

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

**VISLUMBRANDO A REDE COMPLEXA DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

L297 Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo
Vislumbrando a rede complexa de relações e interações
do agente comunitário de saúde [dissertação] / Gabriela
Marcellino de Melo Lanzoni ; orientadora, Betina Hörner
Schlindwein Meirelles. - Florianópolis, SC : 2009.
102 f. : il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal
de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Relações humanas. 3. Saúde
Comunitária - Auxiliares. I. Meirelles, Betina
Hörner Schlindwein. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

**VISLUMBRANDO A REDE COMPLEXA DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2009**

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

VISLUMBRANDO A REDE COMPLEXA DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 15 de junho de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



Dra. Betina H. Shindwein Meirelles
Presidente



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro



Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Membro

Dedico este trabalho aos meus pais,
Lila (*in memoriam*) e Cesar.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Doutora Betina Hörner Schindwein Meirelles, por sua acolhida afetuosa e pelos momentos produtivos de troca e aprendizado. Apesar das adversidades, sua paciente, competente e generosa orientação acadêmica permitiram-me progredir em uma atmosfera de tranquilidade. A minha admiração, o meu sincero e especial agradecimento.

À Professora Doutora Alacoque Lorenzini Erdmann, por inserir-me no mundo da pesquisa, ao me escolher como Bolsista de Iniciação Científica/CNPq, logo no início da Graduação. Oportunizando, através desse gesto e de sua habilidade na coordenação/condução de seus orientandos, o meu ingresso no mestrado. Durante toda esta trajetória sempre foi uma grande incentivadora.

À minha família, que sempre acreditou em mim, encorajando-me e priorizando meus sonhos. Em especial, ao Marco Aurélio, Laura e Miguel, por darem um sentido especial à minha vida.

Aos Membros da Banca Examinadora, meu profundo agradecimento por terem aceitado o convite e disponibilizado do seu tempo para contribuir no aperfeiçoamento do trabalho.

Aos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa Administração e Gerenciamento do Cuidado em Enfermagem e Saúde – GEPADES agradeço carinhosamente pelos momentos de partilha, descontração e construção de saberes.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, por possibilitar, através da concessão da Bolsa de Iniciação Científica, durante a graduação, e a Bolsa de Mestrado, no decorrer deste curso, dedicação exclusiva e maior contato com o espaço acadêmico.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, por todo o auxílio e dedicação que a mim dispensaram, ao longo desta caminhada.

A todos os participantes que contribuíram para esta pesquisa, concedendo-me entrevistas e facilitando o meu acesso às fontes, e à Unidade Local de Saúde, que foram absolutamente cruciais para o resultado final.

E a todas aquelas pessoas que, de algum modo, colaboraram para a concretização desta pesquisa – a minha eterna gratidão.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. **Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde**. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), um trabalhador vinculado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e à Estratégia Saúde da Família (ESF), integra-se à equipe multiprofissional, na Atenção Básica, com a finalidade de promover saúde na comunidade na qual reside, desempenhando um papel relevante de interlocutor com a população. O estudo teve por objetivo compreender o significado da rede de relações e interações dos Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Florianópolis/SC, desenvolvendo pressupostos teóricos a partir dos processos interacionais. O referencial metodológico adotado foi a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados. O pensamento complexo de Edgar Morin foi utilizado como referencial teórico. Foram sujeitos da investigação Agentes Comunitários de Saúde integrantes da equipe multiprofissional – enfermeiras, médicos e dentista – e usuários atendidos em uma das unidades locais de saúde do Município de Florianópolis. A seleção dos sujeitos, a coleta e a análise seguiram os pressupostos da *Grounded Theory*. Um total de 20 participantes constituiu três grupos amostrais. As entrevistas em profundidade e os memorandos compuseram o material empírico do estudo. O processo da investigação foi desenvolvido pela coleta e análise simultânea e comparativa dos dados, sendo orientado pela codificação aberta, axial e seletiva, amostragem e saturação teórica. Desse processo emergiu o fenômeno **Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da atenção à saúde dos usuários, como uma rede complexa**, constituído a partir da inter-relação de seis categorias: Reconhecendo a Comunidade e a ULS como Espaços para Relações e Interações; Concebendo a Qualidade das Relações com a Equipe e Comunidade; Valorizando seu Trabalho como ACS; Percebendo o Enfermeiro como Mediador das Relações e Interações; Sendo o Elo entre a Comunidade e a Equipe; e Favorecendo a Assistência através da sua Rede de Relações e Interações. O Agente Comunitário de Saúde se posiciona no centro de sua rede de relações, integrando-a e estando sujeito ao que as perturba, modifica e às suas novas conformações. Sua rede de relações é uma unidade que compõe o sistema “saúde”, sendo facilitadora do processo de atenção à saúde à comunidade. O Enfermeiro é indicado como um profissional que interfere diretamente na relação entre o ACS e a equipe, uma vez que também media a comunicação e, com uma postura interdisciplinar, se dispõe a integrar pessoas e articular saberes. Para a liderança das equipes, o Enfermeiro é indicado como promotor de integração entre os membros, fortalecendo sua importância não apenas na dimensão assistencial, como também, na dimensão gerencial.

Palavras-Chave: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Auxiliares de Saúde Comunitária, Equipe de Assistência ao Paciente, Relações Interpessoais, Relações Interprofissionais, Apoio Social e Redes Comunitárias, Complexidade.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. **Illuminating the complex network of relationships and interactions of the Brazilian Community Health Care Agent.** 2009.102f. Dissertacion (Master. in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis, 2009.

ABSTRACT

The Brazilian Community Health Care Agent (*Agente Comunitário de Saúde - ACS*), a health care professional linked to the “Family Health Strategy” Federal Program (*Estratégia Saúde da Família - ESF*), is integrated to the multi-professional team in Basic Health Care with the intent of promoting health in the communities in which they reside, performing a relevant role of intermediary between Brazilian public health services and the local population. The objective of this study is to better comprehend the significance of the network of relationships and interactions of these Community Health Care Agents and a Local Health Care Clinic (*Unidade Local de Saúde - ULS*) in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, developing theoretical assumptions based upon these relationship processes. The methodological reference adopted was the Grounded Theory, as well as Edgar Morin’s work on complex thought. The Community Health Care Agents, nurses, physicians, and a dentist from the multi-professional team, and users attended in one of the local public clinics in the Greater Florianópolis area composed the sample. The selection of these subjects for this investigation, data collection, and data analysis followed the assumptions of the Grounded Theory. A total of twenty participants constituted three sample groups. In-depth interviews and memorandums composed the empirical material of this study. The investigative process was developed via the collection and simultaneous and comparative data analysis and orientation by the open, axial, and selective codification, sampling and theoretical saturation. From this process, the phenomenon **Illuminating the relationships and interactions of the Community Health Care Agent in improving care for users in a complex network**, constituted as of the inter-relationships of six categories: Recognizing the Community and the ULS as Spaces for Relationships and Interactions, Conceiving the Quality of Team and Community Relationships, Valuing their Work as ACSs, Perceiving the Nurse as a Relationship and Interaction Mediator, Being the Link between the Community and the Team, and Favoring Care through a Network of Relationships and Interactions. The Community Health Care Agent is positioned in the center of his/her network of relationships, integrating themselves and is subject to its perturbances/modifications and new conformations. His/her network of relationships is a unit that composes the “health care” system, serving as the care process facilitator between health care and the community. The Nurse is indicated as the professional who directly interferes in the ACS relationship with the team, since he/she also mediates communication. With an interdisciplinary posture, the Nurse is disposed to integrate people and articulate knowledge. For team leadership, the Nurse is indicated as a promoter of integration among members, strengthening their importance not only in the care dimension, but also in management.

Keywords: Nursing, Primary Health Care, Community Health Aides, Patient Care Team, Interpersonal Relations, Interprofessional Relations, Social Support, Community Networks, Complexity.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. **Vislumbrando la compleja red de relaciones e interacciones del Agente Comunitario de Salud**. 2009. 102f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

RESUMEN

El Agente Comunitario de Salud (ACS) es un trabajador de la salud vinculado al Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y a la Estrategia Salud de la Familia (ESF), el cual se integra al equipo multiprofesional en Atención Básica con el objetivo de promover la salud en la comunidad en la que reside, desempeñando así un importante papel como interlocutor de la población. El objetivo del presente estudio fue comprender el significado de la red de relaciones e interacciones de los Agentes Comunitarios de Salud de un Centro de Salud de Florianópolis/SC, desarrollando presupuestos teóricos a partir de los procesos de interacción. El referencial metodológico adoptado fue la *Grounded Theory*. Como referencial teórico se utilizó el pensamiento complejo de Edgar Morin. Los sujetos de la investigación fueron los siguientes: Agentes Comunitarios de Salud, Profesionales del equipo multiprofesional (enfermeras, médicos y dentistas) y usuarios atendidos en uno de los centros de salud del municipio de Florianópolis. La selección de los sujetos, la recolección y el análisis de los datos se basaron en los principios teóricos de la *Grounded Theory*. Veinte participantes constituyeron tres grupos con los cuales se conformaron las muestras. Las entrevistas en profundidad y los memorandos formaron el material empírico del estudio. El proceso investigativo fue desarrollado a través de la recolección y el análisis simultáneo y comparativo de los datos, y orientado por la codificación abierta, axial y selectiva, muestreo y saturación teórica. De ese proceso surgió el fenómeno: **Vislumbrando las relaciones e interacciones del Agente Comunitario en la mejora de la atención a la salud de los usuarios como una red compleja**, constituida a partir de la interrelación de seis categorías: Reconociendo la Comunidad y la ULS como Espacios para Relaciones e Interacciones; Concibiendo la Calidad de las Relaciones con el Equipo y la Comunidad; Valorizando su Trabajo como ACS; Percibiendo al Enfermero como Mediador de las Relaciones e Interacciones; Siendo el Vínculo entre la Comunidad y el Equipo; y, Favoreciendo la Asistencia a Través de su Red de Relaciones e Interrelaciones. El Agente Comunitario de Salud se posiciona en el centro de su red de relaciones, integrándola y estando sujeto a las perturbaciones/ modificaciones y nuevas conformaciones. Su red de relaciones es una unidad que conforma el sistema "salud", siendo ella facilitadora del proceso de atención a la salud de la comunidad. El enfermero es indicado como un profesional que interfiere directamente en la relación ACS y el equipo, ya que él también media la comunicación y con una postura interdisciplinaria se dispone a integrar las personas y articular el saber. Para el liderazgo de los equipos, el enfermero es señalado como promotor de integración entre los miembros, fortaleciendo su importancia no sólo en la dimensión asistencial sino también en la dimensión gerencial.

Palavras claves: Enfermería, Atención Primaria de Salud, Auxiliares de Salud Comunitaria, Grupo de Atención al Paciente, Relaciones Interpersonales, Relaciones Interprofesionales, Apoyo Social, Redes Comunitárias, Complejidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CNPQ	CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E TECNOLOGIA
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
GEPADES	GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOB	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
SC	SANTA CATARINA
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SUDS	SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TFD	TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS
ULS	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação esquemática do pensamento complexo.....	27
Figura 2: Etapas do processo de análise do método Teoria Fundamentalada nos Dados.....	37
Figura 3: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC)....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Participantes da investigação, segundo o grupo amostral	41
Quadro 2: Memorando “Chegada das Agentes Comunitárias de Saúde na ULS, pela manhã”	44
Quadro 3: Memorando “Momento de descontração na copa da ULS”	44
Quadro 4: Memorando “Reunião com as ACSs e a enfermeira”	44
Quadro 5: Memorando “Reunião de microárea”	45
Quadro 6: Memorando “Reunião das três equipes da ULS”	45
Quadro 7: Codificação aberta.....	47
Quadro 8: Codificação aberta.....	48
Quadro 09: Agrupando conceitos em categorias – Codificação Axial	48
Quadro 10: Categorias e Subcategorias	50

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	08
LISTA DE FIGURAS.....	09
LISTA DE QUADROS	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA.....	17
3.2 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4.1 A TEORIA DA COMPLEXIDADE	26
5 MÉTODO.....	33
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	33
5.1.1 Revisão Integrativa da Literatura.....	33
5.1.2 Pesquisa de Campo qualitativa – Teoria Fundamentada nos Dados	35
6 RESULTADOS.....	51
6.1 MANUSCRITO 1: A REDE DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	52
6.2 MANUSCRITO 2: VISLUMBRANDO A REDE COMPLEXA DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.	63
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES	87
ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

A urgência teórica para se dar conta das interações complexas da vida social e das tentativas de articulação entre o local e o global, o uno e o diverso, o individual e o coletivo evidenciam a necessidade de se discutir a saúde como um fenômeno social. Um fator resultante das interações humanas, produto da vida em sociedade, como o são igualmente outros aspectos da vida social: a educação, economia, lazer, família, política, religião. Tal perspectiva originou-se da ruptura com o pensamento curativista e preventivo, com seu foco na doença, para uma ação de promoção da saúde, compreendendo o ser humano em suas múltiplas dimensões: cultural, social, política, ecológica e afetiva (CZERESNIA, 2003).

É importante atentar para as expressões “promover saúde”/”promoção da saúde”, pois o seu conceito é mais amplo do que o de “prevenção”. Segundo Meirelles (2003, p.40), promoção da saúde refere-se à promoção da vida “em todas as suas múltiplas dimensões e envolve medidas no plano total de condições e a singularidade e autonomia dos sujeitos individuais, os quais não podem ser alcançados sob responsabilidade de uma área de conhecimento e prática”.

Tal avanço conceitual do termo “saúde” foi possível, principalmente, após a conferência de Ottawa (1986), que propôs cinco campos centrais de ação: a) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) reforço da ação comunitária; d) desenvolvimento de habilidades pessoais; e) reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003). E, desde então, ocorrem mudanças institucionais e políticas no contexto brasileiro. No entanto, instituir a promoção da solidariedade e equidade social, num contexto em que perduram as más condições socioeconômicas e de saúde, ainda vem sendo colocado como um desafio a ser superado.

As ações que privilegiam a família como foco da ação em saúde e a territorialização representam a afirmação do paradigma da promoção da saúde na (re)orientação do serviço de saúde. Dessa forma, as medidas tomadas pelo Ministério da Saúde (MS) para atender as orientações e diretrizes voltadas para a saúde foram, de um lado, fortalecer a Atenção Básica, em detrimento da hegemonia do cuidado curativo, centrado na atenção hospitalar. E, por outro, instituir, em todo território nacional, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS), como um modelo de atenção à saúde com baixa densidade tecnológica e alta resolubilidade (BRASIL, 2006a).

Os programas criados para atender às novas metas e demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) originaram duas novas estratégias para organização do trabalho. A primeira é a atuação dos profissionais em equipes da saúde da família, compostas por um grupo multiprofissional, interagindo de maneira interdisciplinar para atingir a melhor assistência ao usuário. A segunda estratégia foi a criação de um novo ator: o Agente Comunitário de Saúde (ACS), um trabalhador vinculado ao PACS, sem, necessariamente, ter formação na área da saúde, mas que tem por objetivo promover saúde na comunidade na qual reside. O ACS desempenha um papel relevante de interlocutor com a população e contribui para identificar suas necessidades, estimulando a participação dos usuários no controle de suas condições de saúde e de qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

A proposta de trabalhar em equipe multiprofissional exige uma nova compreensão do que sejam saúde e a responsabilidade de cada profissional, pois, até então, o sistema de saúde era guiado por uma estrutura hierarquizada que se apresentava uma relativa indiferença às implicações sociais da prática de saúde.

Dessa forma, ao participar de uma pesquisa realizada com os Agentes Comunitários de Saúde de Florianópolis/SC, pode-se observar os diferentes contextos, as diversas formas de trabalho e as variadas relações estabelecidas entre o ACS e a comunidade, bem como com a equipe da Unidade Local de Saúde (ULS)¹ na qual trabalhavam (LANZONI; SCHWEITZER; LINO, 2007). Foi a partir da fala dos Agentes Comunitários de Saúde que se evidenciou a repercussão de fatos como: sua atividade ter sido criada recentemente, as mudanças na legislação, a falta de informação sobre suas atribuições e, algumas vezes, nenhum treinamento para realizar seu trabalho, fatos que poderiam influenciar na maneira de posicionar-se frente à equipe de saúde. Assim, a maior parte desses trabalhadores percebe-se cumprindo tarefas, sem saber ao certo qual postura tomar diante de algumas situações, e como as suas relações e interações vivenciadas junto à população e com os membros da equipe de saúde podem influenciar na promoção da saúde.

¹ Embora, a Secretaria Municipal de Florianópolis tenha adotado uma nova denominação para os estabelecimentos de saúde da Atenção Básica, os Centros de Saúde, em todos os documentos formais, eles ainda estão registrados como “Unidade Local de Saúde”, sendo este o termo utilizado neste estudo. Ainda, será encontrada na apresentação dos resultados a denominação “Posto de Saúde”, pois esta é a forma como os participantes se referem ao serviço.

Atrelada a essa vivência, surgiu a oportunidade de aprofundar os estudos na linha de pesquisa “Administração de Enfermagem e Saúde”, do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerenciamento do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES). E também de dedicar-me exclusivamente às atividades acadêmicas e de pesquisa, com a concessão da Bolsa de Iniciação Científica/CNPq, durante os três anos da graduação, e da Bolsa de Mestrado. Tais oportunidades permitiram o desenvolver de um olhar mais ampliado sobre os processos e sistemas de cuidado e saúde, e o reconhecimento da importância da rede de relações e interações dos Agentes Comunitários de Saúde na atenção à saúde da população.

Pressupõe-se que, segundo Fortes e Spinetti (2004), o Agente Comunitário de Saúde, exercendo a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, tendo maior proximidade com o usuário e adentrando frequentemente no seu domicílio, deva estar capacitado a estabelecer relações que favoreçam o levantamento das informações sobre a saúde individual e familiar daqueles com quem se relaciona na comunidade.

Se tem em vista, primeiramente, a necessidade e a importância de conhecer os significados atribuídos às redes de relações e interações estabelecidas entre os membros das equipes de saúde nos Serviços de Saúde. Em segundo lugar, o intuito de fornecer subsídios para ação e reflexão. Visando, ainda, favorecer um novo modo de atuar na Saúde Coletiva, onde os sujeitos serão estimulados a observar e agir da melhor forma nas relações formadas dentro de sua equipe e com a comunidade atendida, considera-se importante procurar respostas à indagação: *Como os Agentes Comunitários de Saúde experienciam e conferem significado às suas relações e interações, como membros da equipe de saúde?*

Com o reconhecimento dessa rede de interações, o Agente Comunitário de Saúde terá oportunidade de transcender ao trabalho formal e isso contribuirá para a melhoria de suas ações para com o outro e para o seu autocuidado, durante suas atividades laborais. Bem como implicará na aprendizagem de um trabalho interdisciplinar, já que colaborará com o bem-fazer do trabalho na equipe de saúde. Dessa forma, se passa do trabalho básico e rotineiro, avançando para o saber-fazer em equipe, pensando no conjunto, contribuindo com indagações e sendo favorecido com as contribuições de todos, ou seja, dos demais atores da equipe de saúde.

Estudar a rede de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde é imprescindível para a Enfermagem, já que o ACS está inserido na equipe de saúde

da família e deverá estar sob constante supervisão do Enfermeiro que integra essa equipe. O Enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outras atribuições, deverá desempenhar o papel de facilitador da relação entre os demais profissionais da equipe e o ACS (BRASIL, 2006d). Assim, para que o Enfermeiro também possa desenvolver seu trabalho de forma efetiva e pautar sua prática em bases científicas, este estudo se propõe a resgatar conceitos e vivências do Agente Comunitário de Saúde sobre a temática exposta.

2 OBJETIVO

Compreender o significado da rede de relações e interações dos Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis/SC, desenvolvendo pressupostos teóricos a partir destes processos interacionais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresenta-se inicialmente o histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica. A seguir, são discutidas algumas questões relacionadas ao Agente Comunitário de Saúde e suas relações, delimitando de forma breve a origem dessa ocupação, bem como os avanços e desafios desse trabalhador.

3.1 HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema Único de Saúde é produto da Reforma Sanitária Brasileira, ocorrida a partir de 1980, que mobilizou a sociedade para propor novas políticas de saúde mais abrangentes, democráticas e acessíveis a todos. O Movimento pela Reforma Sanitária lançou as bases para a implementação do Sistema Único de Saúde, e se propôs a atender à demanda de todos os cidadãos brasileiros, especialmente num contexto econômico desfavorável, por compreender que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (VERDI; COELHO, 2005).

Realizada em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde consagrou uma concepção ampla de saúde, resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos. Passou a significar, através do seu relatório final, a consolidação das propostas do Movimento Sanitário (VERDI; COELHO, 2005).

As sucessivas mudanças na política de saúde, postas em prática pelas Ações Integradas de Saúde e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), impulsionaram a emergência do SUS. O objetivo principal do SUDS pautou-se em contribuir para a consolidação e o fortalecimento da rede básica ambulatorial, e o aumento da capacidade de atendimento à demanda, bem como à contratação de recursos humanos, a revisão do papel dos serviços privados e até, em alguns casos, da população na gestão dos serviços (VERDI; COELHO, 2005).

Em 1988, ocorreu a primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária, que foi a definição, na Constituição Federal, relativa ao setor saúde. No art. 196 se conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, definindo

de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. E, ao se instituir a saúde como direito de cidadania, operou-se uma ruptura com o padrão anterior de política social, “marcada pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo” (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 533).

Já o parágrafo único do art. 198 determina que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 2002). Essa questão é de extrema importância, apontando que o SUS é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo.

A implementação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde, e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como instrumentos de regulamentação do sistema. Nesse contexto se insere a Lei nº 8.080, que trata do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do Sistema de Saúde. E também a Lei nº 8.142, que aborda a participação da comunidade e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gestão do SUS, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal. Dessa forma, foram determinadas como princípios doutrinários do SUS a universalidade, a equidade e a integralidade; e, como princípios organizativos, a regionalização, a hierarquização, a resolubilidade, a descentralização, a participação comunitária e o controle social (BRASIL, 1990a, 1990b).

Ainda, neste mesmo período, alguns programas foram criados visando ampliar o atendimento na Atenção Básica: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Conforme definido, compete à ESF a coordenação de todo o espectro assistencial em saúde, cujas ações devem ser realizadas por um grupo interdisciplinar composto por profissionais de diversas áreas da saúde e do Agente Comunitário. Eles estão envolvidos na assistência integral e primária à saúde, compondo a equipe de saúde da família, possuindo como foco da assistência a unidade familiar, inserida na esfera sociocultural, ou seja, a comunidade (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2008).

O fortalecimento da Atenção Básica, por meio das políticas e programas de saúde, deve-se, segundo Andrade, Bueno e Bezerra (2008), ao contexto rico de influências. Como a busca da melhoria universal de indicadores básicos de saúde, a popularidade de modelos internacionais de Atenção Básica centrados na comunidade, a pressão de financiamento de agências internacionais de saúde, e a evolução do SUS e suas incertezas.

Assim, Starfield (2002), que designa Atenção Básica como Atenção Primária, compreende que a mesma funciona como porta de entrada no sistema, atendendo à todas necessidades e problemas, exceto às intercorrências raras, com enfoque na pessoa, e não mais sobre sua doença. Diferentemente da atenção especializada que geralmente exige mais recursos tratamento das enfermidades e redução de desconforto em casos crônicos, a atenção básica visa maximizar a saúde, pois investe na prevenção dos agravos e na promoção da saúde, como descreve a autora supracitada:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002, p. 28)

No ano de 2006, foi indicada uma Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB), que consiste em uma estratégia que complementa e facilita a regulamentação da Atenção Básica, revitalizando-a a partir de discussões e experiências acumuladas nos diferentes níveis de gestão. Este documento foi aprovado através do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006b).

Recentemente, o SUS completou 20 anos de sua criação e discute-se que o mesmo está, ainda, em contínuo processo de construção. Parte dessa construção ganhou sustentação com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e com o Programa de Saúde da Família (1994), criando este novo trabalhador em saúde – o Agente Comunitário de Saúde, um elo entre a comunidade e os profissionais na atenção básica em saúde. Esse trabalhador, ao inserir-se no mercado de trabalho em saúde, traz a necessidade de construir a sua ação e inserção junto à equipe, com todas as relações e interações que objetiva-se discutir nesta pesquisa.

3.2 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

No Brasil, há quase duas décadas foi implementada uma política de incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde. De acordo com Lima e Moura (2005), esta baseou-se em experiências anteriores realizadas em várias regiões do país, como Médico da Família, de Niterói, os Agentes Pastorais da Igreja Católica (voluntário), as visitadoras sanitárias da Fundação SESP, entre outras de menor dimensão. Os autores entendem, ainda, que a tentativa mais próxima ao PACS atual, sendo, também, a mais expressiva, foi iniciada pelo governo do Ceará e denominada como: “Programa de Agentes de Saúde”. Esta visava à ampliação de empregos para as mulheres nas regiões áridas e a redução da morbi-mortalidade materna e infantil.

Por ter atingido bons resultados, essa experiência foi institucionalizada como política oficial do governo Federal, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde em 1991. Sendo que as atribuições dos ACSs naquele contexto, eram (BRASIL, 1994, p.7):

- Realizar ações básicas de saúde, em seu nível de competência, através de visitas domiciliares, reuniões de grupos e/ou outras modalidades;
- Desenvolver atividades de educação em saúde individual e coletiva;
- Estimular a organização da comunidade;
- Desenvolver outras atividades pertinentes com sua formação; e,
- Registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho e encaminhá-las à coordenação municipal do programa.

Inspirado, segundo Lima e Moura (2005), no movimento sanitário e em experiências como os médicos pés descalços da China e similares em Cuba, Canadá e Inglaterra, o PACS tem por objetivo melhorar, através da transmissão de informações e conhecimentos pelos ACSs, a habilidade da população em cuidar de sua saúde, contribuir na construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1994).

De acordo com Castro, Vilar e Fernandes (2004), o PACS foi implantando, primeiramente, em 13 Estados das regiões Norte e Nordeste, sendo posteriormente difundido para as demais regiões do Brasil. Nesta época, para a incorporação destes trabalhadores no SUS, foi dada uma considerável liberdade aos municípios para a seleção dos ACSs, que independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir os seguintes requisitos formais: “ser morador da área onde exercerá suas atividades por no mínimo dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades” (BRASIL, 1997).

Estes trabalhadores tornaram-se uma categoria profissional por meio da lei federal n.º 10.507 de 10 de julho de 2002, podendo ser contratados por meio de concurso público ou de forma terceirizada, sob o regime da CLT, sem a realização de concurso. Esta mesma lei mantém a exigência de o ACS ser morador da área onde atua, e passa a exigir ensino fundamental completo, bem como, concluir um curso de qualificação básica (LIMA; COCKELL, 2009). Diante desta flexibilidade, configuram-se, hoje, múltiplas formas contratação, que geram problemas para os ACSs e para a gestão do trabalho (CASTRO; VILAR; FERNANDES, 2004).

Assim, segundo Santos (2008), amparada pela emenda constitucional n.º 51 (EC 51/06) de 14 de fevereiro de 2006, a lei que criou a profissão do Agente Comunitário de Saúde (lei n.º 10.507/02) é revogada pela lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, reproduzindo quase na totalidade a lei anterior e acrescentando

novos artigos que dizem respeito à contratação dos ACS por meio da criação de empregos públicos. Neste sentido, compreende-se que a ações deste trabalhador abrange a

prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (BRASIL, 2006c, p.1-2)

A EC 51/06 mostra-se como importante para a atividade do ACS uma vez que utilizou a expressão “processo de seleção pública” e não “concurso público”, com a intenção de atribuir um significado diferente, conferindo maior simplicidade e agilidade à seleção publica de servidores (SANTOS, 2008).

Atualmente, este trabalhador se apresenta como fundamental para a consolidação de uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à população priorizada pelo Sistema Único de Saúde (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Pois, a execução do PACS possibilitou o desenvolvimento de uma outra proposta mais abrangente e resolutiva, o Programa Saúde da Família, que surgiu em 1994, e posteriormente, foi denominado como Estratégia Saúde da Família. O dois programas possuem como objetivo reorientar o modelo assistencial, rompendo com o paradigma biomédico centrado na doença, ao desenvolver ações de promoção e proteção à saúde da comunidade, inserindo o atendimento domiciliar na agenda das suas atividades.

Na ESF o trabalho em equipe está proposto como uma das prerrogativas para a mudança do tradicional modelo assistencial à saúde. Ela é composta por no mínimo um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro à seis agentes de saúde, cuidando de 800 à mil famílias adscritas a uma área de abrangência. Sendo que cada ACS fica responsável por acompanhar o número máximo de 750 habitantes, e cada equipe deve contar com no máximo 12 Agentes Comunitários de Saúde. Tal cobertura visa reorganizar a prática de atenção à saúde com atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, através do diagnóstico da comunidade, o despertar para ações setoriais e fomento da participação da comunidade. Estas iniciativas apontaram, de um lado, para a expansão deste mercado de trabalho e, de outro, para a reestruturação do processo de trabalho em saúde, visando o trabalho em equipe e criação de novas estratégias

para o setor. (BRASIL, 2006a).

O registro das funções exercidas pelos Agentes Comunitários é pautado, também, pela Portaria 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006d). Nesta portaria, existe a definição do que são atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006d, p. 19-20).

Além destas atribuições comuns, o Agente Comunitário de Saúde, com base na Portaria 648/06, ainda tem como atribuições específicas:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
 - III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
 - IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
 - V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
 - VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
 - VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.
- Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (BRASIL, 2006d, p.20)

A partir destas colocações, é possível visualizar que o ACS é um trabalhador que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde, sem possuir, necessariamente, qualquer bagagem técnica/específicas a essa área. É esperado que ele traga consigo seu *capital social*, que conforme Lima e Moura (2005), refere-se às redes sociais informais estabelecidas entre os indivíduos que podem estar referenciadas à vida em comunidade ou não. Por esse motivo é comum surgirem conflitos entre a dimensão técnica assistencial e a solidária/social (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Tais conflitos surgem em decorrência do déficit de conhecimento técnico, no entanto, é necessário frisar que os ACSs não estão no SUS para atuarem como substitutos de médicos, enfermeiros, ou demais profissionais da saúde. Suas atribuições e características *peculiares*, ou seja, um trabalhador que se destaca por possuir maior conhecimento empírico da área na qual atua – valores, crenças, linguagem –, conferem a eles uma significativa vantagem na formação de vínculo entre o serviço de saúde e comunidade. Desta forma, Starfield (2002) acredita que atenção à saúde não funcionaria bem sem a participação de profissionais não-médicos atuando em papéis suplementares ou complementares, pois as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de

longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária.

Uma vez que a ESF toma a família como eixo estrutural no que diz respeito aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população assistida, e busca um trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional, o trabalho do ACS serve como pano de fundo para a maioria das ações em saúde realizadas na ULS. Assim, suas atividades junto à comunidade transcendem o campo da saúde, na medida que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Como evidenciado por Bornstein e Stotz (2009), a mediação realizada pelo ACS pode ser de grande valia para a mudança do modelo assistencial, principalmente se bem explorado o potencial transformador dos agentes. Neste sentido, o ACS apresenta uma situação singular, possuidor de características que lhe fazem experienciar o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros membros da equipe de saúde (FORTES; SPINETTI, 2004) e formador de vínculo, reforçam a importância de conhecer como estas relações e interações se estabelecem.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se uma revisão sobre a Teoria da Complexidade e o Marco Conceitual, os quais serão aqui apresentados e discutidos, a fim de embasar teoricamente o exercício da compreensão da rede de relações e interações dos Agentes Comunitários de Saúde.

4.1 A TEORIA DA COMPLEXIDADE

Diante do modelo tradicional que explica a totalidade, a partir do que ocorre em alguma de suas partes, e assim utiliza a fragmentação e o reducionismo para estudar e buscar o conhecimento científico, Morin (2006) propõe a adoção da Complexidade. Por ela se deve expandir o pensamento e investigar aspectos e crenças mais abrangentes, que facilitem o desenvolvimento de métodos para compreender a realidade.

Para Serva (1992), os estudos sobre o pensamento complexo foram iniciados por volta da década de 50, com Heinz von Foester, Humberto Maturana e outros, que aprofundaram temas como a causalidade circular, autorreferência e papel organizador do acaso. Entre 1960 e 1962, ocorreram alguns simpósios sobre sistemas auto-organizadores, e, dentre as publicações decorrentes desses eventos, encontra-se o texto reconhecido como fundador desse tema: *On Self-Organizing Systems and their Environments*, elaborado por Heinz von Foester.

A partir de estudos sobre a compreensão do acaso como ponto de partida para uma nova teoria da evolução das espécies, Jaques Monod, André Lwoff e François Jacob ganharam o Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina, em 1965. Monod publica, em 1970, a obra *O Acaso e a Necessidade*, marcando mais um avanço para a conformação do paradigma da complexidade (SERVA, 1992).

Na década de 70, de acordo com Serva (1992), alguns pesquisadores se destacaram, como Henri Atlan, que reelaborou o princípio da ordem a partir do ruído, desenvolvido, em 1960, por von Foester, formulando a *complexidade a partir do ruído*. Evidenciando processos auto-organizadores para a criação do novo,

ampliando a capacidade de interação do sistema com eventos aleatórios, que o perturbam, modificando sua estrutura. E se destaca ainda Ilya Prigogine, ganhadora do Prêmio Nobel de Química em 1977, pela teoria das estruturas dissipativas, desvelando uma nova visão de ordem na natureza, ordem por flutuação, na busca da compreensão do complexo.

Segundo Erdmann (1996), com base nesses estudos anteriores, Edgar Morin despertou para a discussão sobre a ideia de desordem criadora e suas variantes, publicando, em 1977, o livro intitulado *Método 1 – A natureza da natureza*. Atualmente, ele é considerado um autor de referência sobre esse tema, escritor de obras como *Introdução ao pensamento complexo* e *Ciência com consciência*, e vem desenvolvendo e aprofundando o conhecimento acerca da complexidade.

Para entender melhor a complexidade, busca-se gerar alguma imagem/ideia sobre o seu significado. Assim, remete-se a algo complicado e de difícil solução. Entretanto, etimologicamente, Le Moigne (1990), citado por Tarride (1998), afirma que o termo advém da expressão *complexus*, que significa entrelaçamento/conexão; e seu oposto seria *implexus*, ou seja, uma unidade de ação que não se decompõe.

Para Morin (2007), a complexidade é definida como “o que é tecido junto”, interconexão de elementos heterogêneos inseparavelmente associados, composta por acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, imprevistos, que constituem o mundo dos fenômenos.

Dessa forma, ao dialogar com os elementos que compõe o todo, geram-se conexões e interações conflitantes como: ordem/desordem, certeza/incerteza, ou mesmo um encontro entre diferentes, favorecendo a reunião dos conhecimentos e saberes (MORIN, 2007). O tetragrama de Morin (1995) ilustra o pensamento complexo:

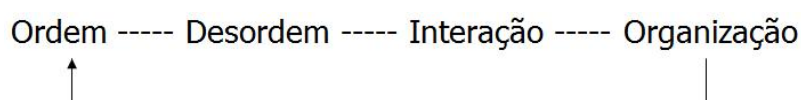


Figura 1: Representação esquemática do pensamento complexo.

Fonte: MORIN, 2007.

A complexidade apresentada por Morin (2006) está composta por sete

princípios básicos, que orientam a forma de pensar complexa, demonstrando-se complementares e interdependentes entre si. A saber:

Princípio sistêmico ou organizacional – faz a ligação das partes com o todo, ao conceber que o todo equivale a mais ou menos que a soma das partes, quando suas qualidades são enfatizadas ou inibidas pela organização do conjunto. Ainda, evidencia que nada está isolado, e que a organização sofre interferências externas (MORIN, 2006).

Princípio hologrâmico – refere-se à presença das partes no todo, bem como à presença do todo nas partes. Como no exemplo de que a totalidade do patrimônio genético está em cada célula do corpo humano. Entretanto, uma única célula não corresponde, por sua especificidade e características, à estrutura global de um ser (MORIN, 2006).

Princípio do circuito retroativo – evidencia os processos auto-reguladores introduzidos por Norbert Wiener. Rompe com o princípio da causalidade linear – causa/efeito – e insere a noção circular de laços de realimentação. Um exemplo próximo é a economia dos países, como resultado de inúmeros processos auto-reguladores que podem ser diferenciados em: negativos, que permitem reduzir o desvio da meta; ou positivos, que agem como um mecanismo amplificador, que dispara determinada reação violenta (MORIN, 2006).

Princípio do circuito recursivo – supera a noção de regulação e auto-organização, quando estabelece que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Isso quer dizer que uma sociedade, à medida que ela se desenvolve e expande, produz humanidade por meio da linguagem e cultura; bem como o indivíduo humano, em suas relações, gera novas gerações, tornando-se produtor da sociedade (MORIN, 2006).

Princípio da autonomia/dependência (“auto-eco-organização”) – revela a relação entre o ser humano, que se autoproduz, incessantemente, com gasto de energia, e a natureza, de onde o primeiro retira os subsídios necessários à sua sobrevivência. A autonomia do ser, ao se autoproduzir, é inseparável da sua dependência do ambiente em que vive. Assim, autonomia/dependência são complementares, embora pareçam antagônicas (MORIN, 2006).

Princípio dialógico – no qual existe a união de dois princípios ou noções onde, na concepção tradicional, um excluiria o outro, mas que aqui são considerados indissociáveis numa mesma realidade. Dessa forma, concebe-se uma

dialógica ordem/desordem/organização, desde o nascimento do universo. Quando, em processos de desordem, de mudanças climáticas, teve início a formação dos átomos, ao acaso, e assim por diante. No estabelecimento da dialógica ordem/desordem e a através das inúmeras inter-retroações entre elas, é que se dá a organização do sistema (MORIN, 2006).

Dessa maneira, o pensamento complexo assume dialogicamente os dois termos que tendem a se excluir.

Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento – que se refere à restauração do sujeito e dá ênfase à percepção da teoria científica. Todo conhecimento é uma reconstrução por um espírito/cérebro, numa certa cultura e num determinado tempo (MORIN, 2006).

Assim, as características apresentadas anteriormente estão vinculadas aos elementos que compõem a natureza, compreendidos na sua individualidade, bem como na coletividade. Ao tratar dos elementos, em sua configuração coletiva, isso nos remete às suas noções de organização, para compor o todo, o pensamento sistêmico e seus movimentos.

A Complexidade baseia-se no pensamento sistêmico desenvolvido por Ludwig von Bertalanffy, na década de 40, quando corrobora com suas principais características, ao considerar a comunicação e influência do meio interno para com o meio externo/natureza, ao validar o movimento entre ordem/desordem/organização e ao atentar para uma visão holística e totalitária (CAPRA, 2002).

Dessa forma, neste estudo se compreende que sistema se refere a um conjunto de elementos inter-relacionados. Ou seja, uma organização composta por, no mínimo, dois elementos, sendo que cada um deles está direta ou indiretamente ligado a todos os outros elementos do sistema, e sofrem influência do meio externo.

Quando o sistema considera o ambiente, é designado como sistema aberto. Assim sendo, seu estado é influenciado por elementos que não fazem parte do sistema. Para Capra (2002), este novo paradigma pode ser chamado de uma visão de mundo holística ou ecológica, que concebe o mundo como um todo integrado, e não como uma coleção de partes dissociadas. A partir de uma apreensão ecológica profunda, o autor reconhece a interdependência de todos os fenômenos, referenciando que os indivíduos estão encaixados nos processos cíclicos da natureza.

Dessa forma, falar do *ser humano* exige discutir algumas características.

Primeiramente, evidencia-se a autonomia e dependência do sujeito, em sua cultura. Em segundo lugar, é necessário rever conceitualmente o significado de indivíduo *versus* espécie, resgatando essas noções que, embora antagônicas, também são complementares para dar conta de uma mesma realidade. Ainda, do ponto de vista biológico, o ser humano é produto de um ciclo de reprodução, bem como um reprodutor. Quando se considera o fenômeno social, ele integra a rede de relações com o mundo. E, para completar, não se pode deixar de considerar a natureza cognitiva do ser humano. (MORIN, 2006).

Assim, o ser humano é compreendido como um ser único e complexo, possuidor de múltiplas possibilidades de ser e fazer, inserido num contexto social/cultural que o envolve, transforma-o e que também é transformado por ele. Ele é um ser de relações e compõe uma rede de conexões com os outros e com o ambiente (MORIN, 2006). O ser humano é um ser de conflitos, capaz de raciocinar e agir impulsivamente, resgatando seus instintos mais primitivos. Possui sentimentos, que se expressam pela fala e por gestos.

Neste estudo, o ser humano em evidência é o Agente Comunitário da Saúde, em suas relações. Um ser humano em todas as suas dimensões existenciais e possuidor de valores e de uma história de vida. Que compõe uma rede de relações fundamental para a assistência à saúde da comunidade, ao se considerar as suas relações e interações com os membros da equipe e com os usuários.

De acordo com Capra (2002), o ambiente é o espaço onde o ser humano mantém sua rede de relações e interações com os outros seres e com a natureza. O ambiente é considerado um sistema aberto, dinâmico, sujeito a mudanças e influências. É um local que foi adaptado para se viver durante um determinado período de tempo, e de onde o homem extrai energia para a sua existência e elementos para sua conduta em sociedade.

Logo, o *ambiente* é reconhecido como um lugar onde ocorrem interações entre os seres, sendo um facilitador das interações. E reúne elementos interdependentes que apresentam ligação entre si, resultando numa conjugação de elementos confluindo em um todo complexo, que não se reduz à soma das partes (LESSMANN et al, 2006).

O ambiente, neste estudo, é o cenário de base para o estabelecimento das relações sociais entre profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, usuários e demais personagens que compartilham alguns momentos de convivência

gerados a partir das relações de trabalho e que, muitas vezes, oportunizam ricas relações pessoais.

Relações e interações formam conceitos considerados como distintos. Segundo Ferreira (2005), o primeiro faz referência a um tipo de relacionamento, ligação, vinculação, contato, comunicação entre pessoas ou grupos. Já o segundo significa ação mútua de um objeto físico sobre outro. Além da interação puramente física, o termo nos remete à ideia de movimento e desencadeamento de reações de diversos níveis, que podem não estar à vista, mas que acontecem e influenciam a dinâmica da vida.

O entrelaçamento das relações e interações entre sujeitos é denominado de “rede”, que, de acordo com Barbosa, Byington e Struchiner (2000, p. 41), significa um conjunto de nós conectados, em que esses nós podem ser pessoas, grupos ou outras unidades, e cujas ligações podem ser simétricas ou assimétricas. Para Capra (2004, p.45), a assimetria das relações pode ser explicada pela analogia de um “emaranhado de redes inseridas em redes maiores”. Com isso, ao se considerar a atividade do Agente Comunitário de Saúde, é esperado que ele não se integre à equipe de saúde sozinho, e sim que traga consigo suas redes, suas experiências de participação em grupos, associações, enfim, a sua vida em comunidade (FONTES, 2008). Inserindo, dessa forma, a sua rede de relações pessoais na rede que passa a integrar, como membro de uma equipe de saúde da família.

A rede de relações e interações nutre e é nutrida pelos seres humanos, pois possibilita o diálogo, a troca de informação, o conflito entre diferentes, o reajuste para retomar a ordem e instituir a organização. É um canal, uma ponte, uma abertura entre sistemas, que ora possuem vínculos mais fortes, ora mais fracos, ora se aproximam e formam aglomerados, ora se distanciam permitindo a ausência de simetria com movimento permanente. Ou seja, arranjo/rearranjo, ordem/desordem, de acordo com as influências do ambiente e dos seres envolvidos.

A *enfermagem* se integra à teia do Agente Comunitário de Saúde, pois orienta-o e o supervisiona em sua equipe saúde da família. É uma ciência humanística e humanitária, voltada para a descrição e explicação do ser, em sua totalidade, com vistas à natureza e ao desenvolvimento humano (ROGERS, 1970 apud GEORGE, 1993). Para Nascimento (2005), a enfermagem, como profissão, tem a função de sustentar o cuidado; e como disciplina tem sido ética, social e tem responsabilidade científica para desenvolver novas teorias e conhecimentos acerca

do cuidado e de práticas de saúde. Por sua vez, a enfermagem está inserida em um sistema mais amplo, o sistema saúde.

A *saúde* é compreendida como um sistema mais amplo, uma rede que, por sua vez, agrega a rede de relações e interações do ser humano, da equipe de saúde, da comunidade, em interface com o ambiente. Considera as diversas dimensões do estado de saúde do ser humano, que estão vinculadas às condições de alimentação, habitação, trabalho, transporte, emprego, educação, renda, meio ambiente, lazer, acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006d). Assim, o conceito de saúde concebe múltiplos determinantes para serem analisados, e não somente a ausência de doença.

5 MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, que, no entender de Minayo (1994), se atenta ao universo dos significados, motivos, aspirações, ações, crenças e valores, denotando um espaço intenso de processos, de relações e de fenômenos vivenciados pelo ser humano. Dessa forma, almeja-se desvelar as perspectivas dos participantes do estudo com o emprego da Teoria Fundamentada nos Dados, como um método conveniente para entender de forma mais profunda as peculiaridades dos processos de um grupo determinado.

5.1 TIPO DE PESQUISA

Para que o objetivo proposto pudesse ser alcançado, utilizou-se a pesquisa de abordagem qualitativa, que foi precedida de uma revisão de literatura do tipo Revisão Integrativa da Literatura.

5.1.1 Revisão Integrativa da Literatura

Realizou-se uma busca sistematizada, com o objetivo de conhecer a rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica. Adotou-se a Revisão Integrativa da Literatura para orientação, visto que contribui no processo de captação dos dados e análise dos resultados, visando à compreensão de um determinado tema a partir de outros estudos independentes. Assim, esse método é empregado para a generalização de um fenômeno, o qual está claramente sustentado sobre os demais estudos (GANONG, 1987). A partir do levantamento dos tipos de pesquisas realizadas sobre as relações e interações na equipe de saúde, foram evidenciadas e discutidas características da rede de relações e interações, bem como suas contribuições para a prática.

Todas as etapas da Revisão Integrativa da Literatura estão alicerçadas em

uma estrutura formal e rígida de trabalho. Ela inclui o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado (Apêndice A). Nesse sentido, foram adotadas as seis etapas indicadas para constituição da Revisão Integrativa da Literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; e, 6) reportar de forma clara a evidência encontrada (GANONG, 1987).

A busca pela literatura ocorreu no mês de agosto de 2008, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)² e SCOPUS³, que contemplaram um universo de 2276 estudos. Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME). Os critérios de inclusão adotados consideraram estudos disponíveis gratuitamente no formato completo, publicados no período de janeiro de 2001 a julho de 2008, nos idiomas português, espanhol e inglês. A captação dos estudos, na base de dados BVS, ocorreu pela associação individual dos descritores Relação Interpessoal, Relação Interprofissional, Apoio Social e Redes Comunitárias com o descritor Atenção Básica. Já, para a base de dados SCOPUS, selecionaram-se os estudos que continham os descritores “Interprofessional Relations”, “Interpersonal Relations”, “Social Support”, “Community Networks”, associados individualmente aos descritores “Primary Health Care” e “Patient Care Team”. Foi inserido este último descritor para a captação das publicações, com a intenção de refinar a pesquisa, já que a base SCOPUS ofertava muitos artigos com outros enfoques.

De posse de todos os estudos selecionados, foram excluídos, de acordo com o protocolo (Apêndice A), toda produção duplicada, cartas, editoriais, produção não relacionada com o escopo do estudo e boletins epidemiológicos. Iniciou-se, assim, a leitura flutuante das publicações e, considerando o critério de pertinência e consistência do conteúdo, foram selecionados 18 estudos completos, para uma análise mais aprofundada. Em concordância com o terceiro item das etapas estabelecidas na Revisão Integrativa da Literatura, para a extração dos dados da

² <http://www.bireme.br>

³ <http://www.scopus.com>

amostra selecionada foi construída uma tabela, contendo colunas, discriminando as seguintes informações: autores, título do estudo, ano de publicação, tipo de estudo, característica das redes de relações e interações, e contribuições para a prática. Os dados foram agregados conforme a identificação de semelhanças e diferenças, compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes, e que será apresentado e descrito no próximo capítulo.

5.1.2 Pesquisa de Campo qualitativa – Teoria Fundamentada nos Dados

A “*Grounded Theory*” ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como foi traduzida para o português, visa compreender a realidade a partir da percepção ou do “significado” que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, buscando desenvolver uma teoria a partir de dados sistematicamente reunidos e analisados (STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 25), “teorias fundamentadas, por serem baseadas nos dados tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a ação”.

O conhecimento, na TFD, é construído a partir da interação social, de informações e da compreensão da atividade e da ação humana nos diferentes espaços. Os procedimentos utilizados pretendem identificar sistematicamente os dados, desenvolvendo-os e relacionando-os, para que haja relevância teórica e metodológica comprovada (BETTINELLI, 2001).

Na Teoria Fundamentada nos Dados ocorre o processo de teorização, no qual o conhecimento é gerado por indução e dedução. As categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas no decorrer da pesquisa, concomitante com a coleta de dados. Se tem como resultado final a produção e apresentação de uma teoria substantiva, fundamentada e apoiada nos dados da investigação. O processo para compor a amostra denomina-se amostragem teórica. Os grupos de informantes ou situações vão sendo selecionados, progressivamente, para integrarem a amostra. A saturação ocorre quando começa a repetição de informações, ou quando as novas informações não alteram a configuração do fenômeno já encontrado; e então se encerra a coleta.

O procedimento de coleta de dados se deu através de uma entrevista em

profundidade, com o objetivo de responder à questão norteadora: “*Como você experiencia e confere significado às suas relações e interações, na equipe de saúde?*” As entrevistas foram gravadas e transcritas na sua íntegra. Associados a esse procedimento, também foram realizadas observações de campo e memorandos.

Os memorandos têm como objetivo manter a pesquisa embasada em conceitos e dar essa consciência ao investigador. Devem ser elaborados durante todo o processo de análise dos dados, a fim de conferir densidade e integração aos conceitos e à teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Iniciada a coleta, procedeu-se à codificação e análise dos dados. A análise substantiva foi feita através da codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Na fase de codificação aberta, os dados foram separados em partes distintas, sendo rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e diferenças. Há muitas formas de realizar esta etapa da análise. Uma delas, a que foi utilizada neste estudo, analisa linha por linha, examinando detalhadamente os dados, frase por frase, e algumas vezes palavra por palavra. Esse processo é denominado “conceituação”, ou seja, “é uma representação abstrata de um fato, de um objeto de uma ação/interação que um pesquisador identifica como importante nos dados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.105). Então, o conceito atribuído ao fato ou objeto pelo pesquisador pode estar relacionado com as imagens ou significados que evocam, quando analisados comparativamente e dentro do contexto. Assim, à medida que a codificação ocorreu, conceituaram-se os fatos ou objetos com os quais foram identificados por meio da análise comparativa. E, quando a incidência possuía algumas características em comum com outro fato ou objeto já conceituado, se atribuía a ela o mesmo conceito.

Segundo Strauss e Cobin (2008), o fato de alguns códigos compartilharem características ou significados comuns permite que sejam agrupados sob conceitos mais abstratos, possibilitando ao pesquisador reduzir o número de unidades com as quais trabalha. Tais unidades são chamadas de “categorias”. Elas representam os *fenômenos*⁴ e devem ser desenvolvidas ao nível de suas propriedades e dimensões, podendo ser diferenciadas em subcategorias. Estas últimas especificam melhor uma

⁴ Fenômenos, segundo Strauss e Corbin (2008), são ideias centrais nos dados, representadas como conceitos que possuem a capacidade de explicar o que está acontecendo.

categoria, ao denotarem informações do tipo “quando, onde, por que e como um fenômeno tende a ocorrer” (STRAUSS; CORBIN, 2008. p. 115).

Na codificação axial, é o momento de reagrupar os dados que foram divididos na codificação aberta e relacionar as categorias às suas subcategorias. As duas etapas citadas anteriormente não são realizadas de forma sequencial. Ao mesmo tempo em que é feita a codificação dos dados, já se elabora as relações entre os conceitos. Essas relações podem ser de caráter *condicional*, respondendo a questões como: por que, onde, de que forma, quando; e vinculam-se às *ações/interações*, ou à *consequência* (STRAUSS; CORBIN, 2008).

E a última etapa é denominada de codificação seletiva, ou seja, é o processo de integrar e refinar as categorias, para que os resultados da pesquisa assumam a forma de teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). É quando se torna possível desvelar a categoria central, isto é, uma categoria que expresse o tema da pesquisa, explicando sobre o que ela trata. Em seguida, chega o momento de rever o esquema teórico, na busca por consistência interna, e validar esse esquema teórico.

Assim, para melhor compreensão desse processo de pesquisa, a figura a seguir ilustra o processo de análise da Teoria Fundamentada nos Dados:

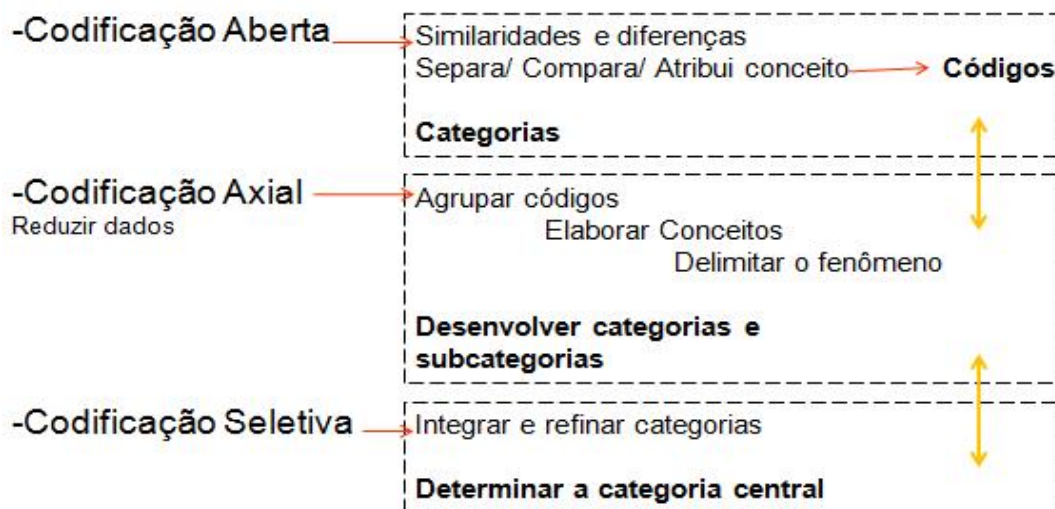


Figura 2: Etapas do processo de análise do método Teoria Fundamentada nos Dados.

Fonte: SOUSA (2008).

A comparação e análise constantes dos dados coletados foram utilizadas para elaborar e aprimorar teoricamente as categorias elucidadas a partir dos dados.

Na análise comparativa, no entanto, foram observados, baseado em Strauss e Corbin (2008), aspectos como: conhecimento do ambiente, codificação dos dados, formulação das categorias, redução do número das categorias, identificação da categoria central, e a modificação e integração das categorias. Assim, na medida em que se foi categorizando, levantaram-se novas hipóteses e novos grupos amostrais.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), a amostragem teórica inicial, ou o primeiro grupo amostral, é o conjunto de informantes (pessoas, documentos, observação do local) do qual será extraído o máximo de categorias possíveis. Assim, as estratégias de coleta de dados caracterizam-se como abertas, pois o pesquisador está buscando conceitos relevantes, para que sejam aprofundados. Entretanto, na Teoria Fundamentada nos Dados, o objetivo não é coletar o máximo de dados possível em determinado grupo, mas coletar dados referentes à construção de categorias, visando à geração de propriedades e hipóteses, determinando assim a profundidade da amostragem. Dessa forma, com o decorrer da análise e o surgimento de conceitos que precisam ser mais bem explorados e compreendidos, o pesquisador pode escolher os locais e pessoas determinadas capazes de ampliar e potencializar a explicação das relações e categorias incompletas.

Para desenvolver esse método, o investigador, como sujeito ativo, possui, no processo sistemático de construção da pesquisa, um papel fundamental. Além de conhecimento acerca da temática e/ou fenômeno a ser estudado, requer-se do pesquisador habilidade imaginativa e criativa intuitiva para perscrutar a essência dos dados (MELLO, 2005).

5.1.2.1 Local da Investigação

O estudo foi realizado em uma Unidade Local de Saúde do Município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina.

A cidade de Florianópolis, com área total de 436,5 km², possui, em seu cenário natural, praias, promontórios, costões, restingas, manguezais e dunas. Está dividida em duas porções de terra, uma referente à Ilha de Santa Catarina e a outra localizada na área continental, conhecida pelos habitantes como “continente”, e que limita-se a oeste com o Município de São José. Unindo as duas porções do município, existem três pontes: Governador Hercílio Luz, Governador Colombo

Salles e Governador Pedro Ivo (FLORIANÓPOLIS, 2009).

A administração dos Centros de Saúde desse município ocorre em dois níveis: Regional e Central. A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Florianópolis é o órgão central do gerenciamento e planejamento das ações em saúde, e as Regionais de Saúde tratam da administração da rede em nível regional. A Secretaria Municipal de Saúde implantou, em junho de 2002, as unidades denominadas: Regional Centro, Regional Continente, Regional Leste, Regional Norte e Regional Sul (FLORIANÓPOLIS, 2009). O organograma da Secretaria Municipal de Saúde define sua organização formal, e está apresentado na Figura 3, a seguir:

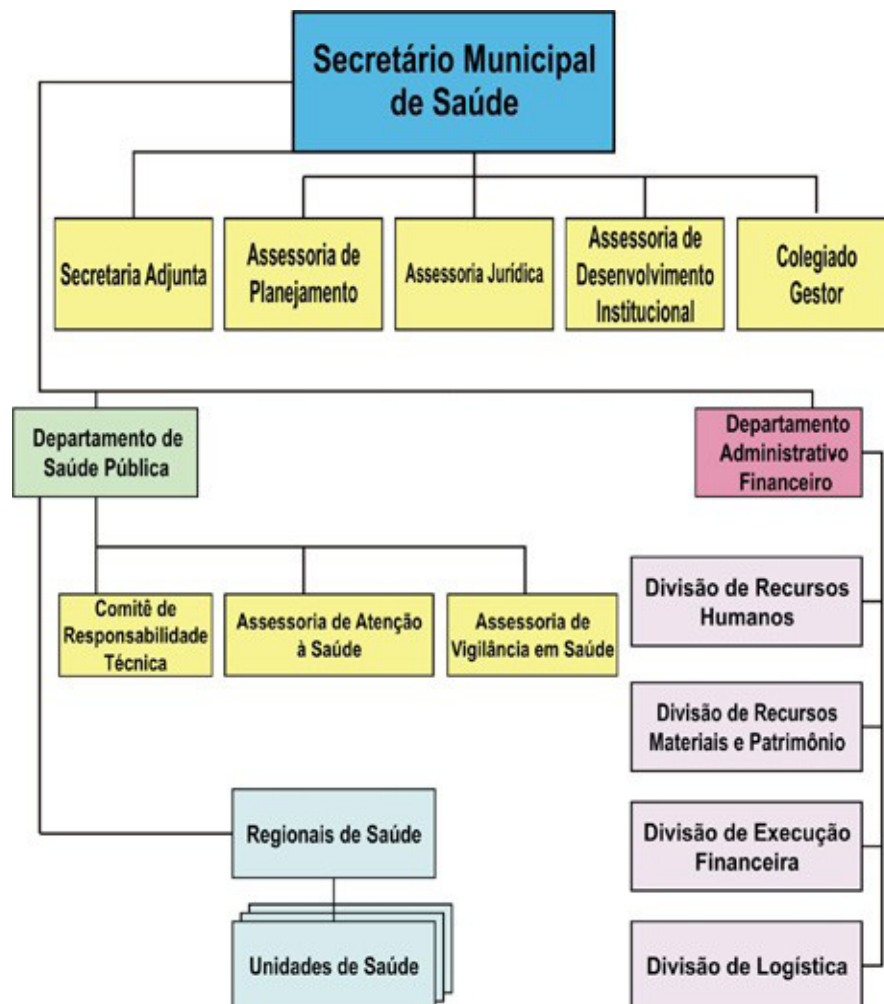


Figura 3: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC)

Fonte: Florianópolis (2009).

A ULS selecionada para a realização da pesquisa pertence à região continental do município e compõe, juntamente com mais 47 unidades, o serviço de

Atenção Básica em Saúde de Florianópolis, formado por quatro policlínicas, três Centros de Atenção Psicossocial e dois pronto-atendimentos. Seu horário de funcionamento era das 8 h às 12 h e das 13 h às 17 h, sendo prestados os seguintes serviços: atendimento médico, odontológico e de enfermagem (FLORIANÓPOLIS, 2009). O corpo de funcionários da ULS estava composto por três médicos, três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois dentistas, dois auxiliares de consultório dentário e 15 Agentes Comunitários de Saúde, distribuídos em três equipes saúde da família.

A Unidade compreendia, em sua área de abrangência, uma população com diferentes níveis socioeconômicos, desvelando ambientes com pessoas de maior poder aquisitivo, boas condições de moradia e alimentação, bem como espaços ligados a um grau baixo de escolaridade e de nível socioeconômico.

5.1.2.2 Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo representam os sujeitos que compõem a rede de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde, sendo eles: 11 ACSs; cinco profissionais da Unidade Local de Saúde – dois enfermeiros, dois médicos e uma (1) dentista; e quatro usuários.

Foram formados novos grupos amostrais de acordo com a análise dos dados, as hipóteses geradas, a construção das categorias e refinamento das mesmas, visando alcançar o objetivo proposto. Assim, os participantes do segundo grupo amostral foram selecionados com base nos dados coletados com o primeiro grupo.

O *primeiro grupo amostral* se constituiu de oito Agentes Comunitárias de Saúde, do sexo feminino, com idades entre 35 e 58 anos, que atuavam na referida ULS e microárea entre 7 e 10 anos. Para compor esse grupo foram observados alguns critérios, visando conferir maior fidedignidade aos resultados. A saber: ser ACS há mais de um ano, pertencer à mesma equipe de saúde há mais de 6 meses, e ter interesse em participar da pesquisa.

Participaram do *segundo grupo amostral* três Agentes Comunitários de Saúde que exerciam havia 9 anos essa atividade na ULS, juntamente com mais cinco profissionais da equipe saúde da família – dois enfermeiros, dois médicos e

uma (1) dentista – totalizando oito participantes. Cabe ressaltar que uma das enfermeiras participantes também exercia a função de coordenadora e atuava havia 9 anos, na ULS. O outro enfermeiro trabalhava ali havia 6 meses. O tempo de atuação de um dos médicos, na ULS em questão, correspondia a 3 meses; o outro médico e a dentista, ambos trabalhavam havia um ano e 6 meses no local.

O *terceiro grupo amostral* foi constituído por quatro usuários pertencentes à área de abrangência da ULS. Como critérios para compor este grupo, buscaram-se usuários moradores havia mais de 2 anos na comunidade; que fossem bons informantes; e que estivessem sendo acompanhados pela mesma ACS havia mais de um ano. Assim, selecionaram-se dois idosos portadores de hipertensão e diabetes, a mãe de uma criança e a filha de uma idosa acamada.

Logo, o estudo envolveu, no total, 20 participantes. Este número de participantes foi definido a partir do momento em que os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa.

No Quadro 1, descrevem-se os participantes por grupo amostral, categoria profissional e codinome atribuído.

Grupo Amostral	Total de participantes	Participantes	Categoria profissional	Codinomes
I	8	Trabalhadores da ULS	8 ACSs	Ana, Ariane, Adélia, Aline, Alice, Andréa, Adriana, Angélica.
II	8	Trabalhadores da ULS	3 ACSs 2 Enfermeiros 2 Médicos 1 Dentista	Bruna, Bianca, Beatriz, Bruno, Bárbara, Bernardo, Berenice, Bernadete.
III	4	Usuários	4 Usuários da ULS	Carlos, Célio, Cláudia, Carla.
Total	20			

Quadro 1: Participantes da investigação, segundo o grupo amostral
Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

5.1.2.3 Implicações Éticas e Legais

Para atender os critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (1996), que incorpora quatro referenciais básicos da bioética:

- Autonomia: respeitar o participante da pesquisa em sua dignidade, autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;
- Não maleficência: refere-se ao dever do pesquisador de garantir que danos previsíveis serão evitados;
- Beneficência: implica em ponderar entre riscos e benefícios, sejam individuais ou coletivos, e agir em favor do participante da pesquisa; e
- Justiça: garantir a todos a autonomia para participar ou não desta pesquisa e de desistirem, se assim quisessem.

Após o Exame de Qualificação, realizado em 3 de dezembro de 2008, e a subsequente revisão do projeto de pesquisa para atender às sugestões da Banca Examinadora, o projeto foi encaminhado, acompanhado da solicitação para coleta de dados, à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Apêndice B).

Juntamente com a autorização para coletar os dados no campo, emitido pela Assessoria de Desenvolvimento Institucional da SMS (Anexo B) e demais documentos, o projeto de pesquisa foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o protocolo de número 379/08. O parecer, classificando-o como Aprovado, foi emitido em 15 de dezembro de 2008 (Anexo A). Somente após obter o parecer favorável do CEP e a autorização da SMS de Florianópolis, é que se deu início à inserção no campo e à coleta dos dados.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre o objetivo e o método utilizados, bem como lhes foram asseguradas a livre participação e a liberdade se recusarem a participar ou retirarem seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Com o propósito de assegurar a utilização das informações obtidas nas entrevistas e durante o período de observação em campo, foi solicitado o consentimento por escrito, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Visando garantir o anonimato dos participantes, usaram-se pseudônimos para identificá-los no decorrer do texto com as iniciais dos nomes pela sequência alfabética, conforme o grupo amostral. No primeiro grupo os nomes começam com a letra A, no segundo se iniciam com a letra B, e no terceiro grupo pela letra C.

5.1.2.4 Inserção no Campo e Coleta dos Dados

Marcou-se um encontro com a enfermeira coordenadora da ULS e as Agentes Comunitárias de Saúde, para o dia 6 de fevereiro de 2009. Neste primeiro encontro, foi possível realizar uma apresentação formal da pesquisadora para as Agentes Comunitárias de Saúde, expor as propostas da pesquisa e esclarecer as dúvidas sobre o objetivo e o método adotados. Ao fim do encontro, algumas ACSs, voluntariamente, se dispuseram a integrar o primeiro grupo amostral. Assim, se agendou um encontro para a semana seguinte com uma das ACSs, para iniciar a coleta de dados.

Foram utilizadas duas técnicas para a captação dos dados: a observação não participante e a entrevista em profundidade. A observação não participante é uma forma de complementar a captação da realidade empírica, sendo possível a apreensão dos fatos mais relevantes da vivência dos seres e o acompanhamento das práticas cotidianas (MINAYO, 1994). Ainda no primeiro encontro, foi explicitada a importância dessa técnica à enfermeira coordenadora que, inicialmente, mostrou-se resistente a essa atividade, devido à necessidade de sigilo das informações dos usuários da área de abrangência. Mas ficou acordado que essa enfermeira indicaria algumas reuniões para participarmos.

Durante o período destinado à coleta de dados, ou seja, de 6 de fevereiro a 30 de abril de 2009, buscaram-se junto à enfermeira coordenadora oportunidades para participar das reuniões; no entanto, ela indicou somente três reuniões. Assim, a observação foi realizada durante a reunião de planejamento da ULS, da qual todos os funcionários participam, bem como na reunião de uma das equipes saúde da família, e na reunião das ACSs com o enfermeiro. Ainda, visando observar as interações cotidianas do Agente Comunitário de Saúde, foram marcadas as entrevistas para as primeiras horas do turno de trabalho. No início do turno as Agentes se apresentavam na ULS e registravam sua entrada de forma mecanizada. Em seguida, verificavam com os supervisores de cada área e com a equipe de enfermagem a necessidade de buscas, visitas domiciliares, repasse de informações, entregas de exame, entre outros. Esses momentos apresentaram-se como ricas possibilidades para visualizar as interações entre as pessoas, a comunicação, a postura e os demais determinantes do contexto, já que o foco deste estudo é compreender o significado das relações e interações do Agente Comunitário de

Saúde. A seguir, alguns exemplos de memorandos utilizados nesta investigação.

Chegada das Agentes Comunitárias de Saúde na ULS, pela manhã.	Data: 09/02/09
<p>A chegada das Agentes Comunitárias de Saúde na ULS pela manhã é marcada pelo movimento e diálogo intenso entre enfermeiros, ACSs, equipe de enfermagem e usuários. É o período em que os enfermeiros supervisores repassam as principais atividades a serem realizadas pelas ACSs, como buscas ativas, visitas domiciliares em equipe, entrega de algum documento, entre outros. Também é um momento em que as ACSs se organizam para realizar determinadas atividades em duplas ou trios, e aproveitam para conversar com os usuários que aguardam na recepção. Os usuários as solicitam antes mesmo de se dirigirem às funcionárias da recepção. Parece-me que os usuários as têm como referência na ULS, as pessoas mais próxima, com maior intimidade para tirar uma dúvida. Esse conjunto de interações aconteceu de forma rápida; no entanto, para alguns foi cercado por sorrisos, descontração e brincadeiras, e para outros ocorreu de forma mais séria e objetiva.</p>	

Quadro 2: Memorando “Chegada das Agentes Comunitárias de Saúde na ULS, pela manhã”
 Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

Momento de descontração na copa da ULS	Data: 26/03/09
<p>Após a realização de uma entrevista, estava acontecendo uma confraternização na copa da ULS, no final do turno de trabalho, e fui convidada pelas ACSs a participar. Foi possível perceber que os funcionários possuem uma boa relação, todos que chegavam se integravam ao clima de descontração e às conversas sobre assuntos diversos. Os que não podiam sair da atividade que realizavam, passavam rapidamente, para parabenizar as aniversariantes e participar de forma breve, daquele momento informal.</p>	

Quadro 3: Memorando “Momento de descontração na copa da ULS”
 Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

Reunião com as ACSs e a enfermeira	Data: 03/04/09
<p>Encontro que contou com a presença de uma enfermeira e todas as Agentes Comunitárias de Saúde. Tinha por objetivo captar informações sobre a comunidade e orientá-las acerca do tema “amamentação”. A enfermeira possuía uma postura muito distante com as ACSs. Ao questioná-las sobre a comunidade, não fez contato visual. Conduziu sua fala sem considerar o conhecimento do grupo ou suas experiências com a comunidade. Transmitiu a informação e não fez nenhuma forma de verificação/avaliação da compreensão. Não utilizou estratégias para interagir com as ACSs e as mesmas também nada questionaram. Apenas anotavam as informações e pediam para que ela explicasse detalhadamente determinado termo ou técnica.</p>	

Quadro 4: Memorando “Reunião com as ACSs e a enfermeira”
 Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

Reunião de microárea	Data: 06/04/09
<p>O enfermeiro conduziu a reunião, expondo a pauta e as principais necessidades identificadas nos últimos dias. Sua fala foi direcionada a todos. Verificou com as Agentes Comunitárias as informações sobre as famílias acompanhadas, e as questionava, de forma pontual, sobre a melhor forma de resolver os problemas encontrados. Estavam presentes também a médica e a dentista, que demonstraram interesse na fala das ACSs. A médica comunicou-se de forma intensa com as ACSs, com muito contato visual, questionamentos, elogios, e transmitindo informações e orientações básicas para serem repassadas à comunidade. A dentista e a técnica de enfermagem não se manifestaram de forma expressiva durante a reunião, apenas acatavam a opinião do grupo. O enfermeiro e a médica demonstraram muito entusiasmo durante a reunião. Como resposta, percebi nas ACSs certo desinteresse em relação ao conteúdo da reunião, vontade de ir embora o quanto antes. Verbalizaram pouco, em suas respostas. Estavam dispostas a receber ordens e tarefas. Suas contribuições aos questionamentos estavam focadas na presença do médico e do enfermeiro na visita domiciliar.</p>	

Quadro 5: Memorando “Reunião de microárea”
 Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

Reunião das três equipes da ULS	data: 08/04/09
<p>Contou com a presença de todos os profissionais e três ACSs, um de cada área. A pauta da reunião contemplava informes, o aumento de gestantes adolescentes e a possível mudança da área de abrangência da ULS. Os enfermeiros foram muito ativos e contribuíram expondo o perfil de sua área, em cada um dos tópicos discutidos. Fizeram sugestões e questionaram os médicos e dentistas, principalmente, sobre as gestantes, e as ACSs acerca da área de abrangência. Dois médicos e uma (1) dentista foram muito participativos, fizeram sugestões e colocaram-se à disposição para realizar atividades coletivas, em espaços como escola, centro comunitário, igreja, e visitas para orientação dos adolescentes e pais. Os demais foram muito estimulados a participar, no entanto, ficaram a maior parte da reunião calados. Já as Agentes Comunitárias contribuíram muito, descrevendo a situação da área em que atuam. Falaram das principais dificuldades e facilidades para ampliar ou diminuir o tamanho da área, e assim, com as sugestões dos enfermeiros, médicos e dentista, chegaram a um consenso sobre qual posicionamento tomar diante da SMS de Florianópolis. Foi possível observar que todos tiveram a oportunidade de expor suas ideias. Foi possível observar a troca de experiências e conhecimentos específicos para formular uma estratégia com os adolescentes, visando a prevenção da gravidez e captação das gestantes para a ULS.</p>	

Quadro 6: Memorando “Reunião das três equipes da ULS”
 Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

As entrevistas foram marcadas com antecedência, no dia e horário sugeridos pelo participante. Geralmente aconteciam no início da manhã, em uma sala da ULS que estava disponível, sendo esta reservada antecipadamente junto à coordenação, para garantir um local adequado. Ou seja, um ambiente tranquilo, sem ruídos, livre de interrupções e em que o entrevistado pudesse sentir-se à vontade, para expressar suas ideias. Já as entrevistas realizadas com os usuários foram

agendadas previamente pelas ACSs e ocorreram através de visitas domiciliares acompanhadas pelas mesmas.

A entrevista em profundidade é aquela que possui diretrizes ou eixos temáticos para serem discutidos com o participante. Oferece ao entrevistado, diferentemente da entrevista estruturada, mais espaço para se expressar e responder os questionamentos do pesquisador, e sempre permite que surjam outras respostas e conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008). As entrevistas foram realizadas individualmente pela investigadora, gravadas em meio digital e tiveram duração média de 30 minutos.

Para a transcrição das entrevistas na íntegra, foi contratada uma bolsista, estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Antes de dar início à análise, se conferia e corrigia eventuais erros na transcrição, realizando a leitura da entrevista transcrita pela bolsista e a escuta do áudio da entrevista realizada pela investigadora. Ainda, as entrevistas foram devolvidas aos participantes para que fossem validadas. Caso o entrevistado desejasse esclarecer alguma de suas respostas ou discutir mais sobre o tema, era proposto um novo encontro. No entanto, os participantes, temendo serem identificados, apenas indicaram trechos que não gostariam que fossem utilizados literalmente e corrigiram erros ortográficos.

As primeiras entrevistas do primeiro grupo amostral se iniciaram em 9 de fevereiro de 2009, sendo utilizada como questão norteadora a seguinte pergunta: *Que significados você, Agente Comunitário de Saúde, atribui à sua rede de relações e interações?* A partir dela foi possível explorar os significados com questionamentos adicionais, para formar as categorias iniciais. Com a análise, foi possível verificar que as relações e interações ocorrem no ambiente de trabalho, durante a execução das atividades em equipe, e nas ações assistenciais na comunidade.

Assim, em 15 de março de 2009, começou a coleta do segundo grupo amostral, composto por ACSs e profissionais da saúde. E as entrevistas tiveram como questões centrais: *Como você assiste os usuários/famílias? Como é a sua participação nas ações coletivas, na equipe de saúde e na comunidade?* Com a análise comparativa dos dados, se observou que as ações estão assistenciais baseadas nas interações entre os seres humanos, sendo que estas podem favorecer ou não o acesso ao serviço de saúde, o vínculo do usuário com a ULS, bem como a aderência à terapia.

Em seguida, foi composto um terceiro grupo amostral, com usuários da ULS,

cujas entrevistas se iniciaram em 14 de abril de 2009 e se encerraram no final do mesmo mês. Elas foram orientadas pelos seguintes questionamentos: *Que significado você atribui às ações do ACS? Como as ações do ACS refletem no seu cuidado? Após a construção e reconstrução das categorias, a partir da comparação constante dos dados, se procurou refiná-las, na busca pela delimitação da categoria central.*

5.1.2.5 Análise dos Dados

Na primeira fase da análise dos dados, foi utilizado o *Scientific Software ATLAS.ti 5.0*[®], uma ferramenta que auxilia na organização e manejo dos dados de forma sistemática, para realizar a codificação dos dados. Esse *software* permite a análise de dados qualitativos, incluindo dados textuais, gráficos e de vídeos. As entrevistas transcritas e validadas foram inseridas no *software* e analisadas linha a linha, sendo separada em fragmentos que foram codificados, como mostram os quadros 7 e 8, a seguir.

Conteúdo entrevista 4	Códigos
Eu vou fazer visita, eu não vou fazer o meu trabalho. Eu vou e eles já estão me esperando. Aí eu chego lá, brinco, converso, tem aquelas pessoas de idade, e também somos psicólogos, porque eles contam aquelas histórias todas e tu ouve. Aí eu pergunto se está tomando o medicamento, né. Mas numa conversa, a gente pega coisa estranha por trás, como eu já peguei que o pai estava violentando uma criança.	Considerando que faz visita e não o seu trabalho. Os usuários esperam a visita do agente comunitário. Brincando com os idosos na visita domiciliar. Conversando com os idosos na visita domiciliar. Considerando-se psicóloga, por ouvir as histórias dos idosos. Perguntando se está tomando o medicamento. Descobrimo coisas estranhas, através de uma conversa. Descobrimo que o pai violentava a criança.

Quadro 7: Codificação aberta

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

Conteúdo entrevista 6	Códigos
Eu faço visita domiciliar, né. Eu, assim, como agente comunitária, convengo muitas senhoras a fazer preventivo. Tinha uma senhora que há 40 anos não fazia preventivo, eu trouxe ela para o posto e ela fez. Porque a gente tem orientação aqui dentro do posto e tudo que a gente aprende aqui a gente passa lá fora.	Fazendo visita domiciliar. Convencendo muitas senhoras a fazer o preventivo, como agente comunitária. Trazendo a senhora para o posto. Afirmando que a senhora fez o preventivo, após convencê-la. Sendo orientada dentro do posto. Repassando para comunidade tudo o que aprende no posto.

Quadro 8: Codificação aberta

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

Para cada entrevista codificada no *Scientific Software ATLAS.ti 5.0*[®] foi gerado um relatório com os códigos, os quais passaram a ser trabalhados no Microsoft Office Word 2007. Dessa forma, a partir da comparação constante, encontraram-se algumas similaridades e diferenças entre os códigos que permitiram agrupá-los em categorias, como demonstrado resumidamente no quadro a seguir:

Reconhecendo a comunidade e a ULS como espaço para relações e interações Abordando a comunidade por meio da visita domiciliar
<p>Considerando que faz visita e não o seu trabalho. Os usuários esperam a visita do agente comunitário. Brincando com os idosos na visita domiciliar. Conversando com os idosos na visita domiciliar. Considerando-se psicóloga, por ouvir as histórias dos idosos. Perguntando se está tomando o medicamento. Descobrimo coisas estranhas, através de uma conversa. Descobrimo que o pai violentava a criança. Fazendo visita domiciliar. Repasando para comunidade tudo o que aprende no posto. Afirmando que a visita domiciliar é a mesma, independente do nível econômico. Realizando visita domiciliar. Visitando famílias, como ACS. Percebendo a necessidade da visita. Indicando as visitas como momentos de interação com a comunidade. Abordando a família pela brincadeira, conversa. Acreditando que a comunidade goste da visita domiciliar, pois ela conversa. Ajudando o usuário depois que ele se abre. Atendendo o usuário, independente do tempo. Conversando com o usuário como um velho amigo. Conversando com a comunidade. Tratando bem a comunidade, ao dar bom-dia. Apresentando-se e explicando sua função, no primeiro contato com a família. Entrevistando as famílias. Indicando que já recebeu visita da equipe, sem ter solicitado.</p>

Quadro 09: Agrupando conceitos em categorias – Codificação Axial

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

Foi utilizado um esquema organizacional, denominado por Strauss e Corbin (2008) como “paradigma”, para classificar e organizar conexões emergentes entre as categorias. O paradigma nada mais é que uma perspectiva assumida em relação aos dados, uma maneira de reuni-los e integrá-los sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados, para que seja possível capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos.

Os componentes básicos do paradigma são: condições e consequências. As “condições” são uma forma conceitual de agrupar respostas às questões: por que, onde, de que forma e quando. Reunidas, elas referem-se à estrutura, ou seja, circunstâncias, acontecimentos ou fatos pertencentes a um fenômeno. Já as “consequências” são resultados das ações/interações (processos), representadas por questões do tipo: O que acontece como resultado dessas ações e interações? (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para organizar parte das relações complexas entre as condições e sua relação subsequente com as ações/interações, os dados foram vislumbrados conforme condições causais, intervenientes, contextuais, estratégia e consequências. As condições causais são aquelas que desencadeiam o fenômeno; as condições intervenientes interferem ou alteram as condições causais nos fenômenos; as condições contextuais configuram-se como local onde as ações/interações acontecem; as estratégias são o conjunto de ações/interações estratégicas utilizadas para lidar com o fenômeno; e, por último, as consequências referem-se aos resultados das ações/interações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dando sequência à análise, as subcategorias e categorias foram organizadas com a finalidade de compreender as relações entre elas e reduzi-las, buscando encontrar a categoria central. As categorias e subcategorias serão apresentadas a seguir:

Subcategorias	Categorias
Abordando a comunidade por meio da visita domiciliar	Reconhecendo a comunidade e a ULS como espaços para relações e interações
Compartilhando informações nas reuniões e grupos	
Percebendo as festinhas como momentos de interação na ULS	
Qualificando a relação entre os membros da equipe	Concebendo a qualidade das relações com a equipe e comunidade
Atribuindo valores à relação com a comunidade	
Estabelecendo relações pessoais com a equipe e comunidade	
Descrevendo a evolução da relação com a equipe	Valorizando seu trabalho como ACS
Orgulhando-se por trabalhar como ACS	
Percebendo o enfermeiro como líder	Percebendo o enfermeiro como mediador da relação e interação
Reconhecendo o enfermeiro como “ponte” de comunicação	
Promovendo o vínculo entre a equipe e comunidade	Sendo o elo entre a comunidade e a equipe
Tendo liberdade para se comunicar	
Possibilitando o acesso à ULS	Favorecendo a assistência, através da sua rede de relações e interações
Vinculando o sucesso das ações em saúde à rede de relações do ACS	

Quadro 10: Categorias e Subcategorias

Fonte: Pesquisa de campo, Florianópolis, 2009.

A categoria central emergiu das relações entre as categorias, como elementos constituintes do fenômeno nomeado **Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário de Saúde na melhoria da assistência, como uma rede complexa.**

6 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados das duas pesquisas, no formato de dois manuscritos científicos. O primeiro manuscrito trata da Revisão Integrativa de Literatura sobre as relações e interações dos profissionais de saúde na Atenção Básica e tem o título: *A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica*. O segundo manuscrito, intitulado: *Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde*, apresenta os achados da pesquisa de campo, acerca do significado da rede de relações e interações dos Agentes Comunitários de Saúde de uma ULS do Município de Florianópolis.

6.1 MANUSCRITO 1: A REDE DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Manuscrito submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo C).

A REDE DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

THE NETWORK OF RELATIONSHIPS AND INTERACTIONS OF THE HEALTH TEAM IN PRIMARY CARE

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo para a identificação de produções sobre redes de relações e interações entre os membros da equipe de saúde na Atenção Básica publicadas no período de janeiro de 2001 a julho de 2008, a partir da Revisão Integrativa da Literatura. A busca ocorreu nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCOPUS, contemplando um universo de 2276 publicações, das quais foram selecionados 18 estudos completos, para análise aprofundada. A literatura evidenciou que a rede de relações e interações da equipe de saúde necessita de ações interdisciplinares e inter-setoriais para agregar ao serviço de saúde o cotidiano da comunidade, visando uma aproximação maior com o usuário, bem como para fortalecer e qualificar a assistência à saúde. Para a liderança das equipes, o Enfermeiro é indicado como promotor de integração entre os membros, fortalecendo sua importância não apenas na dimensão assistencial, como também, na dimensão gerencial.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Atenção Básica, Equipe de Cuidados de Saúde, Relação Interpessoal, Relação Interprofissional.

ABSTRACT

This is a Integrative Literature Review to identify the production of networks of relationships and interactions between members of the health team in Primary Care published from January 2001 to July 2008. The search occurred in the bases Virtual Health Library (*Biblioteca Virtual em Saúde - BVS*) and SCOPUS, and contemplate a universe of 2276 publications, and after initial analysis, 18 studies were contemplated as presenting adherence to the theme. The literature showed that the network of relationships and interactions of the health team requires interdisciplinary action and inter-sectoral to aggregate the health care service of the community's daily, seeking a rapprochement with the largest user, and to strengthen and improve the care. For the leadership of teams, the nurse is referred to as promoter of integration among members, reinforcing their importance not only in the care dimension, but also in management.

KEYWORDS: Nursing, Primary Health Care, Patient Care Team, Interpersonal Relations, Interprofessional Relations.

A REDE DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde, atualmente, vem sendo desenvolvido de forma coletiva, realizado por diversos trabalhadores voltados ao conforto e bem-estar do ser humano e inseridos no setor de serviços. Logo, não tem como resultado um produto material. Seu produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade¹. Assim, a interdependência entre os agentes envolvidos é evidenciada nesse processo, já que as relações e interações entre os membros da equipe de saúde e clientes são uma condição do cuidado humano.

No Brasil, com a implantação do Programa Saúde da Família na Atenção Básica, a equipe de saúde passou a considerar o usuário inserido em seu contexto familiar e comunitário. Com isso, foi necessário pensar a saúde/doença, não exclusivamente do ponto de vista do indivíduo, mas a partir do indivíduo como um ser social². Já as equipes tradicionais foram modificadas, com a incorporação de novas diretrizes, e acrescentou-se um novo trabalhador em saúde: o Agente Comunitário de Saúde. Suas principais características são o fato de morar na comunidade onde atua e de introduzir a atenção em saúde no cotidiano das famílias.

O Agente Comunitário de Saúde não se incorpora à equipe de saúde sozinho, e, sim, traz consigo suas redes, suas experiências de participação em grupos, associações, enfim, a sua vida em comunidade³. As redes podem ser entendidas como a forma de visualizar o indivíduo e seus atributos, para as relações que eles estabelecem entre si. Além de focar o vínculo interpessoal, a rede também considera os recursos materiais e simbólicos que os membros dos grupos dispõem para compor a dinâmica da vida, seja em um grupo primário, como a família, ou um grupo secundário, como as associações formais².

Nessa mesma perspectiva, as redes são classificadas pelos contextos e camadas das quais se originaram, a saber: redes sociais primárias, secundárias e intermediárias⁴.

Assim, em uma rede social primária, cada pessoa é o centro da sua própria rede, que é formada por todas as relações significativas estabelecidas ao longo da vida. Ela é composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e organizações das quais participa: políticas, religiosas, socioculturais, etc⁴.

As redes sociais secundárias são constituídas por profissionais e trabalhadores de instituições públicas ou privada e por organizações sociais, organizações não governamentais, grupos organizados, associações comunitárias e comunidade, que fornecem atenção

especializada, orientação e informação⁴.

As redes sociais intermediárias são compostas por pessoas que receberam capacitação especializada para atuar na prevenção e apoio, em determinadas ações. Elas são denominadas de promotoras, e podem vir do setor saúde, da educação ou da própria comunidade⁴.

As redes, ainda, são entendidas como sistemas flexíveis, informais, em que a autorregulação parece ser o seu modo de funcionamento⁵. É por meio do estabelecimento das relações entre os membros da equipe que o trabalhador desenvolve relações humanas sustentáveis, favorecendo o estabelecimento de inter-relação entre atitudes e conhecimentos que proporcionam “decisões compartilhadas, aproximações não convencionais, convívios entre diferentes”⁶.

Compreende-se, assim, que o trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica envolve vários participantes, os quais estão conectados e constituem teias estruturais que compõem e caracterizam interações, identificadas por um “emaranhado de redes inseridas em redes maiores”^{7:45}. Dessa forma, várias questões emergem e convergem para a necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca da rede de relações e interações na equipe de saúde. Dentre elas: Quais as dimensões e características das relações e interações entre os membros das equipes de saúde, incluindo o Agente de Saúde? Qual a abrangência dessas redes? Como fortalecer as redes para a promoção da saúde? Para atender à amplitude dessas questões, buscou-se realizar um estudo de caráter documental, com o objetivo de caracterizar a rede de relações e interações na equipe de saúde da Atenção Básica. Com isso, buscou-se evidenciar a equipe de saúde como um grupo interativo e dinâmico, demonstrando suas potencialidades, para que possa ser mais bem utilizada e articulada com as ações de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, para a identificação de produções sobre redes de relações e interações entre os membros da equipe de saúde na Atenção Básica. Adotou-se a Revisão Integrativa da Literatura, segundo proposta por Ganong⁸, uma vez que ela contribui no processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de um determinado tema a partir de outros estudos independentes. Com base no levantamento dos tipos de pesquisas realizadas, foram evidenciadas e discutidas características da rede de relações e interações, bem como suas contribuições para a prática.

Todas as etapas da Revisão Integrativa da Literatura estão alicerçadas em uma estrutura formal e rígida de trabalho. Ela inclui o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um

protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Nesse sentido, foram adotadas as seis etapas⁸ indicadas para constituição da Revisão Integrativa da Literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) reportar de forma clara a evidência encontrada.

A busca pela literatura ocorreu no mês de agosto de 2008, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCOPUS, que contemplaram um universo de 2276 estudos. Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME). Os critérios de inclusão adotados consideraram estudos disponíveis gratuitamente no formato completo, publicados no período de janeiro de 2001 a julho de 2008, nos idiomas português, espanhol e inglês. A captação dos estudos, na base de dados BVS, ocorreu pela associação individual dos descritores Relação Interpessoal, Relação Interprofissional, Apoio Social e Redes Comunitárias, com o descritor Atenção Básica. Já, para a base de dados SCOPUS, selecionaram-se os estudos que continham os descritores “Interprofessional Relations”, “Interpersonal Relations”, “Social Support”, “Community Networks”, associados individualmente aos descritores “Primary Health Care” e “Patient Care Team”. Foi inserido este último descritor para a captação das publicações, com a intenção de refinar a pesquisa, já que a base SCOPUS ofertava muitos artigos com outros enfoques.

De posse de todos os estudos, foi excluída, de acordo com o protocolo, toda produção duplicada, cartas, editoriais, produção não relacionada com o escopo do estudo e boletins epidemiológicos. Iniciou-se, assim, a leitura flutuante das publicações, e, considerando o critério de pertinência e consistência do conteúdo, foram selecionados 18 estudos completos, para análise mais aprofundada. Em concordância com o terceiro item das etapas estabelecidas na Revisão Integrativa da Literatura, para a extração dos dados da amostra selecionada foi construída uma tabela, contendo colunas discriminando as seguintes informações: autores, título do estudo, ano de publicação, tipo de estudo, característica das redes de relações e interações, e contribuições para a prática. Os dados foram agregados conforme a identificação de semelhanças e diferenças, compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes. Todos os estudos selecionados encontram-se referenciados neste texto.

Contexto e características da rede de relações e interações nas equipes de saúde, na

Atenção Básica

Considerar as características das redes de relações no trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso⁹. Nas relações e interações pessoais, encontram-se momentos de conflitos que podem ser considerados “negativos”, “ruins”, ou algo a ser evitado. No entanto, são aspectos inerentes à dinâmica do trabalho em equipe, podendo transformar-se em possibilidades de crescimento, se forem bem trabalhados.

Os conflitos entre os membros da equipe surgem devido à variedade de opiniões e posturas; alguns profissionais tentam controlar toda a organização do serviço e outros se acomodam, não realizando adequadamente suas funções¹⁰. Ainda, a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho gera descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, evidenciando-se a desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e um baixo grau de interação entre médicos, enfermeiros e Agentes¹¹.

Assim, muitas barreiras do processo interativo estão relacionadas, principalmente, com os desafios dos relacionamentos humanos e peculiaridades das personalidades de cada membro da equipe^{11,12}. Ressalta-se, também, a falta de solidariedade de alguns profissionais que não dão suporte aos outros¹³.

Tal desarticulação e obstáculos, na rede de relações e interações, podem estar relacionados com a indefinição quanto à função de algum dos membros da equipe. Um dos estudos aponta o Agente Comunitário de Saúde como um membro da equipe que gera desconforto nos demais profissionais, por ser um novo personagem que se integrou à equipe de saúde de família, sem ter necessariamente formação prévia na área¹¹. Em contrapartida, certos estudos indicam outras fontes de fragilidades do trabalho em equipe; no entanto, vislumbram a importância do trabalho integrado e quão gratificante é presenciar o resultado das ações, quando há compartilhamento de experiências e a resolução dos problemas pelo conhecimento da situação de cada usuário¹⁰.

Evidencia-se, assim, a distinção entre as duas noções que recobrem a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos¹⁴. Pois uma equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde, e, sim, precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação/reestruturação⁹. Dessa forma, as associações entre os seres são consideradas como um sistema extremamente complexo que se “auto-eco-organiza” em um conjunto onde não há uma verdade absolutamente certa, mas contínuo diálogo com a incerteza¹⁵.

O ambiente de trabalho, palco que proporciona o desenvolvimento de relações humanas sustentáveis, favorece o estabelecimento de inter-relação entre atitudes e

conhecimentos que promovem “decisões compartilhadas, aproximações não convencionais, convívios entre diferentes”⁶. A dinâmica gerada pelo encontro/movimento dos elementos do sistema equipe de saúde, tem a ordem e a desordem como ponto de partida para o estabelecimento de uma nova forma/estruturação/organização, possibilita a construção de equipes integradas, mesmo quando se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais ¹⁴.

As relações de poder e a necessidade de lideranças na equipe de saúde

Historicamente, a equipe de saúde era regida pela polaridade entre as pessoas – as que podiam mais e as que podiam menos – sendo que suas ações estavam diretamente vinculadas ao domínio do conhecimento. Assim, o profissional médico veio detendo o poder na equipe, o que pode, agora, dificultar sua inserção em uma posição diferente que não na parte mais elevada da pirâmide hierárquica⁹. Com o rompimento com modelo clássico e a estruturação em equipes de saúde de família, foi proposto o diálogo horizontal entre todos os profissionais e trabalhadores, visando a atuação interdisciplinar e harmoniosa.

Essa transição foi percebida, quando a figura do médico, apontado como personagem único e central na coordenação dos cuidados e dos serviços¹⁶, foi substituída pela do enfermeiro, que foi indicado como um coordenador, com a função de promover a integração entre os membros da equipe, incentivando os profissionais para o oferecimento de assistência integrada e com qualidade, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado^{10,17}. Ainda, foi indicada como possibilidade de liderança alguém de fora da equipe, capaz de auxiliar a equipe a conversar e a encontrar as respostas para os seus problemas⁹.

Numa equipe em constituição inicial, devido aos medos e insegurança, existe a tendência para expor as diferenças – o quanto que um sabe mais que o outro – e conseqüentemente, o quanto este “pode” mais que o outro⁹. É por meio do estabelecimento das relações entre os membros da equipe que o trabalhador fortalece a noção do movimento das informações e ações que aprende, ensina, troca, elabora, dá significado, ressignifica, e transforma os conhecimentos da sua prática de saúde e de cuidado¹⁸. Compreende-se, assim, a importância da interação como um meio de troca, dependência e/ou domínio pelo discurso entre os seres humanos. À medida que os integrantes da equipe se conhecem, se aceitam, vão compreendendo suas diferenças e semelhanças de um modo mais amplo, considerando que as relações de poder são complementares e interdependentes, ela deixa de ter ditadores e submissos, pois um não existe sem o outro⁹.

As relações e interações no contexto comunitário

Os profissionais da equipe de saúde percebem que a relação com a comunidade é dinâmica, passando por uma fase inicial de desconfiança que evolui para a participação efetiva¹¹. Alguns estudos destacaram que esse processo é favorecido com a presença do Agente Comunitário de Saúde, pois estabelece vínculo com a população, facilita a aderência ao programa e a abordagem da equipe. O contato próximo com a família oportuniza um laço de confiança com esse trabalhador, permitindo que os usuários façam confidências. Assim, o sucesso da comunicação com as famílias oportuniza o desenvolvimento de ações preventivas e a organização da demanda.

No entanto, a comunicação também pode ser uma barreira, quando problemas na comunicação e diferenças culturais entre a equipe de saúde e usuários dificultam não só a assistência, como também o acesso ao serviço¹⁹.

Ainda, verificou-se, em um dos estudos, que os médicos preferem se comunicar por ofícios, a comunicarem-se verbalmente com os outros profissionais. Embora essa forma de comunicação pareça impessoal e limitada, no contexto do estudo era bem empregada²⁰.

Assim, quando a comunicação se dá de forma efetiva, cada profissional desempenha seu papel, trocando informações com os outros membros, para conhecer os usuários integralmente e melhor assisti-los^{10,21}. A comunicação verbal e não verbal constituem elementos básicos para as atividades em saúde; e ao profissional cabe ficar atento para esses aspectos e propor o estabelecimento de uma comunicação terapêutica adequada ao indivíduo²², levando ao estabelecimento de interações efetivas que ampliem as ações em saúde e fortaleçam os vínculos entre os envolvidos.

A rede de relações e interações como promotora da saúde: necessidades e direções

A compreensão de rede como um sistema complexo, com seus nós e entrelaçamentos, pressupõe pontos de encontro nos quais é difícil atuar de forma individual e independente dos demais elementos. Assim, estabelecer um diálogo conjunto entre os diferentes segmentos surge como uma necessidade, quando se abordam a qualidade de vida das pessoas e a saúde.

Novas relações entre os membros da equipe saúde da família são colocadas como necessárias, para (re)construção do objeto de conhecimento/intervenção e de autonomia para utilizar estratégias/tecnologias de intervenção¹¹. A adequação da rede de relações às mudanças conceituais do PSF, ao considerar o usuário da saúde em sua totalidade, implica em um trabalho interdisciplinar que compreenda a construção de novas práticas e saberes, a partir de diversos olhares, inclusive o do usuário. Esta nova dinâmica entre as partes que compõem

o todo, bem como seus rearranjos constantes, revelam que a “teia” de relações que coexistem entre os membros da equipe de saúde ultrapassa os limites das unidades de saúde e avança para a comunidade.

Ainda, as redes secundárias são apontadas como fundamentais para o sucesso do cuidado, em especial à saúde da criança²³. Hoje, não há como atender à complexidade dos problemas que afetam a sociedade, sem a associação entre os profissionais da Atenção Básica com outras instituições – governamentais ou não –, atuando de forma mais próxima e com diálogo aberto. “A busca por ações conjuntas envolvendo vários setores da sociedade é reconhecida como a possibilidade de maior abrangência para a prevenção e promoção da saúde, porém estas ações ainda se apresentam em dessintonia”^{24:216}, sendo necessário investir maiores esforços para que essa prática seja mais frequente, já que nosso contexto atual é a quebra de fronteiras territoriais, econômicas, culturais, e de informação.

O rompimento das barreiras de comunicação, informação e diálogo é colocado não somente como necessidade, mas como direcionamento para o exercício de uma prática colaborativa e solidária. As ações educativas são indicadas como facilitadoras para o estabelecimento e fortalecimento das redes de relações interpessoais na equipe de saúde. A inserção de enfermeiros, médicos e usuários em uma prática clínica diária, sem orientação alguma, não favorece a consolidação de práticas colaborativas²¹. Dessa maneira, devem ser ampliados os financiamentos para a educação interprofissional, como uma forma de potencializar as ações em saúde, que precisam centrar-se em aspectos da comunicação entre os grupos^{17,22}.

Essa prática pode facilitar o desenvolvimento da prestação de cuidados em parceria, caracterizada por uma ação complementar e interdependente²⁵. No entanto, ações educativas nos moldes de uma capacitação, ou seja, um treinamento introdutório para o trabalho, com orientações que proporcionem a integração entre os membros da equipe e a organização do trabalho, muitas vezes não acrescentam novidades e não são suficientes para preparar para a atuação, por não oferecerem visualização mais prática¹¹.

Assim, outras iniciativas vinculadas às instituições, como: metas claras, resultados mensuráveis, sistemas clínicos e administrativos, divisão de trabalho, treinamento, aliados à comunicação efetiva, são características que contribuem para a clareza e confiança dos profissionais, concorrendo para sua evolução nos relacionamentos colaborativos, na equipe^{12,25}. Ainda, as reuniões periódicas com discussão em grupo são apontadas como uma forma útil para incentivar a reflexão sobre a prática da equipe, favorecendo o compartilhamento de informações e experiências^{17,19}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relacionamento humano é colocado como um desafio ao trabalho em equipe, compreendendo como principais barreiras as condutas individuais de cada membro e a inserção de trabalhadores com uma nova função, aqui representada pelo Agente Comunitário de Saúde.

Os textos indicaram o diálogo, a comunicação efetiva, cursos e capacitações, como recursos para solucionar os obstáculos do processo interativo do trabalho em equipe. É valorizada a atuação integrada, interdisciplinar, como uma prática a ser cultivada nos serviços.

Para a liderança das equipes, o Enfermeiro é indicado como promotor de integração entre os membros, fortalecendo sua importância não apenas na dimensão assistencial, como também na dimensão gerencial.

A literatura pesquisada evidenciou que a rede de relações e interações da equipe de saúde, após a inserção do Agente Comunitário, está avançando os limites da unidade de saúde, para agregar ao serviço o cotidiano da comunidade e parcerias com outros segmentos e setores da sociedade, visando uma aproximação maior com o usuário e seu contexto, bem como fortalecer e qualificar a assistência à saúde.

A literatura indica, como estratégias para fortalecer as redes de promoção à saúde na Atenção Básica, o exercício da interdisciplinaridade e intersetorialidade como uma forma de articular saberes e setores diferenciados, visando uma prática colaborativa e solidária.

REFERÊNCIAS

1. Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enfermagem*. 2000; 53:251-63.
2. Martins PH. Ação pública, redes e arranjos familiares. In: Fontes B, Martins PH, editores. *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2008.
3. Fontes B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária. In: Fontes B, Martins PH, editores. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. 2ª Ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2008.
4. Meirelles BHS. *Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem* [Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem, 2004.
5. Godbout J. Digressão sobre as redes e os aparelhos. In: Fontes B, Martins PH, editores. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. 2ª Ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2008.
6. Sousa FGM; Terra MG, Erdmann AL. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. *Online braz. j. nurs.*; [periódico na Internet]. 2005 [Acesso em: 02 set 2007]; 4(3). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/44/17>.
7. Capra F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. 9. ed. São

- Paulo: Cultrix, 2004.
8. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
 9. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. latinoam. Enferm*. 2005; 13(2):262-8.
 10. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40(4):727-33.
 11. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2001;35(3):303-11.
 12. Grumbach K, Bodenheimer T. Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? *JAMA*. 2004; 291(10):1246-51.
 13. Naish J, Naish J, Carter YH, Gray RW, Stevens T, Tissier JM, Gantley MM. Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. *Family Practice*. 2002;19(5):504-10.
 14. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
 15. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
 16. Simon C, Kumar S, Kendrick T. Who cares for the carers? The district nurse perspective. *Family Practice*. 2002; 19(1):29-35.
 17. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(1):140-53.
 18. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Gestão nas práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto contexto-enferm*. 2006; 15(3):483-91.
 19. Hawthorne K, Rahman J, Pill R. Working with Bangladeshi patients in Britain: perspectives from Primary Health Care. *Family Practice*. 2003; 20(2):185-91.
 20. Ben-Arye E, Scharf M, Frenkel M. How Should Complementary Practitioners and Physicians Communicate? A Cross-Sectional Study from Israel. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(6):565-71.
 21. Verdoux H, Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals?: A postal survey in South-Western France. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005; 40(11):892-8.
 22. Prochet TC, Silva MJP da. Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. *Texto contexto - enferm*. [periódico na Internet]. 2008 Jun Acesso em: 03 set 2007]; 17(2): 321-6; [Aproximadamente 5p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200014&lng=en. doi: 10.1590/S0104-07072008000200014.
 23. Hornor G. Child Advocacy Centers: Providing Support to Primary Care Providers. *Journal of Pediatric Health Care*. 2008; 22(1):35-9.
 24. Meirelles, B. H. S. Viver saudável em tempos de aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV. [Tese de Doutorado] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2003.
 25. Bailey P, Jones L, Way D. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(4):381-391.

6.2 MANUSCRITO 2: VISLUMBRANDO A REDE COMPLEXA DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

Manuscrito submetido ao periódico *Rede de Enfermagem do Nordeste*, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo D).

**VISLUMBRANDO A REDE COMPLEXA DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES
DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

**ILLUMINATING THE COMPLEX NETWORK OF RELATIONSHIPS AND
INTERACTIONS OF THE BRAZILIAN COMMUNITY HEALTH CARE AGENT**

**VISLUMBRANDO LA COMPLEJA RED DE RELACIONES E INTERACCIONES
DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD**

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni⁵
Betina Hörner Schlindwein Meirelles⁶

RESUMO: Esta pesquisa objetivou compreender o significado da rede de relações e interações das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de uma unidade local de saúde do município de Florianópolis/SC. Utilizou como referencial metodológico a *Grounded theory*. Os dados foram coletados entre fevereiro e abril de 2009, através de entrevista com ACS, enfermeiros, médicos e dentista, distribuídos em 3 grupos amostrais, totalizando 20 participantes. Do processo de análise dos dados emergiu o fenômeno **Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da atenção à saúde dos usuários, como uma rede complexa**, constituído a partir da inter-relação de seis categorias. A rede de relações e interações do ACS é uma unidade facilitadora do processo de cuidado à comunidade e compõe o sistema “saúde”. O Enfermeiro é indicado como um profissional que interfere diretamente na relação ACS e equipe, pois media a comunicação e articula pessoas e saberes.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Relação Interpessoal, Relação Interprofissional, Atenção Básica, Auxiliares de Saúde Comunitária.

ABSTRACT: This research aimed to better comprehend the significance of the network of relationships and interactions of Community Health Care Agents (CHCA) and a Local Health Care in Florianópolis/SC. Used as a methodological reference *Grounded theory*. Data were collected between February and April 2009, through interviews with CHCA, nurses, doctors and dentists, divided into 3 sample groups, totaling 20 participants. The process of data analysis emerged the phenomenon **Illuminating the relationships and interactions of the Community Health Care Agent in improving care for users, as a complex network**, composed from the inter-relationship of six categories. The network of relationships and interactions of the CHCA is a unit that serving as the care process facilitator between health care and the community and composes the “health” system. The Nurse is the professional who directly interferes in the CHCA relationship with the team, because he mediates communication, integrates people and articulates knowledge.

KEY WORDS: Nursing, Interpersonal Relations, Interprofessional Relations, Primary Health Care, Community Health Aides.

RESUMEN: Esta investigación tuvo como objetivo comprender el significado de la red de relaciones e interacciones de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en una Unidad de Local de Salud de Florianópolis/SC. Utilizado como referencia metodológica la *Grounded Theory*. Los datos fueron recogidos entre febrero y abril de 2009, a través de entrevistas con 20 participantes (ACSs, enfermeros, médicos y dentistas) divididos en 3 grupos muestrales. El fenómeno **Vislumbrando las relaciones e interacciones del ACS en la mejora de la atención a la salud de los usuarios como una red compleja**, fue resultado de la inter-relación de las 6 categorías. La red de relaciones e interacciones del ACS es una unidad facilitadora del proceso de cuidado a la comunidad y conforma el sistema “salud”. El enfermero es indicado como un profesional que interfiere directamente en la relación ACS y el equipo, media la comunicación y articula las personas y el saber.

PALAVRAS CLAVE: Enfermería, Relaciones Interpersonales, Relaciones Interprofesionales, Atención Primaria de Salud, Auxiliares de Salud Comunitaria.

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista do CNPq. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerencia do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis, Brasil. Endereço: Rua Álvaro Müller, 444, Lote 9, Real Parque, São José/SC. CEP: 88113-510. Fone: (48) 32583495. Email: gabimrc@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Adjunta da UFSC. Membro do GEPADES e do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON). Florianópolis, Brasil. E-mail: betinahsm@ig.com.br

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) com o seu compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, incorporou há dezoito anos o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elemento de renovação na equipe de saúde e de articulação do sistema de saúde com as necessidades da comunidade.

Em sua origem, esta atividade visava à ampliação de empregos e a redução da morbimortalidade materna e infantil. Por ter atingido bons resultados, essa experiência foi institucionalizada como política oficial do governo Federal, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991¹. O PACS deu origem e, posteriormente, se incorporou à Estratégia Saúde da Família (ESF), ambos, possuem como objetivo reorientar o modelo assistencial, rompendo com o paradigma biomédico centrado na doença, ao desenvolver ações de promoção e proteção à saúde da comunidade, inserindo o atendimento domiciliar na agenda das suas atividades.

Hoje, a atuação deste trabalhador é regida pela portaria 648/06 e pela lei 11.305/06, nas quais as suas atribuições foram ampliadas para a realização de diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade, e ações de promoção da saúde com a realização de visitas domiciliares de atividades coletivas junto à comunidade visando fortalecer os elos entre o setor saúde e as famílias².

O ACS possui características inovadoras e atípicas³ para um trabalhador em saúde, uma vez que deve obrigatoriamente residir na área onde atua e exercer a função de elo de ligação entre a equipe e os usuários, vivenciando o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os demais membros da equipe de saúde⁴.

Na equipe de saúde, o Agente Comunitário não se incorpora sozinho, e sim, traz consigo suas redes de relações, suas experiências de participação em grupos, associações, enfim a sua vida em comunidade⁵. Assim, a presença do ACS e a reorientação das ações da equipe de saúde com foco na família impôs uma nova dinâmica de trabalho aos profissionais em saúde, pautada no diálogo, no intercâmbio e no estreitamento das relações e das trocas com vistas à construção de novas práticas e saberes em saúde.

Diante desse novo contexto, a saúde surge como um “processo dinâmico e complexo, cuja compreensão aponta para reflexões interdisciplinares e ações intersetoriais”^{6:63}, sendo produto e produtora de uma grande rede de relações, a qual incorpora redes menores, como a do Agente Comunitário de Saúde.

As redes são entendidas neste estudo como “um sistema complexo, com seus nós e entrelaçamentos, considerada como um fato social, traz a reflexão sobre as práticas cotidianas

e a realidade social. Como construção coletiva da organização dos atores sociais, as redes se definem à medida que são realizadas, possibilitando as interações horizontais, a organização de instrumentos de pressão, integrando os atores num circuito, ampliando a sociabilidade, confiabilidade, interconectando os diferenciados atores e setores sociais”^{7:11}.

Por promover o vínculo, o elo, por mediar e aproximar a comunidade e serviço local de saúde⁸, questiona-se como os Agentes Comunitários de Saúde experienciam e conferem significado às suas relações e interações enquanto membros da equipe de saúde? Qual é a abrangência e as características das redes de relações e interações do ACS? Qual contribuição o ACS traz ao serviço de saúde enquanto membro da equipe de saúde?

Com isso, busca-se compreender os significados atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Florianópolis (SC) sobre as suas redes de relações e interações, com vistas ao incremento e valorização desta atividade dada a sua natureza, o grande número de trabalhadores em atuação e o incentivo do Ministério da Saúde na reorganização da atenção básica, justo com a expansão e a implantação de novas equipes saúde da família nos municípios.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa, cujo referencial metodológico adotado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory. Trata-se de uma metodologia originalmente desenvolvida por sociólogos americanos, que intentaram construir uma teoria assentada nos dados a partir da exploração do fenômeno na realidade em que o mesmo se insere, sendo que a construção teórica explica a ação no contexto social⁹.

Pela TFD é possível acrescentar novas perspectivas e novos significados ao fenômeno, nesse caso a rede de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde, a fim de gerar um conhecimento complexo, consolidado e fundamentado essencialmente nos dados¹⁰.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, em uma Unidade Local de Saúde localizada na cidade de Florianópolis, SC. As entrevistas foram realizadas em três grupos amostrais, gravadas em meio digital e posteriormente transcritas. O primeiro grupo amostral foi composto por 8 ACS, integrantes da equipe multiprofissional da saúde. Os participantes, selecionados em um encontro para exposição da proposta e objetivos do estudo, foram consultados acerca da disponibilidade e possibilidade de participarem da pesquisa. O segundo grupo amostral foi composto por mais 4 ACS e por 4 profissionais da equipe saúde da família (2 médicos, 2 enfermeiros, 1 dentista). E o terceiro grupo amostral foi constituído por 4 usuários da ULS

A entrevista realizada com o primeiro grupo amostral utilizou como questão norteadora a seguinte pergunta: Como você experiencia e confere significado às suas relações e interações na equipe de saúde? A partir dela foi possível explorar os significados com questionamentos adicionais para formar as categorias iniciais. A questão norteadora para o segundo grupo foi: Como você assiste aos usuários/famílias? Como é a sua participação nas ações coletivas na equipe de saúde e na comunidade? Após a construção e reconstrução das categorias a partir da comparação constante dos dados, procuramos refiná-las na busca pela delimitação da categoria central com o seguinte questionamento ao terceiro grupo amostral: Que significado você atribui às ações do ACS? Como as ações do ACS refletem no seu cuidado? Assim, alcançamos a saturação teórica com 20 entrevistas realizadas no período de fevereiro à abril de 2009.

Assim que iniciada a coleta de dados, procedeu-se a codificação ou análise dos dados. A análise substantiva dos dados foi feita através da codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Foi utilizado um esquema organizacional, denominado por Strauss e Corbin⁹ como “paradigma”, para classificar e organizar conexões emergentes entre as categorias. Para organizar parte das relações complexas entre as condições e sua relação subsequente com as ações/interações, os dados foram vislumbrados conforme condições causais, intervenientes, contextual, estratégia e conseqüências.

O projeto seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número 379/08. A obtenção da anuência dos participantes se deu através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando garantir o anonimato dos mesmos utilizou-se pseudônimos empregando as iniciais dos nomes pela seqüência alfabética conforme grupo amostral (primeiro grupo amostral os nomes começam com a letra A, no segundo grupo os nomes iniciam com a letra B e no terceiro grupo letra C).

A codificação e análise dos dados conduziram à identificação do tema central: *Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa*. A compreensão deste fenômeno foi construída por conceitos organizados em categorias que se apresentaram intimamente relacionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fenômeno *Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário de Saúde na melhoria da assistência, como uma rede complexa* é composto pelas categorias: Reconhecendo a Comunidade e a ULS como Espaços para Relações e Interações,

Concebendo a Qualidade das Relações com a Equipe e Comunidade, Valorizando seu Trabalho como ACS, Percebendo o Enfermeiro como Mediador das Relações e Interações, Sendo o Elo entre a Comunidade e a Equipe, e Favorecendo a Assistência através da sua Rede de Relações e Interações, que serão descritas a seguir. Cada categoria possui ainda suas respectivas subcategorias, que estão identificadas através do destaque em itálico.

Valorizando seu Trabalho como Agente Comunitário de Saúde e Concebendo a Qualidade das Relações com a Equipe e Comunidade

A categoria *Valorizando seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde* desencadeia o fenômeno, pois revela que o ACS ao gostar de trabalhar com a população e ao estabelecer relações tanto com a equipe, quanto com a comunidade consegue promover melhorias na assistência. Ao estar *Descrevendo a evolução da relação com a equipe* coloca em evidencia o profissional enfermeiro, que embora se esforçasse para tornar a equipe unida, os demais profissionais excluía as ACSs, que por sua vez se sentiam desvalorizadas. Com o passar do tempo e a realização de cursos e capacitações para os funcionários, eles passaram a conhecer melhor as atribuições do Agente Comunitário de Saúde e mudaram de postura, integrando-as em suas atividades e considerando-as como fundamentais para o trabalho na ESF, como aponta a fala:

No início, os médicos e o nível técnico da enfermagem diziam que não precisavam deles[ACS] e tal. É, foi complicado colocar isso para o pessoal, que o trabalho dos agentes está diretamente vinculado ao nosso. Não dá para trabalhar em PSF sem agente comunitário.(Bárbara)

Esta repercussão do trabalho das ACSs, atrelada à satisfação em atuar diretamente com o povo, fizeram emergir a subcategoria *Orgulhando-se por trabalhar como ACS*, pois as Agentes Comunitárias consideram gratificante poder ajudar os usuários e sentem-se valorizadas ao perceber que suas orientações são necessárias e bem aceitas pelas famílias, como pode ser observado nas seguintes colocações:

“Acho que ela é uma pessoa vocacionada para isso, ela faz a visita e ela já sabe o estado da pessoa, e não precisa nem a gente pedir ela faz tudo.”(Cláudia)

“E a gente é muito valorizado, [...] não é o valor em dinheiro, mas é ouvir “o serviço delas é bom, elas merecem”, e é de alto nível, isso para a gente é bem gratificante. Não em espécie, mas em elogio, que é mais gratificante, motiva a gente a trabalhar mais e ajudar.”(Andréa)

O sentimento de orgulho do ACS ao desenvolver sua atividade, além de favorecer as relações com a comunidade, é indicado como um fator que aumenta a motivação para a rotina

do trabalho e a integração da equipe de saúde¹¹, tornando-se um elemento essencial no convívio em grupo e para o alcance de melhores práticas em saúde.

Concebendo a qualidade das relações com a equipe e comunidade é a outra condição causal para o fenômeno, na qual foi Qualificando a relação entre os membros da equipe e Atribuindo valores à relação com a comunidade que os participantes constataram estar Estabelecendo relações pessoais com a equipe e comunidade.

O trabalho em equipe é considerado a melhor forma de trabalhar pelos participantes deste estudo, tendo em vista a qualidade das relações estabelecidas entre os mesmos. Assim, revelaram que o gostar de trabalhar em equipe está vinculado à relação de confiança construída entre os funcionários, uma vez que o trabalho do outro é valorizado e validado, como ilustra a fala:

“No geral, a nossa relação tem muita confiança, porque no nosso trabalho não tem como enganar o restante da equipe, a gente pega comprovante, você pega assinatura do paciente. Porque se alguém chegar e disser “não foi” você mostra a assinatura da própria pessoa.” (Adriana)

Ainda, o perfil participativo dos funcionários faz com que o grupo torne-se unido, pois todos se colocam a disposição para ajudar, mesmo quando ocorre algum desentendimento ou conflito entre os membros da equipe ou com a comunidade. A seguinte fala de uma ACS relata um pouco da experiência por ela vivenciada:

“Trabalhar em equipe é bom porque quando a gente tem uma dúvida, é só perguntar para o colega, ou se a gente tem que fazer um mutirão, todo mundo se prontifica. [...] Todo mundo adere a ideia e o trabalho acontece. Quando tem uma área descoberta, ou mesmo quando na área tem gente, mas aconteceu uma intercorrência e precisa de ajuda, sempre alguém vai lá e cobre.”(Aline)

Ao considerar as características das relações e interações do trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso¹². Uma participante compara a relação da equipe à relação marido-mulher evidenciando que nem sempre aquela é boa em decorrência de atitudes individuais frente ao grupo, como por exemplo, não separar a vida pessoal da profissional ou cobrar dos demais profissionais mudanças no serviço que exigem maior dedicação. Assim, corroborando com o estudo de Oliveira e Spiri¹³, os conflitos entre os membros da equipe surgem devido à variedade de opiniões e posturas, quando alguns profissionais tentam controlar toda a organização do serviço e outros se acomodam não realizando adequadamente suas funções. No entanto, as relações conflitantes também fomentam bons resultados, uma vez que sem desordem não haveria irregularidade, desvios, acaso e imprevisibilidade, inibindo a criatividade, inovação e evolução¹⁴. Assim, os atritos entre os membros da equipe e entre

funcionários e usuários repercute em um alerta para mudança, ou seja, a melhoria da assistência em saúde.

Todavia, foi consenso entre os participantes considerar a relação da equipe como boa e, especialmente, entre as Agentes Comunitárias de Saúde o vínculo é mais próximo. Há mais cumplicidade, união e apoio por sentirem mais afinidade e se identificarem com a colega, sendo comum citar as demais Agentes como amigas, enquanto, dirigem-se aos enfermeiros e médicos pelo nome e com um tratamento formal. Tal apreço é evidenciado na fala a seguir:

“Nelas [ACS] eu sempre encontro apoio, ajuda, cumplicidade.. Com os outros profissionais também, sei que posso contar, e confiar para os assuntos do posto e até pessoais, mas tenho mais afinidade com as agentes. E quando a gente tem um problema, a gente conversa, eu e as amigas, isso ajuda muito, essa cumplicidade.”
(Alice)

Ao estar *Atribuindo valores à relação com a comunidade*, a confiança é destacada como uma característica encontrada tanto na fala da equipe como na fala dos usuários. Os participantes percebem que a comunidade confia nas ACSs, por levarem informações concretas, não fazerem fofoca, demonstrarem preocupação e carinho pelos usuários, o que pode ser observado na seguinte colocação:

“Tem coisas que eles não contam nas consultas, e falam para mim. Alguns já me conhecem, sabem que não vou fazer fofoca”(Ariane)

A comunidade adstrita à ULS pesquisada é considerada pouco atuante pelos entrevistados, não possui Conselho Local de Saúde e em sua área de abrangência compreende uma área considerada de risco, ou seja, apresenta fatores que comprometem o a qualidade de vida dos usuários, como o tráfico de drogas e violência. Esses aspectos são causadores de atritos na relação entre a equipe e a comunidade, já que a ausência de participação popular no controle do serviço de saúde e a insegurança ao transitar na área em dias dominados por violência geram como consequência desencontro das ações da equipe de saúde e usuários.

Esses desencontros são superados quando as ACSs vão *Estabelecendo relações pessoais com a equipe e comunidade*, com base em relações de laços muito estreitos com algumas pessoas da equipe de saúde e usuários. Percebem que a sua relação vai além do trabalho quando as pessoas querem mais atenção, tratam-se como membros da família e se abrem para um contato mais íntimo, confidenciando assuntos pessoais e demonstrando-se disponível ao informar, por exemplo, o número telefônico, como ilustra a fala a seguir:

“Confio nela, já a incomodei pelo telefone para tirar umas dúvidas sobre coisas relacionadas ao posto. E é muito importante esse trabalho delas [ACS], tenho certeza que é só eu ligar e pedir para ela dar uma passadinha aqui que ela vem na hora. Como eu te falei, ter uma pessoa que sabe das minhas dificuldades, parece que traz um conforto quando ela vem aqui e a gente conversa”.(Carla)

Assim, a confiança entre os diversos envolvidos na rede de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde tem importância ímpar para o êxito da Estratégia. Embora sua presença seja relevante nas relações entre todos os envolvidos, nota-se que a confiança dos demais atores sociais na figura do Agente Comunitário de Saúde possui um papel central no processo de cuidado, já que ele é o elo de ligação entre o poder público e a comunidade, se constituindo como mais importante facilitador e potencializador das ações voltadas para os usuários do SUS¹⁵.

Percebendo o Enfermeiro como Mediador das Relações e Interações

O Enfermeiro é considerado um importante elemento na equipe, pois influencia as relações entre os profissionais da ULS e a comunidade. Atuando enquanto supervisor da equipe de ACS e coordenador da ULS, os enfermeiros desempenham, ao ver dos participantes, um significativo papel ao mediar as relações da equipe de saúde.

A característica do enfermeiro de estar à frente do serviço, atuando na dimensão assistencial e gerencial na Unidade Local de Saúde, fez com que os participantes ao estarem *Percebendo o enfermeiro como líder*, expressassem que este profissional é indispensável no serviço, uma vez que os participantes percebem que a ULS não funciona direito, como também, sentem-se perdidos na ausência do enfermeiro. Ainda, apontam que ele sabe quando é necessário adotar uma postura mais rígida e cobrar dos demais trabalhadores, sendo justo em suas ações.

A analogia apresentada por um dos participantes permitiu o estar *Reconhecendo o enfermeiro como “ponte” de comunicação*. Esta subcategoria sustenta a noção de ligação, mediação entre duas partes ou mais, permitindo o intercâmbio de informações, o fomento de relações harmônicas, a articulação das ideias e a identificação das necessidades, sendo exemplificada na fala da ACS:

“Acho que ela articula as idéias de todos na reunião, resolve alguns problemas que não temos o que fazer, repassa informações para todos os funcionários, supervisiona nosso trabalho.” (Angélica)

Salienta-se o papel do enfermeiro em atender a todos os aspectos, sejam assistenciais, administrativos (liderar, planejar, controlar, orientar), de participação, de preencher as lacunas de conhecimento, num enfoque mais interdisciplinar e integrador. Assim, os participantes compreendem que o enfermeiro através da sua postura facilita o trabalho e fomenta relações harmônicas. Com sua competência para liderar favorece o alcance do bom desempenho da equipe, pois além da autonomia, “é necessário que haja cooperação mútua e coordenação para

que o conjunto das ações de vários indivíduos autônomos convirja para o benefício do sistema”^{16:67}.

Reconhecendo a comunidade e a ULS como espaços para relações e interações

Esta categoria é considerada o contexto no qual o fenômeno se desenvolve, uma vez que oportuniza o estabelecimento de ações e interações entre as ACS, a equipe de saúde e os usuários.

Abordando a comunidade por meio da visita domiciliar é a principal forma de articulação das ACSs com a comunidade. Esta atividade representa para os participantes momentos de interação com as famílias e de criação de vínculo com os usuários¹⁷. As Agentes Comunitárias de Saúde procuram abordar às famílias e os trabalhadores do comércio com educação e respeito, sem diferenciação quanto ao nível sócio-econômico, utilizam as brincadeiras e conversas descontraídas como uma forma de se aproximar do usuário e deixá-lo mais à vontade para falar sobre sua intimidade.

As visitas aos estabelecimentos comerciais são realizadas com frequência, assim, parcerias são cultivadas para promover a divulgação de campanhas e serviços ofertados pela ULS. Não há diferenciação entre funcionários moradores da comunidade ou os que residem em outros bairros, inclusive, em períodos de campanha de vacinação, os trabalhadores desses estabelecimentos são atendidos e recebem toda a assistência e orientação da equipe de saúde.

Devido à identificação com o trabalho que realiza, uma das Agentes Comunitárias relatou que não se sente trabalhando ao fazer as visitas domiciliares, simplesmente, faz visita. As orientações não estão prontas, pois cada família apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações. Muitas vezes é necessário persistir, exigindo uma organização prévia da ACS para atender o usuário independente do tempo que a visita possa levar. Assim, através da conversa com o usuário é que se torna possível investigar quais as suas necessidades e orientar sobre qual conduta é a mais adequada, como ilustra a seguinte fala:

“Eu vou fazer visita, eu não vou fazer o meu trabalho. Eu vou e eles já estão me esperando. Aí eu chego lá, brinco, converso, tem aquelas pessoas de idade, e também somos psicólogos porque eles contam aquelas histórias todas e tu ouve. Aí eu pergunto se está tomando o medicamento, né. Mas numa conversa, a gente pega coisa estranha por trás, como eu já peguei que o pai estava violentando uma criança”(Alice)

A visita domiciliar tem sido indicada como uma forma de aproximar ACS, equipe de saúde e usuários. Assim, sua valorização vai ao encontro de pontos fundamentais da

reorientação do modelo de atenção à saúde, como a busca pelo conhecimento da realidade das pessoas atendidas e a viabilização do acesso universal¹⁸.

A ULS é também um rico ambiente para a atuação do Agente Comunitário, pois ao estar *Compartilhando informações nas reuniões e nos grupos*, evidencia o caráter informativo dos encontros entre os profissionais, usuários e as ACSs. Estas trazem informações sobre a comunidade e ocorre a construção de propostas e estratégias para a resolução de problemas. Ainda, é evidenciada a troca de experiências entre as Agentes Comunitárias de Saúde como uma forma de aprender com a vivência do outro. Nos grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e atividades coletivas nas escolas os participantes realizam teatros e palestras visando transmitir os conhecimentos necessários aos usuários, com o uso de linguagem adequada para abordar as crianças, jovens e adultos. O relato a seguir retrata alguns destes momentos de troca:

“Nas reuniões a gente discute coisas que acontecem na rua, por exemplo, quando algum cachorro ataca a gente, antes a gente não sabia o que fazer. Mas, uma amiga minha já passou por uma situação daquelas, aí a gente troca informação, e eu aprendo com as experiências dos outros.”(Andréa)

Ao estar *Percebendo as festinhas como momentos de interação na ULS*, os participantes acreditam que seja fortalecido o sentimento de união entre os trabalhadores da equipe, uma vez que as relações tornam-se menos formais. A presença dos médicos e dos enfermeiros nas primeiras confraternizações era muito valorizada pelas ACSs que afirmaram convidar todos os funcionários com o objetivo de serem aceitas e integradas à equipe.

“A gente é muito festeira aqui. Tanto no final de ano como nas datas marcantes. Não tem aquela coisa, ficar separado, a gente vem e conversa, brinca, é muito bom.[...] Isso começou com a gente, convidávamos todos, desde o médico até o faxineiro para a gente se integrar mais ao grupo.”(Adélia)

De forma geral, os momentos de interação na ULS, oportunizam o encontro de pessoas de diferentes áreas, a troca de informações, desenvolvimento de novas idéias e resolução de problemas. Tais ações, características da abordagem interdisciplinar, estimulam a comunicação horizontal entre as pessoas e uma postura questionadora das certezas profissionais¹⁹ contribuindo para o estabelecimento de relações harmônicas entre profissionais. Considerar as diversas perspectivas dos profissionais é um exercício para visualizar o ser humano como um todo, mais que a soma de suas partes²⁰, é enriquecer o pensamento simplificador com o conhecimento multimensional, é aspirar a um saber não fragmentado¹⁴.

Sendo o elo entre a comunidade e a equipe

Ao estarem *Promovendo o vínculo entre a equipe e comunidade*, as Agentes Comunitárias de Saúde são consideradas elementos estratégicos na formação de vínculo, sendo esta atividade visualizada, principalmente, pelo trânsito de informações entre equipe e usuários, como descreve o depoimento do profissional:

“Nós profissionais que estamos aqui dentro, começamos a conhecer melhor a comunidade através do trabalho das agentes de saúde. Elas são a melhor forma de comunicação com a comunidade, divulgam as atividades, grupos, mudanças que ocorrem no atendimento do posto e trazem todo o tipo de informação, das mais abrangentes às mais particulares da vida dos pacientes.” (Bernardo)

Ainda, os usuários conseguem visualizar a articulação da Agente Comunitária de Saúde com a ULS ao obter retorno dos demais profissionais, como ilustra o depoimento a seguir:

“Quando ela veio aqui e percebeu que a mãe estava caidinha, ela ficou bem preocupada e falou para mim que iria tentar uma visita do médico [...] Na visita, foi ela [ACS] quem trouxe o médico e a enfermeira para ver a mãe. E isso é demais, porque assim tudo eles ficam sabendo para atender melhor as pessoas.”(Carla)

As ACSs buscam fortalecer o vínculo entre a equipe e a comunidade, valorizando para esta última o atendimento ofertado na ULS, elogiando os profissionais, bem como os serviços e a estrutura física. Realizam a entrega de exames, materiais para curativo e fraldas no domicílio, como uma forma de agradar os usuários. Mas, atentam que o vínculo é sustentado, também, pelo tipo de relação que se estabelece entre os demais profissionais de forma individual com a comunidade.

Assim, é reconhecido como aspectos importantes, não somente a quantidade de elementos ou constituintes do sistema, e sim, as múltiplas interações entre as unidades, dando conta, desta forma, do conjunto de relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem numa rede complexa²⁰.

Essas interações são permeadas pelo diálogo entre os profissionais de saúde, sendo o mesmo oportunizado pela horizontalidade das relações e o perfil ativo da equipe. Assim, ao observarem a facilidade no movimento das informações, os trabalhadores consideram que estão *Tendo liberdade para se comunicar* nas reuniões e em momentos informais.

Esta prática, o livre intercâmbio de informações entre ACSs e profissionais, além de nutrir o vínculo da equipe de saúde, incrementar o serviço, contribuir para o bom relacionamento com a comunidade e fomenta a criatividade para a resolução dos problemas, como demonstra o seguinte relato:

“No meu entendimento, entre os profissionais, havendo a possibilidade, tem que ter o intercâmbio sem ser muito protocolado: “agora você pode falar, agora você não

pode falar”, sabe? Eu acho que tem que estar aberto mesmo, porque suscita mais a criatividade, não limita, não poda.” (Bernardo)

Assim, compreende-se que burocracia nas relações reduz a autonomia dos indivíduos, dificultando a ação baseada na interpretação dos sinais do ambiente, e como resultado, tem-se um sistema rígido que, apesar de aberto, não é capaz de responder aos sinais do ambiente¹⁶.

Ainda, tudo que restringe as liberdades, restringe o indivíduo em suas possibilidades de escolha, tornando o sujeito um ser autônomo e subjugado ao mesmo tempo. “Assim, a liberdade é serva de suas condições de emergência, mas pode retroagir sobre essas condições”^{20:288}.

Entendem que esta “liberdade” para se comunicar foi conquistada pelas ACSs e concedida pelos demais profissionais, na medida em que aquelas se colocavam disponíveis para auxiliar ou explicar algo sobre a comunidade aos demais trabalhadores, e estes a concederam quando observaram que poderiam atender melhor as pessoas portando as informações trazidas pelas Agentes Comunitárias. Esta liberdade, ainda, é relacionada ao aumento do compromisso das ACSs em trazerem o retorno das informações de forma rápida e atualizada, expresso na fala a seguir:

“eu procuro tratar todo mundo de igual para igual, e eu acho que elas se sentem bem assim, se sentem importantes só que aumenta a responsabilidade à medida que ela tem essa liberdade e vir aqui falar comigo qualquer coisa a respeito do profissional, elas tem que buscar as coisas lá fora para trazer aqui. Como elas tem essa liberdade, elas sentem a necessidade de procurarem isso e vir discutir aqui. Sentem a necessidade de trazer sempre a informação atualizada, esse dever de estar sempre buscando.”(Bruno)

Como evidenciado na fala, as duas noções antagônicas, a liberdade e a responsabilidade, são conceitos identificados pelo participante como interdependentes. Assim, a liberdade possui em si a noção de autonomia/dependência, revelando que teia de relações e interações do ACS, como “toda a vida humana é uma trama de incríveis dependências”^{20:282}.

Favorecendo a assistência através da sua rede de relações e interações

Esta categoria configura-se como consequência do fenômeno, pois ao estarem *Possibilitando o Acesso à Unidade Local de Saúde*, as ACS promovem com suas ações e interações junto à comunidade o acesso ao serviço de saúde. Por serem moradoras da comunidade e fazerem parte da rotina das famílias, estabelecem uma relação que facilita o acesso dos usuários à Unidade local de Saúde. Esta convivência com a comunidade em grupos e através das visitas domiciliares oportuniza momentos de orientação sobre diversos temas e esclarecimentos quanto às prioridades de atendimento da Atenção Básica e o funcionamento da ULS, principalmente, como ilustra a seguinte fala:

“Foi ela quem nos incentivou a fazer o acompanhamento da mãe no posto, porque nós ocupávamos o mínimo o posto, era tudo no hospital.”(Carla)

Ao desempenhar a função de mediadoras, as Agentes Comunitárias podem ser de grande importância na mudança do modelo assistencial, na medida em que assumem um caráter transformador, visando corresponder às necessidades e expectativas da população e se aproximar dos princípios de integralidade equidade, humanização e participação popular⁸.

Assim, os participantes vão *Vinculando o sucesso das ações em saúde à rede de relações do ACS*, pois verificam que é a partir das relações estabelecidas pelas ACSs com a comunidade, que toda a equipe passa a ser bem vista e aceita pelos os usuários. Desta forma, acreditam que essa rede de relações facilita a assistência, uma vez que propicia à equipe conhecer melhor os usuários e o seu contexto, tornando as ações mais efetivas, favorecendo a aderência ao tratamento, agilizando o atendimento e a resolução dos problemas. O seguinte depoimento relata essa experiência:

“Acho que uma boa relação dos profissionais com a comunidade, a comunidade se sente satisfeita e retorna com elogios, vem procurar mais o posto, né. Só tem a beneficiar, tanto a gente que se sente satisfeito e valorizado, quanto a comunidade também que é bem atendida, bem recebida. Acho que isso é um complemento.”(Bernadete)

Percebem, desta forma, que as boas relações entre profissionais e comunidade, expressas por elogios e o retorno dos usuários à ULS retroalimentam a equipe de saúde a continuar desempenhando um trabalho ainda melhor, pois se sentem valorizados e motivados. Neste sentido, o esquema de *feedback* ou retroalimentação no sistema exerce um papel importante, pois age como elemento propulsor para o desenho das novas ações estratégicas e, para a adoção de novas formas organizacionais.

Assim, através desta pesquisa, pretendeu-se verificar, por meio da fala dos participantes, o significado das relações e interações do Agente Comunitário de Saúde, que apontam à conformação do fenômeno **Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa**, representado na figura a seguir:

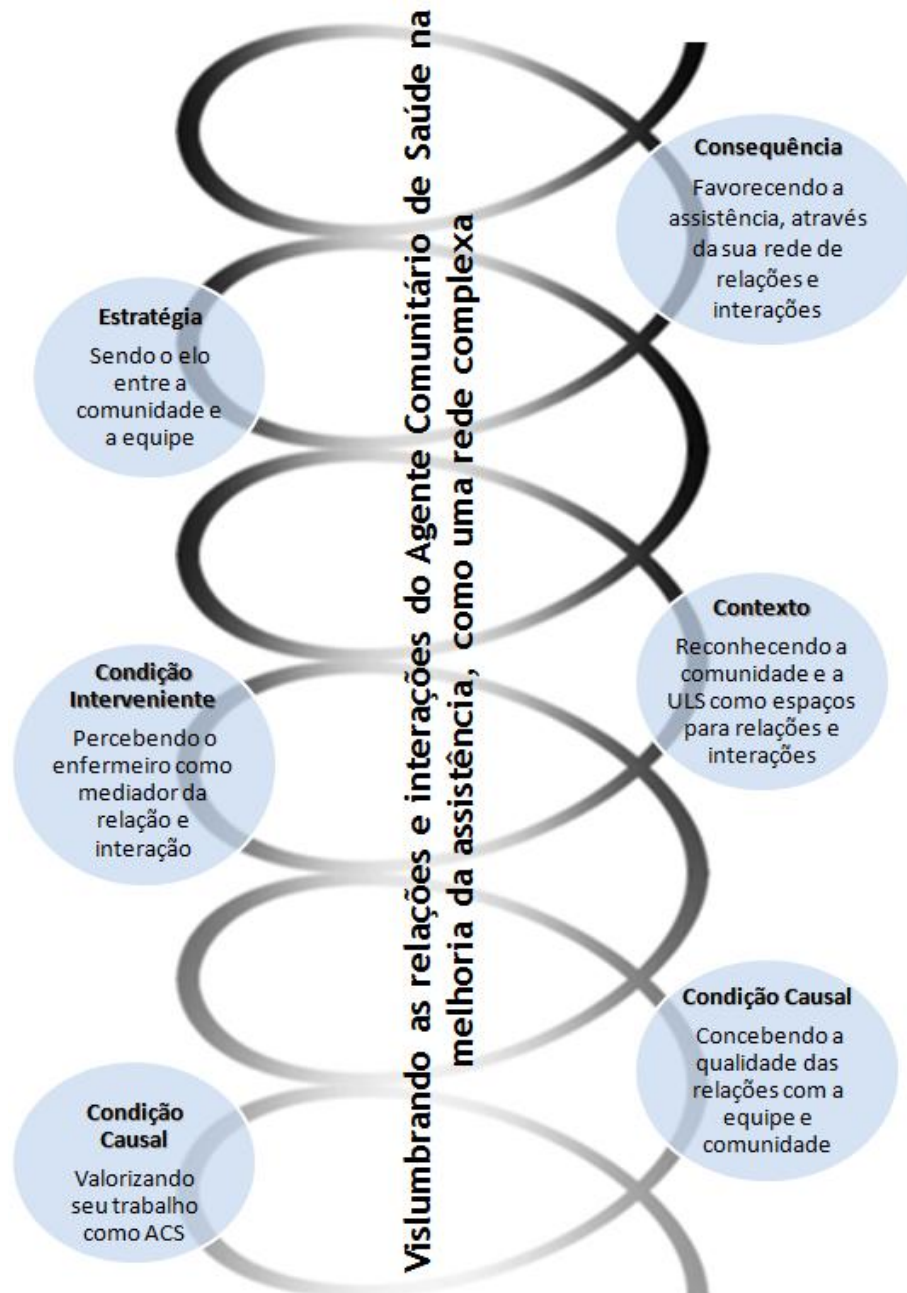


Figura 1: Representação do fenômeno **Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa.**

O processo de melhoria da assistência se instala ao estar *Valorizando seu trabalho como ACS* e *Concebendo a qualidade das relações com a equipe e comunidade (condições causais)*, cujas interações revelam a dimensão de sua extensão ao estar *Reconhecendo a comunidade e a ULS como espaços para relações e interações (contexto)*. Indica um elemento que favorece o contato com os usuários e demais profissionais da saúde ao estar *Percebendo o Enfermeiro como mediador da relação e interação (condição interveniente)*. Reconhece a importância da sua atividade e vislumbra o estar *Sendo o elo entre a comunidade*

e a equipe (estratégia) como uma forma para estar Favorecendo a assistência através da sua rede de relações e interações (consequência).

O papel de mediação dos Agentes é apontado de forma praticamente unânime como uma qualidade da proposta da Estratégia Saúde da Família: o elo entre o serviço e a comunidade; a conjugação entre o saber popular e o conhecimento científico⁸. Assim, considera-se que as ações individuais sejam interdependentes, em função da rica complexidade de suas inter-relações, cada movimento dos indivíduos altera mutuamente o ambiente que compartilham, influenciando mutuamente tanto suas decisões quanto o resultado delas¹⁶. Assim, o Agente Comunitário é um elemento facilitador da assistência ao influenciar e ser influenciado por sua rede de relações e interações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do Agente Comunitário de Saúde é adequada e reconhecida como um elo entre comunidade e ULS. Suas relações e interações promovem a aproximação entre profissionais e usuários, tornando-se fundamental no que tange o acesso aos serviços.

O fenômeno *Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde como uma rede complexa*, coloca em evidência uma perspectiva sistêmica e complexa da atuação do Agente Comunitário de Saúde: um elemento que se posiciona no centro de sua rede de relações, no entanto, ele também a integra, estando sujeito às suas perturbações/modificações e novas conformações. A partir das influências internas ou externas, sua rede de relações e interações é capaz de promover melhorias na assistência à saúde da comunidade, pois é permeada pelo livre intercâmbio de informações, enriquecendo a prática da equipe com dados do contexto do usuário e orientando a população acerca do tema saúde.

Neste contexto, o Enfermeiro é indicado como um profissional que interfere diretamente na relação ACS e equipe, uma vez que também media a comunicação e com uma postura interdisciplinar se dispõe a integrar pessoas e articular saberes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília(DF): MS; 1994.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.648/06. Diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): MS; 2006.
3. Lima JC, Cockell FF. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. Trab. Educ. Saúde. 2008; 6(3):481-502.

4. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(2): 70-5.
5. Fontes B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária. In: Fontes B, Martins PH, editores. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. 2ª Ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2008.
6. Meirelles BHS. Viver saudável em tempos de aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV. 2003. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem, 2003.
7. Meirelles BHS. *Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem* [Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem, 2004.
8. Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(1):259-68.
9. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications; 1990.
10. Betinelli LA. *A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida* [tese]. Florianópolis/SC: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.
11. Vidal SA, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, Cavalcante MGS. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2003; 3(2): 205-13.
12. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. latinoam. Enferm*. 2005; 13(2):262-8.
13. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40(4):727-33.
14. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 3ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2007.
15. Valentim IVL, Krueh AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(3): 777-88.
16. Agostinho ME. Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. *RAE – eletrônica*. 2003; 2(1). Acessado em 01 maio 2009. Disponível em: <http://www.rae.com.br/redirect.cfm?ID=1254>.
17. Nascimento KC, Erdmann AL. Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde e as ações de cuidado aos clientes portadores de hipertensão arterial. *Rev. RENE, Fortaleza (CE)* 2005 set-dez; 6(3): 95-104.
18. Barros MMM, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(1): 227-32
19. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. 2006; 15(3):7-18. Acesso em 03 jun 2009. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1679-4974.>
20. Morin E. *Ciência com consciência*. 10ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2007.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa, pretendeu-se compreender o significado das relações e interações do Agente Comunitário de Saúde de uma Unidade Local de Saúde, a partir de 20 sujeitos, distribuídos em quatro grupos amostrais. Isso permitiu desvelar o fenômeno **Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa**, de importância para o êxito da Estratégia de Saúde da Família. O Agente Comunitário de Saúde possui um papel central no processo, como elo de ligação entre o poder público e a comunidade, se constituindo facilitador e potencializador das ações voltadas para os usuários do SUS.

O Agente Comunitário de Saúde se posiciona no centro de sua rede de relações, no entanto ele também a integra, estando sujeito às suas perturbações/modificações e novas conformações. Ele é um elemento que compõe o sistema “saúde”, é um facilitador de todo processo de melhoria na assistência em saúde, que é e deve ser realizada em conjunto.

Na revisão de literatura realizada, de caráter documental, com o objetivo de caracterizar a rede de relações e interações na equipe de saúde da Atenção Básica, o relacionamento humano é colocado como um desafio ao trabalho em equipe. Mas se aponta o exercício da interdisciplinaridade e intersetorialidade como uma forma de articular saberes e setores diferenciados, visando uma prática colaborativa e solidária.

Através da pesquisa qualitativa, cujos resultados foram apresentados no segundo artigo, foi possível desvendar os significados das relações e interações do ACS, sob a perspectiva da complexidade.

O processo de pesquisa foi um momento importante de aproximação da pesquisadora com a realidade pesquisada, o que oportunizou a emergência de um novo conhecimento e possibilidades de ação na atenção básica em saúde. Essa vivência, amparada pelo pensamento complexo e pela Teoria Fundamentada nos Dados, permitiu o diálogo constante com os dados, aprofundamento conceitual e desenvolvimento da habilidade, sensibilidade e criatividade da pesquisadora.

O referencial metodológico adotado permitiu compreender o significado das redes de relações e interações do ACS, evidenciando dos dados e o fenômeno

Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa. Este processo de melhoria da assistência se instala quando o Agente de Saúde, ao estar *Valorizando seu trabalho como ACS e Concebendo a qualidade das relações com a equipe e comunidade (condições causais)*, cujas interações revelam a dimensão de sua extensão, ao estar *Reconhecendo a comunidade e a ULS como espaço para relações e interações (contexto)*. Um elemento que favorece o contato com os usuários e demais profissionais da saúde é indicado, ao estar *Percebendo o enfermeiro como mediador da relação e interação (condição interveniente)*. Ele reconhece a importância da sua atividade e vislumbra o estar *Sendo o elo entre a comunidade e a equipe (estratégia)*, como uma forma para estar *Favorecendo a assistência através da sua rede de relações e interações (consequência)*.

A análise dos significados das redes de relações e interações das Agentes Comunitárias de Saúde de uma Unidade Local de Saúde do Município de Florianópolis possibilitou as descrições a seguir, como pressupostos teóricos:

- A rede de relações e interações dos Agentes Comunitários de Saúde prolonga-se desde os profissionais da ULS até os usuários da comunidade, o que desvela seu contexto/ambiente de atuação como ampliado, susceptível a mudanças, em função da dinâmica dos moradores.

- Os trabalhadores acreditam que o trabalho em equipe é a melhor forma de atuar em saúde, permitindo uma visão global do cliente, através de ações interdisciplinares.

- O intercâmbio de informações, o diálogo, a livre comunicação são fundamentais para incrementar a prática com criatividade, promovendo o sucesso das relações e ações coletivas.

- O profissional enfermeiro interfere na rede de relações e interações com a comunidade.

- O enfermeiro é visualizado como liderança e interlocutor, age como um facilitador do trabalho, mediando o contato entre ACS e profissionais, e ACS e comunidade.

- É observada no enfermeiro uma postura interdisciplinar.

- Cada ACS é um sistema complexo, capaz de ajustar seu comportamento de acordo com as condições de seu ambiente – ULS ou comunidade – extraíndo o melhor de seu desempenho.

- A rede dos ACSs é formada por agentes autônomos, que exercem a capacidade de se adaptar, uma vez que reconhecem a interdependência e cooperação como elementos presentes e necessários em suas atividades.

- As redes de relações e interações do ACS favorecem a assistência à saúde da comunidade.

- A relação do usuário com o ACS é tão importante quanto a relação entre usuário e os demais profissionais. Ainda que as ações individuais sejam interdependentes, em função da rica complexidade de suas inter-relações, cada ação, cada movimento dos indivíduos altera mutuamente o ambiente que compartilham, influenciando diretamente no vínculo do usuário com a ULS.

- Mesmo com todo o entrelaçamento nas relações entre os sistemas, as características individuais de cada sistema são preservadas.

Constata-se que, na equipe de saúde, existem características que demonstraram o esforço para realizar um trabalho interdisciplinar, tais como os momentos de reunião do grupo, com comprometimento de todos e com abertura ao diálogo e ao saber do outro. Esse esforço é necessário para que se ultrapassem os limites disciplinares, para perceber a multidimensionalidade do ser humano e dos sistemas de cuidado em saúde.

Pelo fato de o Agente Comunitário de Saúde possuir características atípicas, como trabalhador da saúde, deve ser explorada sua potencialidade de possuir relações mais próximas com a comunidade e articular seu conhecimento, que é o saber da comunidade, para fomentar e incrementar as ações em equipe.

Houve aspectos que foram considerados como limitações a este trabalho. Por exemplo, a dificuldade em participar com maior frequência das reuniões da equipe de saúde. Acredita-se que essa fragilidade está vinculada ao planejamento das ações na ULS.

Espera-se, então, que a construção do conhecimento desenvolvido com este estudo sirva de subsídio para o desencadeamento de relações mais dialogadas, possibilitando um trabalho interdisciplinar nas equipes de saúde da família, considerando a relevância das redes de relações e interações entre os envolvidos, para a promoção da saúde das comunidades nas quais atuam.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M; BUENO, I. C. H. C; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S., et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARBOSA, M. T.; BYINGTON, M. R. L.; STRUCHINER, C. J. Modelos Dinâmicos e Redes Sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 37-51, 2000.

BETTINELLI, L. A. **Demonstrando consciência solidária nas relações de cuidado hospitalar** – fazendo emergir o sentido a vida. 2001, 368f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a mediação convencenedora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.6, n.3, p.457-480, 2009.

BRASIL. **Norma operacional básica do sistema Único de saúde/ NOB – SUS 96**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Lei 8.080 de 30 de setembro de 1990**. Trata do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do SUS. 1990a.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Trata da participação da comunidade e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gestão do SUS.1990b.

_____. **SUS – Sistema Único de Saúde, legislação básica**. SES, Florianópolis, 260 p, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Brasília, 2006a.

_____. **Pactos pela vida em defesa do SUS, e de gestão**. Brasília: MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006**. Define que as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.Brasília, 2006c.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde, volume 4, Brasília, 2006d.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2004. 256p.

_____. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. 3. ed. São Paulo: Cultrix, 2002. 296p.

CASTRO, L. J.; VILAR, A. L. R.; FERNANDES, P. V. **Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS**. Rio Grande do Norte, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. Regulamentações pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n. 2, 1996. Suplemento.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2005.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal. **Regionais e unidades locais de saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>. Acesso em: 02 junho 2009.

FONTES, B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Org.). **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. 2. ed. Recife: Universitária UFPE, 2008.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.70-75, 2004.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v.10, n.1, p.1-11. 1987.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p

LANZONI, G. M. M.; SCHWEITZER, M. C.; LINO, M. M. **Educação Permanente com os Agentes Comunitários de Saúde: em pauta os direitos e deveres dos usuários da saúde**. 2007. (Trabalho de Conclusão de Curso) Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

LESSMANN, J. C.; RIBEIRO, J. A.; SOUSA, F. G. M. et al. A nursing academic perspective concerning the care environment within the complexity paradigm – a descriptive study. **Online brasilian journal of nursing**, v. 5, n. 1. 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing>. Acessado em: 12 nov 2008.

LIMA, J.C.; COCKELL, F.F. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os Agentes Comunitários de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.6, n.3, p.481-502, 2009.

LIMA, J.C.; MOURA, M.C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, 2005.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de aids**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MELLO, A. L. S. F. de. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. 2005. 319p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo, Pioneira, 1994.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

_____. **Ciência com consciência**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

NASCIMENTO, E.P.L; CORREA, C.R.S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1304-1313, 2008.

NASCIMENTO, K.C. **As dimensões do cuidado em unidade crítica**: emergindo o cuidado transpessoal e complexo. 2005. 180p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

NOGUEIRA, P. R.; SILVA, B. F, RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis** – o agente comunitário de saúde, 2000. Disponível em: <www.unb.br/ceam/nesp/polrhs>. Acessado em: 23 abril 2008.

SANTOS, L. A emenda constitucional n. 51/2006 e os Agentes Comunitários de Saúde. **Boletim de Recursos Humanos**, v.4, n. 33, p. 19-28, 2008.

SOUSA, F. G. M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de**

saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. 307 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.




TARRIDE, M. I. **Saúde pública:** uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S., et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VERDI, M.; COELHO, E. B. S. Do higienismo ao SUS: a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: VERDI, M.; BOEHS, A.; ZAMPIERI, M. F. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde textos fundamentais.** 1 ed. Florianópolis: UFSC/NFR, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Protocolo para Revisão Integrativa da Literatura

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>	<p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>	
<p>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</p>			
<p>I. RECURSOS HUMANOS:</p>			
<p>Pesquisador responsável: Mda. Gabriela Marcelino (1)</p>			
<p>Pesquisador orientador: Dra. Betina Schindwein Hörner Meirelles (2)</p>			
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES:</p>			
<p>- Elaboração protocolo: 1 e 2*</p>			
<p>- Avaliação do protocolo: 2</p>			
<p>- Coleta de dados: 1</p>			
<p>- Seleção dos estudos: 1</p>			
<p>- Checagem dos dados coletados: 1</p>			
<p>- Avaliação crítica dos estudos: 1</p>			
<p>- Síntese dos dados: 1</p>			
<p>- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1</p>			
<p>- Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 2</p>			
<p>- Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1</p>			
<p>- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2</p>			
<p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>			
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Prof^a do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, com experiência em pesquisa científica. E-mail: alacoque@website.com.br</p>			
<p>IV. RECURSOS MATERIAIS: Disponibilidade de computadores com acesso à internet na PEN/UFSC; 01 arquivo virtual (e-mail) da Revisão Integrativa de Literatura; 01 impressora a laser monocromática; 01 pen-drives; 02 resmas de folha A4; 02 canetas marcador texto; 02 Cds; 300 folhas/cotas de impressão na PEN/UFSC; recurso financeiro disponível para compra de materiais (referências) que não estão livres nas bases de dados.</p>			
<p>V. PERGUNTA: Como a rede de relações e interações dos trabalhadores da equipe de saúde da Atenção Básica está representada nas publicações entre janeiro de 2001 – junho de 2008.</p>			
<p>VI. OBJETIVO: Realizar uma Revisão Integrativa de Literatura sobre a rede de relações e interações dos trabalhadores de equipes de saúde da Atenção Básica, evidenciando e discutindo as diferentes manifestações e abordagens deste tema.</p>			
<p>VII. DESENHO DO ESTUDO: Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, de abordagem qualitativa.</p>			
<p>VIII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Estudos que contenham os descritores listados neste protocolo e publicados em periódicos na forma completa.</p>			
<p>IX. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo. (quando é cobrado – não ser gratuito)</p>			

X. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada):

- **Descritores:** Equipe Interdisciplinar de Saúde. Relação Interpessoal, Relação Interprofissional, Apoio Social e Redes Comunitárias, Atenção Básica
- **Bases Eletrônicas de Dados:** Bireme/BVS e SCOPUS.
- **Listar as referências dos materiais encontrados, para buscar referências que possam ser de interesse à Revisão Integrativa de Literatura.**
- **Período de busca:** Estudos publicados a partir do ano 2001.

XI. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste protocolo, denominada de *primeira peneira*. Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, denominada de *segunda peneira*.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Será realizada uma releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação segue o modelo analítico de Ganong, que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. Os artigos selecionados serão avaliados e discutidos conforme literatura.

XIII. SÍNTESE E CONCLUSÃO: Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados. A partir da síntese, poderão ser indicadas as variadas formas de manifestação das relações e interações dos trabalhadores da equipe de saúde da Atenção Básica.

XV. CRONOGRAMA:

Atividade	Período	2008			
		Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Elaboração protocolo					
Validação protocolo					
Busca dos estudos					
Seleção dos estudos (1ª peneira)					
Organização dos estudos					
Avaliação crítica dos estudos (2ª peneira)					
Organização em tabelas					
Análise dos dados coletados					
Discussão e Conclusões					
Elaboração artigo Revisão Integrativa					
Apresentação do Artigo na Aula					
Encaminhamento do Artigo para periódico					

**APÊNDICE B - Ofício de Solicitação para coleta de dados à Secretaria
Municipal de Saúde de Florianópolis**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO DE ENFERMAGEM E SAÚDE -
GEPADES
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399
e-mail: betinam@nfr.ufsc.br**

Ilma. Sra. Marinês Terezinha Reibnitz
Secretaria Municipal de Saúde - Rede Docente Assistencial
Florianópolis - SC

Prezada Senhora:

Anexo ao presente, encaminhamos o projeto de pesquisa: A REDE DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES ENTRE O AGENTE COMUNITÁRIO E A EQUIPE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE, a ser desenvolvido na Unidade Local de Saúde de Capoeiras, a partir de dezembro de 2008.

Salientamos que o referido projeto trata-se de uma aspiração dos integrantes do GEPADES e também uma necessidade apontada pela equipe de trabalhadores da referida unidade de saúde.

Esperando receber parecer favorável de V.Sa. a respeito, desde já agradecemos, ficando a disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Betina H. Schlindwein Meirelles, Dra.
Professora Responsável pelo Projeto

Gabriela Marcellino de M. Lanzoni, Mda.
Pesquisadora

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399
e-mail: betinam@nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Profa. Dra. Betina H. S. Meireles (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Gabriela Marcellino de M Lanzoni, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **A rede de relações e interações entre o Agente Comunitário e a equipe de saúde na perspectiva da complexidade**, que tem como objetivo de compreender o significado da rede de relações e interações com a equipe de saúde na ótica do Agente Comunitário de Saúde.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista, que será gravada e transcrita. Para a análise das informações será utilizada a teoria fundamentada em dados. Informo que esta pesquisa não trará riscos à sua pessoa, e poderá contribuir na construção de melhores práticas e relações na equipe de saúde.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

A pesquisadora, Gabriela Marcellino de M Lanzoni, está disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 32591516, pelo e-mail gabimrc@yahoo.com.br ou pessoalmente. O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que desejar, mediante solicitação.

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____.

RG: _____ CPF: _____.

Assinatura do participante: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____ . Data: ____ / ____ / ____.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 379/08

I – IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: A REDE DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES ENTRE O AGENTE COMUNITÁRIO E A EQUIPE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE.

Pesquisador Responsável: Prof^o Dr^a Betina H. Schlindwein Meirelles

Pesquisador Principal: Gabriela Marcellino De Melo Lanzoni

Data da coleta dos dados: Janeiro a abril de 2009

Instituições em que será realizado o estudo: Unidade Local de Saúde Capoeiras, Florianópolis SC.

II – OBJETIVOS

Desenvolver pressupostos teóricos a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis (SC) sobre as suas redes de relações e interações com a equipe de saúde.

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo qualitativo, onde almeja-se desvelar as perspectivas dos participantes do estudo com o emprego da Teoria Fundamentada nos Dados como um método conveniente para entender de forma mais profunda as peculiaridades e um grupo determinado. A coleta de dados dar-se-á por meio de entrevistas com um número mínimo de 5 agentes comunitários de saúde, observações de campo com posterior relatório.

IV – COMENTÁRIO:

A pesquisa proposta tem relevância científica e social. O protocolo da pesquisa contém todos os documentos exigidos pela legislação. O **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** encontra-se convenientemente redigido.


PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável à aprovação do referido projeto.

V – PARECER CEPESH:

(X) APROVADO

***Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 15 de dezembro de 2008.**




Prof.^o Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPESH

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “A Rede de Relações entre o Agente Comunitário e a Equipe de Saúde na Perspectiva da Complexidade” da pesquisadora responsável Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP/UFSC.

Florianópolis, 06/11/2008.


Marynes Terezinha Reibnitz

Assessoria de Desenvolvimento Institucional

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Marynes T. Reibnitz
Assessoria Desenvolvimento
Institucional
Matrícula: 10672-0
P.M.F - SMS

ANEXO C – Instruções para publicação dos manuscritos – Cadernos de Saúde Pública

Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/>>

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);

1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

- Fontes de financiamento

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- Conflito de interesses

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- Colaboradores

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

- Agradecimentos

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

- Referências

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo

com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- Nomenclatura

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- Processo de submissão online

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- Envio do artigo

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para

publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: msp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- Envio de novas versões do artigo

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

- Prova de prelo

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor decorrespondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO D – Instruções para publicação dos manuscritos – Rede de Enfermagem do Nordeste

Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/revistas/rne/pinstruc.htm>>



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1517-3852
VERSÃO IMPRESSA

Escopo e política

Orientações editoriais

Os trabalhos remetidos para publicação devem ser inéditos e exclusivos da Revista.

Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento, contendo: o nome completo do(s) autor(es), locais de trabalho, cargos e/ou títulos atuais, endereço, telefone, fax, e-mail. Lembramos que todos os autores devem ser assinantes da Revista.

Serão examinados por consultores “ad hoc”, a critério da Comissão Editorial, omitida a identificação dos consultores e dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não. Os trabalhos recusados serão devolvidos.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações, mas as alterações essenciais serão solicitadas aos autores. Os artigos assinados expressam o pensamento dos autores e são de sua inteira responsabilidade, não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

As investigações que envolverem seres humanos deverão explicitar o consentimento destes, e serem compatíveis com a Comissão de Normas Éticas do Conselho Nacional de Saúde.

Após publicados os artigos tornam-se propriedade da Revista, sendo reservado a esta todos os direitos autorais.

Tipos de textos

Serão analisados para publicação: estudos teóricos/ensaios, artigos de pesquisa, entrevistas, relato de experiência e reflexão; resumo de dissertação, resenha, comunicação.

Forma e preparação de manuscritos

Estrutura dos artigos originais

Título do artigo sintético e objetivo, apresentado seguidamente em

Português, em Inglês e em Espanhol. Nome do(s) autor(es) indicar os títulos e cargos ocupados em nota de rodapé.

Resumo em português, inglês, e em espanhol contendo no máximo 150 palavras que expressem os pontos relevantes do texto e fornecendo uma visão clara e concisa do seu conteúdo. Em espaço simples, letra 10 na mesma seqüência dos títulos.

Descritores em português, inglês e espanhol com no máximo 05 (cinco), obedecendo aos descritores em Ciências da Saúde DECS/ BIREME e/ou MESH/ Index Medicus.

Texto de acordo com a NBR 6022/94 da ABNT

Referências Bibliográficas apresentar até 20 referências, utilizando o Estilo "Vancouver". Ver exemplos detalhados nas "Normas para Publicação" de cada fascículo.

Tabelas e Ilustrações devem apresentar-se dentro do texto e em preto e branco.

Envio de manuscritos

Via correio

Os trabalhos deverão ser remetidos no máximo em 15 páginas, duas vias (original e uma cópia) impressos em papel A4, juntamente, com o arquivo em CD ROM, apresentado no formato Word for Windows versão 7.0/95 (doc), em espaço 1,5, letra 12, Times New Roman. A primeira página do texto original deve conter o título do trabalho, nome(s) completo(s) do(s) autor(es) e respectiva(s) notas de rodapé, com titulação, instituição a que estão vinculado, endereço e e-mail institucional.

Via e-mail

Os trabalhos poderão ser remetidos para o e-mail rene@ufc.br. Para tanto, é necessário enviar via e-mail o trabalho com no máximo 15 páginas, apresentado em Word for Windows versão 7.0/95 (doc), em espaço 1,5, letra 12, Times New Roman, com os nomes dos autores e as respectivas notas de rodapé (titulação, instituição a que estão vinculados, endereço e e-mail institucional). E, remeter para a Secretaria da Revista: ofício de encaminhamento com a assinatura de todos os autores; comprovante de assinatura da Revista de todos os autores e cópia do Parecer do Comitê de Ética, caso se trate de investigação envolvendo seres humanos.

[Home](#)]

[[Sobre esta revista](#)]

[[Corpo editorial](#)]

[[Assinatura](#)]

© 2000 UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
REDE DE ENFERMAGEM DO NORDESTE
R. ALEXANDRE BARAÚNA, 1115 – RODOLFO TEÓFILO
60430-160 FORTALEZA CE BRASIL
Tel. 55 85 3366-8453
Fax: 55 85 3366-8451
rene@ufc.br