

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO FORMAÇÃO INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E ENSINO DA SAÚDE

Renata Pekelman

**O Agente Comunitário de Saúde como sujeito de sua ação no trabalho de
conclusão do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde.**

Porto Alegre

2014

Renata Pekelman

O Agente Comunitário de Saúde como sujeito de sua ação no trabalho de conclusão do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde.

**Trabalho de Conclusão do
Curso de Especialização em
Formação Integrada em
Educação e Ensino da Saúde do
Programa de Pós-Graduação
em Educação da Faculdade de
Educação da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.**

**Orientadora:
Ms Marielly de Moraes**

Porto Alegre

2014

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde há 10 anos teve regulamentado sua formação técnica, que ainda é precária no Brasil. Este estudo é uma análise parcial dos trabalhos de conclusão de curso do Curso Técnico em Agentes Comunitários de Saúde/ Escola GHC. É uma pesquisa qualitativa, de base de dados documental. A análise de dados deu-se através do método de análise de conteúdos com quatro categorias empíricas: trabalho e identidade; mobilização e conquista; trabalho em equipe e a clínica do ACS. Como resultados tem-se no trabalho-identidade o território como espaço contraditório e o papel do ACS também pois deve assumir mais de um papel tanto frente à equipe quanto a comunidade, a experiência do território também oportuniza uma compreensão ampliada da saúde, construindo uma visão da integralidade para as intervenções em saúde; na categoria mobilização e conquista, identifica-se um processo de constituição de sujeito individual e coletivo, o registro da própria história revela em si um sentido de empoderamento, do reconhecimento da coragem e do enfrentamento. E o sentido de liderança; o trabalho em equipe aparece como essência do próprio trabalho do ACS, embora aponte para um conhecimento nuclear a ser compartilhado em equipe. A alteridade como essência para o desenvolvimento da equipe; clínica do ACS, as práticas tanto nos domicílios quanto em outros espaços como o exercício da clínica, do cuidado em saúde vão de um olhar vigilante aos riscos e vulnerabilidades à uma clínica intimista, de segredos, escuta e acolhimento.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	3
LISTA DE FIGURAS.....	4
LISTA DE TABELAS.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS.....	10
3. METODOLOGIA.....	11
4. FORMAÇÃO DO ACS.....	13
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1. TRABALHO E IDENTIDADE.....	21
5.2. MOBILIZAÇÃO E CONQUISTA.....	24
5.3. TRABALHO EM EQUIPE.....	25
5.4. CLÍNICA DO ACS.....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CTACS – Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

IFRS - Instituto Federal do Rio Grande do Sul

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de conclusão de curso

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PERFIL DE FORMAÇÃO

FIGURA 2 – ITINERÁRIO DO ALUNO NO PROCESSO FORMATIVO CTACS/GHC

FIGURA 3– DISTRIBUIÇÃO GRÁFICA DE TEMAS POR TCC

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –TEMAS POR TÍTULO DO TCC

1. INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram incluídos nos sistemas de saúde desde os anos 60 e 70. Diversos trabalhadores com ou sem formação específicas, voluntários ou remunerados encontrados mais em comunidades pobres e/ou remotas que contam com algum treinamento e supervisão (*médicos de pés descalços, village health workers*), constituíram esse trabalhador da saúde. Estes são citados na Declaração de Alma-Ata (1978) onde se define a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia prioritária para equidade em saúde no projeto da Saúde para Todos no ano 2000 como meta mundial.

Os documentos de organismos internacionais vêm reafirmando a APS como ordenadora dos sistemas de saúde, constroem serviços mais igualitários e eficazes para o cuidado da saúde das pessoas. Em 2008 publica-se documento reafirmando a APS com evidências de seus benefícios cientificamente comprovados, incluindo resultados como expectativa de vida, índices de mortalidade materna e infantil, entre outros indicadores (FONSECA, MOROSINI, MENDONÇA, 2013).

No Brasil diversas experiências de atenção primária se desenvolveram nos anos 70, tais como, Montes Claros em Minas Gerais, Vitória do Santo Antão em Pernambuco, Sistema de Saúde Comunitário Murialdo no Rio Grande do Sul, entre outros. Todas essas experiências contavam com a participação das comunidades, das pastorais da criança, da saúde. Muitas se relacionavam com as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e movimentos comunitários. Esses movimentos pela saúde ajudaram a constituir as diretrizes da Reforma Sanitária e na criação e implementação do SUS (FONSECA, MOROSINI, MENDONÇA, 2013). Essas diretrizes apontam para a APS como base do sistema de saúde e conta com o ACS como um articulador, mediador ou, como a maioria dos trabalhadores considera, o elo de ligação entre a população e os serviços, exercendo importante papel relacionado à competência cultural, assim como facilitando o acesso, exercendo o cuidado integral e longitudinal, elementos essenciais da APS (STARFIELD, 2009).

As experiências com a contratação de ACS datam do anos 70 em Planaltina, Distrito Federal e outros sistemas locais de saúde. Nos anos 80, a grande seca no Ceará motivou a contratação de mulheres com treinamento para prevenção da desidratação através da terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno e implementação da vacinação. Essa ação teve grande impacto na mortalidade infantil daquele estado e assim o Ceará implanta o Programa de Agentes de Saúde em 1988.

Nos anos 90, o Ministério da Saúde (MS) inicia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente a hoje chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2002 promulga-se a Lei nº 10.507/ julho 2002 que cria a categoria profissional de ACS e em 2004 o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde publicam o Referencial Curricular para Curso Técnico em ACS, definindo a formação acadêmica desse profissional (GIUGLIANI, 2011).

A profissão de ACS “caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local”. (Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006)

A regulamentação para formação técnica do ACS é definida a partir deste Referencial Curricular, fruto de uma ampla consulta pública promovida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGETS/MS). O referencial define a realização de três módulos num total de, no mínimo, 1200h. A primeira etapa formativa, considerada como curso de qualificação de 400h/aula, recebe o financiamento do MS para sua implementação, estando a cargo das Escolas Técnicas do SUS – ETSUS a sua realização.

O Centro Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde- Escola GHC, criado em 2011, em parceria com o Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) iniciou com três cursos direcionados à formação de trabalhadores de nível técnico: Técnico em Registros e Informações em Saúde , Técnico em Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal; a Escola GHC conta com vários cursos de pós-graduação e a Residência Multiprofissional direcionados para o SUS.

O Serviço de Saúde Comunitária/GHC criado há três décadas, constitui-se como um serviço de APS, desenvolve atividade com ACS desde a década de 90, tendo desenvolvido

nesta trajetória um processo de formação permanente com os ACS, promovendo a participação e a produção de conhecimento no grupo. Dada esta experiência, profissionais do SSC docentes da Escola GHC foram chamados a implementar o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (CTACS) em um município da região metropolitana de Porto Alegre. O CTACS vem sendo desenvolvido em várias regiões do país, pelas ETSUS ou por outras instituições públicas de ensino como a Escola Politécnica Joaquim Venâncio da FIOCRUZ/RJ. O diferencial desse curso, é que é uma qualificação de profissionais que já estão em situação de trabalho. Trazem consigo uma bagagem de conhecimentos e vivências, por isso, o curso deve partir deste conhecimento para um aprofundamento teórico.

O CTACS da Escola GHC/IFRS se desenvolveu de agosto de 2011 a dezembro de 2012 finalizando com 58 alunos do município. Para aprovação no CTACS, exigiu-se a apresentação de um trabalho de conclusão de curso (TCC), que poderia ser de uma das quatro modalidades: projeto de pesquisa, narrativa ou relato de experiência, pesquisa bibliográfica ou projeto de intervenção. Para a orientação do TCC, todos os trabalhadores com graduação acadêmica da ESF do município foram convidados a serem candidatos para realizar essa tarefa. Os ACS convidaram seus colegas para serem seus orientadores, assim a construção acadêmica do ACS foi apoiada por algum membro da ESF, fossem eles dos postos de saúde ou da gestão, dessa forma, os trabalhos e suas temáticas também foram compartilhados com a equipe. Considerou-se importante a elaboração deste trabalho pois ele é uma síntese teórica do processo formativo enquanto capacidade de elaboração textual e possibilidade de materializar o “saber falar sobre o que sabe fazer” como um princípio pedagógico do curso.

O presente trabalho se refere a uma análise parcial dos TCCs, levando-se em conta, a partir de uma seleção pelos títulos dos trabalhos, os que evidenciavam tratar-se de um trabalho onde o sujeito ACS fosse protagonista. O objetivo do trabalho é identificar como o ACS descreve e define seu trabalho através da escrita no TCC. Utilizou-se o método de análise de conteúdo, com produção temática e de categorias para a análise. Quatro categorias foram identificadas: trabalho e identidade; mobilização e conquista; trabalho em equipe; clínica do ACS.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar os trabalhos de conclusão de curso técnico em Agente Comunitário de Saúde(CTACS/GHC) cujo tema seja o Agente Comunitário de Saúde como sujeito de sua ação e identificar como o ACS descreve e define seu trabalho através da escrita destes TCCs.

3. METODOLOGIA

3.1. Caracterização do estudo

Este é um estudo qualitativo, do tipo descritivo-exploratório de base documental. Este desenho permite penetrar no material empírico e descrevê-lo conforme a compreensão e a interpretação da pesquisadora e seus referenciais (STAKE, 2011). Foram analisados os trabalhos de conclusão do CTACS turma 2012, cujo tema aborda o ACS como sujeito de sua ação.

3.2. Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir dos TCCs entregues na secretaria acadêmica conforme requisito para obtenção da aprovação no CTACS. A primeira seleção foi feita a partir dos títulos dos TCC que expressassem o ACS no centro do trabalho e os que traziam a história das comunidades onde o autor foi protagonista dessa história. Foram selecionados inicialmente 12 trabalhos a partir do título, destes 08 foram analisados pois evidenciaram o ACS como sujeito da ação.

3.3. Análise de dados

Utilizou-se o método de análise de conteúdo. A análise de conteúdo nos permite identificar conceitos, ideias teóricas e descritivas comuns. A partir dessa identificação, num exercício interpretativo, cria-se uma codificação ou categorização onde os dados se repetem no material de pesquisa, aqui trechos dos trabalhos de conclusão. Realizou-se uma leitura flutuante, método para construção das categorias que são as repetições de ideias e temas que emergem do material (GIBBS, 2009). As categorias são termos de significação, elementos para produzir explicações e generalização, considerando o contexto e abrangência do estudo. Aquelas que, como neste estudo, surgem a partir da análise do conjunto de dados disponíveis são chamadas categorias empíricas, pois partem da realidade (MINAYO, 2006). As categorias empíricas identificadas nos oito trabalhos selecionados e que foram analisadas, foram: trabalho e identidade, mobilização e conquista, trabalho em equipe e a clínica do ACS.

3.4. Aspectos éticos

É importante a divulgação dos trabalhos produzidos pelos ACS, no sentido também de construir ciência, muitas vezes, a partir de um olhar contra-hegemônico. Os textos selecionados não serão nominados e nem identificados nos trechos transcritos para esse trabalho.

Atribuiu-se números aos TCCs de forma aleatória e omitiu-se os nomes das localidades ou de grupos que pudessem, de forma mais explícita, identificar os trabalhos de conclusão.

4. A FORMAÇÃO DO ACS.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um membro da equipe de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) que tem como modelo de atenção à Saúde da Família. Este modelo preconiza em seu processo de trabalho o trabalho em equipe. O que o sistema brasileiro através da Estratégia de Saúde da Família traz e o que o diferencia de outras propostas de APS no mundo, é o seu funcionamento com base no Território, com o ACS inserido nas equipes de saúde e a inclusão da Saúde Bucal.

No âmbito do serviço de saúde, o ACS contribui para a melhoria do acesso e da cobertura de serviços básicos de saúde, atuando no desenvolvimento comunitário. Para o ACS dar uma contribuição efetiva, são necessários: seleção, formação e supervisão adequadas e apoio contínuo. O ACS é um trabalhador de equipe de saúde, a depender dessa relação ter-se-á um maior ou menor desenvolvimento das potencialidades desse profissional. É importante frisar que mesmo com a formação técnica, programas de ACS não são a solução para resolver problemas de sistemas de saúde precários (GIUGLIANI, 2011).

Vários estudos mostraram resultados trazendo as evidências em torno do impacto da ESF de forma consistente. Nos últimos 15 anos a mortalidade infantil que caiu de 48 por 1.000 para 18 por 1.000. A proporção de crianças menores de cinco anos com baixo peso reduziu em 50%; 88% das mulheres fazem quatro ou mais consultas de pré-natal. Em relação às doenças crônicas, nos últimos cinco anos diminuíram em 25% as internações por diabetes ou acidente vascular cerebral (GIUGLIANI, 2011). Esses dados foram evidenciados por diversos estudos que concluem que a implantação da ESF tem um papel definitivo para a obtenção da melhoria dos indicadores de saúde no país (MACINKO e GUANAIS, 2006; MACINKO et al, 2010).

O ACS no Brasil surge em maior evidência como já mencionado em 1987/88 no Ceará para oferecer trabalho às mulheres para o enfrentamento da seca que castigava aquele estado e junto com isso melhorar os índices de mortalidade infantil, que naquele período eram altíssimos. Algumas estratégias de saúde simples, o soro caseiro para desidratação, o incentivo ao aleitamento materno e ampliação da vacinação foram determinantes para uma queda significativa da mortalidade infantil no estado. Baseado

nessa experiência positiva, o estado decide contratar de maneira mais efetivas essas profissionais, em sua maioria mulheres, dando início ao programa de Agentes de Saúde.

Neste primeiro momento, e pode-se somar ao momento logo posterior de implantação do PACS em 1991 pelo MS, a exigência em relação à escolaridade do ACS era saber ler e escrever, que se juntava a outros requisitos para ocupar esse cargo. Sua formação específica sempre se deu no âmbito do serviço junto à equipe de saúde e de pequenas formações temáticas fragmentadas, voltada à necessidade do momento.

Com a criação da profissão do ACS em 2002, revisada através da Lei nº 11.350/outubro de 2006, nasce a necessidade da normatização dos seus atribuições e competências para sua ação no Sistema Único de Saúde (SUS). Este perfil de competências apresenta a particularidade desse trabalhador da saúde que tem uma interface com a assistência social, a educação e o meio ambiente, tendo um perfil de trabalho interdisciplinar e intersetorial.

A partir da promulgação da lei 10570, a exigência de escolaridade passa a ser o ensino fundamental completo. Nesta lei também se prevê um curso de qualificação com as diretrizes definidas pelo MS.

Segundo as diversas portarias e decretos editados, há uma recomendação que para o início dos trabalhos do ACS seja no PACS/EACS ou no PSF/ESF, todo gestor público deve promover um curso introdutório de 40 horas para o ACS e também para os demais membros da equipe (BORNSTEIN, STOTZ, 2008).

Na maioria dos casos, o ACS entra no serviço de saúde por concurso, seleção ou compadrio; recebe um treinamento inicial mais voltado para os registros que irão fazer e apresentação de suas tarefas. Quando entra na EACS ou ESF, no cotidiano do trabalho é que se dá realmente seu processo de aprendizagem. Em geral sua formação está ao encargo da(o) enfermeira(o) que tem uma formação voltada ao conhecimento biomédico, e da(o) médica(o), que concentra o exercício da coordenação do cuidado na equipe. Neste processo de trabalho, o conhecimento popular é desvalorizado, e o elo entre a população, o ACS e a equipe também enfraquecido. É necessário que no cotidiano, as relações de saber, de compreender sejam participativas sem o predomínio de um saber sobre o outro, situação comum na relação dos ACS com suas equipes.

Com a implantação de uma secretaria no MS voltada aos processos de trabalho e formação para o trabalho na saúde, a SEGETS, desencadeou-se um estudo da profissão e a criação de uma proposta curricular de formação técnica em ACS. Em 2003 foi aberta uma consulta pública de 31 de outubro a 31 de dezembro para a discussão do perfil de competências profissionais do ACS.

A ampliação do escopo de ações do ACS, não mais voltado apenas para alguns aspectos da saúde materno-infantil, mas uma intervenção de cunho coletivo e comunitário, com a família como seu núcleo de cuidado vão demandar outra qualificação profissional. Essas novas atribuições exigem uma atuação mais complexa, com uma ampliação das responsabilidades desse trabalhador. Naquele momento percebeu-se que *o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel*(TOMAZ,2002, pg 87).

Em 2004 os Ministérios da Saúde e da Educação lançam o referencial curricular para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (CTACS). Passa a existir a possibilidade de formação técnica, onde a exigência de escolaridade se amplia para o ensino médio e o tempo de formação do CTACS é de no mínimo 1200h de formação.

Este referencial está em formato de plano de curso, e tem como orientação a formação por competências, que implicam no: saber-ser; saber-conhecer e saber-fazer. As competências profissionais do ACS foram agrupadas em três âmbitos:

- 1º) Mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e planejamento das ações;
- 2º) Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes;
- 3º) Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

A formação do Agente Comunitário de Saúde deve ser desenvolvida de maneira que ao final do processo, tenha-se profissionais com potência para protagonizar processos educativos em saúde, de promoção social e proteção da cidadania.

Também devem ser profissionais com capacidade para o trabalho em equipe, com conhecimentos voltados à promoção de saúde, prevenção de doenças em intervenções individuais ou coletivas. Devem ter conhecimentos e informar os usuários sobre a rede dos serviços de saúde e assistência social, visto que seu trabalho nos territórios exige a relação intersetorial para o encaminhamento e a solução de problemas (BRASIL, 2004).

Em revisão de literatura, Borstein e Stotz (2008) relatam que alguns autores propõe que a formação de ACS se dê através de uma concepção pedagógica onde os educandos tem um determinado conhecimento e os processos educativos devem partir deles facilitando o surgimento das contradições, e a sua superação pela crítica, através de metodologias participativas, crítico-reflexivas, estudante-centradas, considerando que os participantes do curso técnico são pessoas que vem construindo um conhecimento empírico de seu processo de trabalho. O propósito da educação destes trabalhadores é favorecer e oportunizar o debate mais aprofundado de seu processo de trabalho, aprendendo a conceituar pela problematização.

Em relação aos efeitos do CTACS, Bornstein e David (2014) constatam que se por um lado a equipe em especial médicos e enfermeiros não reconhecem mudanças, até porque não valorizam esse processo, por outro ao ACS identificam que estão em um outro patamar de conhecimentos, domínio da linguagem e compreensão do modelo de atenção humanizado, e os recursos do processo de trabalho: planejamento, informação, comunicação, educação, intersetorialidade, mobilização, vínculo, entre outros. Reconhecem como fundamental essa formação pois entendem que há mudanças na relação com a equipe, estando mais legitimados e considerados em sua participação no grupo. Têm mais confiança para realização das suas atribuições tais como realizar atividades educativas, acompanhamento de casos e vigilância ambiental.

O plano de curso do CTACS/GHC segue o referencial curricular de 2004, foi desenvolvido em 1.400h distribuídas em três eixos temáticos. Cada eixo contou com

momentos presenciais e de dispersão, onde se deu o desenvolvimento de tarefas do curso sob supervisão de um membro da equipe local de saúde, que esteve sob supervisão mensal durante todo o curso, através do Curso de aperfeiçoamento em educação e processos pedagógicos para formação de Agentes Comunitários de Saúde oferecido pela Escola/GHC (2011/2012) (ESCOLA GHC, 2011). Destaca-se abaixo na figura 1 (ESCOLA GHC, 2010; pg 19) os três eixos temáticos do curso. Como na representação gráfica da figura 1, o curso teve uma perspectiva inter e transdisciplinar, no caso em busca da integralidade nos processos intertemáticos. Construir conhecimentos a partir da complexidade da realidade dos territórios. Perceber através de análises da realidade os fatores determinantes e condicionantes da saúde e como isso implica na compreensão do cotidiano. Além disso re-criar e debater o papel do ACS como agente de diálogo e transformação, seja na compreensão da realidade junto à equipe de saúde, seja com a população tanto em suas lutas e conquistas, quanto no acesso e compreensão das redes de serviços. Processos educativos *que considere a potencialidade de cada um de aprender e de construir novos conhecimentos, transversalizados pelas histórias de vida e pela diversidade sociocultural dos participantes* (ESCOLA GHC, 2010; pg18).

FIGURA 1: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PERFIL DE FORMAÇÃO CTACS/GHC

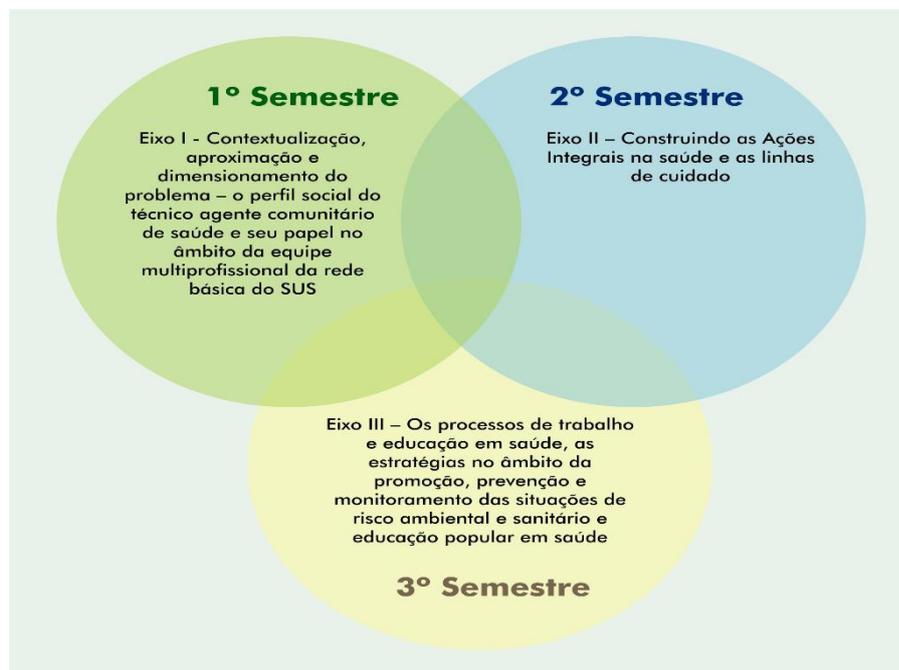


FIGURA 2: ITINERÁRIO DO ALUNO NO PROCESSO FORMATIVO CTACS/GHC



Como a figura 2 (ESCOLA GHC, 2010; pg 19) acima demonstra. A perspectiva da construção em espiral revisitando e aprofundando progressivamente o conhecimento, vem do pensamento dialético, onde a contradição e a realidade são os propulsores do processo de investigação do conhecimento, da prática para a prática através da reflexão (HURTADO, 1993). O curso desenvolveu-se com essa construção pedagógica, onde o educando é sujeito de seu processo de conhecimento. Seus saberes são os disparadores para o aprofundamento dos temas abordados no conteúdo dos eixos. A construção dialógica e participativa orientam os práticas de sala de aula (FREIRE, 1983; FREIRE, 2004). Houve uma orientação pedagógica com ênfase nas metodologias ativas e problematizadoras de aprendizagem (MITRE et al, 2008).

Quanto ao perfil do egresso, a Escola tem como meta um profissional capaz de ter suas ações potencializadas junto às famílias, comunidades e equipes de saúde. Ser capaz de ampliar o vínculo entre equipes e comunidades, de ter uma atuação autônoma, interdisciplinar e intersetorial, e em equipe estar disponível para a intervenção em saúde nos territórios, *Além disto, o curso deverá reforçar o importante papel social do técnico agente comunitário de saúde de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social* (ESCOLA GHC; 2010, pg16).

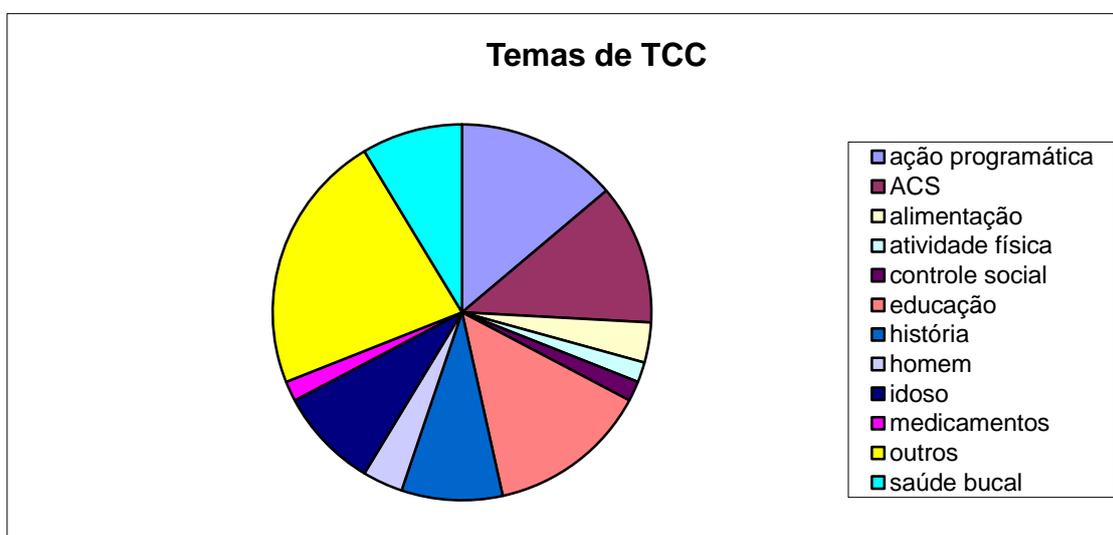
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO.

Ao final do curso técnico em Agente Comunitário de Saúde tivemos a apresentação de 58 trabalhos. Os trabalhos de conclusão do curso poderiam ser narrativas, proposta de intervenção, projeto de pesquisa ou revisão bibliográfica. Classificou-se a partir de temas expressos no título do trabalho conforme figuras 3 e 4 abaixo:

TABELA 1 – TABELA DE TEMAS POR TÍTULO DO TCC – CTACS/GHC-IFRS, 2012

TEMA	Nº de trabalhos	%
Ação programática	8	14%
ACS	7	12%
Alimentação	2	3%
Atividade física	1	2%
Controle social	1	2%
Educação	8	14%
História	5	9%
Homem	2	3%
Idoso	5	9%
Medicamentos	1	2%
Outros	13	21%
Saúde bucal	5	9%
	58	100%

FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO GRÁFICA DE TEMAS POR TCC - CTACS/GHC-IFRS, 2012



Para esta pesquisa, considerando o quadro acima, foram inicialmente selecionados os trabalhos classificados como História e ACS pois ambos os temas discutem o ACS como sujeito, protagonista, em um total de 12 trabalhos, destes 08 foram selecionados e analisados.

A partir da análise do conteúdo dos trabalhos através da tematização e categorização identificou-se quatro categorias empíricas para análise: trabalho e identidade, mobilização e conquista, trabalho em equipe e a clínica do ACS.

5.1. Trabalho e a identidade

Para o ACS, a relação entre trabalho e identidade é uma das essências da sua atividade profissional. A potencialidade de se ter um morador do local como um articulador, mediador, intérprete, matriciador, elo entre a população e a equipe de saúde da APS sempre foi apontado como sua principal atribuição. Esta identidade porém nem sempre é valorizada pela equipe ou pela própria comunidade, que muitas vezes pelo domínio cultural da ciência moderna impõe um saber científico considerado acima do conhecimento popular, que embora não antagônicos, mas por vezes contraditórios tem uma finalidade em comum – o cuidar (BORNSTEIN e STOTZ, 2008). O ACS vivencia esse duplo papel, ou mais que duplo pois além de trabalhador do território, vive com sua família, com suas outras relações de vizinhança, com as relações do processo de trabalho nas unidades de saúde. Aqui a vivência do eu e seu duplo, os diversos papéis que se ocupa na sociedade, e como se transita entre eles revelando um self multifacetado na identidade do ACS, permitindo a experiência em territórios existências múltiplos (FERREIRA et al, 2009). Se por um lado o ACS é parte da comunidade, identifica-se com ela, mantém seus valores, seu senso comum, conceitos e pré-conceitos do cotidiano; por outro é parte da equipe de saúde, e tanto na expectativa da comunidade, como na dele e também da equipe de saúde ele assume um discurso técnico, biomédico, com práticas prescritivas assim como os membros de sua equipe.

Construção de identidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto à equipe do Programa de Saúde da Família não é nada fácil, ainda mais com a interação dos moradores do bairro onde você atua. Existem muitos conflitos de interpretações, o ACS também é morador do bairro e, por conhecer bem seus vizinhos, muitas vezes se depara com situações que, mesmo tendo dois saberes, trava dentro si uma luta constante sem saber a que referencial seguir(TCC2).

Esse papel contraditório é um desafio para o processo de trabalho do ACS. O conceito de territórios existenciais nos ajuda a compreender essa perspectiva múltipla do sujeito que a depender do espaço ou da situação demandada o ACS responde de acordo com o papel que lhe cabe no momento (FERREIRA et ali, 2009), *as relações cotidianas que permitem a construção da identidade individual e social e é, a partir de trocas materiais e afetivas, que constitui sua singularidade, em meio a diferenças*(JARDIM e LANCMAN, 2009, pg 131)

Seu trabalho tem sido sua formação técnica e a depender da equipe em que se encontra a natureza de seu trabalho, ou seu foco se dará a partir da compreensão de que tipo de atenção à saúde esse grupo vai prestar à comunidade. A tendência à normatização, prática comum na saúde faz com que se afaste da comunidade assumindo o discurso biomédico hegemônico. (COSTA e CARVALHO, 2012; ROCHA et al, 2013) há também um papel de intérprete, de decodificador para a linguagem, não só a sinonímia

Como transitar entre o senso comum (população) e o conhecimento acadêmico (equipe técnica), realizando a chamada ponte entre os serviços e a comunidade (TCC2)

Com a capacitação, os Agentes Comunitários de Saúde, tem condições de repassar o conhecimento para a sua área de atuação de trabalho, tais como: escolas, grupos de convivência, creches, grupos comunitários, no acolhimento e salas de espera de todos os serviços de saúde do município (TCC4).

Entretanto, a experiência cotidiana do território com suas contradições e sofrimento, o obriga a construir uma visão integral da saúde percebendo que os sujeitos sob sua responsabilidade tem necessidades complexas que demandam uma intervenção também complexa.

Esta é a realidade do usuário; muitas vezes as condições de moradias são precárias, sem trabalho formal, não tem uma adequada alimentação, devido à falta de alimentos suficientes para a família. Além da falta de informação sobre saúde e a doença da qual é portador (TCC4).

O ACS identifica-se com essa realidade dos usuários, consegue relacionar a partir dos determinantes sociais da saúde, com uma visão integral, o adoecimento, identificando a cidadania negada aos sujeitos pois por vezes, nem a informação para o cuidado é compartilhada entre serviços de saúde e usuários. Compreende que a intervenção em saúde deve contemplar as necessidades das pessoas que muitas vezes é afetiva, envolvendo vidas com muitas precariedades e carências.

Colocamos em pauta a quantidade de donas de casa que permaneciam o dia inteiro em casa sem atividades. Vendo este problema a equipe planejou a criação do grupo com arte e artesanato(TCC2).

Através da identidade cultural, a construção de vínculos com a comunidade é progressiva. Essa vinculação passa pela construção de uma intimidade a que vamos remeter para a categoria Clínica do ACS. O vínculo se cria a partir de uma relação de confiança que por vezes direciona-se para a confidência.

É o principal vínculo da comunidade com as unidades de saúde, fazendo até mesmo o papel de “confidente” muitas vezes. O ACS retorna à unidade muito mais que a adesão ou não do tratamento. (TCC3).

A experiência do cotidiano comum entre ACS e os usuários do serviço de APS implica numa compreensão da saúde baseada neste cotidiano, nesta experiência existencial.

Além de morar neste local atuo como Agente Comunitária de Saúde e por morar na comunidade consigo atender melhor as pessoas e entender suas dificuldades, seus anseios e dificuldades.(TCC6).

Sua compreensão vai além da doença, inclui o adoecimento, suas causas múltiplas e conseqüências. A visão do ACS para o território é ampliada, muito mais holística que os demais membros da equipe pois vivencia os mesmos conflitos.

Trabalhar como ACS é muito intenso e muito complexo, pois só assim pude perceber quantas pessoas precisam de alguém que as ouça, ou que diga algo que possa resolver algum problema. Fazer parte da vida de cada um na sua individualidade, respeitando seus limites, é fazer a diferença para me tornar um ser humano melhor. (TCC6).

Se a construção da identidade se relaciona com a noção de alteridade, do reconhecimento de si e do outro, a construção identitária está diretamente direcionada para a relação que se estabelece no âmbito do trabalho do ACS essa produção de alteridade, de reconhecimento a uma construção de saberes que é diversa e singular, É

a partir do 'olhar do outro' que nos constituímos como sujeitos; é na relação com o outro que nos reconhecemos, num processo de busca de semelhanças e diferenças(JARDIM e LANCMAN, 2009, pg 125).

Trabalho e identidade desenvolvem um olhar mais integral para os usuários do serviço, não só a integralidade dos serviços, mas a integralidade dos sujeitos.

O cuidado é integral porque unifica ações preventivas, curativas, de reabilitação, recursos e tecnologias que o usuário necessita, com base no acolhimento, vínculo e responsabilização e no projeto terapêutico singular que dispara a linha do cuidado integral.(TCC1)

A construção desse olhar se dá na experiência da contradição de saberes, de distintas compreensões do cotidiano que convergem para esse cuidado integral almejado por técnicos e usuários do SUS.*No entanto, na liberdade do seu "trabalho vivo" o ACS faz ranhuras nessa superfície, operando ao mesmo tempo em lógicas por ele mesmo inventadas, de cuidados à saúde*(FERREIRA et al, 2009, pg 901).

5.2.Mobilização e conquista

A liderança comunitária foi uma das primeiras características do ACS, entre os pioneiros muitos eram e são mobilizadores sociais. Hoje muitos ACS buscam esta profissão como oportunidade de emprego e estabilidade. Nos trabalhos analisados, três abordam o ACS como liderança comunitária e a relação direta que isso tem com o exercício de seu trabalho, outros se colocam como construtores de uma história que é pessoal, mas é comunitária. A potencialidade que vêm por também compartilharem com sua comunidade as suas lutas e conquistas, está ligada também a uma construção de identidade coletiva. Sua compreensão por vivenciar experiências comuns é ampliada, assim como também compreender as dificuldades do cuidado com a saúde na comunidade. A participação e mobilização amplia o horizonte do ACS, favorecendo uma definição de saúde de forma ampla, considerando o conceito de integralidade.

O trabalho que faço em relação a estas condições é o de mobilizar lideranças na comunidade, pessoas e entidades comunitárias e até mesmo dos serviços públicos para o cuidado sanitário com o ambiente local.(TCC1)

O ACS tem um papel social na sua comunidade também de autoridade no que diz respeito às questões de saúde, de assistência, entre outras. Também este papel está posto para o ACS no território. A evidência de pertencimento ao grupo, do drama e da

conquista, da coragem para enfrentar o inaceitável, a superação, toda essa experiência impulsiona o trabalho da ACS que percebe claramente a importância do seu papel de auxiliar a comunidade a buscar melhor qualidade de vida a partir de uma compreensão ampla da saúde e de seus direitos.

Faço parte desta comunidade e para mim é muito gratificante, pois estou em meu porto seguro, e o melhor é que não ganhamos tudo fácil, houve a luta, o que torna a vitória muito mais gratificante(TCC6).

Luta da comunidade pelo direito de sair de uma invasão de terra em condições insalubres e com vulnerabilidade social, buscando o direito a dignidade e um futuro para os filhos(TCC6).

As lutas populares por moradia, por melhores condições de vida constroem em quem delas participa um novo sentido para a democracia e participação. Como descrito nos TCCs, mobilizam a existência dos sujeitos e que estratégias e recursos lançam mão para superá-las e transformá-las em experiências cheias de significados e construção de sujeito social.

Apreendi junto com os outros o quão é difícil viver com dignidade neste país. É preciso muita coragem para viver em um local insalubre como nós vivemos, sem condições humanas (TCC6).

Uma visão do quanto é gratificante ser um ACS, à medida que o tempo passa, junto vem à experiência adquirida(TCC2).

Os movimentos sociais de luta representam a busca pelo “empoderamento” (TCC6).

As diversas narrativas dos ACS sobre sua história de participação como construtores do histórico de sua comunidade, o sentimento de empoderamento ao construir esse relato, onde o ACS e sua comunidade são protagonistas das lutas e conquistas. Estes processos participativos mais que pertencimento constroem lugares, histórias e existências. O registro de sua história no trabalho de conclusão recupera esse papel de construtor da sua singularidade.

Relatório do histórico da comunidade. Foi realizado através de registro da vivência do próprio autor, por ser morador da comunidade há 14 anos, bem como através de conversas com outros moradores, líderes comunitários (TCC7).

Todos os trabalhos que apresentaram a reconstituição da história das comunidades trouxeram consigo o empoderamento de construção de um lugar. Um lugar de onde se fala, envolvido na compreensão de um cotidiano comunitário, seja como liderança, seja no seu próprio papel de ACS.

5.3.Trabalho em equipe

O trabalho em equipe é uma das grandes novidades que o SUS, através da Estratégia de Saúde da Família, traz. Na maioria dos países que adotam a APS como ordenadora dos sistema, esta APS é baseada no médico de família ou generalista que pode ou não estar associado a uma equipe de saúde. Além disso, o ACS é um dos trabalhadores de saúde que por não ter definido um saber técnico nuclear, tem uma abrangência de ação e em especial esta ação está diretamente relacionada ao trabalho em equipe. Os saberes de campo da APS, ações programáticas, promoção da saúde, mobilização social, educação em saúde, que são compartilhados pela equipe tem o ACS como um de seus protagonistas (FERREIRA,2009).

E o Agente Comunitário de Saúde tem papel fundamental na sensibilização e informação qualificada a respeito da importância da prevenção, aproveitando o vínculo e os contatos frequentes com as mulheres durante o exercício da profissão (TCC8).

Trabalho em equipe envolve uma tarefa complexa que é o cuidado, não só ele, ele numa perspectiva coletiva. Trabalhar em equipe implica em ter objetivos e finalidades comuns, perceber que todos os distintos saberes são necessários. Trabalhar em equipe é dispor desses saberes coletivamente, é o exercício do diálogo de forma permanente. (PEKELMAN e DIERCKS. 2010)

Esta peculiaridade do trabalho do ACS faz com que ele tenha a potência de efetivamente desencadear o trabalho multiprofissional, interdisciplinar ou transdisciplinar a depender de como se estabelecem as relações entre as equipes de saúde.

Um dos grandes desafios para a mudança de um modelo de atenção médico-centrado para um modelo de intervenção ampliada é o trabalho em equipe. O trabalho interdisciplinar, coletivo e comunitário.

Ouvir tudo o que a família tem a falar e posteriormente levar o caso à equipe, para que seja discutida uma possível solução ao caso (TCC2).

O trabalho em equipe implica também em uma ação colaborativa, coordenada por quem estiver disponível no momento, é o desafio de manter relações horizontais

entre os diversos membros da equipe. Este processo deve ser ampliado para o trabalho comunitário e em rede

Processo levando à equipe as informações colhidas nas visitas domiciliares, fazendo sala de espera na recepção da unidade, ajudando a buscar os prontuários nos arquivos, divulgando as reuniões de grupos e incentivando a participação no autocuidado, informando ao paciente endereços e procedimentos burocráticos para acessar os serviços no setor saúde e em outros setores se for necessário (TCC1).

Nas referências encontradas, o trabalho em equipe muitas vezes é palco de conflitos e interesses divergentes. *A equipe permanece territorializada no modelo anterior, deslegitima e questiona a ação do ACS naquilo que ele inova* (FERREIRA et al, 2009).

ACS com os demais da equipe da unidade vendo pelo lado profissional, pode-se dizer que no começo éramos mais ouvidos, hoje não temos mais tanta audiência, uma porque o atendimento cresce a cada dia assim mobilizando a todos (TCC2)

A percepção que uma mudança de modelo e de modos de fazer o trabalho em saúde depende do coletivo e desse coletivo num constante movimento de aprendizado, de reflexão sobre o trabalho

Imprescindível a educação permanente de todos os profissionais, para que atuem sob uma nova lógica de atenção, baseada no cuidado humanizado e na integralidade de atenção (TCC4).

O novo e o que poderá contribuir para uma mudança de práticas é o trabalho em equipe, mas num sentido dialógico, na construção coletiva do conhecimento de campo de intervenção e os conhecimentos nucleares compartilhados para em colaboração almejar uma intervenção na saúde, de indivíduos, famílias, coletividades (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

O ACS como o membro da equipe que tem a maior penetração no território, e este é parte do seu saber nuclear, constrói vínculos que serão reafirmados com um trabalho em equipe conjunto; é no território, no domicílio que as relações entre os membros da equipe se horizontalizam, reafirmando este saber (FERREIRA et al, 2009). O papel do ACS como já foi visto é o de articulação entre as famílias e comunidade e a equipe de saúde com sua rede de atenção. O ACS identifica riscos e vulnerabilidades, com uma atenção maior ao risco pois o trabalho em saúde tem um olhar para a biomedicina difícil de ser rompido (BORNSTEIN e STOTZ, 2008). O trabalho em equipe deve responder a essa demanda ou necessidade de saúde. Esta resposta deve apontar

para uma abordagem interdisciplinar, respeitando o saber de todos, num exercício de alteridade (OLIVEIRA e SPIRI, 2006). Este processo cria uma ampliação da clínica, tornando a atenção à saúde mais humanizada. O ACS além de seu conhecimento empírico do território, traz o conhecimento afetivo que deve perpassar as equipes de atenção primária, pois experimentam a longitudinalidade como elemento de sua clínica, que estreita vínculos e laços.

A identificação de situações de saúde no território, o “olhar vigilante” é uma atribuição do ACS que deve ter eco na equipe, apoiando suas suspeitas, debatendo as situações problema que eles veem emergir do território.

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional que jamais fica de braços cruzados, esperando os problemas acontecerem, para depois resolvê-los. É fundamental uma postura ativa, olhos abertos, sempre atentos, observando e investigando (TCC4).

5.4. Clínica do ACS

A leitura dos trabalhos de conclusão permite destacar uma clínica do ACS, seu conhecimento nuclear que é em si também um conhecimento do campo da APS. Sua atuação é individual e coletiva. A equipe está, e deve ser assim, em sua retaguarda. A escuta e o vínculo são os principais instrumentos de intervenção. Esta clínica também propõe *que possam imediatamente responder a este desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para um “olhar vigilante e uma ação cuidadora” sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde*(ALMEIDA e MISHIMA, 2001, pg 151).

As famílias visitadas pelo agente comunitário de saúde formam um pequeno grupo e a cada família visitada o agente comunitário de saúde consegue visitar o grande grupo que é a coletividade local com os seus problemas individuais e coletivos, sociais, emocionais e não apenas biológicos. (TCC1)

É uma clínica ampliada, tem a perspectiva da integralidade, onde sempre se encontram presentes os fatores determinantes e condicionantes para a análise do contexto dos casos. Além disso, esta ampliação da clínica também determina a necessidade de ações intersetoriais, no escopo da assistência social, como a cultura, e educação, dentre outros.

Saúde absorve as mais diferentes experiências na vida de seus acompanhados, como casas em área de risco, crianças e adultos sem ter o que vestir ou comer, cuidadores

negligentes, drogadição, maus tratos, abuso sexual, são problemas comuns na rotina de trabalho diária (TCC3).

Esta clínica implica a convivência com as misérias da vida, com a vida dos miseráveis – dor e sofrimento da desigualdade social. Ela é exercida nos domicílios prioritariamente, um lugar de fronteiras, as fronteiras entre o público e o privado. O ACS está no território atento e disponível, é lá o âmbito de sua clínica (JARDIM e LANCMAN, 2009).

O agente comunitário é o primeiro profissional da saúde que escuta e orienta as pessoas onde conseguir ajuda (TCC5).

Uma clínica epidemiológica, de vigilância e acompanhamento da família na perspectiva de um olhar integral da saúde para a produção de vida. O sentido cotidiano da produção de informações e a produção de cuidado nesse olhar. Ser vigilante mas não vigiar.

Antes de sair para a visita domiciliar, o ACS deve certificar-se de que está com o material necessário, as fichas A da rua escolhida para visita e também se estava com as fichas B (...)Este material deve estar sempre com o ACS, pois ali estão todas as informações de seus assistidos (TCC2).

Os Agentes Comunitários de Saúde estão inseridos nos lares dos pacientes, preocupados em manter o vínculo e ainda com atenção às metas a serem atingidas mensalmente. Visando monitoramento de saúde das famílias sob sua responsabilidade (TCC3).

Essa clínica implica em um olhar vigilante, afetivo e longitudinal – o vínculo. Diversos autores relacionam o vínculo com o contato quase cotidiano seja no espaço público do território, seja no espaço privado do domicílio, da intimidade. O olhar vigilante se mescla com o olhar cuidador/ ação cuidadora (JARDIM e LANCMAN, 2009).

Essa clínica do ACS vai além, ela, ao cruzar o portão, transforma-se em uma clínica intimista.

Todo esse processo de trabalho torna o envolvimento inevitável, onde o profissional entra na residência do paciente e o conhece intimamente, o que come, veste, fala, lê, seus relacionamentos e demais aspectos que até então seriam restritos daquela família (TCC3).

Essa intimidade de conhecer os mais escondidos segredos, como a solidão, o abandono, com carências afetivas, com sofrimento mental que o ACS muitas vezes é o primeiro a acessar e aquele que também mantém um acompanhamento(JARDIM e LANCMAN, 2009)

São pessoas idosas abandonadas pela família, mães que se deprimem por verem seus filhos com problemas relacionados à drogas, mulheres que tem depressão pós parto, adolescentes por motivos familiares (TCC5).

O ACS tem dentro de sua atividade no território o papel da escuta e de compartilhar afetos. De ser co-responsável pelo cuidado que é da equipe mas que é de cada um também. Esta clínica também é singular, percebe as diferentes necessidades

da clientela e busca desenvolver seu fazer em cima dessa perspectiva. *Otrabalhador vai apresentar no momento deste encontro, e avaliação de sua potência, os efeitos na sua possibilidade de realizar este cuidado quando em relação com o usuário, que, também, é parte ativa do encontro e seus afetos.* (GALAVOTE, H.S. et al., 2013).

As relações são de manifestação de afeto sem uma “barreira profissional ou profissionalizada” que, nos ensinamentos acadêmicos muitas vezes são frisados, a necessidade de não afetamento dos profissionais de saúde como uma boa prática. No ACS é a relação de afeto que se estabelece pelo conhecimento, convivência, compartilhamento de intimidades que sedimentam as relações.

O usuário receberá o tratamento específico, mas também receberá o *carinho* do agente, e a confiança da equipe, isso é muito importante, na continuidade do tratamento (TCC4).

A clínica do ACS tem necessidade de tempo e disponibilidade para a escuta. Tem o componente da longitudinalidade, o conhecer e compreender ao longo do tempo, na convivência, no entendimento das diversas linguagens.

Após seis meses de Tratamento Supervisionado, os usuários tiveram alta por cura (TCC4).

Ela tem muito que contar toda vez que chego (TCC5).

Visita para essas pacientes procuro ir num horário que possa ficar no mínimo uns trinta minutos(TCC5).

Quando a revi, minha vontade foi de abraçá-la e chorar junto com ela, pois conhecendo o seu dia a dia conseguia entender suas frustrações (TCC3).

Noto que nestes quase cinco anos de convivência comigo, cada vez ela está mais triste e desmotivada (TCC5).

O seu fazer escuta é afetivo, não teme a afetação, ao contrário, tem nela sua potencialidade, *ACS é capaz de gerir o seu agir e exercitar a criatividade e inventividade do seu saber-fazer, ou seja, no espaço da comunidade, ele é livre para produzir o cuidado e estabelecer novos encontros.* (GALAVOTE, H.S. et al., 2013)

O acolhimento, vínculo corresponsabilização, são ferramentas de intervenção fundamentais do ACS para despertar a necessidade de cuidado nas pessoas, a ação cuidadora também é voltada para a autonomia dos sujeitos

Ampliar a capacidade de atuação dos Agentes Comunitários de saúde, através de vínculo, acolhimento, responsabilidade na perspectiva de garantir maior qualidade e adesão do usuário ao tratamento (TCC4).

Na clínica do ACS o cuidado integral é uma perspectiva do cotidiano, seu trabalho é essencialmente relacional entre os usuários e intra-equipe, este fazer que integra, vai construindo redes solidárias de cuidado. A vontade de cuidar ou ação cuidadora é exercício do profissional do ACS (JARDIM e LANCMAN, 2009; FERREIRA, et al, 2009).

Um ponto muito forte com relação a alguns ACS é saber separar a visita domiciliar de seus problemas seja eles de saúde, sócios econômicos ou culturais, muitos não conseguem e assim acabam adoecendo (TCC2).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecendo algumas considerações finais, em primeiro deve-se ressaltar a importância da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde. Esta profissionalização vai refletir diretamente na qualidade de assistência na Atenção Básica no SUS. Apesar de em certa medida essa formação vem sendo desconhecida, para os atores ela vem trazendo entendimento do trabalho e da política do SUS, vendo-se como ator dessa política.

A produção dos trabalhos de conclusão de curso foi uma experiência à parte. Os orientadores foram colegas de trabalho graduados que tivessem experiência de ter produzido uma monografia, com o apoio da equipe docente do curso. O envolvimento dos colegas de trabalho podem auxiliar no estreitamento de relações e vivências conjuntas do CTACS, fazendo com que o mesmo tenha visibilidade dentro da equipe.

Os TCCs selecionados para esse estudo trouxeram a experiência do papel do ACS como sujeitos da ação nas equipes da ESF, apontaram potencialidades, descreveram cotidiano, relataram suas vivências, emoções, experiências, desejos.

As categorias empíricas elencadas: trabalho e identidade; mobilização e conquista; trabalho em equipe e a clínica do ACS evidenciam e registram o cotidiano de trabalho a partir do olhar do próprio ator. As contradições vivenciadas por ser profissional sem ser técnico, o conflito entre o saber popular e o saber científico, entre o agir popular ou agir científico; a experiência de vida do lugar que constrói uma visão holística e integral da saúde, percebendo dos determinantes sociais como elementos do cotidiano do adoecimento da população. A construção do papel de liderança comunitária e isso como potência para o trabalho, desvelar-se sujeito histórico traz o empoderamento pessoal e comunitário. O trabalho em equipe como elemento chave do fazer do ACS, e da própria ESF para construção de um novo modelo de atenção, tendo por base a interdisciplinaridade e a humanização dos serviços e a integralidade. E a clínica do ACS, com seu olhar vigilante, com sua ação cuidadora, intimista e cheia de afetações.

Todas as referências do trabalho falam sobre o ACS. A produção dos TCCs falam pelas próprias palavras, pela própria maneira de se ver, refletir e existir. Como na investigação de Bornstein e David (2014), *os agentes de saúde foram unânimes em*

apontar mudanças tanto em relação ao trabalho quanto em relação à sua própria vida. Referem-se à compreensão de um modelo de atenção mais humanizado, integral, com trabalho intersetorial; destacam conhecimentos adquiridos em relação a políticas de saúde, ao planejamento, à informação e à educação em saúde (pg 120). O fazer do ACS a partir de sua identidade e sensibilidade está descrito nestes trabalhos, falando a partir do seu lugar, suas identidades, do fazer comunitário ao fazer integral na saúde.

O grande potencial do CTACS está também no que Paulo Freire nos traz, poder nomear o mundo, mediatizado por ele entre os homens e mulheres em comunhão. Dar a palavra é um ato histórico e político.

Na Unidade de Saúde da Família, tarefas que o ACS fazia antes do curso técnico de agentes comunitários de saúde que simplesmente ele não sabia nomear, agora técnico o ACS tem a chave para traduzir exatamente o que está acontecendo, poderá refletir, argumentar, propor, problematizar, com maior ênfase na defesa dos seus pontos de vista, sobre o seu trabalho, aumentando sua satisfação no trabalho, sua auto estima, quiça, recebendo a valorização financeiramente, também, é claro (TCC1).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M.; O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho; Interface - Comunicação, Saúde, Educação- 9; agosto, 2001.

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

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N.; Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura; Ciência & Saúde Coletiva, 13(1):259-268, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

COSTA, S. L.; CARVALHO, E.N.; Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios; Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2931-2940, 2012.

ESCOLA GHC; IFRS; Plano de Curso de Aperfeiçoamento em Educação e Processos Pedagógicos para formação de Agentes Comunitários de Saúde, mimeo, Porto Alegre; 2011.

ESCOLA GHC; IFRS; Plano do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde; mimeo, Porto Alegre; 2010.

FERREIRA, V.S.C; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.; Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4):898-906, abr., 2009.

FONSECA A.F.;MOROSINI, M.V.G.C.; MENDONÇA, M.H.M.; Atenção Primária à Saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica; Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 525-552, set./dez. 2013.

FREIRE, P.; Educação como prática de liberdade; Rio de Janeiro; Paz e Terra; 18ªed.; 1983.

FREIRE, P.; Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa; São Paulo; Paz e Terra; 29ªed.; 2004.

GALAVOTE, H.S. et al; Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos; Interface - Comunicação, Saúde, Educação: v.17, n.46, p.575-86, jul./set. 2013

GIBBS, G.; Análise de dados qualitativos; Porto Alegre; ARTMED, 2009.

GIUGLIANI, C.; Agentes Comunitários de Saúde: efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola; 244 fls.Tese (Doutorado em Epidemiologia); Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

HURTADO, C.N.; Educar para transformar, transformar para educar: comunicação, educação popular. Petrópolis, Vozes, 4ªed., 1993.

JARDIM,T. A.; LANCMAN, S; Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde; INTERFACE: comunicação, saúde e educação v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.

MACINKO J.; GUANAIS, F.C.; Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epidemiology Community Health. 2006; 60(1): 13-19.

MACINKO J.et al; Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Aff (Milwood). 2010;29(12):2149-60.

MINAYO, M.C.; O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde; São Paulo, HUCITEC, 2006.

MITRE, S.M. et al; Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais; *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2133-2144, 2008.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C.; Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional; *Revista de Saúde Pública*, 2006;40(4):727-33

PEKELMAN, R.; DIERCKS, M.S.; A construção da interdisciplinaridade na atenção primária em saúde através da experiência pedagógica do Currículo Integrado; Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas no Serviço de Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ROCHA N.H.N., et al; Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes; *INTERFACACE; COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO* v.17, n.47, p.847-57, out./dez. 2013.

STAKE, R.E.; Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam; Porto Alegre; Penso, 2011.

STARFIELD, B.: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias; Brasília, UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TOMAZ, J. B. C.; O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”; *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v6, n10, p.75-94, fev. 2002.