de avaliação, realizados pela pesquisadora, validados pelas especialistas da EFTS. O pré-teste possibilitou o aperfeiçoamento da redação de poucos itens, de modo a torná-los mais claros ao entendimento e a melhorar a adequação do instrumento.

Após os ajustes, chegou-se à versão final do instrumento de avaliação de desempenho final do módulo I, composto de duas partes: identificação e desempenho final. A parte do desempenho final, subdividida em quatro unidades, contendo quinze itens cada e no total de sessenta itens (APÊNDICE A), tornando-o apropriado a aplicação futura.

7ª etapa – Construção de um roteiro preliminar de aplicação do instrumento e sugestão de critérios de análise de dados

Objetivando o apoio institucional à implementação do instrumento de avaliação de desempenho final do módulo I da formação técnica do ACS, realizou-se uma reunião com o grupo gestor da Escola, oportunidade em que houve a decisão político-institucional para a operacionalização da avaliação do processo formativo a partir de 2010, o qual será coordenado pela equipe técnica da EFTS. Vale ressaltar que a utilização do instrumento em larga escala, dará uma visão importante no sentido de traçar uma análise da situação de aprendizagem e propor soluções para a melhoria da qualidade do ensino.

Realizou-se um roteiro preliminar de aplicação do instrumento (APÊNDICE C) onde se propõem os passos para a realização da avaliação, de forma clara para que os atores envolvidos no processo percebam a finalidade e metodologia da avaliação. Esse roteiro não pode ser considerado definitivo, pois representa uma primeira aproximação da intervenção, sendo que o mesmo pode ser ampliado e redefinido em função do avanço do conhecimento e de sua prática.

A aplicação do instrumento será individual com os ACS de forma anônima e a devolução do resultado será de forma participativa, coletiva e abrangente, envolvendo os ACS, instrutores e coordenador do curso e EFTS, por meio de uma oficina, com vistas a reaproximar os trabalhadores aos resultados da avaliação.

Será utilizado um sistema informatizado para análise de dados, de acordo com a capacidade institucional e estrutural da EFTS, por meio de *software* próprios para este fim, a exemplo, o Statistical Package for the Social Sciences - SPSS (aplicativo do tipo científico, próprio para interpretações de dados estatísticos para as ciências sociais) visando facilitar a sistematização dos dados e sua posterior interpretação. Esse processamento será realizado pela EFTS, utilizando sua estrutura física e técnica.

Após a sistematização dos dados, poderá ser realizada uma análise dos resultados com os padrões de qualificação da aprendizagem estabelecidos previamente. A qualificação da aprendizagem é manifestada através dos dados coletados que retratam o estado de aprendizagem em que o aluno se encontra, formando-se um juízo de valor. “O juízo de qualidade opera por comparação entre a realidade constatada e um critério de qualificação ou padrão de qualificação. Todo

ato de avaliar opera por esse processo comparativo entre a realidade e critério de qualificação” (LUCKESI, 2003, p. 43).

Esta análise de dados poderá ser realizada conforme o escore a seguir, que detalha a concordância total dos itens conforme o padrão de desempenho final dos ACS e a efetividade da formação em relação às categorias e dimensões, conforme tabela 01 abaixo:

TABELA 01 – Escore de desempenho final

SIM	Padrão de qualificação
100% a 80%	Excelente
79% a 70%	Bom
69% a 50%	Regular
Abaixo de 49%	Insuficiente

Vale salientar que estes critérios e padrões avaliativos necessitam de maior aprofundamento conceitual e empírico, para constituir a avaliação definitiva do desempenho final, pois concebe uma primeira aproximação da análise, sendo que podem ser ampliados e redefinidos em função do avanço do conhecimento, de sua prática, de validação de expertises e de testes.

O *feedback* dessa avaliação poderá ser realizado em dois momentos: 1) etapa municipal, onde cada município terá a sistematização e análise da avaliação de desempenho final dos seus ACS egressos, por meio de uma oficina participativa e coletiva com uma amostra representativa de ACS, instrutores do curso, coordenador do curso e técnico da EFTS, objetivando aproximar os trabalhadores dos resultados da avaliação como também, levantar os limites e possibilidades do processo formativo, visando estratégias para superação; 2) etapa estadual, onde a sistematização e análise serão no âmbito estadual, abarcando um conjunto de municípios, sendo a mesma executada pela EFTS por meio de um seminário de avaliação anual.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O produto tecnológico desenvolvido, *“Instrumento de avaliação de desempenho final do módulo I da formação técnica dos ACS”*, usando a percepção do egresso sobre sua aprendizagem e conseqüente desempenho esperado no processo de trabalho, visa possibilitar aos atores envolvidos o conhecimento da efetividade do processo formativo, o valor que esta formação acresce ao trabalho, assim como levantar dificuldades e subsidiar melhorias a serem incorporadas em futuras atuações.

A elaboração e a validação do instrumento de avaliação de desempenho final do módulo I indicam a pertinência e validade de se construir tecnologias que subsidiem o monitoramento do processo de ensino aprendizagem, tanto deste curso quanto de outros desenvolvidos pela EFTS. Desta forma, pode se ampliar o debate sobre o tema, além de promover a superação das dificuldades didáticas e metodológicas na elaboração de novos instrumentos para os módulos seguintes da formação.

Entendendo a avaliação enquanto parte do processo ensino-aprendizagem, tem freqüentemente a função de preparar a tomada de decisão, esclarecendo aquele que decide por meio de informações úteis coletadas. Nesse sentido, este instrumento deve ser utilizado para ampliar o processo de avaliação da formação dos ACS e poderá se constituir como referência de aproveitamento educacional dos egressos. Visa assim, traçar uma análise da situação de aprendizagem e propor soluções para os problemas identificados, por meio de propostas de educação permanente que respondam às necessidades identificadas, possibilitando a melhoria da qualidade do ensino.

A aplicação desse instrumento, em larga escala, dará amplitude de reconhecimento à EFTS sobre o processo de formação do ACS, verificando o desempenho dos egressos em relação aos conhecimentos, atitudes e habilidades desenvolvidas no módulo I, bem como ajustar os resultados da avaliação, tanto por parte dos ACS, quanto da escola.

Além disso, a decisão política da EFTS em institucionalizar o instrumento como meio de avaliação do processo pedagógico do referido curso possibilitará, à pesquisadora, futuras contribuições na construção e elaboração de instrumentos de avaliação de desempenho final dos módulos II e III da Formação Técnica do ACS,

que será desenvolvida pela Escola, haja vista sua implicação institucional no processo de trabalho da EFTS.

REFERÊNCIAS

ALBURQUERQUE, K. F. de. **Representações sociais sobre o agente comunitário de saúde:** elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde. 2000. Tese (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba.

BAGNATO, M. H. S. Fazendo uma travessia: em pauta a formação dos profissionais da área da saúde. In: BAGNATO, M. H. S. **Educação, saúde e trabalho:** antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas, SP: Alínea, 1999. p. 9-23.

BAHIA. Secretaria da Educação. **Avaliação educacional profissional:** aspectos pedagógicos e institucionais. Salvador, 2006. 73p.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Política estadual de gestão do trabalho e da educação permanente SUS Bahia.** [Salvador]: SUPERH, 2008.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Projeto político pedagógico:** Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis. [Salvador]: EFTS, 2004.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Estratégias e ferramentas pedagógicas para qualificação das equipes de saúde da família. **Actas de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 2007.

BATISTA, H. M^a. A.; GURGEL, C. R.; SOARES, L. A. **A prática pedagógica da avaliação escolar:** um processo em constante construção. Disponível em: http://www.ufpi.br/mesteduc/eventos/ivencontro/GT14/pratica_pedagogica.pdf. Acesso em: 05/12/2009.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, 1998.

BOMFIM, M. I. R. M. *et al.* O trabalho docente em educação profissional técnica na saúde. In: BOMFIM, M. I. R. M. *et al.* **A organização pedagógica do trabalho docente em saúde.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2008. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002:** cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 11.350, de 05 de outubro de 2006** [Brasília: Ministério da Saúde, 2006.](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde.** Brasília, 2005. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde.** Brasília, 2004 a. 28 p. Versão preliminar

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS.** Quarta Versão. Brasília, 2002.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: www.presidencia.gov.br/htm. Acesso em: 26/03/06.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica.** 4. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1.996/2007.** Disponível em: www.saude.gov.br/sgtes. Acesso em: 20/03/07.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 198/2004.** Disponível em: www.saude.gov.br/sgtes. Acesso em: 26/03/07.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 2001, a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa da Saúde da família.** Brasília, 2001, b.

BRUYNE, P. et al. Os modos de investigação. In: ALVES, F. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais.** Rio de Janeiro, 1977, p. 223-251.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2006. p.107-112.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.41-65, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Ed). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

DAVINI, M^a. C. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde.** Brasília, 1994. p.27-33.

- DAVINI, M^a. C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde**. Brasília, 1994. p.39-55.
- DEPRESBITERIS, L. **Avaliando competências na escola de alguns ou na escola de todos?** Disponível em: www.senac.br/BTS/273/boltec273 .
- FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 2, p.347-355, 2005.
- FERREIRA, V. S C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr, 2009.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, n.3, p.24-27, 2003.
- FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, 2007.
- FRIGOTTO, G. Tecnologia. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2006. p. 243-248.
- FRIGOTTO, G. Trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2006. p.258-262.
- GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M^a. H. M. de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.575-625.
- GONÇALVES, R. B. M. O processo tecnológico do trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para debate**, n. 4, jun., 1991.
- GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde e tecnologia**: contribuição para a reflexão teórica. São Paulo, 1988.
- GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- HADJI, C. **Avaliação desmistificada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- HARTZ, Z. M^a de A. Avaliação em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2009. p.50-54.
- HOFFMANN, J. **Avaliar para promover**: as setas do caminho. Porto Alegre: Mediação, 2001. 142p.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2009.

KRAEMER, M. E. P. A avaliação da aprendizagem como processo construtivo de um novo fazer. **Gestion Del Conocimiento**, n. 3, 2005.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M^a. M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.6, nov.-dez., 2006.

LIBÂNEO, J. C. Tendências Pedagógicas na prática escolar. In: LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública: pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola, 1985.

LOPES, A. C. **Competências na organização curricular da reforma do ensino médio**. Disponível em: www.senac.br. Acesso em: 19/01/2007.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar: reelaborando conceitos e recriando a prática**. Salvador, 2003, 98p.

MATOS, C. L.; MARINHO, M. E. S; CAMARÃO, M. J. C. **Guia curricular para a formação técnica de agentes comunitários**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2006.

MARQUES, C. M^a. S. et al. **Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/PROFAE**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde /PROFAE, 2000, 15 p.

MARQUES, C. M^a. S. As necessidades do SUS e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação técnica em saúde no contexto do sus**, v. 2, n. 5, p. 17-27, 2002.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EDUFBA, 2005. p. 41-63.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set./dez., 2003.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma dimensão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998

- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2006. p.225-230.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2006. p. 276-282.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006. 406p.
- NASCIMENTO, E. P. L. **A formação dos agentes comunitários de saúde: experiência do município de Campinas**. Campinas, SP: UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas, 2006.
- NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun, 2008.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p. 1639-1646, 2002.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.547-573.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2006. p. 269-276.
- PEDUZZI, M.; SCHAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2006. p.199-207.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 19, n.5, 2003.
- PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Educação profissional em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2009. p.182-189.
- PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- PINHEIRO, E. de F. C. et al. Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. **Formação**, Brasília, nº 8, p. 47-58, maio, 2003.
- PINTO, M. Gerações da avaliação. Disponível em: G:\avaliação\outr\Ólhar Gerações da avaliação.mht. Acesso em: 20/12/2009.

PIRES, D. E. Reestruturação produtiva em saúde e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun., 2000.

PIRES, D. E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2006. p.92-97.

RAMOS, M. N. Avaliação por competências. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2009. p. 55-59.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

ROMÃO, J. E. Educação profissional no século XXI. Disponível em: WWW.senac.br/BTS?283/boltec283.htm. Acesso em 25/04/2008

SAVIANI, D. As concepções pedagógicas na história da educação brasileira. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_036.html. Acesso em: 20 de setembro de 2008.

SOLLA, J. J. P.; MEDINA, M^a. G.; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, n. 51, p. 4-15, jun., 1996.

SÓRIO, R. E. R. Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das escolas técnicas de saúde do Sistema Único de Saúde. **Formação técnica em saúde no contexto do sus**, v. 2, n. 5, p. 45-58, 2002.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/FIOCRUZ, 2005. p.15-39.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO FINAL DO MÓDULO I DA FORMAÇÃO TÉCNICA DO ACS

Instrumento de avaliação de desempenho final do módulo I da formação técnica do ACS

Obrigado por aceitar ser avaliado. Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está utilizando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

Objetivo da avaliação: proporcionar um diagnóstico sobre a aprendizagem dos alunos, do módulo I do processo formativo do ACS, onde os atores envolvidos possam ter clareza e subsídios sobre o resultado da formação. Não deve ser tomada como exame final.

Instrução: marque com um X uma das alternativas de respostas: sim (concordância total) e não, que correspondem à sua avaliação para cada um dos itens apresentados abaixo.

Sempre que considerar necessário escreva no verso o porquê de sua resposta.

1ª PARTE - Identificação

Data: _____ Município: _____ Área/PACS-PSF: _____

Quanto tempo atua como agente comunitário de saúde? _____

Quando concluiu o módulo I? _____

Escolaridade: Fundamental incompleto Fundamental completo Médio incompleto Médio completo Superior incompleto superior completo

2ª PARTE – Desempenho Final

Unidade I - Conhecendo a comunidade

1. Conheço o território de minha área de abrangência.

Sim Não

2. Conheço no território, as áreas de risco à saúde da população.

Sim Não

3. Identifico os problemas de saúde da comunidade no território onde trabalho.

Sim Não

4. Associo os problemas de saúde da comunidade com as suas condições e estilos de vida (modos de viver).

Sim Não

5. Entendo que é no dia-a-dia que as pessoas se expõem às situações que beneficiam ou prejudicam sua saúde.

- Sim Não
6. Compreendo o processo saúde doença como decorrente da inter-relação de fatores ambientais, sociais e biológicos.
- Sim Não
7. Identifico os determinantes e condicionantes do processo saúde doença.
- Sim Não
8. Conheço as necessidades de saúde mais frequente da comunidade no território onde trabalho.
- Sim Não
9. Contribuo para atender essas necessidades de saúde da comunidade.
- Sim Não
10. Conheço no território, os atores sociais individuais e coletivos com potencialidades que podem contribuir para melhorar a qualidade de vida da comunidade.
- Sim Não
11. Identifico as práticas sociais em saúde potenciais que contribuem para melhorar a qualidade de vida e resolver os problemas de saúde da comunidade.
- Sim Não
12. Reconheço a importância da comunicação para o desenvolvimento da minha atividade diária.
- Sim Não
13. Comunico-me com uma linguagem clara, objetiva de acordo com o público alvo.
- Sim Não
14. Mantenho uma boa comunicação com os demais profissionais da equipe.
- Sim Não
15. Dialogo com os usuários dos serviços de saúde, compartilhando experiências e informações.
- Sim Não

Unidade II – Conhecendo as políticas de Saúde

1. Reconheço que a partir da constituição federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado.
- Sim Não

2. Entendo a universalidade, equidade e integralidade da atenção como princípios do SUS.
 Sim Não
3. Entendo a descentralização da gestão, a regionalização e a hierarquização das ações e serviços de saúde como as diretrizes que organizam o SUS.
 Sim Não
4. Entendo que o SUS é financiado com os recursos dos impostos pagos pela população.
 Sim Não
5. Compreendo que os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como espaços para a participação e controle social do SUS.
 Sim Não
6. Entendo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (Saúde da Família) como uma estratégia política assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de atenção à saúde.
 Sim Não
7. Considero que o trabalho em equipe, multiprofissional, é um dos princípios da Saúde da Família.
 Sim Não
8. Na Saúde na Família, identifico o meu papel dentro da política do PACS/PSF.
 Sim Não
9. Compreendo que tenho direitos e deveres para a consolidação de SUS.
 Sim Não
10. Compartilho saberes e fazeres com outros profissionais, na equipe.
 Sim Não
11. Reconheço o usuário como participante ativo na produção de saúde individual e coletiva.
 Sim Não
12. Discuto com a equipe a demanda de saúde e queixas dos usuários visando à solução dos mesmos.
 Sim Não
13. A equipe apóia e resolve os problemas e as necessidades de saúde da comunidade trazida pelos os ACS.
 Sim Não

14. Facilito o acesso dos usuários na Unidade de Saúde para atender suas necessidades.

Sim Não

15. Sou solidário as necessidades e problemas de saúde da comunidade.

Sim Não

Unidade III - Conhecendo o perfil do ACS e seu processo de trabalho

1. Conheço a regulamentação profissional dos ACS.

Sim Não

2. Reconheço o perfil profissional e social do ACS, como um trabalhador no campo intersectorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente.

Sim Não

3. Entendo as características específicas do processo de trabalho do ACS, como residir na área onde exerce as atividades, ser responsável pelo acompanhamento de 150 famílias (ou 750 pessoas) num território definido.

Sim Não

4. Compete aos ACS, aproximar a comunidade do serviço de saúde.

Sim Não

5. Conheço as famílias que necessitam de um acompanhamento mais próximo e freqüente.

Sim Não

6. Realizo atividades educativas, orientando as pessoas como evitar as doenças e cuidar melhor de sua saúde.

Sim Não

7. Realizo visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família.

Sim Não

8. Planejo as visitas domiciliares antes de realizá-las.

Sim Não

9. Não sinto dificuldades de entrar nas residências.

Sim Não

10. Observo os aspectos físicos e gerais das pessoas do local visitado.

Sim Não

11. Tenho uma postura afetiva, compromissada e com responsabilidade diante dos usuários.
- Sim Não
12. Conservo a privacidade dos usuários, guardando segredo das confidências e das necessidades de saúde das famílias.
- Sim Não
13. Construo laços de confiança com usuários.
- Sim Não
14. Respeito as crenças e valores dos usuários.
- Sim Não
15. Tenho atitudes como: delicadeza, paciência e bom senso.
- Sim Não

Unidade IV - Cadastrando as famílias e planejando as ações

1. Identifico no exercício de minha prática a importância, da utilização de instrumentos (cadastramento, fichas) para o diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade.
- Sim Não
2. Compreendo que o preenchimento correto da ficha A é muito importante para o sistema de informação da atenção básica (SIAB).
- Sim Não
3. Preencho com facilidade as fichas.
- Sim Não
4. Entrego as fichas ao supervisor no tempo previsto.
- Sim Não
5. Participo da consolidação e análise dos dados obtidos no cadastramento.
- Sim Não
6. Participo junto com a equipe na elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade.
- Sim Não
7. Compreendo que as informações obtidas através do cadastramento serão úteis para planejar o trabalho da equipe.
- Sim Não

8. Participo junto com a equipe na elaboração do plano de ação para organizar as ações e os serviços de saúde.
 Sim Não
9. Identifico recursos (físicos, pessoais, comunitários) que poderão ser utilizados no plano de ação.
 Sim Não
10. Elaboro junto à equipe a avaliação das ações locais de saúde.
 Sim Não
11. Estimulo a comunidade a participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde.
 Sim Não
12. Reúno a comunidade para juntos discutir as necessidades e problemas de saúde e decidir as prioridades para a área.
 Sim Não
13. Participo de reunião comunitária, ajudando o grupo a compreender e a formular os objetivos.
 Sim Não
14. Conheço a finalidade do mapeamento do território.
 Sim Não
15. Preparo o mapa com as áreas de riscos e locais importantes, reproduzindo o que existe na comunidade.
 Sim Não

Sugestões/comentários: _____

APÊNDICE C – ROTEIRO PRELIMINAR DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

ROTEIRO DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento de avaliação proposto será aplicado após a conclusão do Módulo I, visando uma avaliação mais completa e sistemática, de tal forma que contemple os conteúdos essenciais do módulo, e possibilite aos educadores, assim como aos educandos, um olhar sobre todas as aprendizagens daquele período, a partir da auto-percepção da aprendizagem pelo aluno.

Orientações: Inicialmente, o facilitador do município, instrutor do ACS ou coordenador local do curso, deverá ser amistoso com os ACS e conversar sobre o objetivo da avaliação, que se trata de uma experiência diagnóstica sobre o que aprendeu e do que não aprendeu, para que ele seja ajudado posteriormente, destacando a importância da participação de todos nesta etapa da coleta de dados. Importa ressaltar aos participantes que a avaliação proposta não deve ser vista como exame final do módulo I e que será garantido o anonimato da avaliação.

Instruções: apresentar o instrumento, dirimindo-se as dúvidas dos ACS pelos facilitadores.

1. Duração da avaliação: 1 hora.
2. Apresentação do instrumento pelo facilitador, ressaltando a importância desta atividade e informando sua composição: a primeira parte visa obter dados de identificação e a segunda que busca sintetizar os conhecimentos, as habilidades necessárias para desenvolverem as competências propostas na formação.
3. Formação dos grupos: de cada micro área com seu respectivo instrutor/supervisor. Em municípios de médio e grande porte, poder-se-á realizar a avaliação numa amostra representativa, a depender do número de agentes do município.
4. O instrumento será respondido individualmente, garantindo o anonimato.
5. Entregar o instrumento dentro de um envelope para todos os ACS, que deverá lê-lo, respondendo todos os itens das duas partes.

6. O facilitador deverá tirar as dúvidas que surgirem durante o processo da aplicação do instrumento.
7. O ACS devolverá a avaliação para o facilitador, após responder todos os itens.
8. O facilitador deverá colocar todas as avaliações dentro de uma pasta e entregar ao coordenador local do curso, para posterior síntese e análise dos resultados, fase realizada pela EFTS. A sistematização e análise dos dados será por meio de programas de software próprios para este fim a exemplo, o SPSS ou equivalente.
9. Após a síntese e análise do material coletado, o *feedback* desta avaliação poderá ser realizado em dois momentos: 1) etapa municipal, onde cada município terá a sistematização e análise da avaliação de desempenho final dos seus ACS egressos, por meio de uma oficina participativa e coletiva com uma amostra representativa de ACS, instrutores do curso, coordenador do curso e técnico da EFTS, objetivando aproximar os trabalhadores dos resultados da avaliação, como também, levantar os limites e possibilidades do processo formativo, visando estratégias para superação; 2) etapa estadual, onde a sistematização e análise serão no âmbito estadual, abarcando um conjunto de municípios, sendo a mesma executada pela EFTS por meio de um seminário de avaliação anual.