

**UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DEISE TAURINO RAMOS**

**REDES DE CONHECIMENTOS CONSTRUÍDAS NAS EXPERIÊNCIAS DE  
VIDA E NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

**PORTO ALEGRE  
2016**

**DEISE TAURINO RAMOS**

**REDES DE CONHECIMENTOS CONSTRUÍDAS NAS EXPERIÊNCIAS DE  
VIDA E NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final para aprovação no curso de Bacharelado em Enfermagem.

Professora Orientadora: Dra. Deise Lisboa Riquinho

**PORTO ALEGRE**

**2016**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Ana e José, que me educaram e ensinaram a ser uma pessoa correta e batalhadora, principalmente a minha mãe que me ensina até hoje a ser uma mulher guerreira e determinada, mãe você é meu exemplo e apesar de tudo o que passamos hoje estamos mais fortes e vamos comemorar juntas mais essa conquista. Agradeço ao meu tio Jair que também foi fonte de inspiração para a leitura e estudo, ele não está mais conosco em vida, mas seu legado é para sempre. Aos meus irmãos - Denise e Cláudio, que fazem parte e me apoiaram nessa minha caminhada.

Ao meu marido, companheiro, amigo e amor, Anderson, que esteve comigo muito antes de eu realizar meu técnico de enfermagem, foi comigo em todos os dias das provas da UFRGS e está comigo nessa batalha diária que foi realizar este sonho de me formar enfermeira. Sem o teu apoio, eu não conseguiria, você foi motorista particular, me trouxe chocolates para quando ia virar a noite estudando e as inúmeras vezes que me agüentastes chorando ou irritada. Você faz parte dessa conquista, meu muito obrigado.

Aos amigos e colegas que fiz ao longo da faculdade - Julia, Carolline, Vitória, Brenda, Geana, Vanessa e Kamilla – as belas que me ajudaram, temos muitas histórias para rir e que tornaram a faculdade um fardo menor.

Às minhas amigas de longa data – Carla Fagundes, Carla Taurino, Rejane e Clarissa – que entendiam quando eu estava sem tempo, me deram força nesse caminho árduo e ainda conseguiram me fazer rir e me divertir. Vocês também foram importantes nessa caminhada. Muito obrigada por entenderem quando eu não podia sair ou não tinha muito tempo para conversar.

À minha família Taurino e Ramos e aos meus colegas técnicos e enfermeiros que fizeram ou fazem parte dessa minha trajetória, não vou citar nomes porque seria injusto, mas sintam-se todos abraçados.

Aos meus colegas de pesquisa- Tainã e Maicon – vocês ajudaram muito no processo de coleta e transcrições, foi difícil, mas valeu a pena.

À minha maravilhosa orientadora, Deise. Só tenho a agradecer por ter escolhido a orientadora mais querida, paciente, dedicada, inteligente e com muitos

outros adjetivos. És uma professora maravilhosa que me acolheu e me orientou de forma espetacular.

A todos os agentes comunitários que aceitaram participar do estudo. A sua participação contribuiu para a formação de um estudo de suma importância e atualidade.

E a mim, porque sem meu esforço, dedicação e coragem, não teria terminado o curso de enfermagem. Meu muito obrigada a mim mesma pela força de vontade; nunca imaginei que ia ser tão difícil, ficar mais de 20 horas sem dormir, administrar trabalho, estudo, estágio, casa, família, marido não foi fácil, mas hoje pensando em tudo isso, tenho certeza que valeu a pena.

*“Que os vossos esforços desafiem as  
impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes  
coisas do homem foram conquistadas do que  
parecia impossível”.*  
(Charles Chaplin)

## RESUMO

O presente estudo faz uma análise do papel do agente comunitário de saúde como mediador na apropriação dos saberes que envolvem o campo epistêmico-conceitual, a experiência e o saber dos trabalhadores, com destaque na relevância da sua formação e experiência profissional, que incorpora tanto conhecimento formal, como o conhecimento informal. O estudo teve como objetivo analisar as redes de conhecimentos utilizadas nas ações de educação em saúde nas Estratégias de Saúde da Família de uma gerência distrital em saúde no Município de Porto Alegre, RS. Esta é uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Realizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em um distrito docente assistencial vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A população de estudo foram os ACS das 28 equipes presentes no distrito. A mostra foi composta de um agente por equipe, indicados pela coordenação. A geração dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 por meio de grupo focal e entrevista semiestruturadas. Realizou-se três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros, neste período houve a perda de três participantes. As entrevistas ocorreram com 25 ACS em seus locais de trabalho. O tratamento e a análise ocorreu por meio de categorização temática. A reflexão sobre os conhecimentos transmitidos pelos ACS nas ações de educação em saúde foi realizada por meio de um mapeamento das redes que são tecidas nas experiências de vida e trabalho, resultando em duas categorias: redes de conhecimento formal e informal. Os resultados da pesquisa apontam para o esgotamento do modelo pedagógico formal das capacitações habituais no campo da saúde, uma vez que se restringe a transferência de informações. As experiências de vida no cotidiano de trabalho mostrou-se como uma estratégia de conhecimento informal para suprir a deficiência que a rede formal impõe. Conclui-se que ambos conhecimentos formal e informal devem estar inter-relacionados nas ações de educação em saúde do ACS, para promover qualidade na assistência prestada.

Palavras chaves: Agentes Comunitários de Saúde; Redes de conhecimento; Educação Permanente; Capacitação.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>3 PERSPECTIVA METODOLÓGICA .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Contexto de estudo .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Participantes .....</b>	<b>15</b>
<b>3.4 Geração de dados .....</b>	<b>15</b>
<b>3.5 Análise do material produzido .....</b>	<b>16</b>
<b>3.6 Aspectos éticos .....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>ARTIGO .....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO UFRGS.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO SMS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO F - PARECER SUBSTANCIADO DA UFRGS. ....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO G - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO: REVISTA INTERFACE.....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Este trabalho de conclusão de curso está vinculado a um projeto de pesquisa intitulado “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde” da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo como foco de pesquisa articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmico - conceitual e a experiência do saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia e do diálogo crítico com os especialistas nas pesquisas e intervenções no trabalho. A atual proposta propõe analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual o ACS está inserido pressupõe o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e manutenção da saúde, incluindo prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com intuito de proporcionar um melhor acompanhamento da população em situações de saúde e doença. Tal estratégia faz parte da expansão e consolidação da atenção básica, cujas ações são desenvolvidas por uma equipe de saúde voltada a cada pessoa, às famílias e à coletividade de um determinado território (BRASIL, 2009). Incluir a família na atenção à saúde, considerando seu ambiente físico e social, proporciona as equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

O ACS tem papel de grande importância nesse contexto, pois historicamente atua como elo entre a equipe de saúde, famílias e usuários. Principalmente por conviver com a realidade do bairro onde mora, compreendem a dinâmica social, os valores, os hábitos, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores, tornando-se um facilitador, representante e interlocutor entre comunidade e a atenção básica (FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Seu trabalho permite ainda, adentrar no espaço íntimo da família e nestes espaços identificar riscos e as necessidades em saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007). O risco é guiado pela lógica probabilística, relacionando eventos passados com desfechos futuros (AYRES, 2011).

Tal conhecimento é hegemônico na área biomédica e direciona as práticas de saúde vigentes. Já as necessidades em saúde configuram-se como categorias sociais e são construídas historicamente, portanto modificam-se a partir do contexto de vida de cada sujeito (STOTZ, 1991).

Neste sentido, ao representar a comunidade, o ACS deve aproximar o saber técnico das equipes de saúde ao saber popular presente nos diversos grupos sociais, nessa perspectiva, o seu trabalho apresenta três dimensões: 1) Dimensão técnica: ações que atendem indivíduos e famílias através de monitoramento de grupos específicos, doenças prevalentes e de risco, por meio de visitas domiciliares e informação em saúde com base no saber epidemiológico e clínico; 2) Dimensão política: o ACS reorienta o modelo de atenção à saúde na discussão dos problemas e organização da comunidade, facilitando no fortalecimento da cidadania, através das visitas domiciliares e educação em saúde, com base nos saberes da saúde coletiva; 3) Dimensão da assistência social: tentativa de resolver questões, entre elas a de acesso aos serviços (BRASIL, 2009).

Em consonância a essas três dimensões, a competência desenvolvida pelo ACS deve estar fundamentada nos quatro pilares da educação: 1) aprender a conhecer, combinando uma cultura geral; 2) aprender a fazer, pois a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe; 3) aprender a conviver, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências; e 4) aprender a ser, desenvolvendo o melhor possível, a personalidade, agindo com autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2010).

Deste modo, a formação dos ACS deve ocorrer de forma descentralizada, respeitando a especificidade e os pactos de cada local, em parceria com os Governos Estaduais, Secretárias Estaduais de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (SUS), as áreas técnicas da Saúde Mental, Atenção Básica e Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde. Os cursos de formação dos ACS têm como objetivo desenvolver competências de modo a habilitar o profissional para o reconhecimento da realidade social e suas necessidades, tendo como base uma construção compartilhada, estimulando a reflexão do saber, saber ser e saber fazer (BARROS et al., 2010).

O Ministério da Saúde (MS) definiu como requisito para o exercício da atividade de ACS a conclusão da primeira etapa do curso de formação de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2011), esta etapa objetiva desenvolver o perfil social do Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS (BARROS et al., 2010; BRASIL, 2011).

Tal formação faz parte de um curso que se estrutura a partir de três módulos enfocando a qualificação profissional voltada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigida a indivíduos e grupos específicos e às doenças prevalentes e a consolidação dos temas na promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (BARROS et al., 2010). O curso para ACS totaliza 1.200 horas e titula o ACS com uma formação técnica. Porém, somente a etapa formativa I está aprovada, com financiamento pelo MS. As demais etapas ainda dependem de aprovação e de garantia de financiamento pelos estados e municípios (BARROS et al., 2010).

Para os profissionais que não possuem ensino médio completo, a formação técnica não é realizada e, às vezes, nem a primeira etapa do curso de formação de ACS, devido a isso, os agentes aprendem na prática o serviço e por meio de rápidas capacitações em cuidados de saúde e doenças, como atenção materno infantil, controle da carteira de vacinação e doenças crônicas (MARTELETO; DAVID, 2014).

Essa falta de formação leva muitas vezes o ACS, diante da amplitude de suas ações, contar quase que exclusivamente com sua bagagem de vida (OLIVEIRA; MCCALLUM; COSTA, 2010). Esse conhecimento, às vezes, se fundamenta em sua formação cultural e pode influenciar muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011). Tal influencia pode ocorrer de forma positiva ou negativa, a depender dos signos de saúde e doença presentes no imaginário dos usuários e das equipes que são (re) interpretados pelo ACS.

O Agente Comunitário de Saúde tende a utilizar seus saberes e práticas advindas de suas experiências e vivências e as compartilha com a comunidade (FERREIRA, 2008). Os agentes, muitas vezes, realizam uma intercalação de saberes (biomédico e senso comum) para atingirem os objetivos propostos pelos serviços e efetivamente aproximar-se da população, buscando em muitos casos, traduzir as linguagens técnicas para aquelas utilizadas pelos usuários, de forma a se fazer entender, legitimar suas ações e se aproximar dos usuários, permitindo assim que se estabeleça um elo ou uma ponte entre estes atores, facilitando o diálogo, a troca de saberes e de conhecimentos (LOTTA, 2012).

Para Paulo Freire (2008), a essência do diálogo está na humildade de reconhecer o outro como portador de conhecimento e de experiências proveniente da sua realidade. Neste sentido, o ACS consegue garantir que esses saberes locais

sejam incorporados e se utiliza dos saberes adquiridos pela profissão ressignificando-os com base em seus próprios conhecimentos e no senso comum da comunidade em que estão inseridos, tornando os saberes apropriados e inseridos nas diversas situações (LOTTA, 2012).

Nesse sentido, o trabalho do ACS se mostra complexo, e a coerência na atuação entre essas dimensões técnica, política e da assistência social, discutidas anteriormente, e os modos de fazer, por vezes, se expressam de forma conflituosa (BRASIL, 2009). A ausência de proposições de processos pedagógicos, que possibilitem aprendizagem significativa e que reúnam qualidade ao trabalho desempenhado pelo ACS, pode acarretar em perdas no seu papel de elo na comunidade. O pouco espaço para discussão e a dificuldade em saber lidar com problemas identificados no cotidiano de trabalho, pode ocasionar angústia, fragilizando o acompanhamento e a orientação de famílias sob sua responsabilidade; e ainda pode contribuir com a manutenção de práticas equivocadas, pautadas na medicalização e no determinismo biológico (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Por isso, mais do que investir na formação técnica é fundamental a valorização desses trabalhadores com suas características peculiares de quem compartilha o cotidiano de vida, saúde e doença da comunidade e com esse exercício de papel de mediador poderá fortalecer a Estratégia Saúde da Família (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011). Para os mesmos autores a profissionalização dos ACS deve ser concebida como um processo voltado para a realidade em que ele está inserido, discutindo e problematizando sua percepção do ambiente e da cultura local no desempenho de suas funções.

O enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família deve desenvolver o papel de supervisionar, apoiar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e tem também a importante função de realizar as atividades de educação permanente dos ACS (BRASIL, 2012). Para tanto, alguns desafios precisam ser enfrentados como, por exemplo, de um lado, reconhecer o ACS como portador de saber que elucida diversas situações de processo saúde-doença da população. De outro, modificar as propostas de educação que reproduzem o modelo flexneriano, enfocando os aspectos biológicos, numa visão fragmentada e reparadora do ser humano, não contemplando a participação comunitária para a transformação dos determinantes de saúde (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

Portanto, o processo de capacitação deve estar baseado na vivência prática, permitindo a reflexão crítica e o enfrentamento de situações reais, com a participação ativa dos ACS e a integração da teoria com a prática, utilizando a perspectiva da educação permanente como modelo de aprendizagem (GOMES et al., 2009). Para Paulo Freire é necessário: “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua própria construção” (FREIRE, 2004, p.47).

Tal perspectiva tem como premissa um ensino descentralizador, ascendente e transdisciplinar, auxiliando no desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e de enfrentamento criativo das situações de saúde. A educação permanente é uma importante estratégia de gestão, com potencial de provocar reflexão e mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, num processo “no trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2012).

Analisando esses saberes e a importância da formação, percebem-se as potencialidades do ACS na atenção básica e como seus saberes podem contribuir na modificação das condições de vida da comunidade da qual está inserido (PINTO; FRACOLLI, 2010). Justifica-se assim, o interesse no presente trabalho em compreender o papel do agente de saúde como mediador na apropriação dos saberes que envolvem o campo epistêmico, com destaque na relevância da sua formação e experiência profissional, que incorpora conhecimento científico, com o conhecimento popular advindo de suas experiências de vida e trabalho. Portanto, o que se almeja com esta proposta de pesquisa é problematizar o saber informal e o formal. Em que medida eles são complementares? Quando um tem mais aplicabilidade que outros? E, ainda quando um supera o outro?

Minha motivação deu-se a partir das vivências na disciplina Enfermagem Comunitária - ENF 3006 – em que observei e acompanhei o trabalho do ACS e percebi a importância no desenvolvimento das ações de educação e saúde em sua prática diária, além disso, participo e desenvolvo atividades de bolsista voluntária no projeto de pesquisa no qual meu estudo se insere.

Nessa perspectiva, este projeto de pesquisa torna-se importante na medida em que aproxima a Universidade do serviço de saúde, buscando articular o saber epistêmico e o oriundo das experiências de vida e trabalho dos ACS. Para a enfermagem tal conhecimento subsidiará o planejamento e a execução de ações voltadas à educação permanente desses profissionais tão importantes para a

comunidade e para Estratégia da Saúde da Família. Portanto, a questão norteadora pode ser assim sintetizada: Qual articulação entre os saberes formais (epistêmico) da área da saúde e os saberes informais (das experiências) nas ações de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde?

## **2 OBJETIVO**

Analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do Agente Comunitário de Saúde nas ações de educação em saúde no Estratégia Saúde da Família do distrito sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal no município de Porto Alegre, RS.

### **3 PERSPECTIVA METODOLÓGICA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, a qual se caracteriza por trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, esse conjunto de dados considerados qualitativos corresponde a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

Segundo Minayo (2007), tanto as intencionalidades inerentes aos atos das pessoas, quanto às reações, estão incorporadas na pesquisa qualitativa, cujo tipo explica as variáveis das relações consideradas essência e resultado da atividade humana, afetiva e racional que pode ser apreendida no cotidiano, por meio da vivência e da explicação. Ainda, pode responder às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a um determinado grupo, com suas crenças, concepções, valores, significados e práticas individuais (MINAYO, 2007).

#### **3.2 Contexto de estudo**

O município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul apresenta uma população de 1.476.867 habitantes, seu território está dividido em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Os DS de Porto Alegre estão agrupados em Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas, gestoras microrregionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2015).

O cenário do estudo maior foram as ESF localizadas no distrito sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal, que atende uma população estimada em 160.000 habitantes, o mesmo conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 Unidades de Saúde e 28 equipes de Estratégia de Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2015).

A escolha da região deu-se pela sua vinculação à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo o local prioritário onde ocorrem às práticas de estágio do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### **3.3 Participantes**

A amostra foi composta por um ACS de cada uma das 28 equipes de ESF da região Glória/Cruzeiro/Cristal. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: 1) fazer parte do quadro funcional do serviço, independente do vínculo empregatício; 2) ter idade igual ou maior de 18 anos; 3) atuar no serviço há pelo menos três meses. Sendo excluídos os agentes que estiverem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

Em reunião na Gerência Distrital, a pesquisa foi apresentada e solicitada à indicação após reunião de equipe de um ACS por equipe. O convite aos ACS ocorreu pelos coordenadores das Unidades.

Foram realizados três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros. Participaram no primeiro grupo focal nove ACS; no segundo iniciaram nove ACS e ocorreu a perda de duas participantes; e no terceiro iniciaram dez e houve uma perda, totalizando 25 participantes. Com estes as entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho após agendamento prévio.

### **3.4 Geração de dados**

A geração de dados do projeto maior ocorreu por meio de grupo focal (ANEXO A) e entrevista semiestruturada (ANEXO B). Para Gatti (2005) o trabalho em grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, entendendo práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias no trato de uma dada questão por pessoas que partilham algumas características em comum, relevantes para o estudo do problema visado.

A entrevista semiestruturada parte de questionamentos prévios, conforme as questões de pesquisa e permite que a partir das respostas do informante criem-se novas indagações, ocorrendo o enriquecimento das informações (TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista realizada em profundidade procura conhecer significados, explorar nuances, capturar as áreas obscuras que podem escapar às questões de múltipla escolha que meramente se aproximam da superfície de um problema (ANGROSINO, 2009).

Na proposta atual os dados foram coletados a partir do material obtido nos grupos focais e nas entrevistas semiestruturadas da pesquisa, especialmente no que tange as redes de conhecimento e os saberes e práticas adquiridos.

### **3.5 Análise do material produzido**

A operacionalização para a análise do material produzido a partir dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas ocorreu pela categorização temática, segundo Minayo (2007). Minayo (2007, p. 316) afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Segundo a mesma autora, a análise temática acontece em três fases: 1) pré-análise - compreende o período em que se organiza o material; 2) exploração do material - é o momento em que se codifica o material, organizando-o em categorias teóricas ou empíricas; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação - nesta fase os achados empíricos serão interpretados a luz do quadro teórico.

### **3.6 Aspectos éticos**

O projeto ao qual o presente estudo está vinculado atendeu às prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), quanto à aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o nº 1.009.554 (ANEXO C), Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde de Porto Alegre sob o nº 1.147.148 (ANEXO D).

A atual proposta foi encaminhada para apreciação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O uso dos dados previamente coletados foi permitido pela pesquisadora responsável através de uma Carta de Autorização (ANEXO E).

## REFERÊNCIAS

ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p.1301-1311, jul. 2011.

BARROS, Daniela França et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 ago.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

DUARTE, Lúcia Rondelo; SILVA, Débora Schimming Jardini Rodrigues da; CARDOSO, Sandra Helena. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 439-447, dez. 2007.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades**. 2008. 299 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 ago. 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática Educativa**. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 213 p.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77 p.

GOMES, Karine de Oliveira et al. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc.**, v.18, n.4, p.744-755, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902900417&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902900417&lng=en&nrm=isso)>. Acesso em: 11 ago. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015. **Rio Grande do Sul, Porto Alegre**. 2014. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431490&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 04 out. 2015.

LOTTA, Gabriela Spanghero. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saúde soc.** São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 210-222, maio 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

MARTELETO, Regina Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu (SP), v. 18, supl. 2, p. 1211-1226, dez. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601211&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601211&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 ago. 2015.

MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, supl. 1, p. 873-880, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 ago. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; MCCALLUM, Cecília Anne; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 611-618, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Educação: um tesouro a descobrir**. 2010. Disponível em:

<<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

PINTO, Adriana Avanzi Marques; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf.**, v, 12, n. 4, p.766-769, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>>. Acesso em: 08 jul. 2015.

QUEIROZ, Danielly Maia de; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; OLIVEIRA, Lúcia Conde de. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1199-1210, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601199&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601199&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 ago. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE., 2015. **Estrutura**. 2015. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=808](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808)>. Acesso em: 04 out. 2015.

STOTZ, Eduardo Navarro. N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. 765f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, maio-jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

TRIVIÑOS, Augusto Nilbaldo Santos. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

**ARTIGO**

**As redes de conhecimento do agente comunitário de saúde  
(artigo Preliminar)**

**Seguindo normas da Revista Enfermagem Interface (ANEXO G)**

## **AS REDES DE CONHECIMENTOS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

**RESUMO:** Este estudo objetivou analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas ações de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Gerência Distrital de Porto Alegre, RS. Foi desenvolvido estudo qualitativo no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, com realização de grupos focais e entrevistas semiestruturadas com 25 ACS. A análise ocorreu por categorização temática. Os resultados evidenciaram que as redes de conhecimento formal e informal são acionadas pelos ACS em suas ações de educação em saúde. Estas redes se complementam e potencializam o significado do cuidado em saúde, por meio do encontro do conhecimento científico e do saber oriundo das vivências e observações do cotidiano de vida e trabalho.

**Palavras chave:** Agentes Comunitários de Saúde. Redes de conhecimento. Educação permanente. Capacitação.

## **Introdução**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) compõe a organização e expansão da Atenção Básica (AB) no Brasil<sup>1</sup>. Sua atuação pressupõe o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e manutenção da saúde, incluindo prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação<sup>1</sup>. O processo de trabalho na ESF é centrado na composição de uma equipe multiprofissional. Recentemente o ACS deixa de fazer parte da equipe mínima e é acrescido à equipe com um teto de horas a cumprir na ESF<sup>2</sup>. Sua principal atribuição ainda é a mediação entre a equipe, as famílias e os usuários<sup>1,3</sup>.

Nesta mediação o ACS também aproxima os saberes (formal e informal) entendidos como biomédico e senso comum, convergindo ambos para o bem-estar das pessoas. Trabalha no intuito de aproximar a população e equipe de saúde, em muitos casos, traduzindo as linguagens técnicas para aquelas que são utilizadas e entendidas pelos sujeitos. Busca legitimar as ações da equipe de saúde, por meio do entendimento e aceitação pela população, reforçando, assim, o elo entre estes atores, facilitando o diálogo, a troca de saberes e de conhecimentos<sup>4</sup>.

Para Paulo Freire<sup>5</sup>, a essência do diálogo está na humildade de reconhecer o outro como portador de conhecimento e de experiências proveniente da sua realidade. O saber fazer do ACS é uma aposta na garantia de que estes saberes locais sejam reconhecidos e considerados nas práticas em saúde. O ACS utiliza-se dos saberes adquiridos pela profissão e (re)significa-os com base em seus próprios conhecimentos e no senso comum da comunidade em que está inserido, tornando os saberes apropriados e inseridos nas diversas situações<sup>4</sup>.

Com base na formação e atuação do agente, percebe-se a relevância em entender como ocorre sua formação inicial, quais as aproximações entre o conhecimento formal e informal e como esses conhecimentos são acionados ao acompanhar as famílias e intervir sobre as condições de vida da comunidade.

O objetivo deste estudo foi analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do Agente Comunitário de Saúde nas ações de educação em saúde na ESF de uma Gerência Distrital de Porto Alegre, RS.

## **Metodologia**

Esta é uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa<sup>8</sup>. Integra uma pesquisa maior intitulada “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde” realizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em um distrito docente assistencial vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A população do estudo foram os ACS das 28 equipes de ESF presentes no território. A mostra foi composta de um agente por equipe. Os critérios de inclusão dos profissionais foram fazer parte do quadro funcional do serviço há pelo menos três meses, independente do vínculo empregatício. E os de exclusão os ACS que estivessem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

A geração dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 por meio de grupo focal e entrevista semiestruturadas<sup>9,10</sup>. Realizaram-se três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros. As questões disparadoras para cada encontro foram: “pensando em seu trabalho, destaque as principais necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam”; “como você, considerando determinado problema de saúde e seu contexto desenvolve seu trabalho/orientação e ações de educação em saúde?”; e “em que medida os conhecimentos por você transmitidos provém de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho?”. Um pequeno filme foi exibido para fomentar a questão se apresentaria para a discussão.

Participaram no primeiro grupo focal nove ACS; no segundo iniciaram nove ACS e ocorreu a perda de duas participantes; e no terceiro iniciaram dez e houve uma perda, totalizando 25 participantes. Com estes as entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho após agendamento prévio.

As entrevistas enfocaram a trajetória de vida e aproximação com o trabalho, o processo de trabalho e as redes de conhecimento no e para o trabalho. Neste estudo utilizou-se os dados obtidos nos grupos focais e nas entrevistas semiestruturadas, especialmente no que se referiu às redes de conhecimento e os saberes e práticas adquiridos.

Ambos os grupos focais e as entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra A, seguida de número arábico. A classificação numérica aconteceu de forma aleatória, de 1 a 25. Utilizou-se o software Nvivo 10.0 para

organização do material. O tratamento e a análise ocorreram por meio de categorização temática<sup>8</sup>.

Em relação a caracterização dos sujeitos de pesquisa a mediana de idade foi 45 anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino 80%. A autodeclaração da raça/cor apresentou o mesmo quantitativo de brancos e negros 44% respectivamente e 12% pardos. Quanto a escolaridade 64% dos participantes tinham o ensino médio completo e/ou formação técnica, 20% o ensino superior incompleto, 12% possuíam o ensino superior completo e 4% o ensino fundamental completo. O vínculo empregatício dos ACS era via Instituto Municipal e hospital filantrópico, ambos submetidos à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A mediana de tempo em exercício da profissão como ACS foi de dois anos (tempo mínimo 8 meses e máximo de 19 anos).

Os principais problemas sociais e de saúde do território relatados durante os três grupos focais foram: aumento da população de idosos, crescimento da violência, dificuldade do acesso e acessibilidade, gravidez na adolescência e tráfico de drogas.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o nº 1.009.554 e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre sob o nº 1.147.148. E o presente estudo submetido e aprovado pela COMPESQ/ENF (ANEXO F).

## **Resultados e Discussão**

Propor uma reflexão sobre os conhecimentos transmitidos pelos ACS nas ações de educação em saúde, centro do seu fazer, por meio de um mapeamento das redes que foram tecidas nas experiências de vida e trabalho resultou em duas categorias, com três subcategorias na primeira e duas na segunda. A primeira rede de conhecimento formal: curso introdutório, treinamentos ou nenhuma das opções anteriores; (In) capacitações e reunião de equipe. E a segunda, redes de conhecimento informal: experiência de vida e colegas e a leitura.

As redes de conhecimento podem ser definidas como espaços onde existe a troca de informações e/ou experiências entre pessoas e profissionais de diversas áreas do conhecimento, auxiliando na compreensão dos processos de interação e na de geração de conhecimento<sup>11,12</sup>.

Uma rede representa a idéia de uma teia formada de nós, os quais configuram os elementos presentes e os *links* pelas conexões entre os nós<sup>13</sup>. Na natureza, assim como, na sociedade, as redes são dinâmicas, em razão da mudança de comportamento, de elementos e das interações entre os mesmos<sup>13</sup>. Mais do que conhecer as partes dessa rede, se faz necessário compreender sua dinâmica de formação e entender as relações inter-simultâneas e seus resultados<sup>13</sup>. Neste caso como se engendra o conhecimento do ACS do e para o trabalho.

### **Rede de conhecimento Formal e informal**

De um lado as redes de conhecimento formal consistem em organizações especializadas que trabalham juntas para um fim comum. Compartilham as bases de conhecimento e desenvolvem soluções para os responsáveis pela tomada de decisões<sup>12</sup>. A forma mais comum de compartilhamento formal é o treinamento desenvolvido e aplicado pela organização<sup>14</sup>.

As pessoas que participam deste meio de compartilhamento, muitas vezes não se identificam com os métodos aplicados e com a forma como é transferido o conhecimento. Stewart<sup>15</sup> corrobora para a afirmação, dizendo que o treinamento em grande medida é ineficiente, especialmente por que uma parte dos participantes fica desatento pensando no trabalho que ficou por ser feito e a outra fica aliviada por afastar-se dele. Acrescenta ainda, que a metade já sabe o que vai ser dito e a outra metade precisará saber mais sobre tudo aquilo. Isto foi explicitado na fala durante o grupo focal: *“Essas capacitações na verdade eles vão lá e dão uma palestra e pronto. Ninguém fala nada, ninguém sabe nada, a gente fica ali igual a um robzinho”*.

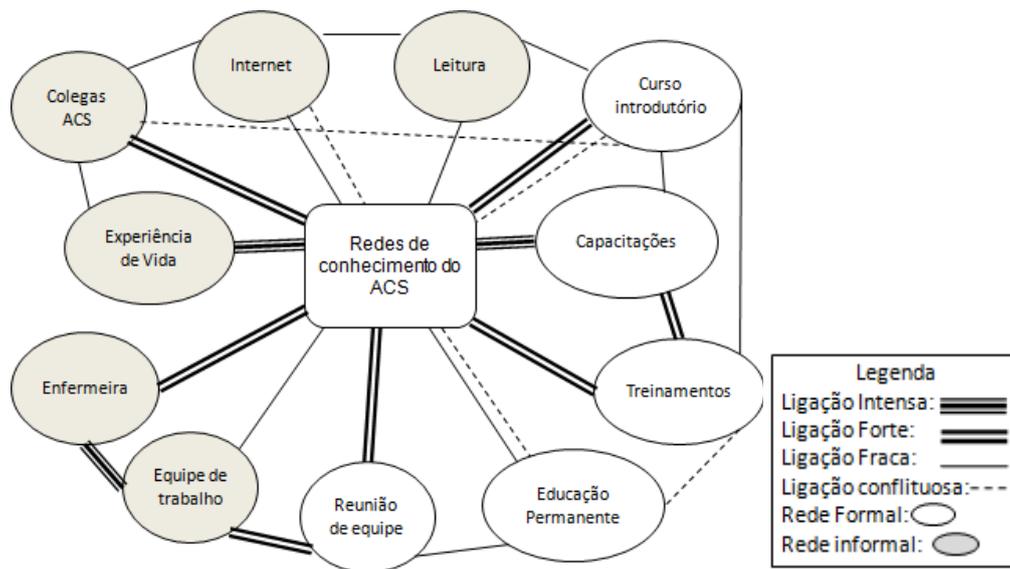
Por outro lado, à rede informal compartilha conhecimento por meio da troca de ideias ou ainda, na solicitação de ajuda para resolver determinado problema, acontecendo de forma natural e espontânea<sup>12</sup>. Neste compartilhamento há maior visibilidade da motivação dos participantes para a retenção do conhecimento disseminado; outro benefício é a maior interação social das pessoas, promovendo uma troca de informação e apoio entre as mesmas<sup>15</sup>.

Ambas as redes de conhecimento convergem entre si, elas estão inter-relacionadas e uma complementa a outra devido à deficiência e as interações que são necessárias para realizar o trabalho de ACS. Nas entrevistas e no grupo focal foi

evidenciado que são necessárias as junções dessas redes de saberes para realizar o trabalho, conforme relato: *“Muito da vida eu trago pro trabalho e do trabalho eu levo pra vida” (A 06).*

A seguir (Figura 1) apresenta-se uma síntese dos elementos que compõe as redes de conhecimento dos ACS.

Figura 2: Síntese das redes que são tecidas nas experiências de vida e trabalho dos ACS.



Fonte: Ramos, 2016.

### **Rede de conhecimento Formal: curso introdutório, treinamentos ou nenhuma das opções anteriores**

Em relação à formação inicial para o desenvolvimento do trabalho do ACS, 32% dos sujeitos pesquisados afirmaram terem recebido um curso inicial. Dentre estes 20% relataram maior satisfação com a sua formação, a qual incluía um curso introdutório, anterior ao início das atividades nos serviços. Tal curso teve duração média de 50 dias e foi oferecido de maneira contínua: *“[...] nós fomos muito bem capacitados, tem coisa que até hoje eu uso, por que eu fui orientada como eu deveria fazer, como deveria ser e como eu deveria esperar daquilo...” (A 11)*

Apesar do reconhecimento do período e do oferecimento de “ferramentas” do como fazer, ser e esperar foi sinalizado à necessidade de aplicar a teoria de acordo com a realidade apresentada:

*“Meu curso inicial foi bem longo. A gente fez uns 45 dias né, foi uma grande leva de agente comunitário falando sobre várias questões, várias formas de trabalho, gente dando exemplo, vários assuntos. É evidentemente que na prática as coisas são meio diferentes né, tu tem uma noção teoricamente, mas na prática tu vai aplicar teoria de acordo com a tua realidade né”. (A 16)*

Esta diferença assinalada entre o que o curso prepara teoricamente e a prática adaptada ao cotidiano de trabalho pressupõem o desenvolvimento de competências. Trabalhar teoricamente de modo a habilitar o profissional para o reconhecimento da realidade social e suas necessidades, tendo como base uma construção compartilhada, estimulando a reflexão do saber, saber ser e saber fazer<sup>7</sup>.

Em consonância a isso, a competência desenvolvida pelo ACS deve estar fundamentada nos quatro pilares da educação: aprender a conhecer, combinando uma cultura geral; aprender a fazer, a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe; aprender a conviver, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências; e aprender a ser, desenvolvendo o melhor possível, a personalidade, agindo com autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal<sup>16</sup>. Tais competências parecem ser essenciais ao trabalho do ACS, que para além do recebimento dos conhecimentos iniciais precisará apoio na busca de novos saberes para o enfrentamento dos problemas cotidianos.

A presença de treinamentos de forma desarticulada ao trabalho foi verbalizada por três participantes: *“Quando eu entrei fiz algumas capacitações, mas que eu acho que não valeram, não foram coisas bem explicadas, não teve muito valor essas capacitações. Foram coisas muito básicas”. (A 01)*

Ao afirmarem que o treinamento foi insuficiente, os ACS ilustram que foram muitas informações em um curto espaço de tempo e que alguns assuntos importantes foram abordados de forma superficial, não dando conta da complexidade encontrada. Existe um desafio em preparar profissionais adequados às necessidades do SUS, o que implica em profundas alterações na organização da sua formação, como por exemplo, programas alternativos de ensino mais adequados aos desenhos de organização da atenção primária, passando, necessariamente, pela vinculação entre educação e trabalho<sup>3</sup>.

A oferta de curso voltado à formação inicial foi negada por 68% dos ACS que afirmaram não terem participado da primeira etapa do curso de formação de ACS,

iniciando suas práticas no serviço sem capacitação. Nas falas é possível atentar nas dificuldades para começar o trabalho e atuar como ACS:

*“Não teve capacitação no início, a gente teve capacitação ao longo que a gente foi entrando e trabalhando, e eu me senti meio perdida porque a gente entra num lugar e não sabe” (A 03)*

*“Não, não teve. Senti falta bastante dessa capacitação, porque quando tu vai nas casas assim, conversar com as pessoas, tu vê que falta às vezes alguma coisa, uma orientação a mais que tu quer dar pra essa pessoa né” (A 07)*

Nota-se nas falas que o processo de formação ou qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para que o mesmo desenvolva suas competências, que são necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Alguns autores acreditam que a conclusão do curso técnico é determinante para a consolidação das atividades dos agentes de saúde, se realmente a formação fosse concluída de acordo com o Ministério da Saúde (MS), os resultados nas ações direcionadas à comunidade teriam maior qualidade<sup>17</sup>. A conclusão e o incentivo à profissionalização do ACS poderão promover uma alteração positiva do perfil desse trabalhador, onde os agentes desempenhariam suas atividades com mais propriedade e eficiência, através da elevação da sua escolaridade<sup>18</sup>.

É importante que seja problematizado o quanto os cursos prepararam ou doutrinam os ACS, já que nos relatos perceberam-se as dificuldades em relação à realização da formação inicial, em sua conclusão e sobre seu distanciamento em relação à vivência do dia-dia de trabalho.

O cenário atual da ESF deverá sofrer modificações em relação ao trabalho do ACS como caracterizado em portaria nº 958 de 10 de maio de 2016<sup>2</sup> que prevê o acréscimo deste profissional ou do técnico de enfermagem à equipe mínima formada pelo enfermeiro, médico e técnico de enfermagem. Além disso, há um limite mínimo e máximo de horas para estes profissionais que foram acrescentados e as visitas domiciliares serão realizadas com agendamento prévio e acompanhadas de outros membros da equipe. Tais mudanças têm como justificativa aumentar a capacidade clínica na unidade de saúde e no domicílio. Neste momento, esta portaria foi revogada, pela necessidade de debate sobre o tema com gestores e profissionais.

### **(In) Capacitações: as ausências para realização do trabalho do ACS.**

Mesmo apontando limitações os relatos dos ACS enfatizaram a importância das capacitações no cotidiano “a *capacitação nos norteia na prática como agente comunitário*” (A 18). Os temas lembrados como mais abordado nas capacitações foram dengue, tuberculose, saúde da mulher, violência e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Pautando-se especialmente nas ações programáticas orientadas pelo MS:

*“Acho importante fazer capacitações, porque tu ta sempre aprendendo, agora mesmo a gente fez da tuberculose de novo e a gente já fez inúmeras, e é impressionante que sempre tem uma coisa nova né, mas como não tem uma continuidade às coisas parecem que se perdem né?”* (A 16)

A necessidade da continuidade no processo educativo advém da importância das capacitações e treinamentos em transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, de modo a permitir sua estruturação a partir da problematização desse processo e de sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas e da comunidade<sup>19</sup>.

Além da continuidade dos processos educativos, é preciso que tais assuntos sejam considerados a partir das realidades locais, numa abordagem mais do como fazer, fazendo:

*“[...] que nem a dengue né, agora eles focam muito na dengue, e tem coisas que não adianta tu ficar lá sentado ouvindo alguém falar, falar, tu tem que ir a campo e identificar bem se tem que botar tampinha, e saber abordar o paciente e o morador, porque a capacitação se ela não for muito bem feita ou se a abordagem for mal feita tu sai dali corrido e nunca mais volta”* (A 11)

Para que o conhecimento se transforme em riqueza individual, é necessário que ele seja desenvolvido, caso contrário, volta a ser um aglomerado de informações, sem valor próprio. O processo de desenvolvimento do conhecimento formal é fundamental e as redes de conhecimento devem dispor de ferramentas e procedimentos que contribuam para a formalização desses conhecimentos<sup>13</sup>.

Ao serem indagados sobre a participação na escolha dos temas para os encontros de capacitação os ACS foram unânimes em considerar “*já vem pronto, a gente não decide, já vem pronto*” (A 11). Reforçam que na maioria das vezes os processos educativos acontecem de forma verticalizada, padronizadas

nacionalmente, de caráter obrigatório, com periodicidade irregular e não atinge todos os trabalhadores:

*“A gerência normalmente manda e aí infelizmente não é todo mundo que pode ir né, aí vai sorteando, quem não foi em uma vai na outra... o legal seria se todo mundo pudesse ir porque sempre tem alguma novidade né”. (A 14)*

*“São muito poucas capacitações, podiam ser bem mais. Acho que a coisa muda muito, a saúde muda muita coisa, então acho que a gente podia tá sendo bem mais qualificado, mais capacitado pra poder prestar uma qualidade melhor né pro pessoal da comunidade”. (A 14)*

O fato de não discutir nem saber lidar com problemas identificados no cotidiano de trabalho pode angustiar o ACS, prejudicando-o no acompanhamento e na orientação de famílias sob sua responsabilidade<sup>20</sup>. Essa ausência no acompanhamento e na participação das proposições de processos pedagógicos, que não possibilitam a aprendizagem significativa, pode acarretar em perdas no papel assumido por este profissional<sup>20</sup>.

A educação permanente e educação continuada são distintas entre si, mas com algumas convergências: a Educação Permanente (EP) é um conceito pedagógico que agrega aprendizado a partir da reflexão crítica do processo de trabalho, e através dessa reflexão estruturar a capacitação dos profissionais de saúde<sup>20, 21, 22</sup>. Já a educação continuada (EC) é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase no diagnóstico de necessidades individuais<sup>22</sup>.

Diante das frequentes atualizações no campo científico e tecnológico na área da saúde ficam evidentes a necessidade constante de EP. Acredita-se que a EP seja apropriada para o diálogo e atualizações dos trabalhadores. Foi relatado pelos ACS dificuldades com a implementação de novos instrumentos para inserir registros e alimentar programas que precisam ser feitos através de computadores, em uma das entrevistas o A 22 relata que teve que comprar um computador em casa e seus filhos o ensinaram a utilizar o equipamento:

*“... tipo tu tem que preencher os relatórios do esus, tu tem que fazer a produção, não fizeram capacitação para trabalhar com computador nem nada, comprei um computador pra minha casa e meus filhos me ensinam, [...] nunca me disseram olha tu vai fazer um curso de computador lá porque tu vai aprender a trabalhar, tu vai ter que fazer a tua produção, não, enfiaram goela a baixo, não, vocês vão ter que*

*fazer a produção de vocês, e agora é assim, te dar condições não te dão, mas te cobrar e exigir te exigem!” (A 22)*

Isto foi uma dificuldade referida também pela A15 que conta sobre as mudanças em relação aos sistemas sem capacitação prévia:

*“Até nós pedimos capacitação, mas não vai ter, porque como vai mudar muita coisa, [...] pedimos uma capacitação, eles disseram que não tem como dar e não vai ser dada. Nós vamos ter que aprender e uma ensinar a outra” (A 15)*

É perceptível que a internet e a computação são ferramentas importantes para o aperfeiçoamento do conhecimento e para realização de produção de dados, porém se esses instrumentos não forem devidamente usados de maneira correta ou com capacitação adequada se torna um empecilho, prejudicando a assistência e a qualidade no cuidado.

### **Reunião de equipe: espaço utilizado para realização de Educação Permanente**

Outra forma de conhecimento tecida pela rede formal foram as reuniões de equipe. Foi relatado que nesse espaço as ações de educação permanente se concretizam: “Aqui no posto a gente faz educação permanente, um que a gente faz e fecha a tarde toda, duas horas de educação permanente e duas horas de reuniões e todas as quintas fecha para reuniões de médicos ou um convidado que vem de fora” (A 22)

A luz da educação permanente os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as necessidades das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social com vistas à transformação das práticas da própria organização do trabalho<sup>23</sup>. Com maior ênfase nos determinantes sociais da saúde, considerando também as subjetividades no processo saúde e doença, com vistas a preencher as lacunas do processo de trabalho do ACS.

Para Paulo Freire<sup>24</sup> é necessário: “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua própria construção”. Portanto, o processo de aprendizagem deve estar baseado na vivência prática, permitindo a reflexão crítica e o enfrentamento de situações reais, discutindo os problemas com a equipe e estimulando a participação ativa dos ACS.

Desta forma, integrando a teoria com a prática, numa perspectiva da educação permanente como modelo de aprendizagem, usando o espaço e o tempo das reuniões de equipe para realizar o mesmo.

“Eu até propus para os agentes e pro coordenador, da gente voltar pegar nossas apostilas de novo e ler né, quinta-feira nós temos a reunião das equipes, então uma hora antes a gente começar, só os agentes, ver na semana como foi, as dificuldades que a gente teve”. (A 07)

Na escuta dos ACS percebeu-se que a produção de saberes no encontro com a equipe de saúde, na maioria da vez, ocorre de forma verticalizada, com a mera transmissão de conhecimentos.

“A dificuldade é porque eu não tenho informação, de tu não poder contar com uma equipe, de ver que as pessoas trazem um problema pra tentar ser solucionado e parece que as pessoas não dão muita bola porque não querem se envolver” (A 01)

“Enfim em qualquer situação que se precise, eu passo direto para a enfermeira e ela direciona né, e depois me repassa” (A 20)

A partir destas experiências o ACS reinterpreta os discursos, visando instrumentalizar seu agir cotidiano, por meio daquilo que lhe faz sentido, especialmente dos discursos provenientes dos médicos e enfermeiros e o aplica no encontro com a comunidade.

Notou-se nos relatos dos entrevistados que há momentos da reunião de equipe onde circula o saber biomédico como seu aparato do conhecimento técnico científico e o conhecimento do ACS, a respeito das particularidades das famílias e território especialmente quando há alguma situação complexa que demanda o envolvimento de todos:

“Olha, tudo o que acontece com os pacientes a gente procura relatar pra equipe em reunião pra todo mundo tentar achar uma solução [...] quando é questões assim mais necessárias a introdução da equipe sim, eu passo pra coordenação, aí então na reunião eu utilizo o espaço, a gente relata, reunião é pra isso relatar as coisas, relatar o que vem de fora e os casos que a gente tem quando é muito grave...” (A 02)

Merhy<sup>25</sup> reforça a idéia de que o trabalho em saúde pode assumir dois lados, pode estar centrado em um ato prescritivo que valida um modelo centrado no saber biomédico e, de outro lado, sob a forma de relações estabelecidas no

trabalho vivo que produz um cuidado gerador de autonomia para as pessoas que são cuidadas.

Foi mencionada ainda a presença do NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) por 28% de ACS como forma de buscar outros conhecimentos para resolução dos problemas no cuidado com usuários. De forma geral, o NASF deve buscar, junto às ESFs, a concretização do cuidado integral, a partir da qualificação e complementaridade das ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde e a organização e coordenação da rede de cuidados, com vistas ao acompanhamento longitudinal dos usuários, aumentando a resolutividade e diminuindo os encaminhamentos a outros níveis de atenção<sup>6</sup>.

### **Rede de conhecimento Informal: experiência de vida**

Ao buscar conhecer os saberes e práticas adquiridas das experiências de vida e como estas são acionadas em suas ações de educação e saúde para o bem-estar dos usuários notou-se o proveito destas experiências no trabalho:

*“Tu usa um pouco daquilo que tu adquiri na vida, tu vai aprendendo, vai “joguetando”, tu vai observando, mas pra mim é isso aí: escutar, observar e saber falar na hora certa também.” (A 02)*

Ao partir de suas experiências e dos desafios enfrentados, o sujeito constrói sua reflexão crítica e a partir disso é possível interpretar o que acontece no mundo, essas experimentações fazem parte do seu processo de aprendizagem e é um dos mecanismos principais para aquisição do conhecimento<sup>14</sup>.

Neste sentido, a problematização da realidade se constitui num ponto de partida para o processo de aprendizagem, tanto por despertar o desejo do conhecimento como por possibilitar a apropriação de novas ideias e conceitos pelo sujeito<sup>26</sup>. Considera-se que o aprendizado não é o abandono de suas ideias prévias, mas sim um ponto de partida para a elaboração das relações com os novos conhecimentos. Visto que a reflexão crítica com base em experiências anteriores seria também uma fonte de estímulo a autonomia e a tomada de decisão<sup>26</sup>.

Diante do contexto social vivido e das relações estabelecidas, os ACS vão além dos sintomas ou presença de uma determinada enfermidade, eles a relacionam e a explicam a partir das situações de vida:

*“Tu vê muita coisa, como a gente mora ali e tu atende aquelas pessoas, tu conhece aquelas pessoas, tu sabe mais onde tá o problema, o foco daquele problema, como eu disse muitas vezes a pessoa vem no posto procura ajuda porque tá com depressão, só que o médico não sabe o motivo da depressão da pessoa, às vezes é um filho drogado, um marido que bebe, que bate. E a gente que tá lá, a gente sabe.” (A 04)*

Os elos e vínculos que o ACS forma com a comunidade leva à obtenção de certas informações e saberes sobre as pessoas que somente eles próprios têm acesso, de forma diferente dos médicos e enfermeiros, que se relacionam com os pacientes no espaço do consultório ou da unidade de saúde<sup>27</sup>. Há nesta interação uma troca de saberes e informações que ora coloca o ACS como informante privilegiado ora os demais profissionais da equipe de saúde, a depender de como a mediação acontece, o conhecimento acadêmico e técnico *versus* as experiências de vida.

Para atingirem os objetivos propostos pelos serviços e efetivamente aproximar-se da população, foi relatado o papel de tradutor desempenhado pelo ACS entre o conhecimento biomédico e o senso comum, por meio da aproximação entre as linguagens técnicas para aquelas utilizadas pelos usuários:

*“A enfermeira falou tal coisa pra mim, mas o que ela quis dizer com isso? e aí tu tem que traduzir pra ela o que que é aquilo ali. Células atípicas entendeu? O paciente já pensa mil coisas, já saí apavorado daqui, mas vezes o profissional teve boa intenção, mas às vezes mais atrapalhou do que ajudou, então tu vai ali e explica pra ela o que que é” (A 08)*

Essa forma peculiar de se fazer entender legitima as ações do ACS e o aproxima dos usuários, tal interação permite que se estabeleça uma ponte entre estes atores, facilitando o diálogo, a troca de saberes e de conhecimentos<sup>3</sup>.

O campo de ação do ACS se constrói com base nos conhecimentos que ele adquire no convívio com os profissionais da equipe, em programas de educação em serviço, e no conhecimento que traz consigo das experiências de vida. O ACS tende a utilizar seus saberes e práticas advindas de suas experiências e as compartilha com a comunidade<sup>28</sup>.

Uma situação relatada por uma das ACS foi em relação à amamentação, devido à experiência bem-sucedida de sua filha em nutrir o neto por seis meses com

leite materno exclusivo, atribuía seu crescimento saudável a tal experiência. A partir disso compartilhou com a comunidade a importância da amamentação:

*“Um das coisas que eu mais bato na tecla com as gestantes e com as mães é a importância do aleitamento [...] então eu procuro mostrar pras mães a importância do aleitamento materno que não é só a questão de economia, mas a qualidade da saúde pros filhos dela.” (A 05)*

Observa-se o quanto os valores pessoais permeiam as ações realizadas, e essa aproximação, às vezes, se fundamenta em sua formação cultural e pode influenciar muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde<sup>3</sup>. Tal influencia pode ocorrer de forma positiva ou negativa, a depender dos signos de saúde e doença presentes no imaginário dos usuários, assim como da equipe de saúde, e constantemente reinterpretados. Somente dois ACS, relataram que suas experiências de vida em algum momento lhes prejudicaram no trabalho dentro da comunidade, devido às diferentes culturas e valores:

*“No início foi bem difícil, porque eu venho de uma família de pai, mãe, irmão e cachorro. Então eu cheguei numa casa, tinha duas irmãs que as duas tinham filhas com o mesmo pai ou então muita menina nova com 20 anos com três, quatro filhos, isso pra mim foi um choque de realidade muito grande, eu não tava acostumada com essas coisas assim, [...] daí pra mim foi bem complicado.” (A 24)*

*“Como a minha área é bem vulnerável assim, as experiências que eu adquiri ao longo da minha vida não somam muito, porque tem sempre uma surpresa, eu sempre lido com situações que eu não esperava, na verdade eu aprendo vivendo isso agora né, muito mais do que as experiências que eu tive, porque isso tudo pra mim ainda é novo e sempre tem uma situação ou outra que assusta.” (A 12)*

Percebe-se nas falas as dificuldades em lidar com as diferenças, pois às vezes, causa angústia e inquietação. O cuidado humanizado, no entanto precisa ser despidido de valores e crenças, para que não haja julgamento, nem influencia na maneira de cuidar dessa família ou indivíduo. A humanização do cuidar requer do profissional de saúde um agir ético e atencioso para com o ser humano que está necessitando de cuidados, em relação à promoção e à recuperação da saúde e à prevenção da doença<sup>29, 30</sup>.

A rede de conhecimento informal é um ponto fundamental para o trabalho do Agente, há grande influencia do mesmo no trabalho tanto positiva quanto negativamente. A bagagem de vida e a questão do vínculo com a comunidade foram

demonstradas nos discursos dos ACS. Verificou-se, no entanto, que nem sempre era consciente o quanto estes saberes e valores permeavam o seu dia-dia de trabalho.

### **Colegas e a leitura: formas de construir conhecimento.**

Dentre os 68% ACS que não receberam o curso inicial para o trabalho, 36% relataram que sua rede de conhecimento inicial foi tecida junto aos colegas mais antigos, que os capacitaram e ensinaram sobre suas atividades:

*“Na realidade quem me capacitou foram os meus colegas assim no início que a gente entrou porque os primeiros que entraram tiveram capacitação, então foram nossos colegas que foram nos capacitando porque já tinham experiência” (A 05)*

Há agradecimento por esses ensinamentos e acolhimento que os colegas antigos proporcionaram, pelas características inerentes ao trabalho o ACS inicia-o sem conhecimentos prévio da profissão e, sem capacitação precisaram descobrir *no* fazer *como* fazer. As trocas de experiências entre os ACS garantem que os saberes dos seus colegas sejam incorporados com base em seus próprios conhecimentos, tornando-os apropriados e inseridos nas diversas situações.

Em contraponto, foi dito durante as entrevistas que existe a parte negativa em um colega ensinar o outro:

*“Colegas ensinando colegas, por exemplo, eu já ensinei vários que entraram aqui, ensinar que eu digo é mostrar como é que faz [...], mas já tem pessoas que ensinam tudo torto, eu já não penso assim, eu acho que eu tenho que ensinar o certo como me ensinaram [...]” (A 11)*

Percebe-se as dificuldades na gestão local em identificar e resolver essas abordagens, quando o básico para o trabalhado não é oferecido institucionalmente há margem para a uma recriação que pode ser prejudicial para o funcionamento e qualidade do serviço.

O enfermeiro foi o profissional apontado por 44% ACS como uma referencia na busca do conhecimento, seguido de médicos e técnicos de enfermagem. Em relação a esses profissionais os ACS buscam sanar dúvidas e orientações para determinadas situações:

*“Eu venho aqui e olha enfermeira eu não sei sobre isso, mas eu tenho uma demanda lá na comunidade que eu preciso dar um retorno o que que eu digo pro paciente?” (A 08)*

O enfermeiro na ESF desenvolve o papel de supervisionar, apoiar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes e também a importante função de realizar as atividades de educação permanente dos ACS<sup>1</sup>. Para tanto, o enfermeiro precisa enfrentar alguns desafios como, por exemplo, reconhecer este profissional como portador de saber que elucida diversas situações de processo saúde-doença da população e modificar as propostas de educação que reproduzem o modelo flexneriano mantido nas atividades de EP <sup>31</sup>.

Como o ACS não possui uma formação específica e sua formação escolar é heterogênea, como foi observado na caracterização dos sujeitos no presente estudo, o processo de trabalho pode ser um desafio, foi observado que nem sempre ele recebe a supervisão e a retaguarda necessárias por parte da equipe: *“Tu depende de outro profissional pra te explicar: Ah! Mas agora não tenho tempo parar, porque eu estou fazendo outras coisas mais importantes.”(A 05)*

Neste sentido, foi apontado pelos ACS outras formas de suprir as necessidades de conhecimento, como a busca na internet e a leitura: *“eu procuro ta sempre bem informada, eu procuro ta sempre lendo, qualquer coisa de notícia de saúde eu to lendo, to me informando”.* (A 24)

Foi observado, em pesquisa paralela em fontes virtuais, a existência de vários sites e blogs de Agentes Comunitários de Saúde, o que contribui como uma ferramenta de comunicação entre os ACS, onde se busca de conhecimento, esclarecimento dúvidas pontuais do dia à dia, compartilhamento de leis e decretos e o fortalecimento da categoria.

### **Considerações finais**

As redes de conhecimento formal e informal são acionadas pelos ACS em suas ações de educação em saúde. A rede formal foi apontada como uma estratégia potente para o processo formativo, porém com fragilidades no formato e na periodicidade. Os resultados da pesquisa apontaram para o esgotamento do modelo pedagógico pautado nas capacitações com ênfase na transferência de informações e na não consideração das situações reais vividas no trabalho. Os depoimentos revelaram a importância do curso introdutório como referência para um início de trabalho, incorporados de uma abordagem problematizadora, que valorize a experiência e o saber dos trabalhadores. A perspectiva do trabalho do ACS na ESF

é incerta frente às modificações apontadas em portaria, contudo acredita-se na relevância em discutir sob a perspectiva deste trabalhador que contribuiu para modificação do cenário da AB.

A experiência de vida no cotidiano de trabalho do ACS permeia seu agir em saúde, na maioria das vezes de forma inconsciente. Revela solidariedade em aprender com o outro, mas também expõe os limites deste processo quando descolado do contexto onde elas serão aplicadas.

De acordo com os relatos foi possível perceber que as redes de conhecimento formal e informal se complementam e potencializam o significado do cuidado em saúde, por meio do encontro do conhecimento científico e do saber oriundo das vivências e observações do cotidiano de vida e trabalho.

### Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Altera o Anexo I da Portaria no 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Portaria nº958, de 10 de Maio de 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
3. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 6(1): 873-880 [acesso 2015 ago 15]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso).
4. Lotta, GS. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. Saúde soc. 2012; 21(1): 210-222 [acesso 2015 ago15]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500018&lng=en&nrm=iso).
5. Freire, P. Pedagogia do oprimido. 47ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

7. Barros DF, Barbieri AR, IVO ML, Silva MG. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010; 19 (1): 78-84 [acesso 2015 ago 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09>.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed. Cidade: Hucitec, 2007.
9. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro editora, 2005.
10. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.
11. Schwartz G. Redes: vias de acesso às profissões do futuro. São Paulo: Aprendiz, 2002.
12. Tomaél KI. Redes de Conhecimento [tese]. Belo Horizonte: Escola da Ciência da Computação, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
13. Teixeira MRF. Redes de conhecimento em ciências e compartilhamento do conhecimento [tese]. Porto Alegre: Escola de Educação em Ciências; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
14. Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro; Fundação Oswaldo Cruz, 2007 [acesso 2016 mar 20]. Disponível: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4483/2/281.pdf>
15. Stewart T. A riqueza do conhecimento: o capital intelectual e a nova organização. 1a ed. Rio de Janeiro: Campos, 2002. 358p.
16. Organização das Nações Unidas. Educação um tesouro a descobrir; 2010 [acessado 2015 julh 10]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>.
17. Pedrosa, IL, Lira GA, Oliveira B, Silva MSML, Santos MB, Silva EA, Freire DC, et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do Agente Comunitário de Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 2011; 9 (2): 319-332 [acesso 2015 dez 05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/09.pdf>
18. Mota RRA, David HMS. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab. Educ. Saúde*. 2010; 8(2): 229- 248 [acesso 2015 nov 05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a04v8n2.pdf>

19. Oliveira JF, Mccallum CA, Costa HOG. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44 (3): 611-618 [acessado 2015 ago 10]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300009&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300009&lng=en&nrm=isso).
20. Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. Interface (Botucatu). 2014; 18(2):1199-1210 [acessado 2015 ago 08]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601199&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601199&lng=en&nrm=iso).
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
22. Peduzzi M, Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface (Botucatu) [serial na Internet]. 2009[acessado 2010 Set 22]; 13(30):121-134. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en).
23. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Portaria no 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
24. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática Educativa. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, p.47, 2004.
25. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
26. Freire P. Política e Educação. São Paulo: Cortez; 1995.
27. Marteleto RM, David HMSL. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. Botucatu (SP). 2014; 18(2):1211-1226 [acessado 2015 ago 30]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601211&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601211&lng=en&nrm=iso).

28. Ferreira VSC. Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
29. Sousa ATO, Costa SFG, Batista PSS, França JRFS, Sá JPF. O cuidar humanizado na estratégia saúde da família. *Rev.Saúde.Com.* 2010; 6(2):139-147.
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
31. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface (Botucatu).* 2007; 11 (23): 439-447.

## ANEXO A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

### TEMAS PARA OS ENCONTROS

Temas	Número de Encontros*
<p><b>Primeiro momento:</b> apresentação da proposta de pesquisa e conhecendo os integrantes do grupo.</p> <p><b>Segundo momento:</b> assistir um pequeno vídeo sobre o SUS, a ESF e trabalho do ACS. A seguir a discussão terá como foco o tema: pensando em seu trabalho, destaque as principais necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam.</p>	1º Encontro
<p>A partir das necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios identificados pelos ACS discutir-se-á: como você, considerando determinado problema de saúde e seu contexto desenvolve seu trabalho/orientação e ações de educação em saúde?</p>	2º Encontro
<p>Assistir um pequeno vídeo e a seguir a discussão terá como foco a questão: E em que medida os conhecimentos por você transmitidos provém de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho?</p>	3º Encontro

\*Cada grupo focal terá três encontros e será realizados pelo menos três grupos, totalizando nove encontros para se contemplar as 28 equipes de ESF.

## ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Nome do entrevistado:

Local:

Data:

Início:

Término:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Possui filhos?

Se sim, quantos?

Religião:

Pratica? ( ) Sim ( ) Não

Raça/cor declarada:

Escolaridade:

Tempo de serviço na ESF:

Possui outros empregos?

**1. Trajetória familiar: tempo de moradia na localidade, motivos de escolha do local** (há quanto tempo reside neste local, escolha pela localidade, compra, herança);

**2. Histórico da localidade: principais mudanças observadas ao longo do tempo** (algo mudou daqueles tempos até o presente);

**3. Como foi a aproximação com sua atividade de trabalho** (o que desempenhava anteriormente, como decidiu por esta atividade, e o vínculo empregatício do ACS)

**4. Redes de conhecimento formal** (Como foi o curso inicial de capacitação para ACS quando ocorreu, qual foi a? duração. E atualmente como ocorrem as capacitações/educação permanente – qual a periodicidade, como são definidos os temas, onde ocorrem, e quem ministra)

**5. Saberes e práticas adquiridas das experiências de vida** (como suas experiências auxiliam em suas orientações para o bem estar dos usuários)

**6. O trabalho no dia-a-dia** (descreva um pouco seu trabalho e as orientações que costuma dar aos diferentes problemas que lhe são apresentados, estas orientações tiveram sua origem em suas experiências de vida, de trabalho, em algum curso ou capacitação, motivação para continuar exercendo esse papel)

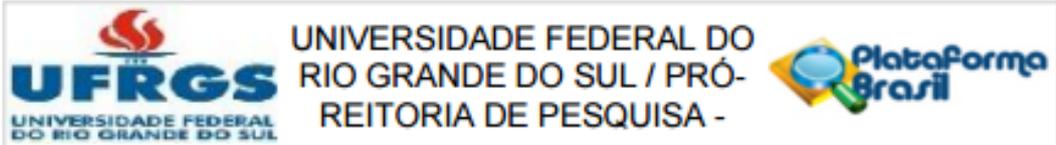
**7. Ações de saúde** (quais ações de saúde são realizadas no seu cotidiano, como lida com as situações inesperadas)

**8. O processo de trabalho e rotina de trabalho** (instrumentos e ferramentas utilizadas, condições de trabalho – horário de trabalho, descanso, lazer);

**9. Processo de trabalho** (dificuldades relatadas e observadas em seu trabalho e são as estratégias utilizadas para supera-las)

**10. Saúde-doença-trabalho** – (ocorrência de sinais e/ou sintomas atribuídos a experiências de trabalho, ocorrência de acidentes e outros agravos, medidas para saná-los, procura de algum lugar ou recurso específico).

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO UFRGS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O DIALÓGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

**Pesquisador:** Deise Lisboa Riquinho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41730515.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.009.554

**Data da Relatoria:** 02/04/2015

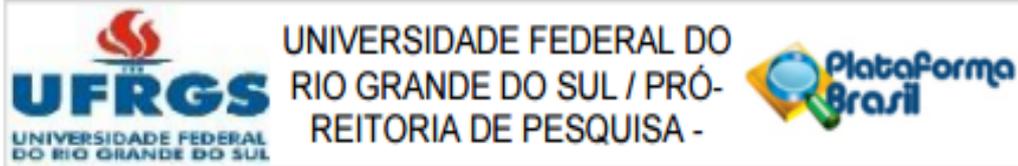
**Apresentação do Projeto:**

O projeto propõe um diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmicoconceitual e a experiência e o saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia, do diálogo crítico com os especialistas, nas pesquisas e intervenções no trabalho. Espera-se ao fomentar o diálogo entre diferentes saberes e contribuir para o fortalecimento das ações de educação em saúde na Atenção Primária, tendo em vista a identificação e estratégias de ação diante das necessidades apresentadas no território. Os sujeitos de pesquisa serão os ACS atuantes nas quatorze Estratégia Saúde da Família (ESF) da região Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. A produção dos dados será por meio de grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar como ocorre o diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho dos ACS; identificar e analisar a trajetória de vida e inserção dos ACS na ESF; mapear e analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do ACS; e identificar e analisar as atividades desenvolvidas pelos ACS e as micro gestões no cotidiano de trabalho.

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



Continuação do Parecer: 1.009.554

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

São considerados como riscos o possível cansaço em responder às questões ou participar do grupo, mencionando a possibilidade de abandonar os mesmos se assim o participante preferir, sem nenhum ônus, e tendo auxílio com profissional da psicologia, caso sinta necessidade. Os benefícios são indiretos e estão claramente expostos no projeto, como a contribuição para uma melhor compreensão da relação entre os saber teóricos e práticos e a articulação dos mesmos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa parece bem fundamentada e embasada teoricamente, expondo com clareza seus objetivos, metodologia e justificativa. Foi informado que "o processo de trabalho das ESF prevê reuniões semanais de equipe, o convite aos ACS será feito nestes espaços, em contato prévio com os coordenadores de cada equipe de saúde agendar-se-á a participação da pesquisadora", esclarecendo, assim, como serão contactados os ACS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE e o Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foram apresentados e estão adequados. O primeiro está adequado, redigido em linguagem clara, simples e informativa. O segundo declara ciência da pesquisa que se buscará fazer nas quatorze Estratégia Saúde da Família. Foi inserido o telefone do CEP/UFRGS.

**Recomendações:**

Recomenda-se aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

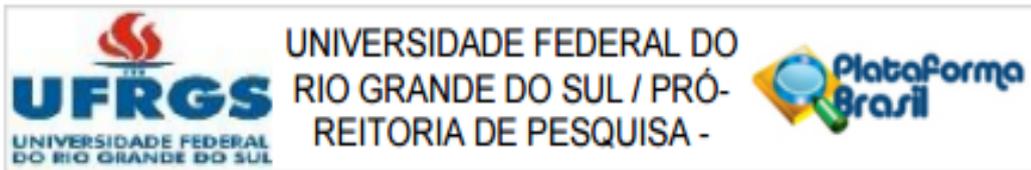
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

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



Continuação do Parecer: 1.009.554

PORTO ALEGRE, 02 de Abril de 2015

---

Assinado por:  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

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

## ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O DIALÓGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

**Pesquisador:** Deise Lisboa Riquinho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 41730515.0.3001.5338

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.147.128

**Data da Relatoria:** 14/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Será utilizada como perspectiva empírica e analítica a abordagem ergológica de Yves Schwartz. Propõe um diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmico - conceitual e a experiência e o saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia, do diálogo crítico com os especialistas, nas pesquisas e intervenções no trabalho. Assim, sua questão norteadora é: Qual articulação entre os saberes formais (epistêmicos) da área da saúde e os saberes informais (das experiências) nas ações de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde? Têm-se por objetivo analisar a articulação entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde nas Estratégias Saúde da Família (ESF) de um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS. O cenário deste estudo será as ESF localizadas na região Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. Os sujeitos de pesquisa serão os ACS atuantes nas quatorze ESF da região de estudo: Alto Embratel, Cruzeiro do Sul, Divisa, Graciliano Ramos, Jardim Cascata, Mato Grosso, Nossa Senhora das Graças, Orfanotrófio, Osmar de Freitas, Rincão (administrada pelo Hospital Divina Providência), São Gabriel, Santa Anita, Santa Tereza e Nossa Senhora de Belém (administrada pelo Hospital Divina Providência).

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.147.128

Os critérios de inclusão dos profissionais serão:

1) fazer parte do quadro funcional do serviço, independente do vínculo empregatício; 2) ter idade igual ou maior de 18 anos; 3) estar atuando no serviço há pelo menos três meses; 4) concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão excluídos os agentes que estiverem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

O processo de trabalho das ESF prevê reuniões semanais de equipe, o convite aos ACS será feito nestes espaços, em contato prévio com os coordenadores de cada equipe de saúde agendar-se-á a participação da pesquisadora. Em tal ocasião a pesquisa será apresentada em relação a sua problemática, objetivos e método. A produção dos dados será por meio de grupo focal e entrevistas semiestruturadas. A operacionalização da análise ocorrerá pela categorização temática.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo geral**

- Analisar a articulação entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde no Programa Saúde da Família em um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS.

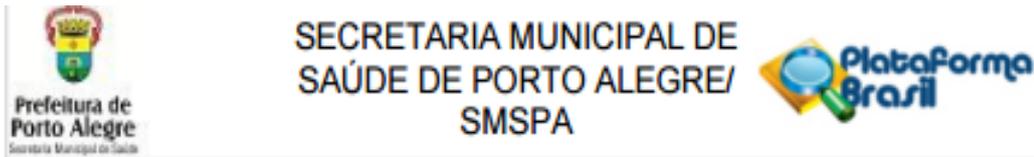
**Objetivos específico**

- Identificar e analisar a trajetória de vida e inserção dos ACS na ESF;
- Mapear e analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do ACS;
- Identificar e analisar as atividades desenvolvidas pelos ACS e as micro gestões no cotidiano de trabalho.

Para tanto, tem-se como metas:

- promover o momento de pesquisa como um espaço de reflexão "do trabalho e para o trabalho" o que vai ao encontro da estratégia de educação permanente;
- propor estratégias metodológicas de educação permanente, a partir do cotidiano de trabalho dos ACS e do reconhecimento e diálogo entre os saberes provenientes das experiência e da epistême;
- incentivar trocas solidárias e de aproximação entre os trabalhadores e usuários da Atenção Primária, pensando em compartilhamento do conhecimento, reconhecimento das necessidades

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.147.128

de cada território em prol da resolutividade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

"Como riscos, há possibilidade de sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a atividade e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de psicologia, previamente acordado."

**Benefícios:**

"Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde e as relações estabelecidas entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde. A pesquisa também possibilitará compreender as demandas de saúde destes trabalhadores, fornecendo informações que poderão nortear ações do Sistema Único de Saúde."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Instituição: UFRGS

Área: Enfermagem

Nível: Pesquisa Institucional da Escola de Enfermagem

Local do Estudo: 14 ESF da região Glória/Cruzeiro/Cristal

Coleta de dados: 7/2015 a 01/2016

Nº participantes: 44

Data conclusão: 23/03/2017

Pesquisador Responsável: Daise Lisboa Riquinho

Equipe: Eliane Pinheiro de Moraes; Leticia Becker Vieira

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

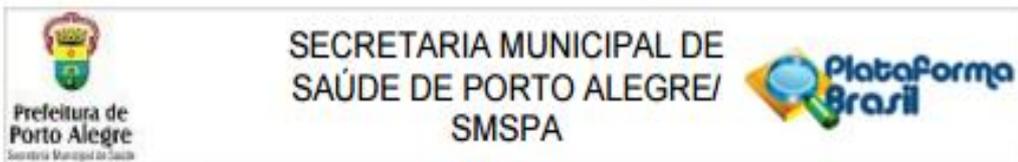
Termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências identificadas foram adequadas pela pesquisadora.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.147.128

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Deverá ser apresentado o parecer de aprovação do CEP SMSPA à Gerência Distrital de Saúde para combinar o início da pesquisa.

Enviar ao CEP SMSPA o relatório parcial e trabalho final, ao término do estudo.

PORTO ALEGRE, 13 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI**  
(Coordenador)

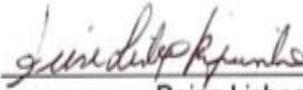
Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com

## ANEXO E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

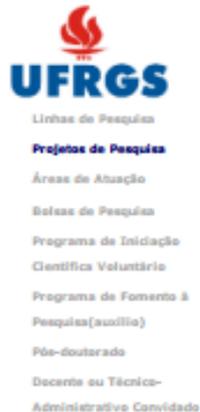
Carta de autorização para o uso dos dados

Eu, Deise Lisboa Riquinho, autora da pesquisa "O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde", devidamente aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, sob o número CAAE 41730515.0.0000.5347 e CAAE 41730515.0.3001.5338, respectivamente, autorizo Deise Taurino Ramos, CPF 01170776078, número de matrícula UFRGS: 00193534, a utilizar informações do banco de dados da referida pesquisa para seu Trabalho de Conclusão de Curso, no período de 2016/1, sob minha orientação.

Porto Alegre, 15 de dezembro de 2015

  
Deise Lisboa Riquinho

## ANEXO F - PARECER SUBSTANCIADO DA UFRGS.



Sistema Pesquisa - Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

[Retornar](#)**Dados Gerais:**

**Projeto N°:** 30506      **Título:** REDES DE CONHECIMENTOS CONSTRUÍDAS NAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA E NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

**Área de conhecimento:** Enfermagem de Saúde Pública      **Início:** 01/03/2016      **Previsão de conclusão:** 01/07/2016

**Situação:** Projeto em Andamento

**Origem:** Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional      **Projeto Isolado com linha temática:** Integra o projeto "O DIALOGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE"

**Local de Realização:** não informado

**Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.**

**Objetivo:**

Analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do Agente Comunitário de Saúde nas ações de educação em saúde no Programa Saúde da Família do distrito sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal no município de Porto

**Palavras Chave:**

ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA ; AGENTE COMUNITÁRIO;

**Equipe UFRGS:**

**Nome:** DEISE LISBOA RIQUINHO  
 Coordenador - Início: 01/03/2016 Previsão de término: 01/07/2016  
**Nome:** DEISE TAURINO RAMOS  
 Técnico: Outra Função - Início: 01/03/2016 Previsão de término: 01/07/2016

**Avaliações:**

**Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 30/12/2015** [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

**Anexos:**

[Projeto Completo](#)

**Data de Envio:** 18/12/2015

## **ANEXO G - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO: REVISTA INTERFACE**

Normas de submissão revista Interface Comunicação, Saúde, Educação.

**PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL INTERFACE** — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo. A submissão de manuscritos é feita apenas on-line, pelo sistema Scholar One Manuscripts. Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito.

O modelo do documento estará disponível no link: [http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor\\_revista\\_miriam\\_15\\_](http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor_revista_miriam_15_).

No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar seu cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu usuário e senha, entre no menu no item “Edit Account”, que está localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3 de seu cadastro, no sistema as áreas de atuação estão descritas como “KeyWord”.

**FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS SEÇÕES Dossiê** — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

**Artigos** — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Debates** — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

**Espaço aberto** — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes

veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras). Interface Comunicação Saúde Educação Manual Orientação Autor Scholarone Manuscripts.

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na Internet.

Criação — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras). Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

**SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS** Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão. Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave

alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas). Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Interface Comunicação Saúde Educação Manual Orientação Autor Scholarone Manuscripts 4 Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário. Citações no texto As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Exemplo: Segundo Teixeira<sup>1,4,10-15</sup>

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário. Casos específicos de citação: a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples. Exemplo: “Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”<sup>1</sup> c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto. Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. Exemplo: Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. Exemplo: Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

REFERÊNCIAS: Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) –

<http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>). As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separado entre si por espaço duplo. Interface Comunicação Saúde Educação Manual Orientação Autor Scholarone Manuscripts 5 A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências: Dar um espaço após ponto. Dar um espaço após ponto e vírgula. Dar um espaço após dois pontos. Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição. EXEMPLOS: LIVRO Autor (es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Exemplo: Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008. \* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número. \*\* Sem indicação do número de páginas. Nota: Autor é uma entidade: Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001. Séries e coleções: Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO Autor (es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor (es) ou editor (es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo Nota: Autor do livro igual ao autor do capítulo: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28. Autor do livro diferente do autor do capítulo: Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, DaudGalloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72. \* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número. \*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo. Exemplos: Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7- 40. Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do

autismo em uma rede social virtual brasileira. *Interface* (Botucatu). 2013; 17(44):119-32. \*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número. \*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo. *Interface Comunicação Saúde Educação Manual Orientação Autor Scholarone Manuscripts*

**DISSERTAÇÃO E TESE** Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho. Exemplos: Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013. Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

**TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO** Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final. Exemplo: Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br) . \* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

**DOCUMENTO LEGAL** Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação). Exemplos: Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990. \*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

**RESENHA** Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final. Exemplo: Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam

MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(43):1119-21.

**ARTIGO EM JORNAL** Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Exemplo: Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. *Folha de São Paulo*. 2013 Nov 12; Opinião:A3. **CARTA AO EDITOR** Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final. Exemplo: Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(43):1143-4. **ENTREVISTA PUBLICADA** Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado. Exemplo: Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, *Interface Comunicação Saúde Educação Manual Orientação Autor Scholarone Manuscripts 7 Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]*. *Interface (Botucatu)*. 2013;715-29. Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador. Exemplo: Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. *Interface (Botucatu)*. 2013:715-29.

**DOCUMENTO ELETRÔNICO** Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:” Com paginação: Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. *Cardiovasc Res*. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>. Sem paginação: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article \* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos. Nota: Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre haverá o Doi; em outros casos, nem sempre). Outros exemplos podem ser encontrados em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**ILUSTRAÇÕES** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato jpeg ou tiff, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos

em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Nota: No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm. As submissões devem ser realizadas online no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

**APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS:** Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados). Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista. Interface Comunicação Saúde Educação Manual Orientação Autor Scholarone Manuscripts 8 Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/> . As normas também podem ser acessadas através de nosso site: <http://www.interface.org.br/interface.php?id=SUBMISSAO&lg=pt>