

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA REVISITAÇÃO

Revisiting Community Health Workers' professional competencies

Andrea Gonçalves Bandeira¹, Regina Rigatto Witt²
Carla Daiane Silva Rodrigues³

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um dos profissionais que atua nas equipes de Saúde da Família, cuja supervisão é de responsabilidade do enfermeiro. Este estudo teve como objetivo analisar a adequação das competências propostas pelo Ministério da Saúde para os ACS na perspectiva de enfermeiros e ACS. Utilizou-se a Técnica Delphi *online* em duas rodadas. Participaram do estudo 90 enfermeiros e ACS do programa Telessaúde/RS. Dois instrumentos circularam entre o grupo, solicitando avaliação da adequação das competências. Como critério de consenso foi estabelecido um percentual de 75%. Das 45 habilidades e conhecimentos iniciais, foram modificadas 19 e excluídas seis, além do acréscimo de 13 habilidades. Os resultados evidenciaram uma preocupação dos enfermeiros com a formação dos ACS e a fragmentação do trabalho na ESF e a necessidade do resgate da essência do trabalho deste profissional tal como foi concebida na sua origem para a mudança do modelo assistencial necessário para a consolidação do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Competência Profissional.

INTRODUÇÃO

A trajetória da conformação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) baseia-se em experiências que foram desenvolvidas mundialmente, desde o período que antecedeu a Conferência de Alma Ata, e está relacio-

ABSTRACT

The Community Health Worker (CHW) is one of the professionals working in the Family Health teams, and whose supervision is the responsibility of the nurse. The purpose of this study was to analyze the adequacy of the competencies proposed by the Ministry of Health for CHWs, from the perspective of nurses and CHWs. The Delphi Technique was used online in two rounds. Ninety (90) nurses and CHWs from the Telehealth/RS program participated in the study. Two instruments circulated among the group, requesting an assessment of the adequacy of the competencies. As a consensus criterion, a percentage of 75% was established. Of the 45 initial skills and knowledge areas, 19 were modified and six were excluded; in addition, 13 skills were added. The results showed a concern among the nurses with the training of the CHWs and the fragmentation of work in the Family Health Strategy, and the need to rescue the essence of the work of this professional as originally conceived to change the assistance model, necessary for the consolidation of the Unified Health System (SUS).

KEYWORDS: Family Health; Community Health Workers; Professional Competence.

nada ao movimento de atenção primária em saúde. No Brasil, experiências exitosas levaram à incorporação dos ACS pelo Ministério da Saúde, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seguindo-se do Programa de Saúde da Família (PSF).

Hoje, constituem importante força de trabalho no Sis-

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: carla.rodrigues@ufrgs.br.

tema Único de Saúde (SUS), realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, a partir de uma concepção voltada à promoção da qualidade de vida e desenvolvimento de autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos e grupos sociais.¹

A expansão dos ACS como profissionais no SUS, sua inserção na equipe multiprofissional, a luta pela mudança do modelo assistencial e a instituição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo estratégico para reorganização da atenção à saúde vêm colocando desafios para a formação e para a atuação deste profissional.

Apesar de que para os ACS atuarem na ESF, seja exigido que possuam ensino fundamental e realizem um curso introdutório de formação inicial, de curta duração, em torno de 40 horas e orientado para aspectos normativos da saúde da família. A necessidade de contratação imediata de profissionais, para suprir as demandas dos serviços, tem feito com que a exigência da realização do curso nem sempre seja atendida. Ao mesmo tempo, a formação técnica do ACS, criada com intuito de minimizar a preocupação com a sua escolaridade² ainda não se constitui em uma realidade no contexto do país.

Frente a essa problemática, a formação do agente comunitário no trabalho se torna um imperativo. Um perfil de competências é uma ferramenta importante na criação de descrições de trabalho e programas de orientação, de maneira a contribuir para a qualidade da assistência.^{3,4}

A fim de subsidiar as instituições formadoras na elaboração de programas político-pedagógicos de formação e desenvolvimento, o Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) estabeleceram um perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde.⁵

A literatura sobre a atuação do ACS tem discutido seu processo de trabalho, perfil, formação e interação com a ESF.^{6,7,8,9,10,11,12} Essas publicações destacam que existem lacunas na formação em serviço, além de tratarem da falta de clareza sobre o papel do ACS na ESF.

Com relação às competências, considerando conhecimentos, habilidades e atitudes do ACS, cuja identidade se constrói no cotidiano do trabalho, valoriza-se a dimensão atitudinal, o ser e conviver,¹³ sem que se saiba como isso se dá nos domínios cognitivo (do saber) e procedimental (do saber fazer).

A validação das competências pelos profissionais que já atuam é fundamental para aproximá-las mais da realidade e, no caso dos ACS, profissionais novos no contexto da saúde tornam-se fundamentais. Além disso, é importante considerar a perspectiva dos enfermeiros, responsáveis por “supervisionar, coordenar e realizar atividades

de educação permanente para os ACS e equipe de enfermagem”.¹

Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão às competências propostas pelo Ministério da Saúde para os ACS, por meio da avaliação das habilidades e conhecimentos na perspectiva de enfermeiros e ACS.

MÉTODO

O estudo utilizou a técnica Delphi, que consiste na circulação de questionários entre grupos de *experts* com feedback controlado, a fim de extrair opinião e obter consenso a respeito do objeto de estudo.¹⁴ Esses *experts* são profissionais que contribuem, a partir de seu conhecimento e experiência profissional, para a elucidação da temática pesquisada,¹⁵ sendo que nesta investigação procurou-se explorar conhecimentos construídos por meio de um longo processo de sistematização proporcionado pela prática.

Foi constituído um grupo de enfermeiros e de ACS de ESF pertencentes ao Projeto Telessaúde do Rio Grande do Sul (Telessaude/RS), uma estratégia para qualificação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica por meio de teleconsultorias. Como critérios de inclusão, foram considerados: o vínculo ao serviço há pelo menos dois anos e a solicitação de teleconsultorias para os enfermeiros, no período de novembro de 2012 a março de 2013. Foram excluídos os enfermeiros que não realizavam a supervisão dos ACS. Profissionais de 90 equipes foram convidados, sendo que 45 enfermeiros e 45 ACS aceitaram participar do estudo.

Foram realizadas duas rodadas da Técnica Delphi *online*. A participação dos profissionais variou de acordo com cada etapa, sendo que, na primeira rodada, participaram 40 enfermeiros e ACS, com uma taxa de retorno de 44,44% e, na segunda rodada, participaram 30 enfermeiros e ACS, sendo a taxa de retorno de 75%.

A construção do primeiro questionário teve como base o perfil de competências dos ACS estabelecido pelo Ministério da Saúde e pela SGTES⁵ e foi organizado de acordo com cinco competências para as quais foram relacionadas habilidades e conhecimentos. Foi solicitado ao participante que indicasse a necessidade de excluir ou modificar, bem como acrescentar outros itens em cada uma das competências, tendo sido disponibilizado um espaço para que fossem incluídos comentários a respeito das sugestões propostas.

A análise dos dados da primeira rodada consistiu da compilação das informações, de acordo com as contribuições dos participantes, as sugestões de exclusão e modificação e os comentários apresentados, que foram consi-

derados à luz do recomendado na literatura a respeito do trabalho do ACS.

O segundo questionário constou das habilidades e conhecimentos resultantes da primeira rodada, adicionados de uma escala de Likert com valores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para que os participantes manifestassem seu grau de concordância. Nele, foi apresentado um *feedback* da primeira rodada, com as sugestões de exclusão, inclusão ou deslocamento de algumas habilidades e conhecimentos entre as competências.

Os dados do segundo questionário receberam tratamento estatístico simples. Foram calculadas média e percentual das respostas “concordo” e “concordo muito” (4 e 5 na escala de Likert). Na técnica Delphi, cabe ao pes-

quisador estabelecer o nível de consenso aceitável. É recomendado, na etapa final, um nível mínimo de concordância de 70%. Frente a isso, optou-se por um nível de concordância de 75% para os escores “concordo” e “concordo muito” da escala de Likert.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o protocolo CAAE 0374.0.001.165-07. Em se tratando da aplicação da técnica Delphi *online*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado em um *link* que direcionava a uma página da Web, em que constava o referido termo. A escolha de concordância era requisito para a abertura das páginas subsequentes do questionário.

RESULTADOS

Os resultados da primeira e segunda etapas do estudo serão apresentados em tabelas de acordo com cada competência. A competência “Prevenção e monitoramento

de risco ambiental e sanitário” (Tabela 1) consiste no desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.

Tabela 1 - Resultados da primeira e segunda rodadas a respeito das habilidades e conhecimentos da competência “Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário”.

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
a) Identificar as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde dos indivíduos. <i>01 sugestão de exclusão</i>	4,7	100
b) Informar à equipe de saúde e à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação. <i>Modificada para:</i> informar a equipe da ESF, equipe ambiental e sanitária sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação.	4,7	100
c) Identificar, na microárea, as doenças relacionadas aos problemas sanitários e ambientais locais.	4,7	93
d) Orientar indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde. <i>Modificada para:</i> orientar indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.	4,6	93
e) Orientar moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar. <i>Modificada para:</i> orientar moradores e famílias para a redução de riscos ambientais, sanitários em saúde, bem como cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	4,5	93
f) Realizar o acompanhamento da microárea, utilizando indicadores definidos pela equipe de saúde.	4,3	70

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
<i>Acréscitada:</i> mobilizar outros setores como assistência social, meio ambiente e outros que, de alguma forma, podem colaborar frente à situação de risco.	4,2	80

Fonte: dados da pesquisa.

Os participantes teceram alguns comentários em relação às habilidades e conhecimentos e ao trabalho dos ACS, reiterando que, embora tenham uma importante atuação na identificação das condições de risco e na transmissão de informações às equipes, a articulação das ações é realizada pelo enfermeiro coordenador.

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

Os participantes indicaram a necessidade de supervisão, acompanhamento e capacitações, no que refere à prevenção e monitoramento de riscos ambientais e sanitários:

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

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

A competência “Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades” (Tabela 2) visa 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.

Tabela 2 - Resultados da primeira e segunda rodadas, a respeito das habilidades e conhecimentos da competência “Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades”.

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
a) Identificar indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.	4,6	97
b) Orientar famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde.	4,7	93
c) Comunicar à unidade básica de saúde da respectiva microárea os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais. <i>Modificada para:</i> comunicar à equipe de saúde da ESF ou equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais.	4,9	100
d) Encaminhar para a unidade básica de saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.	4,6	93
e) Sensibilizar familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais. <i>01 sugestão de exclusão</i>	4,7	93
f) Registrar os acompanhamentos domiciliares, conforme estabelecido pela unidade básica de saúde.	4,9	100

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
<i>Modificada para:</i> registrar os acompanhamentos domiciliares.	4,9	100
g) Estimular indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar.		
<i>Modificada para:</i> estimular indivíduos, famílias e grupos a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, bem como a procurar os órgãos competentes.	4,6	93
h) Apoiar o acompanhamento da gravidez e puerpério, conforme orientações da equipe de saúde.		
<i>Modificada para:</i> acompanhar gestantes e puérperas conforme orientações repassadas pela equipe da ESF.	4,6	100
i) Orientar as gestantes e seus familiares nos cuidados relativos à gestação, parto e puerpério.		
<i>Modificada para:</i> orientar as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, após capacitações específicas.	4,6	100
j) Orientar gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.		
<i>Modificada para:</i> orientar quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, após capacitações específicas.	4,5	100
k) Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil e a situação vacinal das crianças, conforme planejamento da equipe de saúde.		
<i>Modificada para:</i> acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a situação vacinal.	4,6	97
l) Orientar indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST).	4,7	100
m) Orientar indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	4,7	100
Acrescentadas:		
Estimular a participação da gestante nos grupos educativos.	4,3	87
Reforçar a importância da realização do pré-natal.	4,7	100
Auxiliar nas notificações do SINAN.	4,4	77
Orientar o uso de preservativos e a prevenção da gestação na adolescência.	4,5	97
Organizar e disponibilizar um mapa das gestantes e puérperas na UBS, para que a equipe acompanhe as consultas e visitas nesse período.	4,7	100

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
Acréscientadas:		
Orientar as gestantes e as famílias nos cuidados relacionados à gestação e puerpério, especialmente da visita domiciliar até o 7 ^a dia de vida a todos os recém-nascidos do território.	4,8	100
Sensibilizar os gestores públicos para uma melhor inclusão social desses indivíduos e/ou grupos.	3,4	40
Realizar atividades educativas em grupo para prevenção de morbidades específicas.	4,0	77

Fonte: dados da pesquisa.

Embora a habilidade “sensibilizar familiares e seu grupo social, para a convivência com os indivíduos, que necessitam de cuidados especiais” tenha obtido consenso, houve manifestação de um enfermeiro em relação ao preparo do ACS para o seu desempenho.

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

Percebe-se que as contribuições de acréscimo de habilidades estão relacionadas ao trabalho dos ACS e suas atividades prioritárias, com foco na gestante, no acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil, na realização de grupos e no auxílio às notificações do Sistema de Informação de Notificações e Agravos (SINAN):

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

Faz parte do trabalho do ACS acompanhar as gestantes, se estão fazendo o pré-natal, se estão com as vacinas em dia. Quando o bebê nasce fazer a primeira visita e aconselhar a fazer o teste do pezinho, verificar a carteira de vacinas.” (ACS8)

No que tange à realização de grupos pelos ACS, um enfermeiro reforçou que a participação de outros profissionais junto com os ACS é importante:

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

A competência “Promoção da saúde” (Tabela 3) tem como objetivo desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.

Tabela 3 - Resultados da primeira e segunda rodadas, a respeito das habilidades e conhecimentos da competência “Promoção da Saúde”.

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
a) Identificar situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde.	4,6	93
b) Propor e implementar ações intersetoriais.	4,5	93

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
<i>Modificada para:</i> estabelecer articulação intersetorial na busca de medidas de promoção da saúde.	4,5	93
c) Realizar atividades educativas.	4,5	93
<i>Modificada para:</i> realizar atividades educativas com o apoio da equipe.		
d) Organizar grupos de discussão.	4,6	100
<i>Modificada para:</i> participar da organização de grupos e da realização de atividades educativas, com o apoio e colaboração da equipe.		
e) Orientar a população quanto a medidas de proteção à saúde (alimentação; higiene pessoal; limpeza, acondicionamento e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos; outras).	4,4	77
<i>Modificada para:</i> orientar sobre hábitos saudáveis como a prática de exercícios, alimentação, sono e repouso.		
f) Planejar as ações em saúde integradas com a equipe de saúde da família.	4,7	97
g) Estabelecer articulação com equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e outros).	3,8	63
<i>Modificada para:</i> buscar apoio de organizações sociais da comunidade.		
h) Implementar processos de reflexão, junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades, acerca de suas condições de saúde/doença.	4,6	93
<i>Modificada para:</i> estimular processos de reflexão junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença.		
i) Mobilizar a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.	4,1	70
j) Estimular a população para participar do planejamento e avaliação das ações locais de saúde.	4,6	90
Acrescentadas:		
Participar ativamente das ações de controle social, inclusive como conselheiro e representante dos trabalhadores da equipe.	4,1	77
Trazer demais segmentos representativos da comunidade para dentro da UBS.	3,9	63
Realizar atividades coletivas como: orientações sobre saúde bucal nas creches e escolas.	3,8	60

Fonte: dados da pesquisa.

A competência “Promoção da Saúde” foi uma das que apresentou maior número de sugestões de habilidades e conhecimentos a serem acrescentados. Ao mesmo tempo, a discussão sobre a formação do ACS para o desempenho dessas competências foi retomada.

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

O depoimento de um ACS evidenciou sua compreensão a respeito da sua atuação estratégica na promoção da saúde e, desta enquanto propulsora da mudança do modelo assistencial.

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

O fato de não haver equipe de saúde bucal em muitas ESFs, havendo a necessidade da equipe elaborar as orientações à população, deve ter sido o que motivou a sugestão de uma das enfermeiras, conforme demonstrado a seguir. Essa habilidade, no entanto, não obteve consenso.

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

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

A competência “Planejamento e avaliação” (Tabela 4) abrange a realização, em conjunto com a equipe, de atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde.

Tabela 4 - Resultados da primeira e segunda rodadas a respeito das habilidades e conhecimentos da competência “Planejamento e Avaliação”.

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
a) Realizar mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea de atuação. <i>Modificada para:</i> fazer mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea.	4,7	100
b) Realizar o cadastramento das famílias na sua microárea de atuação. <i>Modificada para:</i> realizar e atualizar cadastro das famílias de sua microárea.	4,9	100
c) Consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento <i>Modificada para:</i> consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento, em conjunto com a equipe de saúde da família.	4,9	100
d) Propor ações intersetoriais. <i>Deslocada da competência “Promoção da saúde”</i>	4,7	100
e) Realizar acompanhamento da microárea.	4,9	100
f) Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da população de sua microárea de atuação. <i>Modificada para:</i> analisar os dados coletados de sua microárea, planejando ações estratégicas para provocar mudanças de realidade.	4,3	87

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
g) Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanentemente junto às equipes de saúde. <i>01 sugestão de exclusão</i>	4,8	100
h) Trabalhar em equipe. Deslocada da competência “Integração da equipe de saúde com a população local” <i>01 sugestão de exclusão</i>	4,5	93
i) Priorizar os problemas de saúde da população de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local.	4,7	100
j) Realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados pela equipe de saúde.	4,7	100
k) Participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais. <i>02 sugestões de exclusão</i>	4,7	93
l) Participar da análise dos indicadores de saúde do território e identificar e planejar as ações necessárias para melhorá-los.	4,6	87

Fonte: dados da pesquisa.

Embora os ACS tenham manifestado sua participação nas atividades de planejamento, algumas enfermeiras indicaram limitações para essa atuação.

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

“Discordo, pois acredito que não é competência do ACS analisar os dados, e sim a enfermeira/médico/

dentista.” (Enf. 16)

A competência “Integração da equipe de saúde com a população local” (Tabela 5) refere-se ao desenvolvimento de 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.

Tabela 5 - Resultados da primeira e segunda rodadas a respeito das habilidades e conhecimentos da competência “Integração da equipe de saúde com a população local”.

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
a) Identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.	4,9	100
b) Orientar os indivíduos, famílias e grupos sociais, quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica.	4,8	100

Habilidades e conhecimentos Rodada 1: modificações e sugestões de inclusão ou exclusão	Rodada 2	
	Média	Percentual
c) Encaminhar para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde. <i>Deslocada da competência "Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades"</i>	4,9	100
d) Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à Unidade Básica de Saúde.	4,7	93
Acrescentada		
Participar ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade.	4,9	100

Fonte: dados da pesquisa.

A atuação do ACS no planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde foi retomada nesta competência, visando à aproximação entre equipe e comunidade. Com essa perspectiva, uma das enfermeiras salientou que uma compreensão dos processos de trabalho da ESF é necessária para o ACS:

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

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram elementos, que denotam uma atualização a respeito do trabalho do ACS, para a competência de prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, em que foram acrescentados habilidades e conhecimentos relacionados à mobilização de outros setores, que possam colaborar frente à situação de risco. Isso condiz com um aspecto importante do seu trabalho que é o de assumir vários papéis junto à comunidade. Por ser ele o representante do poder público e se sentir responsável pelas famílias que atende, a população o identifica com um articulador em situações de risco iminente.¹⁰

Para a competência de prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades, as sugestões de modificações sinalizaram uma aproximação ao contexto de trabalho, a exemplo da referência às EACS e órgãos competentes nos casos de violência. Essa foi a competência que recebeu o maior número de contribuições de habilidades e conhecimentos. Seu conteúdo parece querer delimitar o que foi identificado em pesquisa anterior,¹¹ como a priorização no atendimento dada para gestantes, crianças, hi-

pertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase, que correspondem aos programas orientados pelo Ministério da Saúde, cujas informações servem de parâmetro para a avaliação do trabalho.

Por outro lado, há que se considerar que também pode haver uma preocupação de que os ACS assumam uma das características das unidades de saúde tradicionais, que é a priorização da intervenção sobre as doenças. A respeito disso, os ACSs consideram não ter informações suficientes para realizar tarefas, que demandam priorizar o atendimento da demanda espontânea.⁶

Essas constatações reforçam o que tem sido descrito na literatura a respeito da expectativa dos demais membros da equipe multiprofissional da ESF de que o trabalho do ACS se desenvolva com um enfoque clínico.¹³ Ao mesmo tempo, explica porque a necessidade de formação foi enfatizada pelos enfermeiros neste estudo.

Esse entendimento também parece ter permeado a avaliação da competência de promoção da saúde, que recebeu várias sugestões de modificação, sendo algumas delas de que houvesse apoio e colaboração da equipe para o seu desempenho pelo ACS, pois "promover a saúde pressupõe favorecer seu desenvolvimento, para isso, faz-se necessário romper a fragmentação na abordagem das doenças, assim como na força de trabalho."^{16:413}

Nessa perspectiva, o ACS é um profissional chave, visto que a promoção da saúde é o cerne de sua profissão. Esse entendimento encontra barreiras em sua implementação, pois os demais profissionais de saúde da ESF, capturados e engessados pelos programas ministeriais, pelo cumprimento de metas pré-estabelecidas,^{17,7} não se apropriam dessa perspectiva de trabalho, o que acaba di-

ficulando as iniciativas diferenciadas ou locais para o enfrentamento dos problemas de saúde e para a promoção da saúde.

Essa fragmentação se reflete no cotidiano de trabalho do ACS, em que atividades tais como as administrativas, que se traduzem pela coleta de dados e posterior lançamento em planilhas, marcação de consultas, dentre outras, são priorizadas em detrimento das atividades voltadas ao fortalecimento dos indivíduos e grupos sociais.¹⁷ Essa justaposição de atividades coloca o trabalho do ACS no território em segundo plano.^{10,12,18}

A competência de buscar apoio de organizações sociais da comunidade e trazer demais segmentos representativos da comunidade para dentro da UBS não obteve consenso, o que reforça o destacado anteriormente sobre as dificuldades referentes à promoção da saúde, visto que a intersetorialidade e a participação popular, são pontos chaves para a concretizá-la.¹⁹

Retomando o conceito de promoção da saúde, no que pese a fragmentação do trabalho, a habilidade de realizar orientações sobre saúde bucal não obteve consenso, o que pode está relacionado a uma concepção de que atividades preventivas deveriam ser desenvolvidas apenas por profissionais da área. Essa percepção reafirma o constatado por outros autores,¹⁸ de que ainda há diferenciação entre os trabalhadores de nível universitário e os que não o possuem, dessa forma, reforçando a presença de relações de poder, superioridade do conhecimento técnico-científico, hierarquia e desigualdades sociais.

Essa compreensão de que os profissionais de saúde atuam em espaços individuais de trabalho na ESF, desenvolvendo ações com relativa independência e com poucas possibilidades de interação, tornando-se um desafio a superação da fragmentação e divisão do trabalho na ESF,²⁰ pode estar relacionada à recomendação de que a habilidade de trabalhar em equipe fosse deslocada para a competência de planejamento e avaliação.

Para a competência Planejamento e Avaliação, as habilidades e conhecimentos obtiveram consenso, e as modificações realizadas foram no intuito de o ACS realizar essas atividades com o apoio da equipe. A discussão a respeito do processo de trabalho na ESF tem abordado a dificuldade dos trabalhadores na Saúde da Família de lidarem com as novas formas de cuidado, com a presença dos novos trabalhadores, que são os Agentes Comunitários de Saúde.^{9,11,18} A importância do trabalho do ACS para o planejamento e avaliação das ações da ESF recebe destaque, visto que as reais necessidades de saúde da população podem ser identificadas pelos agentes.¹⁷

Com esse entendimento, para a competência de integração da equipe de saúde com a população local, foi

acrescida a habilidade de participar ativamente do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, com vistas à aproximação entre equipe e comunidade. A habilidade de encaminhar para a Unidade Básica de Saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde, foi deslocada para esta competência, reforçando a importância do ACS na ESF, visto que ele atua como elo entre a equipe e a comunidade, e está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe.^{1,6,8}

CONCLUSÃO

A revisitação às competências propostas pelo Ministério da Saúde para os ACS, por meio da avaliação das habilidades e conhecimentos na perspectiva de enfermeiros e ACS permitiu avaliar 45 habilidades e conhecimentos. Destes 20 foram modificados e 13 acrescentados, resultando em 58 habilidades e conhecimentos, dos quais cinco não obtiveram consenso ao final do estudo. Como aspecto relevante desta pesquisa, considera-se a participação de enfermeiros e ACS, visto que ambos os profissionais, de acordo com suas experiências, fizeram contribuições e trouxeram pontos importantes a serem repensados em relação ao trabalho do ACS. Muitas das reflexões proporcionadas nesse processo de construção, de alguma forma, refletiram suas atuais práticas profissionais.

O trabalho do ACS não se assemelha às profissões de saúde tradicionais, trata-se de um trabalhador com identidade comunitária e que realiza tarefas que, muitas vezes, não se restringem ao campo da saúde. A possibilidade de poder visitar essas competências reaproxima o ACS do real sentido de sua profissão e o reforça enquanto sujeito chave no território.

Para o enfermeiro, o estudo possibilitou uma aproximação com as competências do ACS, o qual não pertence a sua classe profissional. Nesse sentido, uma reflexão se faz necessária a respeito das manifestações sobre a insuficiência de formação do ACS, a necessidade de que sejam apoiados pela equipe, para realizar certas atividades, tendo em vista que a supervisão e a formação em serviço é sua atribuição. Essa área de conhecimento deveria ser melhor explorada, para que a supervisão se faça, de forma efetiva, contribuindo para a formação em serviço desses profissionais e que possa agregar o trabalho do ACS como essencial na equipe multiprofissional.

Constituiu-se uma limitação do estudo a utilização de um referencial pré-estabelecido por especialistas, sem uma exploração mais ampla junto aos profissionais envolvidos com o trabalho do ACS das reais potencialidades do

trabalho deste profissional.

A ênfase atribuída à necessidade de capacitação e formação do ACS para o desenvolvimento do trabalho remete à expectativa de que este profissional se envolva de forma mais efetiva nas atividades clínicas, pois o processo de trabalho na ESF ainda está bastante centrado no modelo biomédico.

Considerar essas ponderações a respeito das competências do ACS na ESF poderá beneficiar os processos de formação, avaliação e supervisão, resgatando a essência do trabalho deste profissional tal como foi concebida em sua origem para a mudança do modelo assistencial necessária para a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Ramos MN. Avaliação de competências. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
4. Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2011 jan. [Citado 2016 jan. 28]; 16(1):231-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100026>.
7. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. Physis. 2010 dez; 20(4):1143-64.
8. Costa EM, Ferreira DLA. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. Trab. Educ. Saúde (Online) [Internet]. 2011 nov. [Citado 2016 jan. 28]; 9(3):461-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300007>.
9. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RFS, Marin MJS. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2011 ago [Citado 2017 jan. 02]; 45(4):905-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400016>.
10. Queirós AAL, Lima LP. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. Trab. Educ. Saúde. 2012 out.; 10(2):257-81.
11. Bornstein VJ, David HMSL. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2014 abr. [Citado 2017 jan. 02]; 12(1):107-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100007>.
12. Menegussi JM, Ogata, MN, Rosalini MHP. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. Trab. Educ. Saúde. 2014 abr.; 12(1):87-106.
13. Uchimura KY, Bosi, MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Interface. 2012 jan./mar.; 16(40):149-60.
14. Hasson F, Keeney S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. Technological Forecasting and Social Change. 2011 nov.; 78(9):1695-1704.
15. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRIF, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica delphi na pesquisa em enfermagem. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2012; 13(1):242-51.
16. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2013 jun. [Citado 2016 dez. 28]; 66(3):412-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300017>.
17. Pinto AAM, Fracolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010

out./dez. [Citado 2016 dez. 28]; 12(4):766-69. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a24.pdf>.

18. Sakata KN, Mishima SM. Articulação das ações e interação dos agentes comunitários de saúde na equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012 jun.; 46(3):665-72.

19. Santos LPGS, Fracolli LA. O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2010 mar. [Citado 2016 dez. 28]; 44(1):76-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100011>.

20. Soratto J, Witt RR, Pires DEP, Schoeller SD, Sipriano CAS. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015 jan./mar.; 10(1):1-7.

Submissão: fevereiro de 2017

Aprovação: agosto de 2017
