

AS REDES DE CONHECIMENTOS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

The knowledge network of community health agents

Las redes de conocimientos del agente comunitario de salud

Deise Taurino Ramos¹, Deise Lisboa Riquinho², Maicon Rodrigues Silveira³, Vilma Constancia Fioravante dos Santos⁴, Daiane Broch⁵

Como citar este artigo:

Ramos DT, Riquinho DL, Silveira MR, Santos VCF, Broch D. As redes de conhecimentos do agente comunitário de saúde. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:46-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.6936>.

Essa pesquisa recebeu auxílio financeiro da Pró-Reitoria de Pesquisa (Propesq) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

RESUMO

Objetivo: 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 de uma Gerência Distrital de Porto Alegre-RS. **Método:** pesquisa desenvolvida com 25 ACS, no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, com realização de grupos focais e entrevistas semiestruturadas. A análise ocorreu por meio da categorização temática. **Resultados:** a primeira categoria envolveu a rede de conhecimento formal: curso introdutório, treinamentos ou nenhuma das opções anteriores; (in)capacitações; e reunião de equipe. E a segunda englobou redes de conhecimento informal: experiência de vida; e colegas e a leitura. **Conclusões:** as redes de conhecimento formal e informal complementam-se 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.

Descritores: Agentes comunitários de saúde; Atenção primária à saúde; Educação continuada.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge networks built on the life experiences and work of the Community Health Agent (ACS) in health education actions in the Family Health Strategy of a District Management of Porto Alegre/RS. **Method:** research developed with 25 ACS, from August 2015 to February 2016, with focus groups and semi-structured interviews. The analysis took place through thematic categorization. **Results:** the first category involved the formal knowledge network: introductory course, training or none of the above;

1 Graduada em Enfermagem pela UFRGS.

2 Graduada em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS.

3 Graduada em Enfermagem pela UFRGS.

4 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), aluna de doutorado matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFRGS, Professora das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT).

5 Graduada em Enfermagem pela FURG, Mestre em Enfermagem pela UFRGS.

(In) training; and team meeting. And the second included networks of informal knowledge: life experience; and colleagues and reading. **Conclusions:** networks of formal and informal knowledge complement and enhance the meaning of health care through the meeting of scientific knowledge and knowledge from experiences and observations of everyday life and work.

Descriptors: Community health Workers, Primary health Care, Education, continuing.

RESUMÉN

Objetivo: analizar las redes de conocimientos construidas en las experiencias de vida y en el trabajo del Agente Comunitario de Salud (ACS) en las acciones de educación en salud en la Estrategia Salud de la Familia de una Gerencia Distrital de Porto Alegre/RS. **Método:** investigación desarrollada con 25 ACS, en el período de agosto de 2015 a febrero de 2016, con realización de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. El análisis se produjo por medio de la categorización temática. **Resultados:** la primera categoría involucró la red de conocimiento formal: curso introductorio, entrenamientos o ninguna de las opciones anteriores; (In) capacitaciones; y reunión de equipo. Y la segunda englobó redes de conocimiento informal: experiencia de vida; y colegas y la lectura. **Conclusiones:** las redes de conocimiento formal e informal se complementan y potencian el significado del cuidado en salud a través del encuentro del conocimiento científico y del saber oriundo de las vivencias y observaciones del cotidiano de vida y trabajo.

Descriptor: Agentes comunitarios de salud; Atención primaria de salud; Educación continua.

INTRODUÇÃO

A construção do conhecimento que os profissionais da saúde compartilham com a população é tema relevante para a práxis da assistência em saúde oferecida no âmbito da Atenção primária em Saúde (APS). O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção em saúde adotado pela APS, centra-se no agir de uma equipe multiprofissional, que tem em seu escopo o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e manutenção da saúde, incluindo prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Neste universo de atribuições, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como principal atribuição a mediação entre a equipe, as famílias e os usuários.¹⁻²

Nessa mediação, o ACS também aproxima os saberes (formal e informal) entendidos como biomédico e senso comum, convergindo ambos para a qualidade de vida e tendo como pano de fundo a garantia de direitos do cidadão.¹ O ACS trabalha no intuito de aproximar a população e a equipe de saúde, democratizando o conhecimento existente sobre o processo de saúde e doenças em diversos segmentos da assistência em saúde, de modo a subsidiar a organização das equipes a partir da realidade local.³⁻⁴

A atuação do ACS junto à população atendida pelas equipes traduz a linguagem técnica para aquelas que fazem sentido no cotidiano homem comum, não por ser menos valoroso, mas ser compartilhado por pessoas que não se identificam por certificações acadêmicas.⁵ Ainda, busca legitimar as ações da equipe de saúde mediante entendimento e aceitação pela população, reforçando, assim, os agenciamentos entre esses atores e facilitando o diálogo

e a troca de saberes e conhecimentos.² Mas esse processo está intimamente ligado à constituição identitária destes sujeitos, que está mais além das prerrogativas do seu cargo elencadas nos documentos oficiais.³

A produção do fazer do ACS, meio a uma equipe multiprofissional que tem sua formação identitária nos cânones universitários, é um processo dialógico relacionado ao contexto político, organizacional, relacional e situacional produzidas de modo singular nos diferentes territórios que os profissionais se inserem. A essência do diálogo está na humildade de reconhecer o outro como portador de conhecimento e de experiências provenientes da sua realidade.⁶ O saber fazer do ACS é uma aposta na garantia de que os saberes locais sejam reconhecidos e considerados nas práticas em saúde, de modo que é indiscutível que o conhecimento que estes atores detêm é papel determinante no maior ou menor sucesso de ações nas diferentes áreas prioritárias da APS.^{4,7}

No cotidiano, 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 apropriados e inseridos nas diversas situações.² Com base na formação e atuação do ACS, verifica-se a relevância em entender como ocorre sua formação no campo da saúde, quais as aproximações entre o conhecimento formal e informal e como esses conhecimentos são acionados ao acompanhar as famílias e intervir nas condições de vida da comunidade. Neste sentido, compreende-se que, a atuação do ACS no campo da saúde, mediando o ser da cultura local e o ser técnico-científico da saúde, tece redes de conhecimento que fazem sentido para seu trabalho. As redes de conhecimento podem ser definidas como espaços de troca de informações e/ou experiências entre pessoas e profissionais de diversas áreas, auxiliando na compreensão dos processos de interação e na de geração de conhecimento.⁸

Uma rede representa a ideia de uma teia formada de nós, os quais configuram os elementos presentes e os *links* pelas conexões entre os nós. Na natureza, assim como na sociedade, as redes são dinâmicas, em razão da mudança de comportamento, de elementos e das interações entre eles. Mais do que conhecer as partes dessa rede, faz-se necessário compreender sua dinâmica de formação e entender as relações intersimultâneas e seus resultados.⁹ Nesse caso, como se engendra o conhecimento do ACS do e para o trabalho.

Face ao exposto, 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.

MÉTODOS

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa,¹⁰ realizada em um distrito docente assistencial vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A população do estudo foram os ACS das 28 equipes de ESF presentes no território e os participantes foram um agente por equipe.

O critério de inclusão dos profissionais foi fazer parte do quadro funcional do serviço há pelo menos três meses, independentemente do vínculo empregatício; o de exclusão foi estar afastado 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 entrevistas semiestruturadas.¹¹⁻¹² Realizaram-se 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; 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, utilizaram-se os dados obtidos nos grupos focais e nas entrevistas semiestruturadas, especialmente no que se refere às redes de conhecimento e aos saberes e práticas adquiridos.

Tanto os grupos focais (GF) quanto as entrevistas foram gravados e, depois, transcritos 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.¹⁰

Em relação à caracterização dos sujeitos de pesquisa, a mediana de idade foi 45 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino, 20 mulheres. A autodeclaração da raça/cor apresentou o mesmo quantitativo de brancos e negros (11, respectivamente) e três pardos. Quanto à escolaridade, 16 dos participantes tinham o ensino médio completo e/ou formação técnica; cinco tinham o ensino superior incompleto; três possuíam o ensino superior completo; e um indicou ter o ensino fundamental completo. A mediana de tempo em exercício da profissão como ACS foi de dois anos (tempo mínimo de oito meses e máximo de 19 anos).

Os principais problemas sociais e de saúde do território relatados durante os três GF 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 aos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e aprovado sob o n. 1.009.554 e à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, sob o n. 1.147.148.

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 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. A segunda englobou redes de conhecimento informal: experiência de vida; e colegas e a leitura.

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, compartilhando as bases de conhecimento e desenvolvendo soluções para os responsáveis pela tomada de decisão.⁸ Sua forma mais comum ocorre por meio de treinamento desenvolvido e aplicado pelas organizações.¹³

As pessoas que participam desse meio de compartilhamento, muitas vezes, não se identificam com os métodos aplicados e com a forma como é transferido o conhecimento. O treinamento, em grande medida, é ineficiente, especialmente porque uma parte dos participantes fica desatenta, pensando no trabalho que ficou por ser feito, e a outra fica aliviada por afastar-se dele. O autor acrescenta ainda, que a metade já sabe o que vai ser dito e que a outra metade precisará saber mais sobre tudo que foi abordado.¹⁴

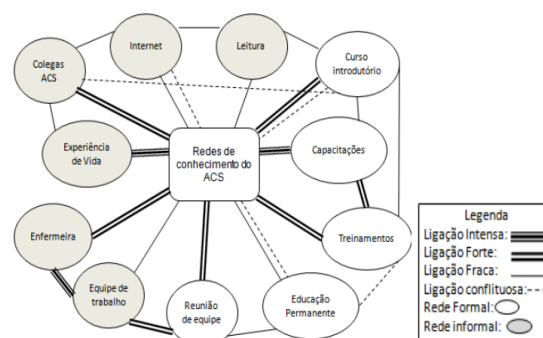
Por outro lado, a rede informal compartilha conhecimento pela troca de ideias ou, ainda, pela solicitação de ajuda para resolver determinado problema, acontecendo de forma natural e espontânea.⁸ Nesse compartilhamento, há maior visibilidade da motivação dos participantes para a retenção do conhecimento disseminado; outro benefício é a maior interação social das pessoas, promovendo uma troca de informação e apoio entre elas.¹⁴

Ambas as redes de conhecimento convergem entre si; elas estão inter-relacionadas e uma complementa a outra, devido à deficiência e às interações que são necessárias para realizar o trabalho de ACS. Nas entrevistas e no grupo focal, foi evidenciada a necessidade de 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. (A06)

A seguir (Figura 1), apresenta-se uma síntese dos elementos que os ACS citaram como referências para compor as redes de conhecimento utilizadas nas orientações em saúde e que serão discutidas ao longo do artigo. A partir das falas, foi possível observar o tipo de ligação, sua intensidade e os diferentes elementos com os quais foram estabelecidas.

Figura 1 - Síntese das redes 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, um terço dos sujeitos pesquisados afirmaram ter recebido um curso inicial. Dentre estes, mais da metade relataram maior satisfação com a sua formação, a qual incluía um curso introdutório anterior ao início das atividades nos serviços.

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

Meu curso inicial foi bem longo. Foi uma grande leva de agente comunitário falando sobre várias questões e várias formas de trabalho. É evidentemente que, na prática, as coisas são meio diferentes, não é? Tu tens uma noção teoricamente, mas na prática tu vais aplicar teoria de acordo com a tua realidade, não é? (A16)

Essa diferença assinalada entre o que o curso prepara teoricamente e a prática adaptada ao cotidiano de trabalho pressupõe o desenvolvimento de competências. Envolve 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.¹⁵

Em consonância com 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 enquanto pessoa, agindo com autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal.⁸ Tais competências parecem ser essenciais ao trabalho do ACS, que, 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 do trabalho foi verbalizada por três participantes:

Quando eu entrei, fiz algumas capacitações, mas que eu acho que não valeram, não foram coisas bem explicadas, foram coisas muito básicas. (A01)

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 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.¹

A oferta de curso voltado à formação inicial foi negada pela maioria dos ACS, que afirmaram não ter participado da primeira etapa do curso de formação, iniciando suas práticas no serviço sem capacitação.

Nota-se que o processo de formação ou qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para que o agente desenvolva as competências 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.¹⁶ A conclusão e o incentivo à profissionalização do ACS poderão promover uma alteração positiva do perfil desse trabalhador, e os agentes desempenhariam suas atividades com mais propriedade e eficiência, por meio da elevação de sua escolaridade.¹⁷

É importante que seja problematizado o quanto os cursos preparam ou doutrinam os ACS. Isso porque nos relatos foram percebidas as dificuldades em relação à realização da formação inicial, sua conclusão e seu distanciamento em relação à vivência do dia a dia de trabalho.

(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. (A18)

Os temas lembrados como mais abordados nas capacitações foram dengue, tuberculose, saúde da mulher, violência e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), pautando-se especialmente nas ações programáticas orientadas pelo MS. 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 maneira 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.¹⁸

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.⁹

Ao serem indagados sobre a participação na escolha dos temas para os encontros de capacitação, os ACS foram unânimes em considerar que as temáticas já vêm definidas. Eles reforçam que, na maioria das vezes, os processos educativos acontecem de forma verticalizada, padronizada nacionalmente, sendo de

caráter obrigatório, com periodicidade irregular, e não atingem todos os trabalhadores:

A gerência normalmente manda e aí, infelizmente, não é todo mundo que pode ir, não é? Aí vai sorteando, quem não foi em uma, vai na outra. (A14)

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 (Queiroz; Silva; Oliveira, 2014). Para as autoras, essa ausência no acompanhamento e na participação das proposições de processos pedagógicos, que não possibilitam a aprendizagem significativa, pode acarretar perdas no papel assumido por esse profissional.

Diante das frequentes atualizações no campo científico e tecnológico na área da saúde, fica evidente a necessidade constante de Educação Permanente (EP), que tem como conceito pedagógico agregar aprendizado a partir da reflexão crítica do processo de trabalho e, mediante essa reflexão, estruturar a capacitação dos profissionais de saúde.¹⁹ Acredita-se que a EP seja apropriada para o diálogo e atualizações dos trabalhadores. Foram relatadas pelos ACS dificuldades com a implementação de novos instrumentos para inserir registros e alimentar programas, o que precisa ser feito por meio de computadores. Em uma das entrevistas, um participante relata que teve que comprar um computador em casa e que seus filhos o ensinaram a utilizar o equipamento:

Tu tens que preencher os relatórios do ESUS, tu tens que fazer a produção, não fizeram capacitação para trabalhar com computador nem nada, comprei um computador pra minha casa, e meus filhos me ensinam, [...]. E agora é assim, te dar condições não te dão, mas te cobrar e exigir te exigem! (A22)

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 ou com capacitação adequada, tornam-se 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 a gente faz educação permanente, duas horas de educação permanente e duas horas de reuniões, todas as quintas fecha para reuniões. (A22)

À 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, com maior ênfase nos determinantes sociais da saúde, considerando também as subjetividades no processo saúde e doença, a fim de preencher as lacunas do processo de trabalho do ACS.¹

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. Desse modo, será integrada a teoria com a prática, numa perspectiva da educação permanente como modelo de aprendizagem, usando-se o espaço e o tempo das reuniões de equipe para realizá-la.²⁰

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

A dificuldade é porque eu não tenho informação, de tu não poderes contar com uma equipe. (A01)

Enfim, em qualquer situação que se precise, eu passo direto para a enfermeira, e ela direciona, não é? Depois, me repassa. (A20)

A partir dessas experiências, o ACS reinterpreta os discursos, visando a instrumentalizar seu agir cotidiano por meio daquilo que lhe faz sentido, especialmente os 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 em que circulam o saber biomédico, com o seu aparato do conhecimento técnico científico, juntamente com 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 [...] reunião é pra isso, relatar as coisas, relatar o que vem de fora e os casos que a gente tem quando é muito grave... (A02)

O trabalho em saúde pode assumir dois lados: pode estar centrado em um ato prescritivo que valida um modelo centrado no saber biomédico ou pode estar sob a forma de relações estabelecidas no trabalho vivo que produz um cuidado gerador de autonomia para as pessoas cuidadas.²¹

Rede de conhecimento informal: experiência de vida

Ao buscar conhecer os saberes e práticas adquiridas das experiências de vida e como estas são acionadas nas ações de

educação e saúde para o bem-estar dos usuários, notou-se o proveito dessas experiências no trabalho. Ao partir de suas experiências e dos desafios enfrentados, o sujeito constrói sua reflexão crítica, sendo possível interpretar o que acontece no mundo. Essas experimentações fazem parte do processo de aprendizagem e são alguns dos mecanismos principais para aquisição do conhecimento.¹³

Nesse sentido, a problematização da realidade constitui-se num ponto de partida para o processo de aprendizagem, tanto por despertar o desejo do conhecimento quanto por possibilitar a apropriação de novas ideias e conceitos pelo sujeito.²² Considera-se que o aprendizado não é o abandono de ideias prévias, mas um ponto de partida para a elaboração das relações com os novos conhecimentos, uma vez que a reflexão crítica com base em experiências anteriores seria também uma fonte de estímulo à autonomia e à tomada de decisão.²²

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 atendes aquelas pessoas, tu conheces aquelas pessoas, tu sabes mais onde está o problema, o foco daquele problema. Como eu disse, muitas vezes a pessoa vem no posto, procura ajuda porque está com depressão, só que o médico não sabe o motivo da depressão da pessoa; e a gente que está lá, a gente sabe. (A04)

Os vínculos que o ACS forma com a comunidade levam à obtenção de certas informações e saberes sobre as pessoas aos quais 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.²³ Há, nessa interação, uma troca de saberes e informações que coloca ora o ACS como informante privilegiado, ora os demais profissionais da equipe de saúde, a depender de como a mediação acontece, com o conhecimento acadêmico e técnico *versus* as experiências de vida.

Para atingir 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 e aquelas utilizadas pelos usuários. Essa forma peculiar de fazer-se entender legitima as ações do ACS e aproxima-o dos usuários. Tal interação permite que se estabeleça uma ponte entre esses atores, facilitando o diálogo, bem como a troca de saberes e de conhecimentos.²³

O campo de ação do ACS constrói-se 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 compartilha-os com a comunidade.⁶

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 exclusivamente com

leite materno, ela 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 dos filhos dela. (A05)

Observa-se o quanto os valores pessoais permeiam as ações realizadas, e essa aproximação, às vezes, fundamenta-se na formação cultural e pode influenciar muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde.² Tal influência pode ocorrer de forma positiva ou negativa, a depender dos signos de saúde e doença presentes no imaginário dos usuários, constantemente reinterpretados, assim como da equipe de saúde. Somente dois ACS relataram que suas experiências de vida em algum momento os 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 e 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 estava acostumada com essas coisas assim, [...] daí pra mim foi bem complicado. (A24)

Percebem-se as dificuldades em lidar com as diferenças, pois, às vezes, causam angústia e inquietação. O cuidado humanizado em saúde precisa ser despido de valores e crenças, para que não haja julgamento nem influência na maneira de cuidar de uma determinada família ou indivíduo. A rede de conhecimento informal é um ponto fundamental para o trabalho do agente, e há grande influência desse tipo de conhecimento no trabalho, seja positiva ou 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 esses saberes e valores permeavam o dia a dia de trabalho.

Colegas e a leitura: formas de construir conhecimento

A não realização de curso inicial para o trabalho foi referido por grande parte dos ACS, e metade destes 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, quando a gente entrou, então, foram nossos colegas que foram nos capacitando porque já tinham experiência. (A05)

Há agradecimento por esses ensinamentos e acolhimento que os colegas antigos proporcionaram. Pelas características inerentes ao trabalho, o ACS inicia-o sem conhecimento prévio da profissão; 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 [...]. (A11)

Percebem-se as dificuldades na gestão local em identificar e resolver essas abordagens. Quando o básico para o trabalho 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 metade dos ACS como uma referência 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 eu digo pro paciente?” (A08)

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.¹ Para tanto, o enfermeiro precisa enfrentar alguns desafios, como, por exemplo, reconhecer esse 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.²³

Como o ACS não possui uma formação específica e sua escolaridade é heterogênea, conforme 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 dependes de outro profissional pra te explicar: Ah! Mas agora não tenho tempo, porque eu estou fazendo outras coisas mais importantes. (A05)

Nesse sentido, foram apontadas pelos ACS outras formas de suprir as necessidades de conhecimento, como a busca na internet e a leitura:

Eu procuro estar sempre bem informada, eu procuro estar sempre lendo, qualquer coisa de notícia de saúde eu estou lendo, estou me informando. (A24)

Foi observado que a realização de pesquisas paralelas em fontes virtuais, em diferentes sites e blogs de Agentes Comunitários de Saúde, contribuiu como uma ferramenta de comunicação entre eles, buscando conhecimento, esclarecimento de dúvidas pontuais do dia a dia, compartilhamento de leis e decretos e fortalecimento da categoria.

CONCLUSÕES

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, incorporado de uma abordagem problematizadora, que valorize a experiência e o saber destes trabalhadores que contribuíram para a 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. O ACS revela solidariedade em ensinar o colega, mas também expõe os limites desse processo quando descolado do contexto onde estes ensinamentos serão aplicados.

Por fim, foi possível perceber, por meio dos relatos que as redes de conhecimento formal e informal se complementam e potencializam o significado do cuidado em saúde no encontro do conhecimento científico e do saber oriundo das vivências e observações do cotidiano de vida e trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.
2. Lotta GS. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. Saúde soc [on-line]. 2012 [citado em 10 jun 2016]; 21(1): 210-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/18.pdf>
3. Dantas DNA, Silva MPM, Oliveira DRC, Enders BC, Paiva REA, Arcêncio RA. Ações do Agente Comunitário de Saúde no Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar. Rev Rene [on-line]. 2011 [citado em 10 jun 2016]; 12:980-94. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a13v12esp_n4.pdf
4. Manoel AL, Rodrigues AB, Piva EZ, Warpechowski TP, Schuelter-Trevisol F. Avaliação do conhecimento sobre o Vírus do Papiloma Humano (HPV) e sua vacinação entre agentes comunitários de saúde na cidade de Tubarão, Santa Catarina, em 2014. Epidemiol Serv Saude Rene [on-line]. 2017 [citado em 10 set 2017]; 26(2): 399-404. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00399.pdf>
5. Martins JS. A crise do imaginário rural brasileiro. In: Martins JS (Org.). Uma sociologia da vida cotidiana. São Paulo: Contexto, 2014.

6. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.
7. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc saúde coletiva* [on-line]. 2016 [citado em 10 mar 2017]; 21(5): 1637-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>
8. Tomaél KI. *Redes de Conhecimento* [tese]. Belo Horizonte: Escola de Ciência da Computação, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
9. 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.
10. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ed. Cidade: Hucitec, p.317, 2007.
11. Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Liber Livro editora, 2005, p.10.
12. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo*. São Paulo: Atlas, 1987, 175p.
13. 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. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4483/2/281.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.
14. Stewart T. *A riqueza do conhecimento: o capital intelectual e a nova organização*. 1a ed. Rio de Janeiro: Campos, 2002, 358p.
15. Barros DF, Barbieri AR, Ivo ML, Silva MG. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm* [on-line]. 2010 [citado em 20 mar 2017]; 19(1): 78-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09>
16. Pedrosa IL, Lira GA, Oliveira B, Silva MSML, Santos MB, Silva EA et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. *Trab educ saúde* [Online]. 2011 [citado em 20 mar 2017]; 9(2): 319-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/09.pdf>
17. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab educ saúde* [Online]. 2010 [citado em 20 jun 2017]; 8(2): 229-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a04v8n2.pdf>
18. Oliveira JF, McCallum CA; Costa HOG. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. *Rev esc enferm USP* [online]. 2010 [citado em 27 jun 2017]; 44(3): 611-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/09.pdf>
19. 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* [online]. 2014 [citado em 27 jun 2017]; 18(2):1199-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1199.pdf>
20. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática Educativa*. 29ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004, p.47.
21. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
22. Freire P. *Política e Educação*. São Paulo: Cortez; 1995.
23. Marteleto RM, David HM. S. L. *Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos*. *Interface* [online]. 2014 [citado em 24 jun 2017]; 18(2): 1211-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1211.pdf>

Recebido em: 26/07/2017
Revisões requeridas: Não houve
Aprovado em: 11/09/2017
Publicado em: 10/01/2020

Autora correspondente

Daiane Broch

Endereço: Rua Miguel Tostes, 905, 33A

Porto Alegre, Brasil

CEP: 90.430-061

E-mail: daiane_broch@hotmail.com

Número de telefone: +55 (54) 9 9623-7960

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**