UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde
da Família

RICARDO LANA PINHEIRO

Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP
2012

RICARDO LANA PINHEIRO

A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

RIBEIRÃO PRETO – SP
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pinheiro, Ricardo Lana

A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2012.
131 p. ; il. ; 30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Lorenzi, Carla Guanaes.

1. Redes sociais. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Construcionismo social.

PINHEIRO, Ricardo Lana

A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde da Família.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Rê, companheira de vida e caminhada, com quem compartilho ideais e visões de mundo. Obrigado por fazer parte da minha vida, pela paciência e apoio durante essa caminhada do mestrado, me ajudando, com sua generosidade, a ser sempre uma pessoa melhor.

Aos meus pais, Andréa e Nelson, pelo apoio e carinho durante toda a minha vida. Obrigado pela presença constante nesse tempo em Ribeirão e pelas visitas de surpresa!

À Patrícia, mais do que irmã, amiga, confidente, meu porto seguro. Ao Igor, que com seu jeito calado ensina muito sobre respeito ao ser humano.

À minha família, tios e primos, por tudo o que significam para mim e pelas risadas e conversas sérias.

À Angela pelo carinho e cuidado durante essa minha caminhada em Ribeirão. Muito obrigado por tudo! Espero um dia poder retribuir tudo o que você tem feito por mim.

Ao Amadeu e à Rosane pelo apoio, amizade e pela ajuda que tornou as coisas mais fáceis para mim em Ribeirão.

À Cris, ao Lúcio e ao Leo pela certeza de risadas nos momentos de encontro.

Ao Fábio pelas conversas enriquecedoras e pela alegria que deixa a moradia mais divertida.

Aos amigos de Patos que, apesar da distância, estão sempre comigo. Obrigado por me ensinar o valor da amizade! É um privilégio poder conviver com pessoas como vocês.

Aos amigos de Uberlândia: Gui, Victor, Ciça, Fred, Gustavo, Ju, Lorena, Mário, Arthur, Krol, Rui, Brunão, Léo, Hugão, Paulão, Dudu, Laranja, Lud, Cella, Paulão. Algumas das pessoas mais divertidas que eu conheço.

Aos professores de Uberlândia: Ruben, Maris, Paula, Sílvia Maria, Carmen, Anamaria, Emerson, que deixaram marcas que a cada dia que passa percebo que são mais importantes para mim. Obrigado pelos ensinamentos que me fazem acreditar no valor da Universidade.

Em especial, agradeço à Carla pela sensibilidade e carinho durante toda a caminhada, que contribuiu para minha formação como pesquisador e como pessoa, com seu olhar aguçado e atento ao que pode ser melhor no mundo. Obrigado por tudo!

Ao grupo de pesquisa: Ju Tiveron, Ju von Zuben, Pedro, Thaís, Camila, Andrezza, Marina, Marília, Giovanna, Emily, Marcus, Maria Lucia, Marisa e Paula, pela parceria nas reuniões, pelos apontamentos no texto e pelas risadas constantes.

Aos amigos de Ribeirão pelas risadas e discussões sobre ciência, vida e política: Ju, Lívio, Fer, Carol, Lu Pereira, Letícia, Leandro, Moisés, Tiago, Lu Rodrigues, Du, Ana Paula, Marcelo, Cidinha, Lages, Vinícius, Pedro, José Roberto.

Aos envolvidos no estágio “de Altinópolis” pela parceria e abertura durante o processo de pesquisa. Agradeço aos orientadores, Marco, Lícia, Carla e Carmen, e aos estagiários, Leandro, Moisés, Tiago, Naiara, Nara, Barbara, Felipe, Lara, Luiza.

À banca de qualificação, Marco e Zezé, pelos apontamentos que enriqueceram muito esse texto.

Aos funcionários da USP, em especial Isilda e Jacqueline, pela disposição para atender a minhas solicitações e responder a dúvidas.

A todos do sistema de saúde de Altinópolis, em especial à Ariana, pela abertura para a realização da pesquisa e pelo apoio durante todo o processo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo financiamento do estudo.

À Prefeitura de Altinópolis pelo apoio nas viagens entre Ribeirão Preto e Altinópolis.

E, por último, aos agentes comunitários de saúde de Altinópolis pela parceria e abertura para compartilhar um pouco de sua vida e de seu trabalho, possibilitando a construção de relações e reflexões que culminaram nesse trabalho. Muito obrigado! Esse trabalho é para vocês!

RESUMO

PINHEIRO, R. L. **A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

As políticas públicas de saúde brasileiras decorrem de um movimento de transformação que, problematizando o modelo biomédico de saúde, busca uma atenção baseada em uma concepção de saúde ampliada, que engloba não apenas seus determinantes biológicos, mas também psicológicos e sociais. Sensível a esse movimento, o Brasil tem investido na Atenção Primária à Saúde, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Um conceito que pode contribuir com o desenvolvimento de novas práticas nesse campo é o de rede social, que entendemos como o conjunto de pessoas com quem interagimos de forma regular e que consideramos como diferenciadas em relação às demais. Esse trabalho tem por objetivo discutir a relação entre redes sociais e a prática de agentes comunitários de saúde (ACS) no cotidiano da ESF, a partir dos sentidos construídos por ACS da cidade de Altinópolis (SP). Com esse objetivo, a pesquisa contou com a participação de 28 ACS de seis equipes de ESF. A construção do *corpus* incluiu a realização de dois grupos de discussão em cada equipe. No primeiro encontro se buscou conhecer a compreensão dos ACS sobre rede social, discutindo-se sua definição, funções e importância na vida das pessoas. O segundo encontro visou conhecer a constituição da rede social dos ACS por meio da construção de um instrumento denominado “mapa mínimo de relações”, e discutir as relações por eles percebidas entre suas redes e saúde. As conversas foram pautadas pelas práticas profissionais dos ACS e possibilidades de cuidado considerando redes sociais. Os grupos foram gravados em áudio e transcritos na íntegra. As transcrições foram analisadas por procedimentos qualitativos de análise temática, com base nas contribuições do movimento construcionista social em Ciência, privilegiando a compreensão dos processos relacionais de produção dos sentidos. Em nossa análise, construímos quatro eixos temáticos para a reflexão acerca do trabalho dos ACS: 1) Sentidos de rede social e implicações para o trabalho dos ACS; 2) A valorização/desvalorização do trabalho dos ACS; 3) Funções do ACS no trabalho com redes sociais em saúde; e 4) O mapa mínimo como ferramenta para o trabalho com redes sociais em saúde. Com base nesses resultados, discutimos a fertilidade de se incluir as redes sociais no trabalho da ESF, considerando-se as implicações de sua utilização a partir de diálogo com a teoria e com os relatos dos ACS. Também tecemos discussões sobre o mapa mínimo de relações como instrumento útil para esse campo de trabalho. A partir de nossas análises, discutimos que a utilização de redes sociais no contexto da ESF pode contribuir para práticas ancoradas em uma concepção ampla de saúde, que inclui, além dos aspectos físicos do processo saúde/doença, aspectos sociais, econômicos e psicológicos, valorizando a integralidade e a territorialidade no atendimento às famílias, considerando a comunidade e os ACS como parceiros no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Redes sociais. Estratégia Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Construcionismo social.

ABSTRACT

PINHEIRO, R. L. **The practice of the communitarian health agent with social networks at Family Health Strategy**. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The Brazilian public policies for health came from a movement of transformation that, questioning the biomedical model of health care, search for an attention based on a broad concept of health, that embraces not only its biological determinants, but also psychological and social ones. Working towards the same direction, Brazil has invested in Primary Health Care, especially in the Family Health Strategy (FHS). "Social network" is a concept that may contribute to the development of new practices in this field. As we understand it, social network is the set of people with whom we interact on a regular basis and that we consider as different from the others. This research aims to discuss the relation between social networks and the practice of Communitarian Health Agents (CHAs) in the context of FHS, drawing from the meanings constructed by the CHAs of the town of Altinópolis (São Paulo, Brazil). With that aim, 28 CHAs from six FHS teams participated of the research. The construction of the research *corpus* included two discussion groups on each team. The first meeting aimed to know what the CHAs comprehended about social network, discussing its definition, functions and importance on people's lives. The second meeting aimed to know the structure of the CHAs social networks through the construction of an instrument called "social network map", and also to discuss the relations they perceived between their own social networks and health. The conversations were guided by the CHA's professional practices and by possibilities for health care considering social networks. The meetings were audio-recorded and integrally transcribed. These transcripts were analyzed by means of qualitative procedures of thematic analysis, based on the contributions of the social constructionist movement in Science. In our analysis, we constructed four thematic axis for reflections on the CHA's work: 1) Meanings of social network and implications for the work of the CHAs; 2) The appreciation/depreciation of the work of the CHAs; 3) Functions of the CHA in the work with social networks in health; and 4) The social network map as a tool for working with social networks in health. Based on these results, we discuss the fertility of including social networks in FHS practices, considering the implications of its use through a dialogue with both theory and the reports of the CHAs. We also discuss the social network map as a useful tool for this field. From our analysis, we discuss that the use of social networks in the FHS context can contribute to practices anchored in a broad concept of health, which includes, in addition to physical aspects of the health/disease process, social, economical and psychological aspects, valuing both the principles of integrality and territoriality in the assistance to families, considering the community and the CHAs as partners on the health care process.

Keywords: Social Networks. Family Health Strategy. Communitarian Health Agents. Social Constructionism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária à saúde
BVS-Psi	Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
FFCLRP-USP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP
HC	Hospital das Clínicas
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1. Discurso científico – modernidade/pós-modernidade.....	19
1.2. A construção de um novo campo de investigação em saúde	22
1.3. A saúde brasileira e a Estratégia Saúde da Família.....	28
1.4. Rede social	33
1.5. Redes sociais e saúde	40
2. JUSTIFICATIVA.....	47
3. OBJETIVOS.....	49
4. MÉTODO.....	51
4.1. Aspectos éticos	51
4.2. Delineamento teórico-metodológico: Movimento construcionista social.....	52
4.3. Contexto e participantes	57
4.4. Instrumentos	60
4.5. Processo de construção do <i>corpus</i>	61
4.6. Análise do <i>corpus</i>	63
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A prática dos ACS com redes sociais	69
Eixo 1: Sentidos de rede social e implicações para o trabalho dos ACS	69
Eixo 2: A valorização/desvalorização do trabalho do ACS	77
Eixo 3: Funções do ACS no trabalho com redes sociais em saúde.....	85
Eixo 4: O mapa mínimo como ferramenta para o trabalho com redes sociais em saúde ..	95
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
6.1. Articulações entre o movimento construcionista social, redes sociais e a prática na ESF.	101
6.2. Redes sociais e saúde: apontamentos para a prática dos ACS	103
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	117
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CONSTITUIÇÃO DE BANCO DE DADOS	119
APÊNDICE C – ROTEIRO DO PRIMEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO	121
APÊNDICE D – ROTEIRO DO SEGUNDO GRUPO DE DISCUSSÃO	123
APÊNDICE E – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ACS.....	125
APÊNDICE F – QUADRO DE CATEGORIAS	127
APÊNDICE F – QUADRO DE CATEGORIAS	127
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FFCLRP-USP	131

APRESENTAÇÃO

Desenvolvemos essa pesquisa visando trazer contribuições para aqueles interessados no campo da saúde, oferecendo elementos para discutir sobre a temática de redes sociais como recurso útil para o trabalho nesse campo. Dessa forma, realizamos discussões teóricas e práticas sobre o contexto de redes sociais, dialogando com as políticas públicas de saúde brasileiras, com a literatura científica e com os participantes de nosso estudo.

Dessa forma, assumimos, durante todo o processo de pesquisa, uma postura reflexiva em relação às teorias e práticas aqui discutidas, não buscando trazer respostas definitivas às questões propostas, mas oferecer reflexões que possam ser úteis para o diálogo sobre redes sociais no campo da saúde.

Para a realização desse estudo, optamos por um diálogo com os pressupostos da saúde brasileira, realizando um aprofundamento histórico que contribuiu para a postura que adotamos, alinhada a uma perspectiva ampla de saúde, que considera não apenas aspectos físicos, mas também econômicos, culturais e psicológicos. A partir dos estudos que realizamos, fomos nos apropriando sobre as diversas possibilidades de ação que se abrem nesse campo vasto, que aborda diferentes níveis de atenção, com práticas oferecidas em contextos que vão desde hospitais superespecializados até visitas domiciliares.

Essa compreensão ampliada de saúde que defendemos se alinha às perspectivas presentes em contextos de participação social no Brasil, estando presente, por exemplo, no relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011 (BRASIL, 2012).

O processo de articulações e disputas políticas para se chegar a essa compreensão no Brasil é longo, com a participação de diferentes atores sociais, como militantes, trabalhadores da saúde e pessoas da Universidade, em luta por um modelo de atenção que atenda às demandas e necessidades da população. A partir de movimentos de reivindicação, se alcançou na legislação brasileira, a partir da constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a garantia de acesso universal e igualitário a serviços de saúde. Para atender a essa finalidade, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (BRASIL, 1990).

No entanto, a prática cotidiana em saúde é marcada por tensões entre diferentes práticas, discursos e interesses (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). E, em sua prática cotidiana, os trabalhadores da saúde se veem envolvidos nessas tensões.

Dentro do campo da saúde, elegemos, para essa pesquisa, o contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é considerada a estratégia prioritária da Atenção Primária à

Saúde¹ (APS) no Brasil. A APS vem sendo colocada como instância privilegiada para atuações pautadas por uma forma de compreensão de saúde que considere as demandas da população não apenas em seu caráter físico (a saúde como ausência de doença), mas abarcando também os determinantes sociais do processo saúde/doença.

Dentro desse espectro da APS, na ESF são defendidas atuações próximas às comunidades atendidas e planejadas em conjunto com a população com base em diagnósticos da situação local, enfatizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde, em diálogo com os outros níveis de atenção à saúde, como em hospitais especializados.

Objetivamos, com essa pesquisa, tecer reflexões sobre a fertilidade de se pensar em práticas considerando redes sociais na prática na ESF. Acreditamos na potencialidade dessa reflexão devido às características da atuação prevista na ESF, que abrem espaço para a construção de diferentes tipos de prática, podendo-se pensar em atuações inovadoras, planejadas em conjunto pelos trabalhadores da ESF, os usuários, instâncias políticas e outros lugares, como a Universidade.

Para atender a esses objetivos, realizamos grupos de discussão com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da cidade de Altinópolis, no interior de São Paulo, para discutir sobre redes sociais, sua relação com saúde e práticas em saúde que considerem redes sociais na ESF.

A pesquisa aqui relatada se insere no contexto de um projeto mais amplo de pesquisa e extensão universitária, intitulado “Suporte e Qualificação Profissional para o cuidado em saúde na atenção primária – município de Altinópolis” e coordenado pelo Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo, pela Profa. Dra. Carla Guanaes (orientadora dessa pesquisa), pela Profa. Carmen Lúcia Cardoso e pela psicóloga Lícia de Souza Barcellos. Este projeto desenvolve uma parceria entre o Programa de Atendimento Psicossocial do Centro de Psicologia e Aplicada do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP (FFCLRP-USP) e a Secretaria de Saúde de Altinópolis.

Para embasar nossas discussões, dialogamos com a literatura científica sobre redes sociais, com perspectivas críticas de ciência, enfatizando-se as contribuições do movimento construcionista social, que busca questionar as explicações naturalizadas e essencialistas do mundo e das práticas sociais.

¹ No texto, utilizamos a expressão “Atenção Primária à Saúde”, e não “Atenção Básica”, como em alguns documentos do Governo. Concordamos com a argumentação de Mello, Fontanella e Demarzo (2009) de que esses termos podem ser utilizados como sinônimos, e optamos por APS por ser a terminologia adotada internacionalmente, aparecendo também em textos mais recentes do Ministério da Saúde.

O movimento Construcionista Social em Ciência (GERGEN, 1985; 1997) considera central o papel dos relacionamentos humanos na construção das descrições das pessoas acerca de si mesmas e do mundo em que vivem. Os autores que se definem como construcionistas entendem as práticas e descrições de mundo como contextualmente situadas (social e historicamente) e, assim, mais do que buscar explicações definitivas para os fenômenos, buscam compreender e explorar as implicações e decorrências da utilização de certos discursos e práticas para a sustentação de determinadas realidades.

Consideramos, a partir de uma perspectiva relacional, que conhecer como as pessoas significam determinadas situações pode ser um caminho proveitoso para compreender as práticas sociais de que participam. Assim, encaramos os grupos de discussão como uma ferramenta útil para o diálogo entre diversas pessoas, favorecendo o contato entre diferentes posicionamentos e a construção de novas possibilidades – no caso, para a relação entre redes sociais e saúde na prática dos ACS.

O primeiro capítulo do texto é introdutório, trazendo o referencial teórico adotado na pesquisa e as bases da ESF. Assim, contém discussões sobre: o discurso científico; políticas públicas de saúde, enfatizando a Atenção Primária à Saúde (APS) e a ESF; redes sociais; e redes sociais e saúde.

Os capítulos 2 e 3 se referem, respectivamente, à justificativa de realização da pesquisa e aos objetivos do estudo.

O capítulo 4 trata do método que adotamos na pesquisa. Inicialmente, discutimos os aspectos éticos relacionados ao estudo. Posteriormente, abordamos o delineamento teórico-metodológico adotado, os pressupostos do movimento construcionista social em Ciência e implicações dessa compreensão para a prática de pesquisa. Nesse capítulo, também apresentamos o contexto e os participantes do estudo e, por último, nossa forma de análise do *corpus*, que foi dividida em dois momentos. Nesse tópico, já apresentamos parte dos resultados da pesquisa, especificamente em relação ao primeiro momento de nossa análise, que denominamos como “delineamento de categorias”. No segundo momento da análise, realizamos uma análise temática das conversas grupais. Consideramos que essa apresentação detalhada de nosso método contribui para que o leitor acompanhe como o estudo foi realizado e a postura por nós adotada.

O quinto capítulo se destina aos resultados e discussão do estudo, sendo apresentados trechos dos grupos de discussão que realizamos, com base em nossa análise temática. É nesse

capítulo que trazemos as vozes dos ACS, uma vez que são apresentados trechos das transcrições dos grupos na íntegra, buscando manter a riqueza das discussões realizadas.

Finalmente, no capítulo 6 trazemos as considerações finais da pesquisa, com reflexões construídas a partir da discussão dos resultados e uma síntese do que foi discutido durante o texto, enfatizando o caráter instrumental da pesquisa e seu potencial para se pensar em práticas com redes sociais no contexto da ESF.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Discurso científico – modernidade/pós-modernidade

Para dar início a nossa discussão sobre uma possível articulação entre redes sociais e o trabalho na ESF, discutiremos essa amparada pelas contribuições do movimento construcionista social em Ciência, faremos uma introdução sobre o desenvolvimento do conhecimento científico e suas implicações. Dessa forma, traçamos um breve histórico sobre formas de conceber a ciência, em especial sobre os paradigmas moderno e pós-moderno, para amparar nossa compreensão de ciência e as implicações de diferentes paradigmas para práticas em saúde.

Segundo Capra (1995), antes de 1500, a visão de mundo predominante na Europa e na maioria das civilizações era orgânica, sendo que as explicações se baseavam em uma dependência mútua entre fenômenos espirituais e materiais, frequentemente baseadas em mitologia (SCLIAR, 1987). Na Idade Média, Tomás de Aquino uniu essa visão à teologia cristã, estabelecendo as bases de uma estrutura que se manteve durante toda a Idade Média, baseada na fé e na razão na busca por compreender o significado das coisas (CAPRA, 1995).

O paradigma moderno de ciência se pauta por uma visão de mundo nova em relação a essas formas apresentadas e se constituiu a partir da “revolução científica” dos séculos XVI e XVII, desenvolvendo-se, sobretudo, no campo das ciências naturais e se estendendo às sociais apenas no século XIX (CAPRA, 1995; SANTOS, 2002). Segundo Capra (1995), as bases de pensamento desse paradigma se tornaram o alicerce do pensamento científico que dominou a cultura ocidental até o século XX.

Descartes, um dos principais pensadores dessa lógica científica, é considerado o “pai da filosofia moderna” (CAPRA, 1995) e tem como sua principal obra o “Discurso sobre o método” (1637/1987). Descartes defende que não se deve confiar na experiência imediata, naquilo que se vê, sente ou ouve, devendo a realidade ser estudada a partir de métodos e técnicas sistematizados.

Nesse modo de conceber a ciência e o mundo, a natureza é considerada passiva e totalmente separada do ser humano, podendo ser submetida a métodos de pesquisa que visam estabelecer leis sobre seu funcionamento, passíveis de ser observadas e medidas com rigor e precisão. A “descoberta” das leis da natureza se baseia na ideia de que, mantidas as condições dos estudos, os mesmos resultados serão obtidos, independentemente de onde e quando estes

se repetirão, e também na noção de que se deve retirar dos estudos condições consideradas irrelevantes para se alcançar os resultados que se busca (SANTOS, 2002). Assim, se considera que é possível alcançar verdades universais e atemporais. A partir das contribuições de Francis Bacon, datadas dos séculos XVI e XVII, ganhou força a ideia de que o homem busca conhecer a natureza para dominá-la e controlá-la (CAPRA, 1995; SANTOS, 2002).

Segundo Barros (2002), essa lógica traz elementos que guiam a prática científica ainda hoje: não se deve aceitar nada como verdade, a não ser que possa ser identificado como tal a partir de evidências irrefutáveis; deve-se dividir o foco de análise em quantas partes possíveis e necessárias para solucionar problemas; deve-se conduzir o pensamento de forma ordenada, partindo do mais simples ao mais complexo; deve-se revisar à exaustão os argumentos para certificar que nada foi omitido. Santos (2002) atribui um caráter totalitário a esse modelo de ciência, que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não sigam seus preceitos epistemológicos e metodológicos, aceitando somente o conhecimento científico como verdadeiro.

Capra (1995) define o mecanicismo como a hipótese universal da modernidade. Nessa lógica, o universo e o ser humano são compreendidos como máquinas, sendo compostas por partes que podem ser estudadas separadamente. Descartes (1987) comparou o corpo humano a um relógio, composto de engrenagens e molas – o coração, por exemplo, seria uma bomba que leva sangue ao resto do corpo.

Segundo Santos (2002), o determinismo mecanicista se mostrou funcional para dominar e transformar a natureza, mais do que para explicá-la. No plano social, essa lógica se aproximava dos interesses da burguesia ascendente, sendo paulatinamente transposta para o estudo da sociedade. Acreditava-se que, “tal como foi possível descobrir as leis da natureza, seria igualmente possível descobrir as leis da sociedade” (SANTOS, 2002, p. 18).

Essa transposição para o campo social foi realizada no século XVIII, sendo criadas as ciências sociais e o que alguns autores denominam como “física social” (CAPRA, 1995. p. 63). Seguindo as premissas positivistas, as ciências sociais tinham inicialmente caráter predominantemente empírico, devendo-se empregar métodos e técnicas sistematizadas. Esse momento, descrito por Capra (1995) como extremamente significativo, foi denominado de “Iluminismo”. Seu principal expoente, John Locke, trouxe a noção de que o homem ao nascer é uma tábula rasa onde o conhecimento é gravado por meio da experiência, dependendo, assim, inteiramente de seu meio para se desenvolver. Essa concepção contribuiu para sustentar os ideais de individualismo, direito de propriedade, mercados livres e governo

representativo, e teve influência em correntes tradicionais de Psicologia, como o behaviorismo e a psicanálise (CAPRA, 1995).

Segundo Barros (2002), o paradigma mecanicista só começou a receber questionamentos quando outras teorias passaram a ser demandadas para explicar fenômenos complexos do mundo. Capra (1995) e Santos (2002) se referem a esse momento como uma crise do paradigma moderno de ciência, em que se tem noção das insuficiências desse paradigma como único modelo explicativo do mundo.

Os questionamentos sobre o paradigma moderno se delinearam de maneira mais clara e contundente no início do século XX (CAPRA, 1995; SANTOS, 2002). Segundo Capra (1995), os desenvolvimentos da física nesse período “pulverizaram todos os principais conceitos da visão de mundo cartesiana e da mecânica newtoniana” (p. 69). Nessas teorias, as noções de espaço e tempo como absolutos, da causalidade dos fenômenos e as descrições objetivas da natureza perderam seu caráter universal e explicativo, não se aplicando aos estudos que eram realizados (CAPRA, 1995; SANTOS, 2002).

Nesse processo, ganha espaço a compreensão de que o rigor do conhecimento é limitado e que a hipótese determinista do mecanicismo é inviável, uma vez que se questionaram as noções de causalidade dos fenômenos. Também se desenvolve a noção de que, em estudos científicos, é difícil estabelecer uma distinção clara entre o pesquisador e seu objeto de estudo, com uma neutralidade absoluta, questionando-se a ideia do pesquisador descolado de seu objeto de estudo – na física quântica se desenvolveu a ideia de que é impossível observar ou medir um objeto sem interferir nele². (CAPRA, 1995). A partir desses questionamentos, a ideia de leis universais é questionada, sendo “parcial e sucessivamente substituída pelas noções de sistema, de estrutura, de modelo e, por último, pela noção de processo” (SANTOS, 2002, p. 31).

Santos (2002) destaca duas facetas dessa reflexão sobre as limitações do paradigma moderno de ciência: a) é desenvolvida predominantemente pelos próprios cientistas, que adquiriram competência e interesses filosóficos para problematizar sua prática científica; b) abrange campos que antes eram deixados aos sociólogos, e que passaram a ocupar papel relevante em reflexões epistemológicas. Dentre as abordagens delineadas a partir das críticas aos pressupostos modernos de ciência estão aquelas alinhadas a um pensamento pós-moderno,

² Destacamos, contudo, que nesses estudos ainda há a busca pela verdade e por compreender como funcionam os fenômenos, ou seja, uma postura realista, o que se observa, por exemplo, quando Capra (1995) se refere aos “descobrimientos” da ciência.

como o movimento construcionista social, que enfatiza a importância da linguagem na construção de sentidos sobre o mundo, não considerando que há verdades universais e únicas, mas verdades situadas e construídas mediante acordos entre pessoas (GERGEN, 1997).

Destacamos que as duas obras que utilizamos como principais referências de questionamento do paradigma positivista moderno em ciência são datadas da década de 1980 (Capra publicou originalmente em 1982; Santos, em 1987). Essa também é a década em que foi publicada a obra geralmente descrita como o primeiro texto construcionista social em Psicologia: “The social constructionist movement in modern psychology”, publicado por Kenneth Gergen em 1985 (GERGEN, 1985).

1.2. A construção de um novo campo de investigação em saúde

Segundo Barros (2002), a faceta mais visível do paradigma moderno no campo da saúde se dá no chamado modelo biomédico ou mecanicista. Barros (2002) e Capra (1995) criticam o reducionismo desse modelo, que reforça a visão do corpo e do mundo como uma grande máquina a se explorar (BARROS, 2002). Consideramos importante a compreensão de que essa visão abriu espaço para que a medicina mecanicista fornecesse os instrumentos para médicos lidarem com as doenças de maneira cada vez mais satisfatória – o que levou a grandes feitos, como vacinas e tratamentos para diversas doenças. Porém, Barros (2002) critica a hegemonia desse modelo, questionando a que interesses atende e apontando que, mais que uma defesa da saúde, este sustenta também uma comercialização de medicamentos e práticas.

São vários os estudos que apontam as limitações do modelo biomédico para atenção à saúde (BARROS, 2002; CAPRA, 1995; MARTINS; FONTES, 2008; MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992). Para Barros (2002), a maior expressão das implicações do modelo biomédico na saúde se dá na “medicalização”, em que há uma grande valorização da figura do especialista, e uma consequente demanda por práticas superespecializadas e focadas na solução de algum problema pontual, perdendo-se de vista a pessoa como um todo e suas condições de vida. Barros (2002) discute que as implicações dessa lógica de cuidado podem ser um maior foco em práticas meramente paliativas ou a manutenção do *status quo* do médico, sustentando sua superioridade e a atribuição de melhorias na saúde ao desenvolvimento de tecnologias e à medicalização, se perdendo de vista a complexidade de outros aspectos (econômicos, psicológicos e sociais).

Esse modelo de assistência hegemônico é caracterizado por privilegiar a figura do médico e o ambiente hospitalar, sendo descrito como um modelo médico-centrado e hospitalocêntrico, que dá grande importância ao desenvolvimento de equipamentos e fármacos, o que pode trazer um grande custo aos serviços de saúde. Trata-se de um sistema centrado nos procedimentos, abrindo espaço para o atendimento a interesses comerciais e industriais (BARROS, 2002; FRANCO; MERHY, 2003).

Barros (2002) argumenta que a insuficiência desse modelo em abarcar a complexidade das causas de problemas de saúde vem causando insatisfação, uma vez que dificulta a incorporação de características psicológicas ou socioeconômicas nas categorias diagnósticas propostas. Para o autor, não há uma maldade intrínseca a esse modelo, mas este é muito restrito em seu poder explicativo. Dessa forma, são propostas novas formas de compreender a saúde e os processos de cuidado, formas essas que vão além de categorias diagnósticas ou da consideração do indivíduo e de seu corpo como o foco de cuidado. Busca-se compreender a pessoa em contexto e outras possibilidades de atuação em busca de melhores condições de saúde.

Os anos 1970 foram centrais para o desenvolvimento de um novo paradigma de atenção à saúde, que culminou em uma grande ênfase na Atenção Primária à Saúde, em âmbito internacional e nacional. Na época, o capitalismo passava por uma forte crise, o que afetou a economia dos países desenvolvidos (FRANCO; MERHY, 2003), bem como a hegemonia global dos Estados Unidos (CUETO, 2004). Com isso, houve efeitos também nos investimentos sociais, inclusive na saúde (FRANCO; MERHY, 2003). Cueto (2004) coloca que, nesse contexto político, a independência de países africanos e a presença de variados movimentos anti-imperialistas em países menos desenvolvidos também contribuiu para que os países industrializados efetuassem mudanças em suas propostas, sendo a modernização não mais vista como uma réplica do modelo dos Estados Unidos ou da Europa Ocidental. Assim, segundo o autor, foram revistas resoluções econômicas internacionais com vistas a apoiar países menos desenvolvidos.

Nesse processo, e com influência de práticas diferentes das biomédicas (por exemplo, os médicos de pés descalços, na China), foram sendo incorporados outros elementos à noção de saúde, como a relação entre desnutrição e pobreza (CUETO, 2004). Essas informações embasam um relatório elaborado pela Organização Mundial da Saúde em conjunto com o

Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), publicado em 1975³ (DJUKANOVIC; MACH, 1975), e descrito por Cueto (2004) como a base para o debate sobre APS em escala mundial.

Em consonância com esses princípios, na Assembleia Mundial de Saúde de 1976, o então diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Halfdan Mahler, propôs a meta de “saúde para todos até o ano 2000”, o que demandaria uma mudança radical nas estruturas técnicas e científicas de saúde pública (CUETO, 2004).

Essa foi a conjuntura de realização da Conferência de Alma-Ata, que é considerada como o divisor de águas em relação à APS, e ocorreu em 1978 no Cazaquistão, na Antiga União Soviética, o que Cueto (2004) coloca como uma pequena vitória soviética na Guerra Fria. Segundo o autor, a conferência teve participação de 3000 delegados de 134 governos e 67 organizações internacionais, especialmente do setor público, do mundo todo. Em Alma-Ata, havia certo grau de concordância em relação às discussões, uma vez que, de 1976 a 1978, foram realizados encontros regionais para discutir abordagens alternativas de atenção à saúde (CUETO, 2004).

A Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978) traz as indicações construídas a partir da Conferência e diz respeito a mudanças na organização e na forma de conceber a saúde, trazendo, já em seu primeiro parágrafo, a necessidade de “promover a saúde para todos os povos do mundo” (p. 1). Na Declaração, a saúde é compreendida como:

estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e [...] a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, p. 1).

Na Conferência, foi dada grande ênfase a uma noção ampliada de saúde, que compreende que as condições de vida da população devem ser consideradas no diagnóstico de condições de saúde, destacando-se uma preocupação com a desigualdade do estado de saúde de diferentes povos no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). A participação social no planejamento e execução dos cuidados de saúde também é abordada na Declaração.

³ O relatório é intitulado “*Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*” e traz discussões sobre experiências bem sucedidas de Atenção Primária à Saúde em diversos lugares, tais como Bangladesh, Cuba, Níger e Índia.

A chave para alcançar essas metas, especialmente a de “saúde para todos no ano 2000”, “no espírito da justiça social” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, p. 1), era a Atenção Primária à Saúde, definida na Declaração como

o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, pp. 1-2).

Segundo Cueto (2004), há três ideias chave na Declaração: a) tecnologia apropriada (criticando a ideia de tecnologias voltadas para a doença, que, muitas vezes, eram muito caras ou não atendiam às necessidades mais comuns das pessoas, especialmente os pobres); b) oposição a um elitismo médico (criticando a superespecialização dos trabalhadores e as políticas de saúde orientadas de cima para baixo); e c) a concepção da saúde como um instrumento para o desenvolvimento socioeconômico (não se percebendo o campo da saúde como isolado, mas como parte de um processo de melhora de condições de vida, com ênfase na APS como centro dos sistemas de saúde).

Essas noções desenvolvidas em Alma-Ata colocam que os critérios para definição de atuações em saúde devem ser articulados às necessidades da população, com instrumentos e custos adequados (CUETO, 2004). Dentro dessa visão, para o autor, é necessária uma abordagem intersectorial, que inclua o trabalho de variadas instituições (públicas e privadas) em questões de saúde, envolvendo educação, moradia, saneamento básico, dentre outros aspectos.

Segundo Spink (2003), a Conferência abriu uma dimensão nova: a de considerar os fatores sociais relacionados ao processo saúde-doença. Na Declaração de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde devem incluir, no mínimo,

educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, p. 2).

O texto da Declaração tinha a pretensão de ser universal (CUETO, 2004), mas se desenvolveram diferentes correntes de APS no mundo, guardando relações com realidades

políticas e sociais locais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005). Segundo texto da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005) –, em geral, são definidas quatro categorias principais que se referem às correntes de APS:

- APS Seletiva: Essa corrente de APS enfoca um número limitado de serviços de grande impacto para lidar com desafios de saúde prevalentes, prioritariamente, em países em desenvolvimento. Os principais serviços “tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, técnicas de re-hidratação oral, amamentação e imunização)” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005, p. 3), podendo incluir também complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar. Essa foi a forma predominante de APS nos países em desenvolvimento, buscando combater a mortalidade infantil e doenças infecciosas.
- Atenção Primária: Diz respeito ao primeiro nível de serviços, ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. É a concepção mais comum em países da Europa e outros países industrializados, relacionando-se diretamente à prática de médicos com especialização em clínica geral ou medicina familiar.
- “APS abrangente” de Alma-Ata: Concepção decorrente da Declaração de Alma-Ata, que compreende a APS como o primeiro nível de atenção em saúde, de forma integrada e abrangente, considerando-se a participação social, intersetorialidade, com presença de vários trabalhadores de saúde. Defende uma noção ampliada de saúde, acessibilidade universal, planejamento baseado nas necessidades da população, com utilização de tecnologia apropriada e adequação dos custos aos recursos disponíveis.
- Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos: Essa concepção compreende a saúde como um direito humano básico, e que deve abarcar os determinantes sociais e políticos da saúde. Suas diferenças em relação à noção de Alma-Ata residem mais em suas implicações sociais e políticas do que sobre os princípios. Nessa compreensão, se defende, além de uma APS integrada e abrangente, que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas,

apoiando-se em compromissos legais e financeiros para se garantir uma melhora universal nas condições de saúde.

A legislação brasileira da APS é fortemente influenciada pela compreensão de Alma-Ata, e vários atores sociais envolvidos com a APS defendem a abordagem de direitos humanos. Destacamos que a OPAS defende a APS como a “melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005, p. 6) e, nesse sentido, nos alinhamos à última corrente apresentada, a Abordagem de Saúde e Direitos Humanos, por compreender que deve haver um sistema universal de garantia dos direitos básicos do ser humano, tais como saúde, moradia, saneamento básico, sendo necessárias legislações para a garantia desses direitos e o cumprimento das leis.

Nesse sentido, destacamos a noção da OPAS de que, enfatizando-se a APS, pode se chegar a uma diminuição das desigualdades no atendimento, a uma maior satisfação da comunidade e à possibilidade de atingir as causas dos problemas de saúde, considerando-se seus determinantes sociais e políticos. Dessa forma, é importante um planejamento que considere as necessidades da população e suas condições de vida, devendo os sistemas de saúde ser inscritos como parte de uma rede mais ampla de atenção à população, que deve atuar de forma articulada e contínua – o que demanda uma mudança de paradigma em relação às atuações tradicionais e dominantes em saúde, pautadas por práticas biomédicas.

Segundo Martins e Fontes (2008), foi prioritariamente nos anos 1980 que se afirmou uma tendência mais clara de mudança de paradigmas, saindo-se de uma compreensão reducionista de considerar a saúde como a negativa da doença (ter saúde é não estar doente), passando-se para outra definição, mais complexa e afirmativa, definindo-se saúde a partir também de condições culturais, sociais, políticas etc. Assim, a saúde deixou de ser compreendida como ação preventiva para ser entendida como promoção, não em referência a uma doença, mas considerando-se as condições de vida das pessoas.

Nesse sentido, é interessante a argumentação de Cecilio (2006) de que os serviços de saúde devem ser orientados com base nas necessidades de saúde da população, o que inclui o acesso a boas condições de vida – que, para o autor, vão além de fatores do ambiente, dos determinantes do processo saúde/doença, incluindo também os lugares ocupados pelas pessoas no mundo, conforme uma análise marxista. Para o autor, “a maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde” (p. 116).

Com base nesses preceitos, na APS defendem-se práticas amplas, voltadas à educação, à melhoria de condições de vida e redução de desigualdades, abrindo-se um grande leque de necessidades e possibilidades de atuação, que transcendem o campo individual e se articulam com os outros níveis de atenção à saúde.

No Brasil, a APS tem ganhado destaque, sendo que o histórico das concepções que pautam as políticas de saúde brasileiras dialoga com esses movimentos de crítica discutidos anteriormente. O próximo tópico é destinado a um breve histórico sobre as políticas de saúde brasileira e à apresentação da ESF.

1.3. A saúde brasileira e a Estratégia Saúde da Família

As políticas de saúde brasileiras atuais foram construídas a partir de uma trajetória de discussões, conferências e articulações políticas ocorridas tanto em âmbito nacional quanto internacional. O ponto alto dessa trajetória no Brasil pode ser considerado a criação do SUS em 1990, que determina as diretrizes atuais da saúde brasileira e garante acesso universal a serviços de saúde. Para uma melhor compreensão desse processo, recorreremos ao histórico da saúde no Brasil.

Desde o período colonial até a Primeira República, não havia um sistema de saúde estruturado formalmente no Brasil, sendo que grande parte da população, que não dispunha de meios de acesso a cuidados de saúde, utilizava conhecimentos populares em seu tratamento, enquanto os senhores tinham acesso a profissionais de saúde trazidos de Portugal. Com a Abolição da Escravatura em 1888, começou um processo de migração para o Brasil em busca de trabalho assalariado em lavouras. O maior fluxo migratório foi proveniente da Itália, Espanha e Portugal, e a manutenção das condições sanitárias para receber esse contingente estava cada vez mais difícil, o que, aliado à falta de políticas sociais e de saúde, culminou em fortes epidemias de febre amarela e peste bubônica (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Com a proclamação da República (1889), foi elaborada uma Constituição em que se incorporou a saúde como área estatal, sendo estabelecidas estruturas e locais de atuação. Nesse período começaram campanhas de “Higienização” (destacando-se a figura de Oswaldo Cruz), passando a questão sanitária a ser tratada também como questão política. No entanto, essas campanhas tinham caráter militar e opressivo (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Concomitantemente ao processo de expansão industrial no Brasil, se começou a investir na medicina tecnológica, havendo também o desenvolvimento da indústria de fármacos. Isso favoreceu o aumento da atenção de caráter curativo, em detrimento da

prevenção, uma vez que se proclamava a necessidade da força de trabalho estar pronta para o trabalho o mais rápido possível, em nome do desenvolvimento (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PEDUZZI; PALMA, 1996). Nesse período, foram instituídos serviços médicos dentro das empresas, com prestação privada de serviço (PEDUZZI; PALMA, 1996).

Essas políticas se alinham ao que Mendes (1995) define como modelo médico assistencial-privatista, que tem como bases: extensão da cobertura previdenciária, para abranger quase toda a população (urbana e rural); privilegiar a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; criação, a partir do Estado, de um complexo médico-industrial; desenvolvimento de um padrão de organização da prática de saúde pautado em termos da lucratividade do setor de saúde, promovendo a capitalização da medicina e privilegiando o setor privado.

Na época da Ditadura Militar, o movimento sanitário emergiu no seio das universidades como um possível agente de luta contra esse regime político. Criticava-se principalmente a exclusão dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PEDUZZI; PALMA, 1996).

A partir dos sinais de queda do Regime Militar, houve crise no atendimento à saúde, o que levou à necessidade de se desenvolver e expandir um modelo assistencial de baixo custo para os excluídos pelo modelo privatista. A época coincidiu com a proposta internacional de cuidados primários, com base na Conferência de Alma-Ata. No entanto, segundo Mendes (1995), no Brasil começa a se desenvolver uma atenção primária seletiva, visando atender a populações marginalizadas, com pouco dispêndio de recursos, utilizando tecnologias simples e baratas e com profissionais com baixa qualificação. Além disso, essa atenção primária era deslocada de outros níveis dos serviços de saúde, com maior complexidade tecnológica. O autor descreve essa lógica como uma atenção pobre para pobres, o que foi criticado por atores do movimento sanitário no Brasil.

O processo de reforma sanitária culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que teve como temática o direito à saúde, a reformulação do sistema de saúde e seu financiamento. Essa Conferência constituiu um momento de primordial importância para a crítica do conceito de saúde simplesmente como ausência de doença, buscando-se uma concepção mais ampla e dinâmica, compreendendo a saúde como resultado de vários aspectos tais como acesso a escola, lazer, saneamento básico, dentre

outros (BRASIL, 1986). Foi revista a legislação referente à promoção, proteção e recuperação de saúde, culminando no lançamento das bases do SUS.

O SUS foi implantado com a lei 8080 de 1990 (BRASIL, 1990), que considera a saúde como um direito fundamental, cabendo ao Estado fornecer as condições para seu exercício por meio de políticas de redução de riscos de doenças e de garantia de acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de saúde. Dentre os fatores determinantes e condicionantes de saúde descritos na lei estão: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais.

O SUS é regido pelos seguintes princípios e diretrizes (BRASIL, 1990): universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência, oferecendo-se serviços preventivos e curativos, individuais ou coletivos; igualdade da assistência à saúde; preservação da autonomia das pessoas em defesa de sua integridade física e moral; direito das pessoas a informações sobre sua saúde; divulgação de informações sobre os serviços de saúde e sua utilização; utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, e alocação de recursos; participação social; descentralização político-administrativa; integração em nível executivo entre ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos entre União, Estados e Municípios; resolutividade dos serviços; organização dos serviços para evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Uma proposta que vem ganhando destaque dentre os serviços oferecidos pelo SUS, e que consideramos como uma importante forma de garantir o acesso igualitário a toda a população, é a ESF, criada em 1994, que tem como base a APS. Na legislação brasileira, a APS é colocada no primeiro nível de uma rede hierarquizada de atenção, devendo estar vinculada à rede mais ampla de serviços, de forma que se garanta atenção integral às pessoas, estabelecendo referência e contrarreferência de pacientes para serviços de maior complexidade (BRASIL, 1998).

A organização da APS no Brasil se fundamenta pelos princípios do SUS de saúde como direito, integralidade, universalidade e equidade da assistência, e enfatiza a resolutividade (eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde), a intersetorialidade (ações integradas entre serviços de saúde e outros órgãos públicos), a humanização do atendimento e a participação social na gestão do sistema (BRASIL, 1998). A ESF tem caráter substitutivo em relação aos serviços que atuam na APS de uma forma

tradicional (BRASIL, 2006). Franco e Merhy (2003) colocam que o processo de trabalho da ESF difere do tradicional por estar centrado na vigilância à saúde.

Cada unidade de ESF é formada por uma equipe multiprofissional que deve ter, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2006). Cada unidade é responsável por, no máximo, 4000 habitantes, com média recomendada de 3000. O número de ACS deve ser suficiente para atender 100% da população cadastrada, sendo que cada equipe pode ter no máximo 12 ACS, com um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2006). Atualmente, a ESF constitui uma política nacional, atendendo a aproximadamente 101 milhões de pessoas (BRASIL, 2011).

A ESF se orienta pelos seguintes princípios: adscrição da clientela (vínculo permanente entre a população, equipes e unidades de saúde); territorialização (definição e mapeamento do território e da população atendida); diagnóstico da situação de saúde da população (análise da situação de saúde do local de atuação, por meio do cadastramento das famílias e indivíduos); e planejamento baseado na realidade local (atividades orientadas de acordo com critérios de risco à saúde, com prioridade para ações articuladas permanentemente com os atendidos) (BRASIL, 1997). Nessa lógica, o objeto da atenção dos trabalhadores deve ser o indivíduo em relação com outras pessoas, sejam estas de sua família ou não.

As concepções da ESF consideram o indivíduo em contexto, devendo as ações de saúde extrapolar a ordem individual, levando em conta as histórias de vida das pessoas atendidas e especificidades dos locais em que vivem. Segundo Duarte, Silva e Cardoso (2007) e Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002), uma ampla compreensão do processo saúde-doença, em suas dimensões biológicas, sociais, políticas, econômicas, culturais, é importante para um bom planejamento de ações de saúde, partindo da realidade das famílias atendidas.

A proposta de atuação da ESF se alinha a essa perspectiva, favorecendo ações que partam da realidade social dos usuários. Para Sousa e Hamann (2009), a presença dos ACS é central nesse processo, pois as especificidades de sua atuação favorecem a oferta de atenção centrada na família e atenção comunitária (TEMPORÃO, 2009). O ACS deve residir em sua área de atuação, o que tem fundamental importância para a lógica da ESF, pois os ACS têm maior conhecimento sobre sua área e sobre as pessoas que ali vivem (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; LUNARDELO, 2004; SILVA; DALMASO, 2002).

Segundo Lunardelo (2004), isto favorece melhores relações com os usuários e facilita que se estabeleçam vínculos, compreendidos por Silva (2006) como elemento constitutivo da

integralidade na atenção à saúde, resultado de uma articulação entre equipe, instituições e comunidade. Segundo Levy, Matos e Tomita (2004), o fato dos agentes residirem na comunidade também é importante para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para conversar sobre seus problemas com alguém que compartilha a mesma realidade.

Dessa forma, a presença do ACS contribui para a realização de um atendimento integral, sendo a integralidade compreendida não apenas considerando o diálogo entre diferentes lugares, como as equipes de saúde e a comunidade, mas também abrindo espaço para que se trabalhe a integralidade do ser humano, compreendendo-o como mais do que um corpo, indo além do caráter biológico nos atendimentos em saúde.

Segundo Mattos (2006), para se responder a essa integralidade é necessário um duplo movimento, relativo às práticas dos profissionais de saúde e também à própria organização do trabalho. Para o autor, isso demanda uma horizontalização dos programas de saúde, que devem pautar suas práticas a partir das necessidades da população atendida e não apenas a partir de demandas de programas ministeriais (verticalizados). Assim, é possível compreender os usuários em relação com seu contexto de vida, como pessoas que vivem, sentem, agem no mundo e, a partir dessa compreensão, construir ações de saúde para essas pessoas (CECILIO, 2006; MATTOS, 2006).

As características de atuação dos ACS contribuem para que eles sejam aqueles com maior e mais direto contato com a população e, portanto, importantes interlocutores na efetivação das políticas de saúde defendidas pelo SUS, razão pela qual elegemos, nesse estudo, dialogar com esses profissionais para investigar os sentidos por eles construídos sobre o trabalho com redes sociais em saúde.

Consideramos que a atuação do ACS com redes sociais pode contribuir para ações que fujam do trabalho médico-centrado e procedimento-centrado. Essa perspectiva se aproxima das reflexões de Franco e Merhy (2003) e Merhy e Franco (2003), que argumentam que é necessária uma mudança nas ações cotidianas em saúde, valorizando-se práticas de trabalho calcadas na relação entre o sistema de saúde e o usuário, em busca de um atendimento centrado em suas necessidades.

Nessa lógica, para os autores, o usuário também é ativo, podendo ser protagonista de atos de cuidado, sendo essa uma perspectiva que incentiva o desenvolvimento da autonomia da população. Dessa forma, podem ser articulados outros elementos nas discussões sobre os determinantes da saúde, incluindo-se fatores psicológicos, sociais e econômicos.

O conceito e práticas com redes sociais podem contribuir com o trabalho da saúde, e consideramos este particularmente útil no contexto da ESF. Assim, no próximo tópico trataremos algumas definições e reflexões sobre o conceito de rede social, para posteriormente articular esse conceito com possibilidades para o trabalho em saúde.

1.4. Rede social

Nesse tópico, discutiremos conceitualmente a temática de redes sociais, dialogando com a literatura da área e buscando apontar nossa compreensão sobre o conceito. Para embasar as discussões, realizamos uma revisão bibliográfica em janeiro e fevereiro de 2011 nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil (BVS-Psi), Periódicos Capes, PsycINFO e Scientific Electronic Library Online (SciELO)⁴.

A partir dos estudos que realizamos, percebemos que o conceito de rede social é polissêmico, sendo descrito de diversas formas na literatura (CARVALHO; BASTOS; RABINOVICH; SAMPAIO, 2006; MÂNGIA; MURAMOTO, 2005; MARTELETO, 2001; SLUZKI, 1997). Os estudos que discutem sobre redes sociais são de diversas áreas, tais como comunicação social, administração, ciências sociais, psicologia, enfermagem, medicina, e tratam sobre temas bastante variados, como política, educação, saúde, estudos sobre comunidade etc.

Destacamos que tais estudos são trazidos aqui numa perspectiva de reconhecimento e reflexão sobre o modo como o conceito de rede social vem sendo abordado na literatura científica – seus diversos sentidos e implicações. Entendemos que esse diálogo com a literatura constitui um importante momento de análise, que permite a compreensão da polissemia presente no discurso científico, favorecendo a ampliação de nosso olhar para o conceito.

Vários dos estudos com os quais dialogamos na construção de nossa compreensão sobre redes sociais trazem reflexões sobre o percurso de investigações sobre a temática. Por exemplo, Freeman (1996), em um texto que trata dos antecedentes da análise de redes sociais, discute que em geral se considera que as formas atuais de análise de redes tiveram início com a publicação do livro “Who shall survive?”, de Jacob L. Moreno, em 1934. Porém, o autor

⁴ Na revisão, encontramos mais de 150 mil textos, utilizando na busca os termos “rede social”, “redes sociais”, “apoio social”, “social network” ou “social support”.

argumenta que antes disso já havia publicações, especialmente discutindo sobre desenvolvimento humano e educação, que traziam elementos tanto das ideias de Moreno, quanto de ideias recentes sobre redes sociais.

Segundo Sluzki (1997), o campo de estudos sobre redes sociais se desenvolveu de maneira cumulativa, porém desordenada, a partir de contribuições de diversos autores. Dentre eles, destaca: Kurt Lewin (1952), que deu grande ênfase às relações sociais informais em sua teoria do campo; Jacob Moreno (1951), que desenvolveu uma técnica sociométrica muito utilizada, o sociograma; John Barnes (1954), antropólogo que estudou redes informais e formais, intra e extrafamiliares; Elisabeth Both (1957), com estudos sobre família, em que trouxe conceitos como composição, estrutura e densidade de redes sociais; Erich Lindemann (1979), com investigações sobre os efeitos de curto e longo prazo das situações de crise sobre as redes sociais; Ross Speck e Carolyn Attneave (1973), com a inclusão da família extensa e de redes informais de relacionamento em reuniões terapêuticas para lidar com pacientes em crise.

Marteleto (2001) destaca que “desde os estudos clássicos sobre redes sociais até os mais recentes, concorda-se que não existe uma ‘teoria de redes sociais’ e que o conceito pode ser empregado com diversas teorias sociais” (p. 72). Molina, Teves e Jariego (2004) destacam que a polissemia de sentidos de redes sociais é um dos fatores para a ampla utilização do conceito.

Para ilustrar essa polissemia de sentidos, citamos Stotz (2009):

podemos estudar redes sociais, dentre outros aspectos, como apoio social (estudos sobre monitoramento de tratamento, controle de doenças, nutrição, envelhecimento, prevenção de riscos, como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis); solidariedade (estudos sobre ação de soropositivos do HIV/Aids); focalização de políticas sociais (Programa Saúde da Família); gestão de políticas e articulação de interesses (estudos sobre cidades saudáveis e políticas de combate à pobreza); compromisso social (estudos sobre ação de adolescentes) (p. 29).

Dentre a variedade de possibilidades para o estudo de redes sociais, nos textos que encontramos em nossa revisão o foco geralmente está na interação e nas inter-relações entre nós ou nódulos das redes, e também nos vínculos gerados nessas interações (MENESES; SARRIERA, 2005). Para uma melhor compreensão do que são esses nós, recorremos a Kadushin (2004), que define, de uma forma simples, redes sociais como um conjunto de relações. Para o autor, as redes contêm um conjunto de objetos (nós) e um mapa ou descrição das relações entre os nós. Para exemplificar essas descrições, elaboramos uma representação gráfica baseada nas descrições do autor:

Figura 1: Representação de uma rede social – nós e relações (inspirada em Kadushin, 2004)

Na imagem acima, as letras (A, B, C, D e E) representam os nós, e as linhas representam as ligações ou relações entre os nós. Os nós podem ser pessoas ou organizações. Ou seja, a análise de redes sociais, nessa perspectiva, não se prende apenas a relações entre indivíduos (KADUSHIN, 2004). No caso da figura acima, o único nó que tem ligação com todos os outros é o E, enquanto os nós A, B, C e D se ligam apenas a outros três nós.

Essa forma de mapear redes sociais é denominada de sociograma, termo cunhado por Moreno. Segundo Kadushin (2004), Moreno também deu origem ao termo “sociometria” para o estudo de redes sociais. Essa terminologia permite delimitar de onde o autor fala: uma perspectiva estruturalista, realista, que busca quantificar e compreender como são as redes. Nas palavras de Hawe, Webster e Shiell (2004), a Análise de Redes Sociais é o estudo de estruturas sociais⁵.

Kadushin (2004) destaca a teoria de redes sociais como uma das poucas teorias sociais que não é reducionista, uma vez que traz conceitos aplicáveis a vários níveis de análise, permitindo compreender as relações entre pessoas, grupos ou organizações, sendo que o foco está nos fluxos ou trocas entre os nós, bem como nas funções desempenhadas pelos membros das redes, que são considerados ativos (não estáticos).

A Análise de Redes Sociais tem suas raízes ligadas à sociologia, sendo destacadas as contribuições de autores como Émile Durkheim, Marcel Mauss e Norbert Elias (MARTELETO; SILVA, 2004; MARTINS; FONTES, 2008). Segundo Martins e Fontes (2008), esses autores defendem uma compreensão mais complexa da sociedade, que se dá, por

⁵ Essa perspectiva diz respeito à Análise de Redes Sociais, uma vertente de estudos bem desenvolvida e difundida. Utilizaremos letras maiúsculas quando nos referirmos a essa perspectiva.

exemplo, ao superar esquemas dualistas e simplificados que tradicionalmente são descritos em estudos sociais, tais como ação *versus* estrutura ou indivíduo *versus* social.

Martins (2010) faz uma revisão sobre a produção ibero-latino-americana sobre redes sociais, apontando que esta tende a expor dois níveis de interpretação de rede, ambos insuficientes para produzir uma visão integral sobre o tema. O primeiro grupo de autores reproduz o sentido comum, considerando a rede algo “simples” (um conjunto de unidades que trocam elementos entre si). Nessa perspectiva, não se tem preocupação em aprofundar suas dimensões históricas, culturais e simbólicas. O segundo grupo de autores busca teorizar a rede com finalidade de intervenção na realidade social. Aqui, o significado de rede se abre mais para sistemas funcionais formados por pessoas e agências humanas, dividindo-se os estudos em duas grandes linhas de pensamento. Uma delas, que denomina técnico-pragmática, vê os intercâmbios como redes sociotécnicas; a outra, que denomina de utilitarismo individualista, engloba os defensores da Análise de Redes Sociais, que veem a rede como um modo de mobilização de pessoas ou organizações em busca do alcance de objetivos estratégicos.

Outra perspectiva de compreensão de redes sociais é a sistêmica, representada principalmente por Sluzki (1997). Em nossa pesquisa, dialogamos especialmente com essa perspectiva, incluindo-a como parte de nossos instrumentos de construção do *corpus* de pesquisa.

A abordagem sistêmica teve grande desenvolvimento no campo da terapia familiar, e conta com a colaboração de autores como Gregory Bateson e Paul Watzlawick. Essa abordagem parte da compreensão de que o mundo e as relações entre as pessoas funcionam na forma de um sistema amplo, total, sendo que as ações de uma pessoa influenciam e são influenciadas mutuamente pelas de outras. Outra noção básica dessa abordagem é que uma mudança ocorrida em uma parte do sistema provoca mudanças no sistema como um todo. Assim, o sistema não é formado por elementos independentes, mas é um todo coeso, interdependente (LAMANNO, 1987).

Sluzki (1997) define a rede social pessoal como o “conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais” (p. 15). O autor considera que os contextos culturais, históricos, políticos, econômicos em que vivemos fazem parte de nosso universo relacional, mas define, em um nível mais microscópico, a rede social pessoal como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (p. 41/42), e diz que a rede social é uma das chaves centrais da experiência de identidade, bem-estar, competência e autoria.

Considerando esse nível microscópico, Sluzki (1997) delineia uma forma de utilização e descrição das redes sociais que denomina como “mapa mínimo de relações”, que inclui todas as pessoas com quem alguém interage. O autor sistematiza o mapa em quatro quadrantes: família, amigos, relações de trabalho ou escolares, e relações comunitárias, de serviço ou de credo, e inscreve a esses quadrantes três áreas: um círculo interno de relações íntimas; um intermediário de relações pessoais com menor grau de compromisso (relações sociais ou profissionais com contato pessoal, mas sem intimidade, que o autor denomina “amizades sociais”); e um círculo externo, de conhecidos e relações ocasionais, conforme a figura 2.

Figura 2: Mapa mínimo de relações (extraído de Sluzki, 1997, p. 43)

Para Sluzki (1997), o conjunto de participantes desse mapa mínimo constitui a rede social pessoal. As fronteiras dessa rede social informal são mais imprecisas do que a da família (na qual os vínculos possuem nomes, como “primo”, “irmão” etc.), sendo necessário especificar os critérios de inclusão na rede. Importante ressaltar que o acesso às redes se dá por meio das narrativas isto é, das histórias que as pessoas contam sobre os lugares que outros ocupam em suas vidas.

Segundo o autor, as redes são caracterizadas por propriedades estruturais (tamanho, densidade, composição da rede, homogeneidade entre os membros, dentre outras), e são responsáveis por algumas funções, como companhia, apoio emocional e cognitivo, ajuda material, acesso a novos contatos etc. A relação estabelecida pelo indivíduo com as outras

pessoas de sua rede variam dependendo dos atributos desse vínculo, das funções desempenhadas pelas pessoas, da reciprocidade, intensidade da relação, da história da relação.

A partir dessa compreensão, a rede social funciona como o grupo de referência para a construção identitária da pessoa, para sentimentos de bem-estar, como apoio para o enfrentamento de crises pessoais, e também para o desenvolvimento de atividades de cuidado à saúde (o que é também assinalado por Gutierrez e Minayo, 2008). Meneses e Sarriera (2005) também enfatizam que as redes funcionam como fonte de reconhecimento, identidade, competência e ação, relacionando-se com os papéis desempenhados junto com outras pessoas e grupos.

Destacamos que há proximidades entre essas duas perspectivas sobre redes sociais (Análise de Redes Sociais e Abordagem Sistêmica). Por exemplo, Martins (2008) destaca a complexidade sistêmica e interativa da vida social, o que deve ser levado em conta ao se estudar e trabalhar com redes sociais. Ambas as perspectivas discutem que não é possível compreender as redes e as relações que por ela circulam a partir de elementos isolados, mas deve-se ter um escopo mais amplo, que considere a relação entre os participantes em uma rede social. Podemos considerar que ambas as perspectivas descrevem a rede como importante fonte de socialização e determinação da identidade da pessoa e de suas formas de ação, que são influenciados a partir de sua inserção em redes sociais.

Outro ponto de aproximação entre essas perspectivas diz respeito ao caráter de abertura, informalidade e dinamismo das redes sociais, aspecto discutido por Kadushin (2004), Marteleto (2001), Molina, Teves e Jariego (2004), Sluzki (1997). Esses autores destacam que as redes sociais não possuem limites claramente precisos (como os familiares, por exemplo), não são institucionalizadas culturalmente, sendo construídas relacional e interativamente.

Também destacamos algumas diferenças importantes entre as abordagens, principalmente no que diz respeito à forma de encarar as redes sociais. Na Análise de Redes Sociais, o pesquisador pode delinear as redes a partir da observação de pessoas ou grupos, marcando quem se relaciona com quem para depois aprofundar sobre as relações e trocas entre as pessoas. Já na abordagem sistêmica de Sluzki (1997), a rede é construída à medida que se conversa sobre ela, não possui um formato a priori, portanto, não pode ser observada como se fosse algo estático.

A compreensão de Sluzki (1997) de que a investigação das redes sociais se dá por meio das narrativas aproxima essa proposta dos pressupostos do movimento construcionista social, uma vez que destaca o campo da linguagem como construtor das redes, possibilitando

negociações e abertura para novos sentidos. Ainda, permite marcar o caráter social e histórico dessas construções, apontando para seu dinamismo e irregularidade.

Além dessas duas perspectivas de estudo das redes sociais, há alguns temas sobre redes sociais que consideramos importantes discutir para compor nosso olhar.

O primeiro é que, ao estudar sobre redes sociais, deparamo-nos com a utilização dos termos “rede social” e “apoio social”. Kanaiapuni, Thompson-Sólon e Donato (2000) discutem que em alguns estudos há a tendência a unir os dois conceitos, que acabam sendo utilizados como sinônimos (também encontramos a utilização do termo “redes de apoio”, como em Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008). No entanto, consideramos mais úteis as descrições que entendem os dois conceitos como interligados, mas não iguais (BULLOCK, 1996; PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

Bullock (1996) define que a rede social normalmente é entendida em termos estruturais, relacionados a interações com instituições sociais como a família, a igreja e a vizinhança, enquanto o apoio social enfatiza as trocas interpessoais entre pessoas da rede que resultem em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (sendo uma via de mão dupla, um processo recíproco). Assim, compreendemos que as redes podem agir como importantes provedoras de apoio social, ocupando lugar central na constituição das pessoas e das formas como agem e compreendem o mundo em que vivem.

Embora a maioria dos estudos enfatize os aspectos positivos da rede social na vida das pessoas, atuando como fator de proteção e auxílio, há estudos que argumentam que a relação entre redes e qualidade de vida nem sempre é positiva (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008; KANAIAPUNI; THOMPSON-SÓLON; DONATO, 2000; SLUZKI, 1997; PAGEL; ERDLY; BECKER, 1987). Tais estudos, por exemplo, discutem os efeitos das informações que circulam nas redes (refletindo sobre a qualidade dessas informações), de relacionamentos que envolvem não só benefícios, mas também frustrações (PAGEL; ERDLY; BECKER, 1987), e da presença de pessoas irritantes ou que se envolvem excessivamente na vida (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008; PAGEL; ERDLY; BECKER, 1987). Destacamos que esses autores, embora relatem esses aspectos negativos, enfatizam prioritariamente os aspectos positivos da rede social⁶.

⁶ São importantes essas implicações (positivas e negativas) das redes sociais, pois não consideramos que a participação em determinada relação ou a utilização de uma ou outra prática levará certamente a determinado resultado, numa lógica causal, mas buscamos propor e conduzir práticas com uma análise crítica das propostas,

O segundo tema se refere à grande polissemia encontrada na literatura em relação a teorias sobre redes sociais. Entendemos esses diferentes modos de compreender as redes sociais como discursos produzidos em diferentes contextos sócio-históricos, que falam de lugares diferentes e que, analisados criticamente, podem contribuir para uma compreensão mais ampla das redes sociais e das implicações de suas diferentes formas de uso.

Um aspecto que nos chama a atenção, e que foi destacado por Mângia e Muramoto (2005) é que os conceitos descritos na literatura têm como ponto em comum a ênfase no aspecto relacional das redes sociais. Nas palavras de Martins e Fontes (2008):

O conceito de rede social é oportuno por centrar o foco de análise não sobre os atores sociais fixados em certas posições e status, *mas sobre a relação propriamente dita*. Isto é, o conceito de rede social contribui para salientar que o valor básico da ação social localiza-se não nas preferências ou interesses dos atores sociais (individuais e grupais), mas na relação social em si mesma: na sua morfologia, densidade, intensidade e sentido. A teoria de rede social enfatiza não o que se ganha ou se perde materialmente, mas o que circula na vida social em favor da organização coletiva (p. 14/15, grifo nosso).

Nossa forma de compreender as redes sociais busca uma articulação entre as contribuições dos estudos que realizamos com o movimento construcionista social. Assim, enfatizamos o caráter relacional das redes sociais, e consideramos interessante a concepção de que as redes sociais são construídas à medida que se conversa sobre elas, o que possibilita que sejam materializadas e que se possa atuar sobre elas.

A partir do movimento construcionista social, compreendemos que as relações sociais têm importância fundamental na construção de nossas formas de estar no mundo e compreendê-lo e, nesse sentido, entender como se constroem as redes sociais das pessoas pode ser um interessante caminho para analisar possíveis formas de ação social e promoção de saúde.

1.5. Redes sociais e saúde

Vários autores abordam as relações entre redes sociais e saúde, priorizando, como já descrito, os aspectos positivos dessa relação. Compreender como são realizadas tais articulações pelos autores de variados campos e perspectivas teóricas pode ser útil para uma análise crítica das relações estabelecidas entre redes e saúde.

analisando suas consequências e seus resultados, num contínuo processo de construção, que deve ser em conjunto com as pessoas a quem se destinam as práticas.

Sluzki (1997) discute que há uma influência recíproca entre rede social e saúde, colocando que há evidências de que a participação em uma rede social estável, confiável e ativa protege a saúde das pessoas, fornece auxílio e encaminhamento, influencia na rapidez da procura por serviços de saúde, acelera a cura e aumenta a sobrevivência. Além dessa influência positiva, o autor discute que a presença de doença, sobretudo crônica ou de longo prazo, deteriora a qualidade das relações sociais da pessoa, o que, com o tempo, reduz o tamanho e o acesso a sua rede social. Assim, delinea “círculos virtuosos”, em que a presença de uma rede social protege a saúde do indivíduo, o que mantém a rede social, e também “círculos viciosos”, em que uma doença crônica afeta negativamente a rede social, o que, por sua vez, tem um efeito negativo em sua saúde, aumentando a retração da rede.

Segundo Gutierrez e Minayo (2008), o conceito de rede é bastante útil para se entender a produção de cuidados na saúde da família, podendo envolver a participação não apenas da família, mas também da vizinhança e de pessoas de outros contextos, como a escola e o trabalho. As autoras destacam que esses espaços devem ser vistos como um todo integrado em que há elementos interconectados, e valorizam essa perspectiva integradora no contexto social atual, de relativo isolamento da população, em que há grande quantidade de pessoas vivendo sem família ou companheiros e há uma diminuição das pressões sociais para levar a pessoa a participar de alguma atividade social. Essas considerações das autoras demonstram como atuar com redes sociais na saúde pode se articular com as prerrogativas do SUS, especialmente a intersetorialidade.

Andrade e Vaitsman (2002) também discutem sobre a influência da rede social na saúde. Segundo as autoras, estudos vêm discutindo que a pobreza de relações sociais traz risco à saúde comparável ao fumo ou à obesidade, por exemplo. Colocam que isso é mais claro em locais em que as redes às vezes são a única possibilidade de ajuda (como em lugares carentes) e que, dessa forma, é importante ter clareza da importância que as redes podem ter como fator de proteção para a comunidade, o que deve ser considerado pelas equipes de saúde. As autoras argumentam que uma rede social forte e integrada fortalece a ajuda mútua, fornecendo apoio em momentos de crise e uma possibilidade de empoderamento comunitário.

Filho e Nóbrega (2004), discutindo sobre saúde mental, privilegiam a importância das interações humanas e do contexto sociocultural para os processos de resignificação do sofrimento. Trazem a rede pessoal significativa, sobretudo como forma de compreender as teias de conflito e o potencial familiar de apoio em situações de crise, e a quem se pode recorrer para uma melhor inserção social da pessoa. Nesse processo, trazem uma diferença

entre a rede significativa do usuário (que é definida de maneira próxima à de Sluzki, 1997) e a rede de apoio que o terapeuta pode construir com ele. A rede pessoal significativa diz respeito a relações com pessoas e grupos significativos para a pessoa (mais afetiva); a segunda, a pessoas e/ou grupos “que podem ser ativados diretamente (intervenção da rede), ou indiretamente (por iniciativa do usuário ou outros implicados no atendimento), no sentido de contribuir para seu bem-estar” (FILHO, NÓBREGA, 2004, p. 378). Os autores destacam que a rede de serviços também pode atuar como rede de apoio para o paciente.

Do mesmo modo, More (2005) discute que intervenções levando em conta redes sociais possibilitam que se distribuam as responsabilidades de cuidado, extrapolando o campo individual. Assim, o trabalhador da saúde busca parceiros na comunidade, devendo exercer ali a função de catalisador de recursos e habilidades de cuidado. Essa perspectiva aponta uma forma de ir além do cuidado medicalizado e hierarquizado em saúde, considerando as pessoas como participantes ativas nesse processo.

Sanchez, Ferreira, Dupas e Costa (2010) relatam que grande quantidade de estudos defende que, qualquer que seja o programa de apoio adotado, a família deve participar do tratamento e receber suporte social não apenas para cuidar do paciente, mas, também para enfrentar, compreender e compartilhar a situação, favorecendo que o paciente consiga lidar mais adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medos e responsabilidades. Dessa forma, o usuário não é mais considerado sujeito solitário, mas social, entendido a partir de uma perspectiva relacional, inserido em sua sociedade, participante dela. Segundo Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), o foco não é unicamente a pessoa atendida, se ampliando as possibilidades de cuidado. More (2005) destaca que tal perspectiva traz benefícios não apenas para quem originalmente trouxe a queixa, mas para todos os envolvidos no processo de construção da mudança. Em consonância com Sluzki (1997), a autora argumenta que o foco de trabalho passa a ser a rede constituída e também destaca que conhecer o contexto de vida das pessoas amplia o horizonte de alternativas terapêuticas.

Sobre as formas de apoio social relacionadas a redes sociais, Pedro, Rocha e Nascimento (2008) referem categorias de apoio social tais como: reforço (expressões e sentimentos de reconhecimento); emocional (afeto, amor, empatia e respeito); informativo (sugestões, conselhos, informações); instrumental (auxílio financeiro, tempo dedicado e disponibilização de bens e serviços). Sanchez et al. (2010), discutindo sobre o apoio a famílias cuidadoras, apontam que estas necessitam de dois tipos de apoio social: emocional/instrumental (as autoras condensam essas duas categorias, que aparecem separadas em outros estudos); e “apoio diário focado na orientação de problemas”. O apoio social, para

as autoras, é entendido como uma forma de ajuda para familiares aprenderem a priorizar e administrar os problemas, trabalhando coletivamente com o sistema de saúde. Mas apresentam que há uma carência de estratégias efetivas para orientar os familiares, apesar da grande quantidade de estudos sobre sua sobrecarga e angústia. Segundo as autoras, os fatores que influenciam o foco de apoio e a percepção sobre a qualidade do apoio recebido pela família são: status socioeconômico, idade e gênero, cultura, religião, tipo de família e fatores de estresse.

Valla (2000) discute que o apoio social favorece ações de prevenção por meio da solidariedade e do apoio mútuo e, além disso, favorece discussões de grupos sociais sobre o controle de seu próprio destino e sobre sua autonomia frente à hegemonia médica. Assim, o autor foge do aspecto apenas ligado aos cuidados de saúde e parte para uma concepção mais ampla, voltada à participação social.

Em um estudo em que aborda a participação social na produção de saúde, Rodriguez (2007) aponta que uma abordagem comunitária transformadora inclui a ideia de fortalecimento individual e coletivo em busca de maiores níveis de igualdade social. Para isso, defende uma perspectiva de redes sociais que questione os paradigmas de relação hierárquicos, em busca do reconhecimento das capacidades e potencialidades dos membros da comunidade, que podem coordenar recursos e ações em busca da garantia de interesses de toda a população envolvida.

Nesse sentido de participação social e coordenação de recursos, Araújo, Silva e Silva (2009) e Fontes (2008) trazem reflexões sobre possibilidades de articulação entre atores sociais em busca de um melhor cuidado à saúde. Araújo, Silva e Silva (2009) abordam o tema do associativismo, especificamente em relação a associações de moradores nas favelas cariocas, sendo descritos processos e ações solidárias, formadas a partir de redes de sociabilidade. Nas redes descritas, foram desenvolvidas ações de fortalecimento comunitário e relacionada a políticas públicas, visando não substituir as funções do Estado, mas de discutir as políticas públicas em uma luta “por garantia e prática dos direitos humanos” (p. 136) – por exemplo, a partir das associações das favelas foram realizadas ações contra a epidemia de dengue. Tal articulação se aproxima da concepção ampliada de saúde que defendemos, que engloba a qualidade e condições de vida, o que também inclui os processos de saúde e doença.

Fontes (2008) aborda a temática de rede de saúde comunitária, partindo do conceito de “relé social”, que define como “redes de redes” (p. 124). O autor defende que os *relés* sociais

produzem processos de mobilização para outras redes, de forma que as informações e ações transcendem os limites das redes iniciais, se espalhando. Em relação ao trabalho em saúde, o autor cita o trabalho dos ACS, que favorece que se democratizem as informações, podendo estimular a participação da população na saúde – tanto no cuidado quanto nas políticas, o que é previsto na legislação do SUS. Os ACS, por viver em seu local de atuação, concebem os usuários a partir de sua relação com o contexto, com os grupos de que participa, com sua comunidade. Assim, o autor destaca o potencial de trocar informações do trabalho dos ACS, que convivem com diferentes pessoas e círculos, que descreve como diferentes campos de sociabilidade que, entrecruzados, podem ampliar o olhar para as práticas de saúde.

No entanto, Filho e Nóbrega (2004) discutem que, na prática, não é tão simples essa abordagem mais ampla do cuidado em saúde, uma vez que os profissionais encontram dificuldades institucionais, conflitos interpessoais, clientelismo, políticas pobres para pobres, baixo planejamento etc. Discutem que, por mais que as mudanças desses cenários sejam lentas, é importante encontrar alternativas (políticas e técnico-profissionais) para superar essas dificuldades.

A proposta teórica para a prática da ESF traz possibilidades para se superarem essas dificuldades, uma vez que pressupõe: atenção integral à saúde e centrada no coletivo (sensível às demandas do contexto); participação social (controle social); fazer com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania, expressão de qualidade de vida (BRASIL, 1997). Além disso, a ESF também possibilita interações mais próximas entre equipes e a população, como, por exemplo, nas relações estabelecidas entre os agentes comunitários de saúde e as famílias, uma vez que os agentes devem residir nos locais de atuação.

As características do trabalho na ESF vão além da perspectiva de se trabalhar com redes sociais, mas consideramos que estar atentos às redes pode ser uma rica forma de aproximação entre comunidade e equipes, de modo que estas se conheçam melhor, que as equipes se familiarizem com o que dizem os atendidos sobre quem são as pessoas importantes em suas vidas, o que elas fazem e qual sua importância. Numa perspectiva microsocial, isto pode ampliar o leque de intervenções e aproximar as práticas às necessidades da população, possibilitando intervenções que façam mais sentido, que fujam de um caráter informativo ou curativista e que sejam alinhadas à perspectiva da APS.

Um exemplo de tal tipo de intervenção é descrito por Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola e Faccenda (2009), que realizaram um estudo sobre redes sociais de idosos atendidos por equipes de ESF, utilizando um instrumento de análise construído a partir do mapa mínimo de rede de Sluzki (1997). Concluíram que a rede social dos participantes era

predominantemente constituída pela família, comunidade e amigos, sendo que, dos serviços de saúde, os participantes citaram apenas os ACS como parte de suas redes. Os autores destacam que os profissionais de saúde, especialmente na APS, precisam de adequada instrumentalização para trabalhar de forma mais ampla, para além do individual, englobando as redes como componente essencial para um melhor funcionamento dos serviços de saúde. Para se levar adiante propostas como esta, é necessária uma outra concepção do processo saúde/doença.

Essas formas de intervenção exemplificam como pode haver diferentes formas de utilização do conceito de redes sociais, que abrem possibilidades para se entender os cuidados de saúde como difundidos entre as diferentes pessoas envolvidas nos processos de saúde e doença. Pensar em tais intervenções como uma responsabilidade compartilhada entre diferentes atores sociais pode contribuir para a horizontalidade dos cuidados em saúde e para o empoderamento dos usuários da ESF, o que se alinha às perspectivas da APS.

2. JUSTIFICATIVA

A Saúde da Família é uma estratégia de APS que, pautada em uma visão ampliada de saúde, busca trabalhar com a prevenção de doenças e promoção de saúde como importante aspecto dos processos de cuidado, de forma articulada aos outros níveis de atenção. Os ACS se constituem como atores centrais do trabalho interdisciplinar proposto, por entrarem em contato direto e frequente com a população devido às características de seu trabalho, e também por residirem em sua área de atuação, compartilhando não apenas o local geográfico, mas também formas de organização e de vida na comunidade, e os desafios ali vivenciados.

Considerando a centralidade dos ACS na ESF, julgamos fundamental nos aproximar dos sentidos construídos por eles sobre o tema das redes sociais. Acreditamos que esse conhecimento pode favorecer a construção de novos recursos para a transformação do cuidado em saúde, em consonância com as diretrizes do SUS.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Nessa pesquisa, temos como objetivo discutir a relação entre redes sociais e a prática de ACS no cotidiano da ESF, a partir da compreensão de ACS de unidades de ESF da cidade de Altinópolis (SP).

Objetivos Específicos:

- Compreender os sentidos construídos pelos ACS sobre redes sociais.
- Compreender as relações construídas pelos ACS entre saúde e rede social.
- Discutir as possíveis implicações da utilização de redes sociais para a prática dos ACS na ESF.
- Discutir o mapa mínimo de relações como uma possibilidade de trabalho na ESF com redes sociais.

4. MÉTODO

4.1. Aspectos éticos

O processo de pesquisa foi conduzido de acordo com os parâmetros estabelecidos na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Dessa forma, após a aprovação de desenvolvimento pela Secretaria de Saúde de Altinópolis, o projeto de pesquisa foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, processo CEP-FFCLRP nº 493/2010 – 2010.1.824.59.5 (anexo A).

Neste estudo, a identidade dos participantes é mantida sob sigilo, sem a vinculação de nenhuma informação que possa identificá-los, mantendo sua privacidade, assim como as das pessoas que foram citadas nas conversas de grupo.

Todos os participantes aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), que foi lido juntamente com os ACS, sendo as dúvidas em relação ao projeto e a suas formas de participação esclarecidas. Informamos que a participação no estudo seria voluntária, sendo que poderia ser interrompida a qualquer momento, sem que essa decisão trouxesse quaisquer prejuízos. Também comunicamos que as informações decorrentes desse estudo seriam utilizadas apenas para fins de estudo, pesquisa e publicações científicas.

Também apresentamos aos ACS um termo de consentimento solicitando autorização para que as informações dessa pesquisa fossem incorporados a um banco de dados sob responsabilidade da orientadora, para possível utilização em estudos futuros (apêndice B). Esse termo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP.

Para além desses aspectos, assumimos a compreensão de Spink e Menegon (2004) de adoção de uma ética dialógica em pesquisa, ao longo de todo seu desenvolvimento, buscando construir uma relação de compromisso, respeito e inclusão de nossos participantes nos diferentes momentos dessa pesquisa. Assim, valorizamos a importância do vínculo construído na relação entre o pesquisador e os participantes do estudo, sem o qual não seria possível que os sentidos aqui discutidos emergissem nos grupos de discussão.

Dando continuidade a esse processo de investigação e produção de conhecimento, o pesquisador apresentará os resultados da investigação aos participantes.

4.2. Delineamento teórico-metodológico: Movimento construcionista social

Nesse estudo, nos embasamos nas contribuições do movimento Construcionista Social em Ciência, priorizando a compreensão do processo de construção de sentidos, o que se dá tanto na relação do pesquisador com os participantes do estudo (e com seus discursos), quanto na relação entre pesquisador e o *corpus* da pesquisa.

O movimento construcionista social em Ciência se desenvolve a partir de movimentos de crítica a explicações de mundo universalizantes, sendo descrito como uma das vertentes decorrentes da crise do paradigma moderno em ciência discutida anteriormente.

De acordo com o movimento construcionista social, toda construção de conhecimento se faz pela participação das pessoas em práticas discursivas social, histórica e culturalmente situadas. Assim, o construcionismo também é compreendido como uma teoria social e historicamente construída, que permite explorar como as pessoas explicam, descrevem e narram suas vidas e o mundo em que vivem (GERGEN, 1997).

Segundo Burr (1995), não há uma única descrição de construcionismo social, sendo que diferentes autores compartilham algumas características, têm uma “semelhança familiar”, mas não há características universais em todos. Gergen (1997) delineia algumas características para a identificação de um estudo construcionista social, apresentadas a seguir:

- a) *“O que tomamos como experiência do mundo não existe independentemente de nossas formas de dizê-lo, não depende do objeto em si”* (GERGEN, 1997, p. 49, tradução nossa). Dessa compreensão, decorre a concepção de que realidade e discurso são entrelaçados, de que algo somente é compreendido como verdade a partir do momento em que é definido como tal a partir de trocas discursivas socialmente aceitas. Assim, assume-se uma postura crítica em relação ao que é tomado como verdade (BURR, 1995). No caso de nosso estudo, as práticas de saúde discutidas não têm um sentido intrínseco a elas, que demande por uma explicação, mas são compreendidas a partir de um processo de construção social.
- b) *Os termos nos quais o mundo é compreendido são artefatos sociais, produtos de trocas historicamente situadas entre pessoas em relacionamentos* (GERGEN, 1997, p. 49, tradução nossa). Para os construcionistas, as descrições e explicações do mundo não são dadas nem pelo mundo como ele é, nem a partir de características internas a indivíduos. Elas são resultado de

coordenações humanas de ação, sendo que as palavras somente ganham sentido no fluxo de relacionamentos.

- c) *O grau em que determinada forma de compreensão se mantém ou é sustentada ao longo do tempo não depende de sua validade empírica, mas de características de processos sociais, tais como comunicação e negociação* (GERGEN, 1997, p. 51, tradução nossa). Dessa forma, o foco da análise de como as afirmações de realidade se mantêm não é o próprio objeto ou evento, mas sua relação com processos sociais que as sustentam. Por exemplo, podemos citar as definições de doença mental ao longo do tempo, que sofreram alterações que não são determinadas por características inerentes, mas por processos sociais e políticos, conforme a análise de Foucault (2005).
- d) *A importância da linguagem tem relação com as formas como é utilizada nos relacionamentos* (GERGEN, 1997, p. 52, tradução nossa). A partir dessa compreensão, se considera que os usos da linguagem constituem formas de ação social, não são descritores dissociados destas ações. A linguagem somente adquire significado a partir da função que desempenha em seu contexto. Por exemplo, as palavras “lazer” e “trabalho” têm significados culturais distintos, que se relacionam a determinadas formas de ação social que permitem alguns sentidos enquanto restringem outros.

Com base nesses pressupostos, autores construcionistas sociais constroem algumas críticas a noções defendidas por perspectivas modernas em ciência (GERGEN, 1997; IBÁÑEZ, 2001):

- a) A crítica à noção de que o conhecimento científico representa, reflete ou corresponde à realidade. Dessa forma, se considera que o que compreendemos como realidade só é entendido como tal a partir de práticas de construção de conhecimento, e não que há uma realidade externa que demande por determinadas explicações – as explicações se dão a partir de práticas de construção de conhecimento.
- b) A crítica à dicotomia sujeito-objeto e à noção de que se deve garantir a “objetividade” em estudos científicos por meio do rigor metodológico. O movimento construcionista, por outro lado, enfatiza a natureza social do mundo, o que ocorre também em estudos científicos. Dessa forma, se compreende que o pesquisador tem papel ativo na construção de seu objeto de estudo e do conhecimento que produz, considerando-se as relações entre o pesquisador e seu estudo como parte do processo científico.

- c) E, finalmente, a crítica à noção de que há uma verdade absoluta a que o pesquisador tem acesso a partir do uso adequado do método. De um ponto de vista construcionista, nada pode ser considerado Verdade no sentido estrito da palavra, uma vez que são os acordos das comunidades linguísticas que garantem esse tipo de construção (IBAÑEZ, 2001). Vivemos num mundo em que múltiplas verdades são possíveis, fruto de acordos próprios a determinadas comunidades linguísticas.

Assim, em contraposição ao ideal de uma ciência moderna, destacam-se como centrais a uma investigação construcionista (GUANAES, 2006):

- a) a ênfase na centralidade da linguagem, vista em seu caráter “performático”, não “representacional”, ou seja, considerada no uso, nas interações, aspecto que nos convida a uma análise crítica sobre os efeitos do uso de determinados discursos. A linguagem, mais que representar coisas, tem um caráter construtor de realidades, abrindo espaço para determinadas formas de descrição e conhecimento sobre o mundo e, assim, sobre formas de ação;
- b) a ênfase no momento interativo, isto é, em como determinados sentidos são construídos nas interações entre pessoas, na ação-conjunta (SHOTTER, 2000); e
- c) a ênfase no contexto sócio-histórico-cultural, que traz a situacionalidade dos processos de construção de sentidos nas práticas discursivas, ou seja, os discursos estão sempre vinculados ao contexto em que surgem, e que permite ou restringe que apareçam alguns significados.

Spink e Menegon (2004) discutem três aspectos relativos a estudos científicos, comparando o modo como é considerada a relação entre o pesquisador e seu *corpus* de pesquisa em estudos quantitativos amparados por uma perspectiva realista e sua ressignificação em estudos construcionistas. As autoras se referem a três processos que, de acordo com o paradigma positivista, devem ser evitados. Esses processos, que ocorrem concomitantemente nas pesquisas, são a indexicalidade, a inconclusividade e a reflexividade, que são compreendidos de forma diferente na perspectiva construcionista social.

A indexicalidade diz respeito à vinculação entre o estudo científico e o contexto em que é produzido. Na perspectiva realista, a indexicalidade é controlada a partir dos critérios de validade (se o instrumento realmente mede aquilo a que se propõe) e fidedignidade (que se refere à replicabilidade das medidas, ou seja, de se garantir que, em estudos posteriores, com o mesmo procedimento, se alcancem resultados semelhantes). Assim, se compreende que a

partir da utilização de instrumentos sistematizados é possível anular as influências do meio para a obtenção dos resultados dos estudos. Na perspectiva construcionista, em que a realidade é compreendida como um fenômeno histórico, cultural, essa noção ganha um novo enfoque, sendo a indexicalidade um elemento intrínseco à pesquisa, devendo as relações entre a pesquisa e o contexto de sua produção ser exploradas.

O segundo processo descrito pelas autoras é a inconclusividade, que se refere à complexidade dos fenômenos sociais e à impossibilidade de se controlar todas as variáveis envolvidas com alguma questão. Em pesquisas realistas, se busca controlar todas as variáveis envolvidas com os estudos, eliminando-se todos os aspectos considerados como não relevantes para se medir o que se deseja no estudo. Quando não se conseguem controlar todas as variáveis, a generalização dos resultados fica comprometida, o que é um problema para estudos na perspectiva realista. Na pesquisa construcionista social, os fenômenos sociais são compreendidos como processos – assim, a mudança muitas vezes é vista como positiva, uma vez que pode apontar possibilidades de transformação social. Na pesquisa qualitativa, essa noção tem implicações importantes para a escolha dos participantes. Enquanto em uma pesquisa realista se busca delinear amostras representativas (e aleatórias, quando possível, mantendo-se a neutralidade), na pesquisa construcionista se deve explicitar os critérios de escolha dos participantes, bem como as possíveis consequências dessa escolha.

Por fim, as autoras discorrem sobre a reflexividade, que se refere aos efeitos da relação do pesquisador com seu estudo e como essa relação aparece no estudo. Na pesquisa realista, se busca a neutralidade e a objetividade do pesquisador, que não deve se envolver com seu objeto de estudo – do qual é separado. Em uma epistemologia construcionista, a subjetividade é um recurso, e devem ser exploradas as maneiras pelas quais as relações do pesquisador com seu estudo estruturaram a forma como este é definido – explorando quem é o pesquisador, e como seus interesses e valores influenciam no delineamento de pesquisa.

A partir das contribuições das autoras, o rigor e a avaliação das pesquisas não é garantido a partir de instrumentos rígidos e controlados, afastando o pesquisador de seu objeto de estudo. Estes aspectos se colocam na ordem da intersubjetividade e são vinculados à socialização do processo interpretativo. Assim, se valoriza que se mostrem “os dados brutos da pesquisa” (SPINK; MENEGON, 2004, p. 89), e a manutenção de uma postura reflexiva sobre estes. Segundo Spink e Lima (2004), dessa forma, a racionalidade da ciência é colocada no plano da argumentação, não dizendo respeito a uma rigidez predeterminada dos instrumentos, buscando garantir a validade e a fidedignidade, mas compreendida na relação entre o pesquisador e seu estudo.

A partir dessa compreensão, o rigor na pesquisa construcionista se dá a partir da leitura do estudo por outras pessoas (cientistas ou não), para que possam compreender o texto e, dialogicamente, compartilhar dos argumentos ou propor sua negação. Assim, “o rigor passa a ser concebido como a possibilidade de explicitar os passos de análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo” (SPINK; LIMA, 2004, p. 102).

Com isso, a discussão em torno da objetividade da pesquisa é deslocada para um debate sobre a ética, ou, de acordo com as proposições de Spink e Menegon (2004), sobre a pesquisa ética – uma ética em sentido amplo, valorizando-se as aplicações dos estudos. Nessa postura, a discussão da ética se dá a partir de dentro do processo de pesquisa, sendo que as autoras delineiam alguns aspectos como imprescindíveis:

- 1) Pensar a pesquisa como uma prática social, adotando uma postura reflexiva em face do que significa produzir conhecimento [...]; 2) garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e análise dos dados [...]; e 3) aceitar que a dialogia é intrínseca à relação que se estabelece entre pesquisadores e participantes (SPINK; MENEGON, 2004, p. 91).

Nessa perspectiva, a objetividade do estudo deve ser reconhecida com a concordância de vários observadores, que façam parte de diferentes lugares, valorizando-se a variedade de concepções visões de mundo e ciência. A objetividade é considerada como “ao mesmo tempo o fundamento e a consequência da intersubjetividade” (SPINK; LIMA, 2004, p. 104). Dessa forma, a objetividade é redefinida como “visibilidade”, devendo ser explicitados os passos de interpretação e a relação entre pesquisador e participante. Para Spink e Lima (2004), o processo de interpretação é visto como um processo de produção de sentidos. Assim, o sentido é o meio e o fim da tarefa de pesquisa.

Partindo dessas contribuições, o diálogo que estabelecemos com nosso material de pesquisa buscou dar sentido às conversas desenvolvidas com os ACS sobre redes sociais. Para isso, construímos categorias, hipóteses e relacionamos as conversas com várias informações contextuais, como os pressupostos da ESF, que pautam a ação dos ACS, e informações trazidas por estes sobre as condições de seu trabalho. Ao longo de todo o processo de pesquisa, assumimos nosso envolvimento em processos de interpretação e negociação de sentidos que contaram com a contribuição de diferentes interlocutores, sobretudo os participantes de nosso grupo de pesquisa.

A seguir, apresentaremos os procedimentos de construção de nosso *corpus* de pesquisa e de análise.

4.3. Contexto e participantes

A pesquisa foi realizada no contexto da ESF na cidade de Altinópolis, que teria, segundo dados do Censo Demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), 15607 habitantes. A cidade conta com cobertura de 100% pela ESF, segundo dados obtidos a partir da Secretaria de Saúde da cidade.

Em Altinópolis há seis equipes de saúde da família, que, no momento da pesquisa, se localizavam em cinco unidades, sendo que uma delas incorporava também a equipe responsável pelo atendimento à área rural. Além das equipes de saúde da família, a cidade conta com uma equipe de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que no início do estudo era formada por nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicóloga, dentista, farmacêutico, ginecologista e pediatra⁷ (PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS, 2010). Durante os grupos eram frequentes e positivas as menções ao NASF.

Há pequenas variações na composição das equipes de saúde. No momento da pesquisa, cinco equipes contavam com médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, psicólogo e 5 ACS. Uma unidade não contava com médico, e nesta havia apenas um técnico de enfermagem. No total, havia 30 ACS em Altinópolis.

Além da variação na composição das equipes, os ACS relataram haver diferenças em relação à população atendida, sobretudo referentes a seu perfil socioeconômico. De acordo com os ACS, isso influencia no trabalho, pois altera a forma de relação e/ou contato com as famílias. Por exemplo, os ACS relatam que em locais mais ricos as pessoas são mais fechadas, não recebem tão bem os ACS, enquanto em locais descritos como “mais carentes”, em que as pessoas “precisam mais”, a inserção dos ACS é mais fácil. Outra diferença ressaltada pelos ACS diz respeito à idade das pessoas atendidas – em alguns locais, a grande maioria das pessoas é mais jovem e trabalha, o que dificulta o acesso nas visitas domiciliares, enquanto em áreas com pessoas mais idosas é mais fácil esse contato. Em algumas unidades, os ACS se colocaram como pontos de referência para a população, como o elo entre a ESF e a comunidade, e como importantes figuras no cenário da ESF.

No momento de realização da pesquisa de campo, a ESF em Altinópolis vivia um processo de reestruturação. Houve um concurso público para contratação de ACS aproximadamente um ano antes da realização dos grupos de discussão. Ocorreram mudanças

⁷ Informações retiradas do site da prefeitura de Altinópolis (<http://www.altinopolis.sp.gov.br/>) em 16/03/2010 e registradas no diário de campo do pesquisador.

no quadro de ACS, sendo mantidos apenas alguns que já trabalhavam nas unidades antes da realização do concurso. Além disso, houve uma realocação dos profissionais de enfermagem entre as equipes, caracterizando uma reformulação em todo processo de trabalho.

Para caracterização dos participantes de nossa pesquisa, apresentamos a seguir um quadro com informações gerais sobre os ACS. Essas informações foram obtidas por meio de fichas de identificação preenchidas por eles no primeiro encontro realizado em cada unidade.

DADOS DOS ACS				
UNIDADE	NOME	IDADE	ESCOLARIDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS
Unidade Amarela	Ângela	50	Ensino médio	8 anos
	Cláudia	33	Ensino médio	8 anos
	Cristiane	22	Ensino superior incompleto	6 meses
	Rafael	20	Ensino médio	1 ano
Unidade Branca	Daniela	23	Ensino médio	1 ano
	Helena	26	Ensino superior	1 ano
	Larissa	36	Ensino técnico incompleto	1 ano
	Mariana	19	Ensino superior incompleto	1 ano
	Stéfanie	21	Ensino técnico	1 ano
Unidade Marrom	Ana	43	Ensino fundamental	1 ano
	Denise	32	Ensino fundamental	1 ano
	Lívia	22	Ensino médio	1 ano
	Priscila	29	Ensino médio	1 ano
	Virgínia	22	Ensino médio	2 anos e meio
Unidade Rosa	Fabiana	24	Ensino médio	1 ano
	Ludmila	24	Ensino médio	1 ano
	Luiza	19	Ensino médio	6 meses
	Madalena	34	Ensino superior incompleto	1 ano
	Rita	28	Ensino médio	1 ano
Unidade Verde	Flávia	25	Ensino superior incompleto	3 anos
	Glória	30	Ensino médio	3 anos
	Isabel	31	Ensino médio	6 anos
	Marta	44	Ensino fundamental	1 ano
	Sílvia	26	Ensino médio	4 anos
Unidade Vermelha	Elisa	18	Ensino médio incompleto	1 ano
	Paula	25	Ensino superior incompleto	1 ano
	Tereza	57	Ensino superior incompleto	1 ano
	Vitória	30	Ensino superior incompleto	1 ano

Quadro 1: Dados dos ACS

No total, participaram do estudo 28 ACS. Com base nas informações das fichas, observamos que há grande variedade etária, escolar e de tempo de atuação como ACS, sendo

algumas equipes mais homogêneas que outras nesses aspectos. Devido a essas características, nas unidades em que há ACS com maior tempo de atuação os mais inexperientes apontam aprender com os demais, sendo que muitos relataram ainda estar conhecendo o trabalho.

Cada unidade é responsável por uma área na cidade com cerca de 1200 famílias. Dentro de cada área, há uma divisão por microáreas, cada uma sob responsabilidade de um ACS, com cerca de 200 famílias cada. A realização de visitas domiciliares é descrita como uma importante função no trabalho dos ACS (BRASIL, 2006). Através das visitas, os ACS têm um contato mais próximo com a população atendida, conhecendo suas casas e abrindo espaço para o estabelecimento de vínculos mais próximos. As visitas também são utilizadas em campanhas de prevenção, por vezes em conjunto com agentes de vetores, e para cadastramento das famílias. É prevista a realização de pelo menos uma visita mensal a cada família, mas a dinâmica do trabalho por vezes impede essa frequência, sendo priorizada a visita a pessoas ou famílias com maiores necessidades no momento. Os dados obtidos a partir das visitas são registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Além das visitas, outra atividade citada pelos ACS como importante são os grupos. Foi relatada grande variedade de grupos: diabetes, hipertensão, grupos de idosos, de artesanato, alongamento, *Lian Gong* (uma ginástica chinesa). Esses grupos são conduzidos por diferentes pessoas ligadas à ESF, como enfermeiros, educadores físicos e, por vezes, também pelos ACS. De acordo com os ACS, os grupos servem como local de contato entre a população e a unidade, e também favorecem o estabelecimento de relações entre os próprios usuários.

Os ACS relataram ainda desenvolver outras atividades, tais como ficar na portaria das unidades quando necessário, realizar a entrega de exames e organizar o recebimento de auxílios do governo, como o Bolsa-Família. Assim, é vasta a gama de atividades exercidas pelos ACS, que em alguns momentos disseram se sentir sobrecarregados, o que interfere nas funções básicas previstas nas políticas da ESF (por exemplo, a realização de algumas visitas).

Em todas as unidades, os ACS relataram a realização de reuniões de equipe para discutir o andamento dos atendimentos e aspectos do cotidiano do trabalho. O formato das reuniões varia nas unidades, mas todos valorizam sua importância para que os atendimentos sejam resolutivos e para que haja maior qualidade no processo de trabalho.

4.4. Instrumentos

Para a construção do *corpus* da pesquisa, utilizamos os seguintes instrumentos: grupos de discussão⁸ com os ACS, diário de campo com notas sobre as impressões do processo, e fichas de identificação com dados dos ACS.

Grupos de discussão

Como instrumento de investigação, optamos pela utilização de grupos de discussão porque acreditamos que conversas em grupo são ricas por propiciar o diálogo e a ampliação de discursos em um espaço interativo específico. O grupo de discussão consiste em uma técnica de investigação que utiliza a interação entre os participantes como uma fonte de dados para pesquisa (WILLIG, 2001). Nesse processo, o pesquisador atua como um facilitador, apresentando os participantes e conduzindo a conversa de acordo com um planejamento predefinido de temas para a discussão, elaborado com base no objetivo da pesquisa. Para Willig (2001), a força do grupo de discussão reside em sua capacidade de mobilizar os participantes a responder e comentar sobre o que os outros falam, possibilitando ampliações e interações entre os discursos. Assim, são construídas informações que permitem refletir sobre como os participantes constroem significados conjuntamente.

Os grupos foram conduzidos pelo pesquisador, que buscou se posicionar nos grupos de forma a estimular que as discussões ocorressem de forma fluida. Com esse intuito, este tomou notas sobre pontos como possíveis perguntas ou falas que chamaram a atenção, tendo em vista os objetivos do estudo.

Foram realizados dois grupos de discussão com os ACS de cada unidade. Os grupos foram realizados nas próprias unidades de ESF, em salas disponibilizadas para esse fim. Cada encontro teve a duração de aproximadamente duas horas.

O primeiro grupo em cada unidade consistiu em uma conversa geral sobre o que os ACS entendem por rede social, sendo que o pesquisador buscou explorar articulações com a realidade em que vivem e trabalham os ACS. O encontro teve como base o roteiro descrito no apêndice C, que foi inspirado em categorias de análise de rede social delineadas por Sluzki (1997).

⁸ Nesse texto, o termo “grupo de discussão” se refere à compreensão do grupo como contexto de produção conjunta de conhecimento, valorizando o aspecto relacional e dialógico da proposta de nosso estudo, que entende o trabalho de pesquisa também como uma intervenção.

No segundo grupo de discussão levamos a proposta de construção dos mapas mínimos de redes dos ACS, conforme o modelo de Sluzki (1997). Assim, adaptamos a proposta de trabalho com redes, que o autor apresenta originalmente como recurso para o trabalho clínico/terapêutico, para a prática de pesquisa. Com base nas redes construídas, foram realizadas conversas sobre as impressões dos ACS em relação ao instrumento, ao processo de construção de seus mapas, e também foram propostas reflexões sobre suas próprias redes sociais e sobre as possíveis articulações entre redes sociais e o instrumento proposto com o trabalho na ESF. O roteiro do segundo grupo é apresentado no apêndice D.

Destacamos que os roteiros serviram como guias para os grupos, mas as conversas não se prenderam exclusivamente a estes, uma vez que emergiram outros aspectos, e que também contribuem para a pesquisa.

Diário de campo

Ao longo de todo o processo da pesquisa, foram redigidas notas em um diário de campo para registrar as impressões e informações do pesquisador sobre o contexto, sobre a interação entre as pessoas e sobre o desenvolvimento da pesquisa. Tais notas têm importância para a compreensão do contexto estudado e das condições do processo de produção da pesquisa.

Ficha de identificação dos ACS

No primeiro grupo de discussão em cada unidade, foi preenchida pelos ACS uma ficha com as seguintes informações: nome, escolaridade, contato, idade, unidade em que trabalha, e tempo de atuação como ACS (apêndice E). Essas fichas foram consideradas na apresentação dos participantes e na análise das conversas grupais e na contextualização do estudo.

4.5. Processo de construção do *corpus*

O processo de construção da pesquisa se deu a partir de conversas iniciais com membros da APS de Altinópolis e do projeto “Suporte e Qualificação Profissional para o cuidado em saúde na atenção primária – município de Altinópolis”, com a realização de reuniões em que foi apresentada nossa proposta de pesquisa e estabelecida a forma de contato com a coordenação da APS.

Após essas reuniões iniciais, o pesquisador entrou em contato com a coordenação da APS, sendo orientado sobre como proceder para apresentar o estudo e conversar sobre sua viabilidade. Assim, foi agendada uma reunião em março de 2010 com os gestores de cada unidade de Saúde da Família, o secretário de saúde e o prefeito de Altinópolis.

Nessa reunião, foi apresentada a proposta do estudo, que foi aceita por todos os presentes, e foram discutidos alguns aspectos sobre a forma da realização da pesquisa e aspectos éticos. Após a concordância de todos os presentes e a elaboração de um calendário para contato com as unidades, o pesquisador agendou visitas a todas as unidades de ESF de Altinópolis para apresentar o projeto de pesquisa.

Essas visitas constituíram o primeiro momento de contato do pesquisador com os ACS, e a reação após o convite foi diferente nas unidades, sendo que em algumas unidades os ACS fizeram questionamentos sobre a temática e a condução dos grupos, e em outras perguntaram sobre as origens do pesquisador. No entanto, todos aceitaram participar do estudo. Após esse primeiro contato, em outro momento o pesquisador foi a Altinópolis agendar os grupos de discussão, passando novamente em todas as unidades e convidando os ACS a participar. O início dos grupos de discussão ocorreu uma semana após o convite, sendo que estes ocorreram do dia 24/08 ao dia 10/11 de 2010, conforme o seguinte cronograma:

Dia	Grupo	
	1	2
24/08/10	Unidade Verde	
31/08/10		Unidade Verde
10/09/10	Unidade Rosa	
17/09/10		Unidade Rosa
23/09/10	Unidade Vermelha	
30/09/10		Unidade Vermelha
08/10/10	Unidade Branca	
13/10/10		Unidade Branca
22/10/10	Unidade Marrom	
03/11/10	Unidade Amarela	
05/11/10		Unidade Marrom
10/11/10		Unidade Amarela

Quadro 2: Data de realização dos grupos de discussão

Concomitantemente à realização dos grupos, iniciamos a transcrição do material e discussões sobre a realização dos grupos, especialmente sobre sua condução.

4.6. Análise do *corpus*

A análise em nossa pesquisa ocorreu desde o início do estudo, concomitantemente com o processo de construção do *corpus* (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994), uma vez que nossas reflexões sobre a condução e as conversas ocorridas nos grupos influenciaram nos subsequentes. Assim, no decorrer dos grupos, temas já discutidos eram incorporados e perguntas eram reformuladas em busca da construção de um contexto conversacional alinhado a nossos objetivos de pesquisa (KRUEGER; CASEY, 2000).

Dessa forma, durante todo o processo de construção do *corpus* mantivemos uma postura auto-reflexiva e de interpretação. Concordamos, assim, com Spink e Menegon (2004), que afirmam que em uma pesquisa qualitativa de cunho construcionista, a interpretação atravessa todo processo da pesquisa, da construção à discussão do material de pesquisa.

Dividimos nossa análise em duas partes para dar visibilidade ao caminho percorrido durante a pesquisa. Em um primeiro momento, a partir da leitura das transcrições dos grupos, destacamos e organizamos os principais assuntos discutidos, buscando uma compreensão mais ampla das conversas. Definimos esse momento como “delineamento de categorias”. Posteriormente, a partir dessa organização, realizamos uma análise temática do material, selecionando trechos dos grupos para discutir com maior profundidade.

Na primeira parte de nossa análise, em diálogo com a análise das práticas discursivas (SPINK; MEDRADO, 2004), que enfatiza os processos de construção dialógica de sentido, construímos categorias buscando abarcar a variedade de assuntos discutidos nos grupos e que se relacionavam a nossos objetivos. Assim como colocado pelas autoras, consideramos as categorias como práticas discursivas, não compreendidas como tendo um sentido a elas intrínseco e essencial, mas como sendo construídas pelos próprios pesquisadores, em seu exercício de significar as informações produzidas. Dessa forma, as categorias que construímos não são as únicas possíveis, surgiram a partir do contato dos pesquisadores com o material de pesquisa e com os participantes no estudo.

A construção de categorias objetivou um mapeamento dos assuntos conversados, servindo como base para que pudéssemos avançar na análise temática dos grupos de discussão, em que demos prioridade à prática dos ACS com redes sociais.

Na segunda parte de nossa análise, realizamos uma análise temática dos grupos de discussão, analisando as conversas tanto em relação a seu contexto imediato de produção, quanto ao contexto sociocultural mais amplo. Nessa forma de análise, em consonância com o que traz o movimento construcionista social, não buscamos dar respostas absolutas ou

universais a nossos questionamentos, mas dialogar com os participantes, a literatura científica e a legislação sobre saúde para, dessa forma, trazer contribuições para o trabalho dos ACS.

Nessa forma de prática de pesquisa, o foco não está no que diz uma ou outra pessoa isoladamente, como resultado de elaborações individuais, mas “no espaço do *entre* no espaço relacional” (GUANAES, 2006, p. 96, grifos da autora). Assim, nosso olhar se volta para o espaço relacional, para a relação entre os enunciados e à construção conjunta de sentidos entre os participantes da pesquisa (GUANAES; JAPUR, 2008). Dessa forma, buscamos analisar as falas dos ACS considerando-as como formas de ação conjunta – sendo o pesquisador também parte do processo de construção de sentidos (GUANAES; JAPUR, 2008).

Essa proposta de pesquisa foi adotada em nosso estudo como forma de se compreender alguns questionamentos relativos às possíveis contribuições de nossa pesquisa para o trabalho em saúde. Para que caminhos de atuação com redes sociais na ESF nosso material aponta? Que relações podem ser estabelecidas entre a atuação com redes sociais e a perspectiva de APS que defendemos – que enfatiza o encontro entre o usuário e o trabalhador da saúde, enfatizando a integralidade, a equidade e o empoderamento comunitário? Como o trabalho com redes sociais pode ser útil para a prática cotidiana dos ACS?

Assim, buscamos, em nosso estudo, dialogar com a literatura do campo da saúde e de redes sociais, tendo as contribuições do movimento construcionista social como pano de fundo para as discussões. Buscamos manter um diálogo aberto com nosso *corpus*, compreendendo que nossa forma de análise é uma das possíveis a partir do diálogo com os ACS. Em nossa pesquisa, adotamos uma linguagem alusiva, exploratória, enfocando mais as possibilidades do que a explicação, conforme discutido por Cunliffe (2002) e Guanaes e Japur (2008)

Dada essa explicação de como compreendemos nossa análise do *corpus* de pesquisa, abaixo descrevemos os passos que guiaram o processo de análise do material.

Transcrições

O primeiro passo da análise ocorreu no processo de transcrição das conversas grupais, que já constituiu um momento de produção de sentidos, possibilitando um diálogo entre os pesquisadores e seu material de pesquisa (GUANAES; JAPUR, 2008), destacando-se os tons emocionais ocorridos nas conversas, tais como risos, e a forma de desenvolvimento dos grupos, destacando-se, por exemplo, quando duas ou mais pessoas falavam juntas.

As transcrições foram realizadas pelo pesquisador e organizadas de forma que, em cada grupo, a fala de cada participante fosse destacada por uma cor, de maneira análoga à

utilizada por Guanaes (2006) e Raserá (1999). Essa forma de transcrição permite perceber melhor os fluxos conversacionais, as interações mais comuns e os momentos em que algumas pessoas falavam mais que outras. Outro recurso utilizado foi a numeração sequencial de linhas, que permite identificar o momento do grupo em que determinadas interações ocorreram. Durante o próprio momento de transcrição, foi possível destacar alguns temas, ainda de forma não sistematizada, mas que foram importantes para a construção das categorias de análise.

Leitura das transcrições

Durante a leitura das transcrições, buscamos iniciar a sistematização de nossa análise, destacando os assuntos conversados em cada momento dos grupos e reflexões suscitadas a partir das conversas. Esse procedimento foi realizado buscando facilitar a identificação dos conteúdos discutidos nos grupos. Dessa forma, a leitura das transcrições contribuiu no delineamento das categorias para análise.

Delineamento de categorias

A partir do contato com o material de pesquisa em toda sua extensão, buscamos sistematizar a grande variedade de informações ali presentes, refinando o processo que realizamos durante a leitura das transcrições. Assim, organizamos as transcrições em categorias que se referem a assuntos discutidos nos grupos.

Nesse processo, mapeamos os principais assuntos discutidos nos grupos, agrupando-os em quatro grandes categorias: 1) redes sociais; 2) redes sociais e saúde; 3) atuação com redes sociais; 4) mapa mínimo de relações. Apresentamos essas categorias de análise como um grande mapa que organiza a variedade e pluralidade de sentidos presentes em nosso material de pesquisa. Essas categorias não foram definidas antes do início do estudo, mas construídas a partir do contato com o material. Para a construção das categorias, dialogamos, além das transcrições dos grupos, também com a literatura sobre redes sociais, especialmente com as definições de Sluzki (1997).

Cada uma dessas categorias foi analisada em função do processo de negociação de sentidos (SPINK; MENEGON, 2004). Dessa forma, para cada categoria construída, buscamos, em uma análise detalhada e criteriosa, dar visibilidade aos principais sentidos negociados entre os participantes. Nossa análise permitiu a compreensão de que os ACS negociaram diferentes sentidos nas discussões ocorridas nos grupos. Esses diversos sentidos foram organizados em subcategorias.

A primeira categoria que definimos é “Redes sociais”. Nessa categoria, estão agrupados os sentidos construídos pelos ACS sobre redes sociais, englobando sua definição, constituição, critérios de inclusão de pessoas como membros da rede social, características estruturais da rede, funções desempenhadas por seus membros, atributos da relação entre as pessoas em uma rede social, e relações entre redes sociais e a sociedade como um todo.

A segunda categoria que definimos é “Redes sociais e saúde”, e engloba as discussões sobre a relação entre redes sociais e saúde, as influências da rede social na saúde e vice-versa, e os locais e relações identificados nessa relação. Destacamos que nessa categoria as discussões não tiveram caráter determinista, sendo que os ACS refletiram sobre como se dá a relação entre redes sociais e saúde, não a colocando como necessariamente negativa ou positiva.

A terceira categoria é “Atuação com redes sociais”, e se refere a momentos em que os ACS relatam situações de sua prática cotidiana em que atuaram de forma articulada às redes sociais das pessoas da comunidade.

A quarta categoria é “Mapa Mínimo de Relações”, e se refere a conversas diretamente relacionadas ao instrumento proposto por Sluzki (1997), como, por exemplo, a seu preenchimento pelos ACS, a opiniões sobre o instrumento e sua utilidade ou inutilidade para o trabalho em saúde.

As categorias e subcategorias que construímos estão descritas no apêndice F. Essas categorias constituem importante momento em nosso processo de análise do *corpus* de pesquisa, facilitando a visualização integral do material, considerando sua extensão. Essa categorização foi importante para orientar nosso recorte analítico, permitindo um olhar direcionado para as transcrições dos grupos.

Com essa organização do material, retomamos as leituras das transcrições e identificamos que os momentos em que os ACS buscavam aproximar as discussões sobre redes sociais de sua prática cotidiana eram especialmente ricos, permitindo discutir sobre potencialidades e limitações do trabalho dos ACS com redes sociais em saúde.

Dessa forma, frente à extensão e variedade do material construído nos grupos, selecionamos para uma análise mais profunda as conversas grupais que se relacionam à prática dos ACS. Essas conversas flutuam entre as quatro categorias que definimos, sendo que os ACS refletiram sobre definições de rede social, relações entre redes sociais e saúde, e como tais relações podem se relacionar a sua prática cotidiana. Essas categorias que definimos e os assuntos discutidos nos grupos guiaram a análise temática, que apresentamos a seguir.

Análise temática

Tendo como foco de análise a prática dos ACS, acreditando na relevância instrumental de nosso trabalho, construímos quatro eixos de análise, que nos possibilitaram abordar aspectos importantes do trabalho dos ACS com redes sociais em saúde, dando visibilidade aos sentidos construídos pelos ACS sobre essa relação e sua potencialidade para o trabalho na ESF.

Os quatro eixos que construímos são: 1) Sentidos de rede social e implicações para o trabalho dos ACS; 2) A valorização/desvalorização do trabalho do ACS; 3) Funções do ACS no trabalho com redes sociais em saúde; e 4) O mapa mínimo como ferramenta para o trabalho em saúde. Na elaboração e discussão desses eixos, não necessariamente dialogamos com todas as subcategorias que delineamos, mas as grandes categorias serviram como um guia para nossa análise.

O primeiro eixo, “Sentidos de rede social e implicações para o trabalho dos ACS”, dialoga mais diretamente com a categoria “Redes sociais”, sobretudo no tocante às definições de redes sociais, e às práticas que podem ser desenvolvidas a partir de diferentes conceptualizações de rede social. O segundo eixo, “A valorização/desvalorização do trabalho do ACS”, perpassa diferentes categorias, dizendo respeito mais diretamente às categorias “Redes sociais e saúde” e “Atuação com redes sociais”. O terceiro eixo, “Funções do ACS no trabalho com redes sociais em saúde”, foi definido a partir da categoria “Atuação com redes sociais”, e o quarto eixo, “O mapa mínimo como ferramenta para o trabalho em saúde”, dialoga com a categoria “Mapa mínimo de relações”, discutindo a potencialidade do instrumento para o trabalho na ESF.

Para cada um dos eixos temáticos construídos, apresentamos trechos de diálogos desenvolvidos nos grupos de discussão, e que ilustram determinados aspectos da prática dos ACS que queremos destacar. Com a apresentação desses trechos, buscamos manter a riqueza dos relatos dos ACS (BOWLING, 1997), sublinhando as falas que julgamos mais importantes. Esses trechos foram selecionados com base em dois critérios: 1) a referência explícita a aspectos da prática cotidiana, geralmente por meio de exemplos; e 2) o envolvimento conjunto dos ACS nas discussões, aspecto que, no processo de sistematização de nosso material de pesquisa, foi considerado como um indicativo da importância de determinadas temáticas para o grupo e também para o pesquisador.

A partir desse percurso de construção do *corpus* e análise do material, discutimos as relações entre redes sociais e saúde, com ênfase na prática dos ACS. Dessa forma, no próximo

capítulo realizamos uma discussão dos resultados obtidos em nosso estudo, mais especificamente, na análise temática.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A prática dos ACS com redes sociais

Para a apresentação e discussão dos resultados de nosso estudo, enfocaremos os eixos de nossa análise temática, trazendo trechos que ilustram determinados processos de construção de sentidos em cada eixo.

Eixo 1: Sentidos de rede social e implicações para o trabalho dos ACS

Esse eixo se refere às implicações de determinadas formas de se definir redes sociais para o trabalho em saúde. Nesse eixo, trazemos dois processos de negociação de sentidos entre os ACS sobre a temática de redes sociais: o primeiro se refere a discussões sobre definições de redes sociais e implicações para a prática dos ACS; o segundo enfatiza critérios de inclusão na rede social. Ambos os processos tratam de discussões com caráter mais conceitual, sendo a atuação na ESF o pano de fundo para nossa análise.

Definindo rede social a partir de um foco macro ou microsocial

O primeiro trecho que trazemos para discutir a temática das definições de redes sociais ocorreu no primeiro grupo realizado na Unidade Amarela, com a participação de quatro ACS. Nesse momento do grupo, se discutia sobre a definição de redes sociais, e os ACS se referiam à ESF, descrevendo-a como uma rede social. O pesquisador questionou sobre quem faria parte da rede social de uma pessoa qualquer, sem pensar em relações com o sistema de saúde, e a discussão seguiu uma outra direção:

Ricardo: Pensando não só no... no sistema de saúde, no PSF⁹. Queria... trazer essa pergunta de uma forma mais ampla, que cês... trouxeram isso, da família, de... que é família, religião, clube. E retomando essa questão de quem que são... quem... quem são as pessoas que fazem parte da rede, da rede social de uma pessoa, queria... ouvir de vocês um pouco de quem que cês... consideram que são as pessoas que fazem parte da rede, mas... tirando... é, sem pensar na se... no sistema de saúde como ponto central disso, mas... pensando uma pessoa. Uma pessoa qualquer, né? Quem seria isso?

Ângela: Ai, a gente tem que... assim, pensar, assim, quem com... quem governa nossas casas?

Ricardo: Aham...

Ângela: O prefeito, eu acho que faz parte da rede social, a câmara dos vereadores. A... paróquia faz parte, porque eles também, é... são... são sociedade. A sociedade civil em geral, eu acho que também faz parte, né?

⁹ Em alguns momentos do texto os ACS utilizam o termo PSF (Programa Saúde da Família), e não ESF. Nesses momentos, manteremos essa terminologia.

[...]

Ângela: É... As... é, os autônomos, assim, as pessoas, assim, que... [...] quem tem um supermercado, quem tem a farmácia, quem tem a padaria, tudo isso eu acho que é rede social, porque... é... cê... você depende do padeiro pra você se alimentar pra você vim trabalhar, então eu acho que tá tudo muito interligado. Mas você depende também da pessoa que vai trabalhar lá na roça pra produzir o arroz que você vai... tá comendo. Então eu acho que tudo isso é rede social.

[...]

Ângela: Imagine: o bombeiro, aquele que trabalha lá na bomba d'água. Deu um problema à noite, deu uma tempestade, e alguma coisa aconteceu, e não chegou água na nossa casa, ele faz parte da nossa rede social, porque... é, antes de cê vim pra trabalhar, cê necessita água, é uma coisa, assim, muito necessária pra... pra sobrevivência, então... assim, é... por isso que eu pensei mais amplamente, porque... é, imagine só se algo aconteceu lá, no outro dia cê não vai ter ali o... benefício da água. Aí, é... o lixeiro não foi trabalhar, ficou três dias sem trabalhar, e aí? Tudo isso, assim, é... uma coisa depende da outra, então, por isso que... acho que é bem amplo.

Cristiane: Apesar de você não conhecer a pessoa...

Ângela: *(falando junto)* Exatamente.

Rafael: ... Ela faz parte da sua rede social. (Unidade Amarela, Grupo 1, linhas 958 a 1018).

No trecho, Ângela, em uma tentativa de definição e delineamento da constituição da rede social, trouxe para a conversa diferentes níveis de relação com a sociedade, enumerando pessoas que “governam nossas casas”, o prefeito, a câmara dos vereadores, a paróquia, incluindo a sociedade civil em geral. Ela também trouxe uma perspectiva de interdependência de pessoas e serviços para o funcionamento da sociedade, com a satisfação de necessidades básicas, tais como alimentação e saneamento: *“Tudo isso, assim, é... uma coisa depende da outra, então, por isso que... acho que é bem amplo”*.

Na definição proposta por Ângela, destacamos uma interligação entre pessoas e instituições de diferentes lugares, como trabalhadores autônomos, paróquias e instituições governamentais. Essas pessoas e instituições citadas têm diferentes funções na vida social, permitindo análises sobre suas inter-relações e como isso se relaciona à vida das pessoas.

Levando essa discussão para o âmbito da ESF, consideramos que essa forma de compreender as redes, que trata de uma interdependência de pessoas e serviços, pode trazer contribuições para o trabalho dos ACS. É uma definição que dialoga com a definição de saúde seguida pelo SUS, que envolve fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho e lazer como requisitos para uma boa saúde. Além disso, favorece um olhar para a sociedade e o sistema de saúde que valoriza a intersetorialidade, a integração entre serviços de saúde e outros órgãos, tanto públicos quanto privados, incluindo o governo, religiões, clubes, serviços necessários à vida das pessoas, o que se relaciona ao discutido no trecho acima.

Essa definição macrossocial de redes sociais envolve aspectos que, por vezes, são negligenciados nas práticas em saúde, que enfocam prioritariamente a saúde física das pessoas, com ações de prevenção, promoção ou recuperação de saúde (o que está presente nas normas da ESF). A partir desse trecho, levantamos a discussão de que, definindo as redes de

uma forma ampla, se favorece a inclusão e inter-relação entre diversos fatores na vida cotidiana das pessoas, tais como necessidades de saneamento básico e alimentação. Com essa compreensão, se valoriza, além da intersectorialidade, a integralidade da atenção, atendendo às necessidades da população em toda sua complexidade, envolvendo as instâncias necessárias para atender a essas demandas.

No grupo, a conversa prosseguiu abordando a definição de rede social, e o pesquisador trouxe o conceito de Sluzki (1997), que define as redes sociais como pessoas que consideramos mais importantes. Foi proposta, assim, a passagem de uma discussão macro para uma discussão microsocial. Articulando essa definição com a discussão que ocorria no grupo, o pesquisador questionou se nesses casos descritos, como do lixeiro, do padeiro, o que as pessoas consideram como importante é o trabalho realizado ou quem o executou, e os ACS colocaram que, em geral, se considera como mais importante o produto final do que o trabalhador:

Rafael: Acho que ela considera mais o produto final em si, né? Porque...

Cristiane: Com certeza.

Rafael: Ela nem sabe como...

Cristiane: *(falando junto)* Ela não quer saber quem fez.

Rafael: Como foi produzido, quem produziu.

Ricardo: Aham...

Rafael: Acho que é mais o... trabalho final e, assim, o que ela tem na hora, pra ela. O arroz já embalado, já pronto pra ser feito.

Ricardo: Aham...

Cristiane: Verdade. (Unidade Amarela, Grupo 1, linhas 1121 a 1130).

Traçamos uma relação entre essa forma de entender redes sociais e a atuação em diferentes locais. Ângela citou o caso de padeiros, cujo trabalho é necessário à vida de outras pessoas. Pelas características dessas funções, o momento de produção de seu trabalho é descolado de seu consumo – o consumidor compra o pão sem ter contato direto com o padeiro no momento de produção do pão. Já no campo da saúde, por exemplo no trabalho dos ACS, se destaca um caráter imediato – os serviços são consumidos ao mesmo tempo em que são produzidos (FRANCO; MERHY, 2003). Assim, o trabalho do ACS é diretamente vinculado à figura de quem o executa, em relação com a comunidade. Assim, na relação imediata com o usuário, se abre espaço para um autogoverno do trabalhador, que pode modificar sua forma de prestar assistência, agindo como dispositivo de mudança e questionamento em relação aos modelos existentes (FRANCO; MERHY, 2003).

Posteriormente, nesse mesmo grupo, Cristiane trouxe um questionamento sobre quem seria considerado como parte da rede social se esta for compreendida como as pessoas mais próximas, o que deu início a uma conversa sobre a constituição da rede social:

Cristiane: Mas se você for olhar dessa forma, cê vai encontrar quem como que são importante? Como rede social?

Rafael: *(falando junto)* Só família.

Cristiane: Só família.

Rafael: Na maioria das vezes, né?

Cristiane: A família.

Ricardo: Aham...

Cláudia: *(falando junto)* Um colega, um amigo.

Rafael: É.

Cláudia: Uma família. Tipo assim, ó: a Carmélia. E... Todo mundo conhece a Carmélia. [...] Então, ela é da área do Jarbas¹⁰, só que você tem uma grande afinidade, amizade e carinho por ela, o Maurício¹¹ também tem, a Ângela também tem, eu também tenho.

Rafael: Nesse caso...

Cláudia: Aí, vamos supor, assim, a gente sai daqui, vai lá pra Unidade Rosa, lá ninguém conhece a Carmélia. Conhece o Rafael, a Cláudia, o Jarbas, mas não conhece a Carmélia. Então a Carmélia não faz parte da rede social deles. Do posto lá. Vamos supor, assim.

Cristiane: Aham...

Cláudia: [...] a Carmélia faz parte de todos aqui no posto. Da rede social de todo mundo aqui, porque ela é uma pessoa agradável, importante. Eu acho que é assim, não sei se eu posso tá errada também, né? Mas eu acredito que seja assim.

[...]

Rafael: E tem contato... assim, quase todos os dias, ela tá aqui na unidade. [...] tem contato com todas as pessoas da equipe, então...

Cláudia: Todas as pessoas, inclusive o médico.

Rafael: É uma pessoa que... eu acho que considera a saúde como uma rede social.

Ricardo: Aham...

Rafael: Ela vê que tem importância na vida dela. E assim, pra gente também, acho que ela também tem importância, porque fora do... do serviço de agente comunitário, a gente também conversa com ela. Onde vê, para. (Unidade Amarela, Grupo 1, linhas 1142 a 1199).

Inicialmente, os ACS reconheceram como importante “*só família*”, expandindo depois esse sentido para colegas e amigos, até Cláudia trazer o caso de Carmélia, uma usuária da unidade com forte contato com a equipe. Assim, os ACS a colocam como uma pessoa que “*considera a saúde como uma rede social*”, o que não se restringe a momentos do trabalho, conforme colocado por Rafael, que relatou conversar com ela também em outros contextos.

Com essa concepção de rede social mais enfocada nas relações cotidianas, os ACS destacaram sua relação com pessoas de seu convívio, como família e amigos, discutindo com mais detalhes, posteriormente, a relação estabelecida entre Carmélia e a equipe da Unidade, valorizando o envolvimento afetivo presente nessa relação:

¹⁰ Agente da unidade que não participou do grupo.

¹¹ Médico da unidade.

Rafael: E acha... ah, bom, no meu caso, eu acho importante essa relação com pacientes fora do serviço, assim, já passa a ser um amigo, assim, então acho que entra na... na rede social.

[...]

Ricardo: Aham... não, é um exemplo legal de que... ah... isso, que é uma pessoa que não é da família, mas que é considerada próxima e que o... o sistema de saúde proporcionou essa... essa relação, e essa... pessoa ter se tornado importante na... na vida, as pessoas terem se tornado... terem se tornado importantes na vida uma das outras.

Ângela: É, e o próprio grupo, né?

Ricardo: Aham...

Ângela: Que tem aqui, porque, assim, elas não chega, é... assim... é, elas chegam, se abraçam. [...] É, então eu acho assim, que... é... entre o grupo, já tá se solidificando, assim, uma amizade, assim, muito... é... porque se uma faltou tal dia, a outra fala: “uai, mas por que... é, Fulana não veio?”

Ricardo: Aham...

Ângela: Então, assim, entre elas também, elas já tão, assim, tá se formando um... um leque, né? Que... talvez se cada um ficasse na sua casa, e aqui é uma forma também, assim, das pessoas... do círculo de amizades delas, que talvez elas fariam fechadas, elas agora já tão se abrindo mais.

Ricardo: Aham...

Rafael: É, no... no caso o grupo é um... bom exemplo de... de rede social, como por exemplo, quando... tem a Maísa, que... é professora no grupo de alongamento. Quando ela não vem, os próprios agentes organizam o grupo e ele acontece da mesma forma. Então essa... não é importante, tanto assim, a presença do profissional...

[...]

Rafael: As pessoas... acham importante a presença, tipo, do agente. Não só como agente, como pessoa também. É o caso que cê falou, não só a função, o trabalho que é exercido, mas é a... a presença da pessoa também é importante no grupo. (Unidade Amarela, Grupo 1, linhas 1202 a 1237).

Nesse trecho, destacamos a postura dos ACS, que valorizam as relações estabelecidas pelos usuários, tanto com eles próprios quanto com outros usuários, principalmente com a participação nos grupos oferecidos pela unidade – que foram relatados em diversos momentos da pesquisa como importantes contextos de interação entre usuários e de promoção de saúde.

Nesse momento, em que a rede social foi considerada a partir de um olhar microsocial, das relações imediatas ou cotidianas, a conversa se dirigiu para as relações entre os ACS e a população e entre a própria comunidade, como quando Ângela destaca os grupos realizados na unidade, que possibilitam a solidificação de amizades entre os participantes.

Essa discussão permite reflexões sobre a importância do vínculo entre os trabalhadores da saúde e a população para o estabelecimento de atuações que considerem o ser humano integral, alguém inserido no mundo, considerando-se uma concepção ampliada de saúde. Outro aspecto que destacamos se baseia na fala de Rafael, que coloca que os usuários consideram importante a presença do ACS “*como pessoa também*”, valorizando, assim, uma relação entre profissional e usuário na qual há o estabelecimento de um vínculo próximo, de amizade.

Esse vínculo pode ser importante para a construção de espaços de diálogo entre os usuários e os trabalhadores da ESF, uma vez que, considerando-se uma relação diferente do

encontro profissional/usuário tradicional, marcado por um distanciamento e uma hierarquia, pode-se abrir espaço para um encontro dinâmico, mais horizontal, em que a voz dos usuários também é ouvida, colocando-os como ativos em seus processos de cuidado, não apenas receptores de um conhecimento especializado. Assim, há uma ênfase em um trabalho dinâmico, vivo, relacional, dialógico, valorizando-se o momento de encontro entre o usuário e as equipes de ESF para a construção de práticas atentas às demandas da população.

Essa lógica vai ao encontro da proposta da ESF, de se valorizar o vínculo entre as equipes e a população, e o componente afetivo da relação entre ACS e a comunidade pode favorecer esse engajamento. A partir de conversas sobre redes sociais, pode-se incluir como pauta nas atuações das equipes o vínculo com a população, abrindo-se espaço para se conversar sobre como é essa relação e sua potencialidade para promover práticas na ESF.

Com isso, se valorizam os momentos de interação entre comunidade e membros da ESF e, conforme colocado por Camargo-Borges e Mishima (2009), considerar as pessoas como atores sociais ativos aumenta as possibilidades de envolvimento comunitário e ações mais efetivas, corresponsáveis, com foco nas relações, e não nas pessoas isoladamente. Assim, se valoriza a territorialidade no trabalho, sendo a noção de território compreendida não apenas em seu caráter geográfico, incluindo também o compartilhamento de uma cultura, havendo uma proximidade entre os ACS e a população.

As definições de rede social, tanto enfocando um contexto macrossocial, quanto em termos microssociais, trazem elementos que permitem pautar práticas delineadas a partir das necessidades da população, sendo o encontro entre o usuário e o profissional o momento privilegiado para a construção de novos sentidos de cuidado em saúde, a partir da valorização de determinados discursos, como a necessidade de se estabelecer relações sociais e como isso tem influências na saúde.

Crítérios de inclusão na rede: a qualidade do vínculo

Outro aspecto relacionado à definição de redes sociais e suas implicações diz respeito à relação entre os ACS e a comunidade atendida. Nesse momento, discutiremos a presença das pessoas da comunidade como parte da rede social dos ACS.

Baseamos esse momento da discussão em trechos do primeiro grupo realizado na Unidade Branca, do qual participaram cinco ACS. Nesse momento do grupo, se conversava sobre a relação e o envolvimento entre os ACS e as famílias atendidas, se estas fazem parte da rede social das ACS ou não. Houve diversidade de opiniões a esse respeito, sendo que

algumas concordavam que as pessoas da comunidade fazem parte de sua rede social, enquanto outras, notadamente Helena, assumiam outra posição, mesmo considerando que há um forte vínculo com as pessoas atendidas, conforme apresentamos no trecho a seguir:

Helena: É igual esses dias que a gente tava conversando com os meninos de psicologia lá, que eles vêm fazer um grupo. É... como que a gente lida com as perdas, também, da área, porque a gente às vezes a gente cria muito vínculo com a pessoa, esses idosos é mais... é... é mais difícil, assim. E às vezes eles fica doente, aí morre. E parece que é da família da gente!

Larissa: Aham...

Helena: E é difícil! Cê tem que pôr na cabeça que não é da sua família. Mas cê sente.

Larissa: É.

Ricardo: Aham... [...] Esses... esses idosos, essas pessoas que cê deu o exemplo de que... disso, desses idosos que tem esse vínculo, e tal, cê acha que eles fazem parte da sua rede? Esses...

Helena: Eu acho... Que não. Eu não acho que eles faz parte da minha vida. Eles faz parte do meu trabalho. Eu vou lá, eu crio um vínculo com eles, porque eu vou mais vezes, porque eles necessitam mais, os idosos. Eu crio um vínculo, eu gosto deles. Mas eles não faz parte, assim, da minha vida. Eu acho que eles não faz parte da minha... do... do que a gente tava discutindo.

Ricardo: Aham...

Helena: Porque... eu discordo da... com elas. Eu acho o que faz parte da relação social é família, o que tem mais convívio.

Ricardo: Aham... É, eu queria entender melhor o que que é... o que que diferencia essa pessoa que faz parte da... da sua vida e a pessoa que não faz parte.

Helena: Eu acho que é as pessoas mais próximas tão comigo. A minha família, os meus companheiros de serviço. [...]

Ricardo: Aham...

Helena: Hoje. Aí os da minha área eu não vou sempre. Eu tenho um vínculo com eles. Mas eu não tô assim, todo dia. Eu acho que pra ter essa relação, tem que ter o contato todo dia. Não sei se tá certo, eu penso dessa maneira. (Unidade Branca, Grupo 1, linhas 807 a 840).

Nesse trecho, Helena destaca um grande envolvimento com a população, exemplificando com a morte de pacientes de sua área de atuação: “*E é difícil! Cê tem que pôr na cabeça que não é da sua família. Mas cê sente*”. No entanto, quando o pesquisador questiona se essas pessoas fazem parte de sua rede social, Helena responde que fazem parte de seu trabalho, não de sua rede social.

Com base nessa fala de Helena, propomos uma reflexão sobre as influências do discurso médico tradicional nas práticas cotidianas dos trabalhadores da ESF. Esse discurso enfoca mais a realização de procedimentos (como exames) do que um encontro entre o profissional de saúde e os pacientes (BARROS, 2002; MERHY; FRANCO, 2003), em um discurso que desvaloriza a proximidade, o vínculo, e valoriza a neutralidade. A fala de Helena, de que a comunidade faz parte de seu trabalho, não de sua rede social, demonstra a tradição do distanciamento entre profissionais de saúde e pacientes, o que parece abrir caminho para desvalorizar o vínculo entre os ACS e a população.

No entanto, quando Mariana justificou que considera as famílias como parte de sua rede social devido a um envolvimento afetivo, passou a haver um consenso no grupo, descrevendo-se as famílias como parte da rede social dos ACS, com diferentes graus de intimidade dentro da rede social.

Mariana: Porque assim, eu... eu penso assim, que a Helena pensa diferente. Eu penso que, por exemplo, no caso, as nossas famílias fazem parte da nossa rede social.

Ricardo: Aham...

Mariana: Porém... tem um grau de vínculo. Né? Todas as pessoas que a gente conhece fazem parte da nossa rede social, só que tem o... o grau de vínculo, de afeto. Os mais próximos, os não próximos.

Helena: Ah! Assim, eu concordo!

Mariana: É? (*Risos*). (Unidade Branca, Grupo 1, linhas 851 a 859).

A partir dessa discussão, Stéfanie trouxe a questão da proximidade entre ACS e a população:

Stéfanie: Engraçado, que nem na... nesse... nossa... nossa rede social. Enquanto as famílias tão na nossa rede de um modo mais distante, muitas vezes nós, pra eles, a gente tá como se fizesse parte da família, entendeu?

Ricardo: Aham...

As agentes fazem sinal de sim com a cabeça.

Stéfanie: A gente chega e eles é... Recebem tão bem, é como se a gente fosse um filho, um neto. A... O vínculo... O vínculo com ele... eles conosco é maior que o nosso mesmo.

Ricardo: Aham...

Stéfanie: Porque eles não têm... a gente chega lá como profissional, não vai falar nada da vida pessoal. Mas eles, assim, despeja, né? Chora, ri, brinca. Tudo, tudo que acontece na vida deles, eles nos coloca dentro, então a gente faz parte da rede social deles mais do que eles da nossa.

Ricardo: Aham... Que que cês pensam disso que ela tá falando? Cês concordam, acham que é assim?

Helena: Concordo.

Mariana: Aham...

Larissa: Concordo.

Stéfanie: Aham...

Daniela: Aham... (Unidade Branca, Grupo 1, linhas 885 a 904).

Nesse momento do grupo, o critério decisório para a inclusão de alguém na rede social é o vínculo afetivo-emocional. A descrição da proximidade entre a comunidade e os ACS traz a importância do momento de encontro entre os ACS e a comunidade, com os ACS sendo valorizados em sua relação com a população e compartilhando suas vidas. Aqui, a noção de territorialidade aparece fortemente, com um caráter que vai além do biomédico, conforme descrito no relato de Stéfanie de que os pacientes “despejam” suas necessidades, o que acontece em suas vidas – isso é indicativo de que há demandas além do cuidado biomédico, enfatizando a importância do acolhimento e do vínculo, sendo o ACS uma figura de confiança para a população.

A proposta de discussão sobre redes sociais no trabalho em saúde propiciou um ambiente para a emergência dessas temáticas, uma vez que convidam a conversar sobre as relações estabelecidas pelas pessoas. Dessa forma, nos diálogos os usuários foram compreendidos como pessoas inseridas em relações, sendo que sua vida cotidiana ocupou um importante lugar nas discussões. Com esse enfoque nas conversas, quando se abordavam práticas dos ACS, as necessidades biomédicas eram transpostas para o segundo plano – não sendo perdidas de vista, mas também não sendo o principal foco.

Outro aspecto que contribui nessa direção é que, na ESF, a relação entre usuários e profissionais não se restringe ao consultório ou à unidade, mas se dá também no próprio contexto de vida das pessoas. Assim, o território de atuação não é apenas um local geográfico delimitado, mas um lugar de compartilhamento de experiências, viveres e saberes.

Em nossa compreensão, as redes sociais se tornam reais à medida que se conversa sobre elas, e esse tipo de conversa chama a atenção para a pessoa inserida em suas relações sociais. Assim, em práticas de saúde, pode favorecer que se incluam outras pessoas nos processos de cuidado, conforme discutido por Sanchez et al. (2010), considerando as diferentes relações estabelecidas pelas pessoas a partir do que elas dizem, e não de instrumentos ou procedimentos pré-estabelecidos.

No caso de nosso trabalho, destacamos essas características no trabalho cotidiano dos ACS, que têm contato direto e próximo com a população. Assim, no próximo eixo discutimos a questão da valorização ou desvalorização do trabalho dos ACS.

Eixo 2: A valorização/desvalorização do trabalho do ACS

Esse eixo traz discussões sobre a valorização ou desvalorização do trabalho dos ACS, o que é pautado por diferentes sentidos, que dizem respeito à relação do ACS com a comunidade, com o sistema de saúde, e também a discursos sociais mais amplos. Assim, elegemos trechos das discussões grupais para ilustrar essa variedade de sentidos. Nesse eixo, há dois processos relativos à valorização/desvalorização do trabalho dos ACS, o primeiro mais relacionado ao discurso da hierarquia no trabalho em saúde e do conhecimento especializado, enquanto o segundo enfatiza a proximidade com a comunidade e a qualidade do vínculo entre os ACS e a população.

A (des)valorização do trabalho do ACS: posições ocupadas pelos ACS na relação com a comunidade e com o sistema de saúde

O primeiro trecho que elegemos para ilustrar esse tema ocorreu no primeiro grupo realizado na Unidade Branca, que teve a participação de cinco agentes. Antes desse momento, a conversa no grupo abordava o trabalho de ACS, sendo que as participantes diziam que devem saber até onde ir, respeitar as pessoas, saber escutar e não dar conselhos, mas levar os casos para se discutir na unidade e buscar soluções depois.

As ACS descreveram essa relação entre elas e a comunidade como estressante, justificando seu estresse pela demanda da população por uma resolução de seus problemas pelas ACS, conforme no trecho abaixo:

Ricardo: Aham... (*silêncio por alguns instantes*). É... Cês acham que essa... que essas pessoas, que as relações que a gente tem com a... com a nossa rede social, cês acham que isso tem influência na nossa saúde?

Larissa: Hum! Tem.

Stéfanie: Com certeza.

Larissa: Tem, sim.

Mariana: *Sinal de sim.*

Helena: *Sinal de sim.*

Daniela: *Sinal de sim.*

Ricardo: Que tipo de influência?

Larissa: Stress... Que mais? Muito stress. Porque... É, às vezes, igual a gente falou, tem certas pessoas que quer que a gente resolva o problema deles, sendo que a gente não tem... não é assim de... o agente. O agente, ele é a ponte intermediária da população com o PSF, então, o que que a gente tem que fazer? Trazer o problema dele pro PSF, pros nossos... pras nossas chefes, né? A gente faz estudo de caso, essas coisas, pra ver se... tem que partir delas o que vai ser feito. Não o agente. E daí a... a pessoa não entende, ele quer... ele viu o agente, ele quer que o agente resolve a situação toda. Igual o caso da Carmen da água.

[...]

Helena: É da minha área, ela mora na minha rua. E todo dia ela vai lá em casa na hora... ela vê eu chegando na hora do almoço, à tarde ela vai lá e fala que o marido tá colocando veneno na água dela. Ela tem um problema de cabeça, faz tratamento, tudo. Ela quer que eu vou conversar com o marido dela. Eu não posso intervir lá. Aí eu já passei pra cá, ela faz tratamento psiquiátrico e... Mas todo dia ela tá lá! Ai todo dia eu fico: “não, eu vou falar pra ele”...

Larissa: (*interrompendo*) “Vai lá agora”, ela não fala, não?

Helena: Sabe?

Larissa: “Vai lá agora, ele tá lá”.

Helena: Mas todo dia eu ponho o pé lá e ela tá lá. Vai indo, a gente vai cansando!

Larissa: É, estressa. (Unidade Branca, Grupo 1, linhas 751 a 785).

Nesse trecho, Larissa descreve o ACS como uma ponte entre a comunidade e o PSF, colocando que, a partir disso, devem, em sua atuação, “*Trazer o problema dele pro PSF, [...] pras nossas chefes. [...]. Tem que partir delas o que vai ser feito*” (linhas 765 a 767). Nessa fala de Larissa é possível tecer considerações sobre uma desvalorização do trabalho do ACS, uma vez que ela coloca que cabe à chefia lidar com as situações que surgem no trabalho,

sendo o trabalho do ACS descrito apenas como uma ponte entre a comunidade e o PSF, reduzindo, assim, a potencialidade de seu trabalho. Também é trazida uma questão referente à hierarquia no trabalho, em que as ACS assumem uma posição inferior. Traçamos também uma relação entre isso e uma valorização maior do saber biomédico, especialmente dos profissionais com formação superior, uma vez que os “chefes” nas unidades são os enfermeiros e médicos (estes últimos ocupam a posição mais alta na hierarquia em cada unidade, de acordo com os relatos dos ACS).

Nesse mesmo grupo, quando perguntadas sobre relações entre rede social e saúde, as ACS respondem falando de sua relação com a população, colocando os ACS como parte da rede social das famílias que atendem e também como trabalhadores da saúde, parecendo haver certo desconforto com essa inter-relação, que extrapola o que as ACS compreendem como sua função, conforme na fala de Helena: “[...] *todo dia ela vai lá em casa, [...] ela vai lá e fala que o marido tá colocando veneno na água dela. Ela tem um problema de cabeça, faz tratamento, tudo. Ela quer que eu vou conversar com o marido dela. Eu não posso intervir lá. Aí eu já passei pra cá [...]*” (linhas 773 a 778). Assim, as ACS dessa unidade descrevem essa proximidade com a população como negativa, como fonte de estresse.

Nesse ponto, parece haver um desconforto com o que é um dos pilares da atividade do ACS: a residência em seu local de atuação, que favorece a proximidade com a comunidade. Esse desconforto ilustra a presença do discurso médico tradicional, no qual se valoriza a neutralidade e o afastamento, em um legado do saber positivista e biomédico, que ocupa grande parte da formação dos ACS, nos cursos oferecidos, conforme discutido por Silva e Dalmaso (2002). Esse discurso tradicional adverte sobre os riscos do envolvimento emocional com os usuários, o que, a partir de um olhar construcionista social, mais do que ser evitado ou oferecer risco a ambos (profissionais e pacientes), pode favorecer a construção de relacionamentos mais próximos, em que ACS e a população possam se conhecer melhor, ficando mais claras também as funções do ACS e as expectativas relacionadas ao exercício de sua função.

Souza (2011) discute que os participantes de seu estudo, realizado no contexto de uma unidade de tratamento de transtornos alimentares, os usuários descreveram como elemento essencial no tratamento a proximidade com os profissionais, e não a objetividade da realização de procedimentos. Dessa forma, a autora aponta que a proximidade entre usuários e profissionais favorece um vínculo de maior confiança entre estes, o que pode trazer benefícios para o tratamento.

Dessa forma, propomos um olhar para o vínculo entre os ACS e a população que considere como se dá essa relação, que muitas vezes não é espontânea, mas responde a demandas do exercício da profissão do ACS, ocorrendo nas visitas domiciliares. Essas visitas muitas vezes têm como foco a saúde, o que convida a uma prática discursiva particular, de se conversar sobre problemas, tais como doenças (o que está presente nos relatórios dos ACS, que atendem a também critérios epidemiológicos), sendo que as ACS descrevem sua função como não resolutiva. Essa combinação problema/não-resolutividade pode ser uma fonte de estresse para as ACS, que ouvem os problemas sem poder resolvê-los, o que, frequentemente, é a expectativa da comunidade.

No entanto, questionamos sobre essa questão de como a resolutividade no trabalho é compreendida. Apenas o atendimento médico é resolutivo? No caso citado por Helena no trecho anterior, apenas o tratamento psiquiátrico seria resolutivo? Autores (FONTES, 2008; FRANCO; MERHY, 2003; MERHY; FRANCO, 2003; CECILIO, 2006) discutem a importância de ações como a escuta e o acolhimento, que são desenvolvidas pelos ACS e permitem aproximar a comunidade do sistema de saúde, considerando suas demandas de uma forma mais dinâmica, observando a pessoa em relação com seu meio, não apenas em momentos de consulta ou em que a pessoa procura o sistema de saúde – normalmente, já com alguma queixa relacionada a doença.

Consideramos que o trabalho do ACS (ou de qualquer outro profissional da ESF) sozinho não consegue abarcar toda a complexidade das questões que surgem no trabalho cotidiano. Assim, deve-se valorizar a presença dos diferentes trabalhadores da ESF, que têm diferentes funções que se complementam no atendimento à comunidade, não em uma perspectiva hierárquica, mas de diversas ações em busca de um objetivo comum. Essa visão poderia ser importante para que os ACS se percebessem como importantes elementos no trabalho em equipe.

Propomos também uma reflexão sobre essa hierarquização no trabalho, em que o saber de algumas categorias, sobretudo do médico, é visto como mais importante ou valorizado. No entanto, o processo de conversar sobre redes sociais nesse grupo possibilitou também o reconhecimento da valorização do trabalho dos ACS pelas famílias atendidas. Assim, destacamos a potencialidade que esse tipo de contexto dialógico de produção de conhecimento pode ter para que o discurso da importância do ACS ganhe força institucionalmente, sendo as famílias parceiras dos ACS em busca de sua valorização profissional.

A proposta de atuação com redes sociais reflete uma possibilidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção e de profissionais dentro do sistema de saúde, em que, muitas vezes, o excesso de atividades sobrecarrega os profissionais – no caso, os ACS, que, por estarem mais abaixo na escala hierárquica, se veem obrigados a obedecer. A lógica do SUS de atenção hierarquicamente organizada, a partir de níveis de complexidade, pode contribuir para essa hierarquia mais baixa dos ACS, uma vez que seu trabalho, pautado na relação com a população, é encarado como uma das portas de entrada no sistema de saúde, ocupando os atendimentos especializados lugares mais elevados. No entanto, destacamos a importância da valorização dos ACS pela comunidade, que demonstra a importância das relações no cuidado em saúde, mais do que os procedimentos predefinidos, apontando para um empoderamento do ACS na lógica de atuação da ESF.

A (des)valorização do trabalho do ACS: proximidade com a comunidade e da qualidade do vínculo

O momento da conversa que embasa essa discussão ocorreu no grupo 1 da Unidade Vermelha, do qual participaram quatro agentes, e se discutia sobre o que é rede social. Havia certa confusão no grupo, as ACS diziam não estar compreendendo as discussões, e perguntaram se o pesquisador tinha uma definição de redes sociais para passar para elas.

O pesquisador leu a definição de Sluzki (1997) de “pessoas que um indivíduo reconhece como importantes em sua vida”, e no momento Vitória disse que “*nem todo mundo que eu convivo é importante pra mim*” (linhas 1212 e 1213). Em resposta, Tereza enumerou alguns lugares considerados como importantes: em primeiro lugar, a família, e também citou o trabalho, a igreja. Posteriormente, Elisa problematizou o que seria esse “importante” presente na definição, abrindo outro caminho para a discussão, que envolveu as ACS de maneira bastante significativa, conforme transcrito abaixo:

Elisa: Mas esse importante, Ricardo, seria que tipo de importante?

Paula: Por exemplo, a gente que é agente comunitário.

Ricardo: Hum... tá.

Paula: Não, colocando a mesma coisa, em cima, nesse importante. A gente que é agente comunitário vai na casa da pessoa, ensina ela. Talvez a pessoa aprende com a gente. Mas não quer dizer que a gente seja importante na vida... na vida dela.

Vitória: Ou que ela seja importante na minha.

Tereza: Não, mas acontece que pra saúde, pro SUS, nós somos importantes pra essa família.

Vitória: Mas assim, aqui, a pessoa, que é importante pra...

Elisa: Para o SUS. Não para as famílias.

Tereza: *(falando junto)* Nós somos um elo que liga as famílias... as famílias com...

Paula: *(falando junto)* Cê acha que as suas famílias reconhecem você importante pra elas?

Tereza: *(falando junto)* ... Com a saúde. Ah, muitas reconhece, sim.

Elisa: *(falando com tom de voz irritado)* A minha área... Hum! Nem liga.

Tereza: Pode ser que a família não reconheça...

Elisa: Na minha área, se perguntar...

Tereza: Mas o... a... a sa... O SUS reconhece.

Vitória: Ninguém reconhece, Tereza. Nem SUS, nem ninguém.

Tereza: Vitória. Meninas, senão eles não teriam feito isso, não teriam feito o... é... não mandaria tanta verba pra fazer, pra montar um PSF.

Elisa: Cê ganha bem?

Silêncio por alguns instantes.

Elisa: Não, né? Então... Risos.

Tereza: Não tô falando de... de...

Elisa: *(falando junto)* Então, não...

Tereza: ... Disso. (Unidade Vermelha, Grupo 1, linhas 1220 a 1250).

No início do trecho, Paula trouxe um elemento bastante recorrente nos relatos das ACS, descrevendo em seu trabalho uma característica de informar a população: “*A gente que é agente comunitário vai na casa da pessoa, ensina ela*”. Paula coloca que isso não seria suficiente para se considerar o ACS como importante na vida das pessoas atendidas, e Vitória complementou dizendo que também não significa que ela, ACS, considere os usuários importantes em sua vida.

Tereza contrapôs esse ponto de vista, colocando que muitas famílias as reconhecem como importantes, e ressalta a característica do ACS como “*um elo que liga as famílias*” à ESF. Elisa, Paula e Vitória parecem discordar desse ponto de vista (nas palavras de Elisa, “*nem liga*”). Destacamos que a presença de diferentes discursos é possível, não sendo a posição de alguma ACS considerada a correta, havendo a convivência de diferentes discursos e práticas.

Quando Paula, Vitória e Elisa discordam de Tereza, esta coloca que as famílias atendidas podem não reconhecer, mas o SUS reconhece a importância das ACS, “*senão eles não teriam feito isso... [...] não mandaria tanta verba pra fazer, pra montar um PSF*”. Essa postura é diferente da de Vitória, que coloca que “*Ninguém reconhece [...]. Nem o SUS, nem ninguém*”. Elisa, para reforçar essa desvalorização, traz a questão da baixa remuneração do ACS, o que parece causar um impacto, pois a sua pergunta segue um momento de silêncio.

Nesse momento da conversa, há uma tensão, em que diferentes posições são assumidas, havendo uma discussão sobre a valorização ou desvalorização do trabalho e da figura dos ACS. Tereza defende que os ACS e o PSF são valorizados, uma vez que o governo envia verbas para sua instalação e manutenção, enquanto Elisa, Paula e Vitória destacam a desvalorização do ACS, que se dá tanto na relação com a comunidade, quanto em termos salariais.

Propomos algumas reflexões. Primeiro, as ACS discutem sobre a comunidade e o SUS os reconhecerem como importantes. Como se reconhece se uma pessoa (ou sistema) é importante ou não para outra? No trecho acima transcrito, não há um consenso na conversa, sendo que Tereza assumiu uma posição distinta das demais ACS. Outro aspecto que destacamos é que pode haver diferentes dimensões para o termo “importância” na conversa, uma vez que Tereza trouxe a questão para um âmbito mais amplo, de haver um investimento para a contratação de ACS e a implantação de unidades de PSF, enquanto em outros momentos a conversa é sobre se as famílias reconhecem os ACS como importantes em sua vida. Em relação a um contexto mais amplo, destacamos, na própria estruturação do PSF, uma maior valorização de alguns profissionais em detrimento de outros, o que se reflete, por exemplo, em diferenças salariais.

A valorização do ACS de forma mais pontual, na relação imediata com os usuários, foi pautada na continuação da conversa por Paula, que coloca que o ACS pode ser importante para algum paciente por dar algum alerta de saúde, como, por exemplo, em relação à alimentação de uma pessoa diabética, mas a pessoa pode não considerar o ACS importante na sua vida, como se essa informação tivesse mudado sua vida.

Elisa: Mesmo porque, eu vou falar uma coisa que já até aconteceu. Foi na... Fui fazer visita na casa de uma mulher. Não é dizer assim, que eu orientei ela. Mas aí depois passou um tempo, eu fui lá com o médico, o médico orientou: “E aí, como que a senhora tá?” “Ah, tô bem. O médico falou isso e isso pra mim”. A mesma coisa que eu tinha falado antes, ela não deu importância.

Paula: Ele foi importante. Ele foi importante.

Elisa: O que ele disse foi importante. Eu não.

Paula: Cê não é importante.

Ricardo: Então... É...

Paula: Cê é importante pra Deus, só.

Vitória: A gente é importante só pra família da gente. Entende? Pra mais ninguém. (Unidade Vermelha, Grupo 1, linhas 1251 a 1273).

Esse exemplo é interpretado de forma negativa por Elisa, Paula e Vitória. Segundo Paula, que cita o caso de uma paciente, o ACS pode alertar que alguma refeição não é boa para uma paciente devido a sua condição, mas isso “*não quer dizer que a pessoa te considere importante na vida dela*”. Isso pode refletir a valorização superior de alguns profissionais (no caso, o médico), o que diz respeito a discursos sociais mais amplos, uma vez que, no desenvolvimento da prática médica moderna, foi construída socialmente essa posição da maior valorização do saber médico em relação aos outros profissionais.

A seguir, Elisa, reforçando o argumento de Paula, exemplifica um caso ocorrido com ela em que orientou uma paciente sobre algo e, posteriormente, a paciente recebeu a mesma

orientação do médico, sendo o médico reconhecido, não ela. Ao fim desse exemplo, Elisa diz que o médico foi importante, não ela, e Paula e Vitória fecham trazendo, respectivamente, que *“cê é importante pra Deus, só”* e *“a gente é importante só pra família da gente”*.

Nesse momento, levantamos a discussão sobre a (des)valorização do trabalho do ACS, que aparece em duas vertentes: em relação ao trabalho do ACS e nas questões salariais. Julgamos que esses dois fatores não podem ser separados, pois são igualmente importantes ao considerar a realidade vivida pelos ACS.

Essa concepção de que as pessoas não são importantes umas para as outras pode ter implicações para o trabalho das ACS. Sendo o conhecimento interligado à ação, determinadas formas de descrever o mundo convidam a certas formas de ação. Dessa forma, o não reconhecimento das ACS em sua relação com a comunidade pode ter decorrências para as formas como se colocam em sua atuação, com as ACS se colocando de uma forma menos envolvida, por exemplo.

Talvez conversando com as famílias atendidas se pudesse chegar a compreensões alternativas da inserção do ACS na comunidade. Nos exemplos trazidos pelos próprios ACS, em grande parte a valorização de seu trabalho se dá a partir de relatos da comunidade, em que pessoas, por exemplo, agradecem pelos serviços prestados. Dessa forma, enfatizamos a importância de contextos que possibilitem aos ACS conviver com essa valorização de seu trabalho e que deem visibilidade à prática dos ACS e à importância que essa pode assumir.

Assim, a valorização ou desvalorização do ACS aparece de diferentes formas, tanto na relação com a comunidade atendida quanto com o sistema de saúde de forma mais ampla. Essa questão aparece relacionada a questões salariais, passando pela hierarquia no trabalho, até a relação com as famílias atendidas. Entendemos que nenhum desses aspectos deve ser tratado de forma isolada, mas todos são importantes ao se considerar o valor dado ao trabalho dos ACS. Dessa forma, defendemos que pode haver espaços para discutir sobre essas questões, fortalecendo a valorização dos ACS em alguns aspectos.

As conversas ocorridas nos grupos permitiram aos ACS se perceberem como parte da rede social das pessoas da comunidade, o que, segundo nossa análise, é um importante elemento para o reconhecimento da valorização dos ACS. Discussões sobre redes sociais no contexto de trabalho dos ACS podem contribuir para essa compreensão por parte dos ACS, considerando-os como participantes em uma rede mais ampla de relações, em que alguns apontam para estes como figuras importantes em atuações no campo da saúde, que contribuem em grande medida para atender às necessidades da população.

No próximo eixo, discutiremos sobre duas posturas que os ACS relataram ocupar quando questionados sobre exemplos de sua atuação em que as redes sociais de algum paciente foram envolvidas nos processos de trabalho.

Eixo 3: Funções do ACS no trabalho com redes sociais em saúde

Nesse eixo, trazemos discussões sobre posições adotadas pelos ACS na relação com a comunidade, em situações em que eles relataram ter atuado considerando as redes sociais das famílias atendidas. São discutidas duas posições nesse eixo: o ACS como articulador (articulando a rede social de um paciente em seu tratamento) e como mediador (mediando relações descritas como conflituosas).

O ACS como importante articulador da rede social

Esse momento foi relatado no grupo 1 da Unidade Branca, do qual participaram cinco ACS, e o trouxemos para discutir um caso em que a rede social se articulou em torno de um paciente, com envolvimento ativo dos ACS e de toda a unidade, o que trouxe resultados benéficos para os envolvidos, segundo os relatos. Trata-se do caso de Mário, um paciente de 42 anos com uma séria ferida na perna, havendo risco de amputação.

Antes desse trecho, as ACS discutiam sobre sua prática cotidiana, apresentando como os equipamentos sociais oferecidos pela cidade auxiliam na saúde das pessoas. Os equipamentos citados foram serviços do hospital (especialmente o trabalho dos psicólogos) e o Múltiplo Uso, um centro de promoção social que reúne diversos serviços, como assistência social, conselho tutelar, programas como Bolsa-Família, Auxílio Gás, Pró-Jovem, e distribuição de cestas básicas.

Quando perguntadas sobre algum caso em que a rede social contribuiu em tratamentos, as ACS citaram o caso de Mário, dizendo que ele foi um paciente que se beneficiou da articulação entre o sistema de saúde e sua rede social. As ACS relataram ter buscado a família de Mário para providenciar tratamento, conforme o trecho abaixo:

Stéfanie: Ah, o Mário também foi um outro caso que eu tive, né? Que a... que a...

Helena: *(falando junto)*. Ele se beneficiou, né?

Stéfanie: É. Que a... a gente viu o caso, aí a gente começou a correr atrás da família. Nesse, a família foi, correu atrás, é... Providenciou. Tanto é que ele tá em tratamento e ele tá melhorando, né? A...

Ricardo: Aham... Vocês podem falar como que foi o caso? Pra eu ter... uma visão. Só pra entender melhor.

Stéfanie: Ele é um senhor que eu já tinha passado na casa. E ele... A gente chamava, chamava, chamava, e ele não abria a porta. Ele não respondia. Se por acaso ele tivesse no vitrô, ele fechava. Então, assim, ele se excluía.

Ricardo: Aham...

Stéfanie: [...] Os vizinhos falavam, assim, que raramente via ele. Ele só saía pra receber o aluguel. Ma... Pra mais nada. É, comida, essas coisas assim, se ele tivesse lá, ele... se alguém levasse pra ele, ele comia, se, no contrário, também, não ia pro mercado, não ia nada.

Helena: Ele tinha uma ferida na perna. Ele tem uma ferida na perna.

[...]

Stéfanie: *(falando junto).* Os vizinhos da frente começou a falar que tava... sentindo um certo incômodo, um cheiro incômodo, né? A gente começou a... a gente começou a ir atrás, a gente começou a tentar descobrir. Quando, porque nós conseguimos que ele abrisse a porta. Nós vimos a perna dele, nas duas pernas tinha uma ferida. E tava muito feio, feio, tudo amaciado. Tava até exagerado, assim. Tava muito! E... A gente questionava o porquê daquilo lá, ele falava assim: “não, que vai ficar tudo bem”. “Não, mas a gente tem que fazer alguma coisa pra sarar isso daí”, né? “Não, não, eu sou de tal religião, Deus cura, Deus cura”, então ele se negava a ter um atendimento. Então a gente começou a recorrer, né? (Unidade Branca, Grupo 1, linhas 1541 a 1597).

Nesse trecho, as ACS introduzem o caso, ressaltando a exclusão social de Mário, argumentando que ele não saía de casa. É interessante, nesse exemplo, que o fator desencadeador da busca, pelas ACS, da família de Mário, foram informações fornecidas pelos vizinhos, que reclamaram de “*um cheiro incômodo*”. Nesse caso, se destaca a característica de trabalho da ESF de não esperar pelos pacientes, mas realizar uma busca ativa, com visitas domiciliares e uma relação entre os ACS e o território. Assim, o sistema de saúde pôde chegar a um paciente que “se excluía” e recusava tratamentos, atribuindo a possibilidade de cura a Deus.

Assim, os ACS e a enfermeira da unidade começaram a buscar por focos familiares de Mário. Para isso, perguntaram diretamente para ele, que não respondeu, então recorreram aos vizinhos. Nesse movimento, uma pessoa da família de Mário passou um tempo em Altinópolis, atuando como cuidadora, e com a família e a ESF trabalhando juntos, conseguiram que Mário se engajasse em um tratamento, e foi contratada uma cuidadora (“*assim, trabalhando, e a família ajudando, e a família discutindo. E... Por fim, nós conseguimos fazer ele ir pro hospital. Do hospital, ele foi encaminhado pro HC¹², e o HC não liberou até que ele tivesse uma melhora significativa¹³. Os vizinhos da frente mudaram, a família providenciou uma pessoa...*” – Stéfanie, linhas 1610 a 1614). Com essa atuação, as ACS relatam que a condição de Mário já está bem melhor, com as feridas na perna regredindo.

¹² Hospital das Clínicas

¹³ Essa melhora significativa a que Stéfanie se refere diz respeito às lesões na perna de Mário.

Outro aspecto que consideramos interessante em relação à abordagem ao caso é que mesmo sem uma “causa descoberta” (as ACS relatam que foram realizados exames em busca de causas psiquiátricas para o isolamento de Mário), foram realizadas ações buscando resolução, e se chegou a um resultado descrito como altamente satisfatório, o que, em nossa concepção, valoriza um olhar prospectivo para processos de cuidado em saúde, ou seja, que enfatize o “daqui para a frente”, com uma perspectiva de resolução, o que trouxe melhorias em aspectos físicos e também nas relações sociais de Mário.

Assim, consideramos interessante a fala de Stéfanie – *“Nesse caso, tá o PSF e a família trabalhando juntos em prol da... desse senhor”* (linhas 1622/1623) –, que valoriza a articulação entre diversos potenciais provedores de cuidado (no caso, os dois citados como principais nos grupos – ESF e família), o que vem mostrando resultados, de acordo com as agentes, que relatam tê-lo visto na eleição e fazendo compras, sendo que ele *“nem saía de casa”* (Helena, linha 1650), além de Mário ter passado a receber as ACS e respondido a suas perguntas.

Outro aspecto importante do apoio oferecido pela família a Mário diz respeito a um suporte material, sendo que sua casa foi reformada, foram comprados novos móveis. Com isso, Stéfanie destaca que *“hoje, cê chega lá, ele é um cidadão normal, agora. Comparado ao que era”* (linhas 1691 e 1692). Stéfanie também destaca a importância da cuidadora no processo, uma vez que ela também é fonte de informações para as ACS, ocupando a posição de mais um ponto de confiança na relação entre Mário e o sistema de saúde.

Além do apoio material, a família de Mário passou a ocupar com mais força a função de apoio emocional, havendo uma maior atenção em relação a ele. As ACS relatam que, antes dessa articulação entre a ESF e a família de Mário, ele era distante de sua família, e muitos não sabiam de sua situação de saúde, sendo que Mário recebia apenas uma irmã, mas seus esforços isolados não eram suficientes para o engajamento em um tratamento. Assim, a ESF foi apontada como principal fonte de busca por apoio para Mário, como catalisadora do envolvimento de sua rede social em seu tratamento (conseguindo inclusive um benefício previdenciário para ele, que *“não tem condições de trabalhar”*, segundo colocado por Stéfanie – linha 1843).

Posteriormente, o pesquisador pergunta da importância da rede social nesse caso:

Ricardo: Qual que cês acham que foi a importância da rede? Social dele? Pra condição dele de saúde antes e agora?

Stéfanie: Ai, a... Antes ele não tinha rede social, né? Ele não... Agora, por exemplo, se contar as pessoas que ele conversa, assim, de modo geral, é... meio que todo mundo fica, né? Assim... é, de olho nele, e ele mesmo melhora. Ele mesmo fala que tá melhor, sabe? É... ele mesmo relata. Você vê pela aparência dele. Antes... antes, cê chegava, assim, no comecinho, quando a gente começou o tratamento, cê chegava, ele tava com a cara fechada. Agora você chega, pelo menos ele não tá mais com aquela carranca, né? Aquela... “Não quero ninguém aqui, não sei o que cês tá fazendo aqui, bando de xereta. Sai daqui”. Agora ele tá mais... maleável. A gente orienta: “ó, cê quer que a médica vem aqui?” “Ah, não, essa semana, não”. “Ó, mas semana que vem ela vai vim, viu”? Aí ele “não, se não tiver ela vem, porque aí dá tempo de eu preparar”. É, porque ele é muito preocupado em limpar a casa. Agora. Antes ele...

Mariana: Ele não tomava nem banho, né?

Stéfanie: Não tomava nem banho pra não sair... pra não sair de casa, o banheiro é do lado de fora, né? Aquelas casas mais antigas, que o banheiro... é na casa, mas do lado de fora da cozinha.

Ricardo: Aham... Entendi.

Stéfanie: Hoje a gente chega lá, ele tá limpinho. Cabelo penteado, barba feita.

Ricardo: Aham...

Stéfanie: Pelo menos isso a gente tá... tá vendo. (Unidade Branca, Grupo 1, linhas 1847 a 1870).

Nesse trecho surge a temática do acompanhamento da situação de Mário (“*meio que todo mundo fica, né? Assim... é, de olho nele*”), o que também proporcionou sua autoavaliação. Ele afirma que está melhor, o que, segundo as ACS, é visível, e se reflete em um maior cuidado (consigo e com sua casa).

Alguns aspectos se destacam nesse momento. Primeiramente, a relação da ESF, especialmente das ACS, com o caso, Mário e sua família, relação essa que possibilitou toda a articulação em torno do caso, havendo atuações bem sucedidas. O caso de Mário demonstra a integralidade em curso no trabalho em saúde, uma vez que a ESF não atuou isolada no caso (recorreu a outros serviços sociais, como o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS –, em busca de benefícios previdenciários para Mário), e a atuação considerou Mário como um ser humano integral, em relação com seu contexto, com sua família e suas relações sociais, o que possibilitou uma atuação mais ampla e distante do enfoque puramente biomédico (que poderia ser um tratamento para a perna, simplesmente). Assim, foi possível uma atuação ampliada, havendo integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde – a ESF e o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

O contato próximo das ACS com o território em que atuam também foi importante, uma vez que os vizinhos ocuparam a função de informantes, e as ACS relataram ver em seu dia-a-dia melhoras na condição de Mário – como ele sair para fazer compras, o que parecia impensável anteriormente. Assim, destacamos a potencialidade da ligação entre os ACS e seu local de vida (e atuação) para a continuidade das ações de cuidado, abrindo espaço para que estas não sejam encaradas como pontuais, mas um processo contínuo. Fontes (2008) traz uma reflexão nesse sentido, valorizando a inserção dos ACS na comunidade, onde convivem com pessoas de diferentes lugares, possibilitando a troca de informações com a comunidade, o que

pode trazer elementos importantes para o sistema de saúde, aos quais seria mais difícil ter acesso com atendimentos apenas na Unidade.

Outro aspecto que destacamos no trecho é que as ACS reconhecem sua atuação como muito importante para a melhora da condição de saúde de Mário. Embora não seja possível afirmar, com base nas conversas, que as ACS se considerem como parte da rede social de Mário, podemos dizer que as ACS consideraram a rede social dele (sua família, os vizinhos) como pontos cruciais no tratamento e na relação de Mário com o mundo à sua volta.

Inserir a temática de redes sociais no trabalho dos ACS pode convidar a uma valorização desses aspectos discutidos, como uma articulação entre diferentes locais e pessoas nas ações de saúde. O caso de Mário exemplifica uma atuação com o usuário inserido em rede, em que o foco de cuidado não é apenas Mário, mas suas relações, de forma análoga ao discutido por More (2005).

Em uma continuidade do tratamento, se poderia investigar com Mário quem são as pessoas que fazem parte de sua rede social (ou fizeram, e ele não tem mais contato), valorizando ainda mais sua inserção social, permitindo que se explorem relações que não estão no cotidiano de Mário, mas poderiam ser importantes para a melhoria de suas condições de vida.

O caso de Mário ilustra como, a partir da articulação da rede social de uma pessoa, é possível a constituição de um cuidado mais amplo e inclusivo, em que a responsabilidade pela situação de saúde de uma pessoa não é individual, mas compartilhada, relacional.

McNamee e Gergen (1999) desenvolveram o conceito de responsabilidade relacional, que enfatiza os processos de interação e diálogo no entendimento de produções de sentido. Assim, se considera que somos constituídos por diferentes vozes, que são compostas por relações com os grupos em que participamos. O indivíduo não é considerado responsável individualmente por suas práticas, mas a responsabilidade se refere às relações entre pessoas, é algo que as pessoas fazem juntas.

Uma atuação próxima a esse conceito pode favorecer práticas que evitem eleger culpados em alguma situação. Assim, permite dirigir o olhar para as formas de relacionamento estabelecidas entre os envolvidos na situação, valorizando estas como o principal foco de atuações inclusivas e que valorizem as posições dos diferentes envolvidos.

Esse conceito dialoga com o caso de Mário e a intervenção realizada, pois valoriza a compreensão de um cuidado compartilhado, com a participação de várias pessoas em busca do estabelecimento de novas formas de relação, trazendo mudanças em todos os envolvidos.

Por exemplo, a família de Mário se articulou para oferecer apoio material e, nesse processo, foram estabelecidas novas formas de relação, mais próximas, o que foi descrito como positivo pelas ACS.

O ACS como um mediador de relações na rede social significativa

Esse tema ocorreu no primeiro grupo realizado na Unidade Rosa, em encontro com participação de cinco agentes, e diz respeito à descrição do caso de Manuel, um paciente de aproximadamente 60 anos com problemas no estômago, e sua relação com os filhos (especialmente o filho, Roberto) e a nora (Fátima). A conversa sobre esse caso ocupou grande parte do grupo, com participação ativa das ACS, que buscavam uma compreensão e alternativas de ação em relação ao caso, que ainda estava em andamento.

As ACS relatam que a situação de Manuel é difícil, uma vez que, além de seu problema de estômago (Rita diz que ele está “*muito doente*” – linha 1701), ele não combina com os filhos e a nora. Manuel mora com Roberto e Fátima. Segundo Rita, a alimentação de Manuel tem que ser processada, e “*a nora dele não faz isso por ele. E o filho, assim, o filho prefere ficar do lado da nora do que ajudar o pai*” (linhas 1704 e 1705). Outro aspecto relevante ao caso é trazido por Madalena, segundo a qual Manuel ainda não aceitou sua situação de dependência de cuidados do filho e da nora.

Nessa apresentação do caso, destacamos que valores como o de família surgem quando os ACS se deparam com situações como essa – as ACS atribuem um caráter negativo ao fato de Roberto “ficar do lado” de Fátima ao invés de ajudar o pai, sendo que o correto, para as ACS, seria cuidar do pai em primeiro lugar. Enfatizamos esse aspecto para abordar o encontro entre as ACS e o caso de uma forma mais próxima à sua realidade de trabalho, e não de uma forma hermética, desconsiderando o que a situação pode suscitar para as ACS.

Outro aspecto recorrente na discussão do caso é que as ACS atribuem uma característica individual de Manuel como empecilho a uma boa relação com Roberto e Fátima. Segundo Rita, “*ele é turrão demais*” (linhas 1725 e 1726) e não aceita que precisa de cuidados ou sua dependência em relação a outras pessoas.

Abaixo, trazemos um trecho da conversa em grupo que ilustra como se dá a relação das ACS com o caso:

Rita: Só que ele ainda não enxergou que ele precisa do... da... dos familiares dele. E lá é um caso complicado, porque cê chega lá, cê não sabe quem que tá falando a verdade. Se é o filho ou se é o pai.

Fabiana: Se é a nora.

Rita: Se é a nora.

Ludmila: Tem a nora.

[...]

Ludmila: A... a impressão que eu tenho. Assim, no meu ponto de vista, quando eu chego lá, a impressão que eu tenho é que o... o seu Manuel, ele vive isolado no quarto, como se ele não tivesse rede social.

Madalena: É, mas ele...

[...]

Ludmila: A impressão que eu tenho é que ele fica 24 horas dentro de um quartinho. É ali que ele fica o dia inteiro.

Luiza: Isso.

Ludmila: Ele só sai dali pra se alimentar, e olhe lá. E... e ir no banheiro. Só.

Luiza: Minha opinião também é que ele não tem rede social. (Unidade Rosa, Grupo1, linhas 1732 a 1753).

Propomos uma reflexão: sendo a linguagem (e as formas como nomeamos as coisas) interligada à ação, indissociável desta, que possíveis nomes poderiam ser dados a essa relação, além de “dependência”? Por exemplo, poderia haver implicações diferentes tratar essa relação como de uma parceria, com todos atuando juntos para possibilitar melhores condições de saúde a seu Manuel? Sendo ele uma pessoa que parece valorizar tanto sua autonomia, como poderia ser sua inserção nessa relação, uma vez que sua passividade forçada parece ser um problema? Uma característica descrita como complicadora da situação é que os ACS relatam não saber a quem ouvir nas situações, não saber quem está falando a verdade, “*se é o filho ou se é o pai*”. Dessa forma, parece que as ACS ocupam uma posição de distanciamento em relação à família, não de coautoria no processo, mas de alguém que, a partir de um lugar diferenciado e especializado, busca a verdade da situação. A partir de nossa forma de análise e compreensão das relações em redes sociais, problematizamos essa noção, questionando até que ponto essa busca pela verdade é útil para esse trabalho. Poderia haver formas alternativas de lidar com o caso, se o abordarmos compreendendo que pode haver diferentes verdades (situadas) na mesma situação? Esses pontos de vista diferentes dos envolvidos na situação poderiam oferecer uma visão dinâmica da relação, valorizando-se as diferenças e buscando-se formas para que os envolvidos caminhem juntos, observando-se suas necessidades e envolvimento nas situações cotidianas.

Em um ponto da conversa, Ludmila coloca que tem a impressão de que seu Manuel vive como se não tivesse rede social (“*a impressão que eu tenho é que o... o seu Manuel, ele vive isolado no quarto, como se ele não tivesse rede social*”), o que é complementado (e de forma mais contundente) por Luiza, que diz ter a impressão de que ele não tem rede social. Dessa forma, as ACS parecem desvalorizar a relação de Manuel com Roberto e Fátima, ou

considerar a falta de cuidado como um critério para excluí-los da rede social de Manuel, ou como se todas as relações existentes em uma rede social fossem harmônicas, sem tensões.

Posteriormente, no grupo é retomado o caso de Manuel, quando questionamos sobre algum caso em que as ACS tenham recorrido à rede social. Madalena e Ludmila colocam que os ACS buscam “conciliar” Manuel, Roberto e Fátima, uma vez que “*eles não combinam*” (Madalena, linha 1869). Nesse ponto, Madalena relata um ocorrido que pode abrir espaço para a atuação dos ACS – Fátima foi até a unidade desabafar com ela:

Madalena: É. Tentei falar pra ela, foi tentar combinar mesmo, que ele xinga, porque eu falei que ele ainda não... não tá aceitando muito, eu... eu acho, é uma opinião minha, ele não tá ainda se... acho que ele não se adaptou ainda a essa fase dele, que ele tá com um problema. Às vezes é porque... ele é uma pessoa assim, que nem eu falei, que tá acostumado a sair, ele morava sozinho, ele tinha a casa dele lá em (fala a cidade de origem de Manuel), teve que abandonar tudo e vim pra cá.

Ricardo: Aham...

Madalena: Né? Então assim, eu acho que ele ainda não tá adaptado nes... nessa... não vou falar uma nova fase, diferente, mas é uma nova fase na vida dele. Né, então assim, tem esse problema, essa relação entre os filhos, né, com ele, e a nora. (Unidade Rosa, Grupo 1, linhas 1878 a 1889).

Esse trecho serve como um exemplo de como o vínculo e a confiança entre famílias atendidas e ACS podem ser importantes no estabelecimento de uma agenda comum de tratamento. Madalena relatou ter estabelecido uma relação de aconselhamento com Fátima, falando para “*tentar combinar*”, buscar uma adaptação em relação à situação de Manuel. Assim, a ACS busca mediar a relação entre Manuel, Fátima e Roberto, trazendo elementos novos à sua relação, em busca de novas formas de relacionamento. Nesse momento do grupo, há dois elementos que destacamos. Primeiramente, esses relatos abrem espaço para uma mudança no discurso em relação a Fátima, que era descrito como de não cuidado em relação a Manuel. Uma vez que ela buscou a unidade para desabafar, isso poderia ser mais explorado, pois constitui uma quebra em relação ao discurso dominante e, assim, pode abrir espaço para uma ampliação de sentidos e, assim, de alternativas de compreensão da situação e de novas formas de relacionamento.

O segundo ponto que destacamos é o componente histórico da relação. Madalena diz que Manuel morava sozinho, tendo mais autonomia, e agora tem grande dependência em relação a Roberto e Fátima. Dessa forma, uma possibilidade de abordagem ao caso seria estimular conversas sobre a história dessas pessoas, retomar a rede social de Manuel antes da mudança, como era sua relação, do que ele sente falta, o que pode ter em sua vida atual. Nesse ponto, há uma dimensão da territorialidade que parece não ter sido explorada: a origem, que nos fala sobre aspectos culturais que são caros, constitutivos, ocupando papel central em

nossa construção identitária. De que grupos Manuel participava em sua cidade de origem? O que havia de importante para ele e se perdeu?

Posteriormente, a conversa continua com as ACS exemplificando uma vez em que foram até a casa de seu Manuel e quando chegaram lá ele estava, segundo Fabiana, “*sozinho. Todo vomitado*” (linhas 2060/2061):

Madalena: Aí eu fui entrando. [...] Cheguei lá, ele tava... chamei: “Seu Manuel”! Duas vezes, eu acho que cê tava, até. Ele não respondeu. Falei, gente. Eu cheguei a pensar que ele tinha morrido, sem brincadeira nenhuma. Eu falei, seu Ma... dentro do quarto, “seu Manuel”! Nada! Falei pra gente...

[...]

Madalena: Ele tava. Ele tava passando mal. Ele tinha vomitado. Ele tava...

Rita: (*interrompendo*) Agora olha procê ver, uma pessoa com dor, doente lá na cama, ouvindo um som. Deve ser pesado, né?

[...]

Rita: Ele com dor, ouvindo um som alto, ele deve ficar mais nervoso ainda.

Ludmila: Então...

Madalena: Né, é tudo que eu falo, gera falta de amor, de carinho, compreensão.

Rita: Aí ele já não vai querer se alimentar, a alimentação dele já não é adequada, ele já...

Ludmila: A pior coisa que gera aqui, fia, é falta de respeito.

Madalena: Então...

Ludmila: Não é nem ter amor. Mas é... o principal que deve ter naquela casa do... do seu Manuel, é respeito.

[...]

Fabiana: Eles têm que ter respeito por ele.

[...]

Rita: Ah! É porque é o que não tem lá, né?

Ludmila: É o que não tem.

Madalena: É que nem você disse, assim, ele vive naquele mundinho... eu concordo com isso daí também, mas que nem você falou, que ele vive lá. Ele sente... cê acha que ele não sente... mesmo que seja da Fátima. Um carinho. Falar: “ô, seu Manuel”. Foi o que eu falei pra ela, “Fátima, se ocê não combina com ele, mas pega um pratinho de alguma coisa. Leva, fala ‘ô, seu Manuel, eu trouxe pro senhor’”. Falei, mesmo se ele falar assim pra você: “ô, vagabunda”. “Seu Manuel, é pro senhor”. Eu cheguei a falar isso pra ela. Hora que ela tava desabafando, conversando comigo, eu cheguei a falar. Então ali ele... eles, assim... pelo que você falou, ele sente falta disso, ou seja, dos meninos. [...] ele deve sentir uma... uma... uma vontade de cê falar assim: “ô, vô”! Tá entendendo? Eu penso assim. A pessoa deve... deve de sentir essa falta, né, porque ele nunca teve um neto pra chamar de vô. Cê entendeu? Vamo supor, de chamar o pai, ter aquele agradamento, aquele carinho, aquela, assim... Que faria... é uma opinião que eu acho também que falta e que gera a falta de respeito que a Ludmila tá falando. Entendeu?

Ludmila: Principalmente dos filhos. (Unidade Rosa, Grupo 1, linhas 2088 a 2143).

Nesse trecho, destacamos a relação entre as ACS e o caso, que não é estéril, mas permeada de sentidos e sentimentos, como a noção de que falta respeito em relação a Manuel. Assim, a visita domiciliar aparece não com ênfase na execução de procedimentos, mas como uma relação viva, em que os ACS têm contato com o que ocorre na vida cotidiana da população, com suas relações, aspectos aos quais talvez não tivessem acesso se não fosse pela visita.

Dessa forma, a prática do ACS extrapola o conhecimento médico tradicional, sendo enfatizada, na sugestão de Madalena para Fátima, a relação, quando Madalena coloca como uma possível solução para o caso uma relação de carinho com Manuel, com agrados. Consideramos interessante essa fala de Madalena, pois sugere uma mudança de postura na relação, o que pode ser generativo de novas formas de relacionamento dos dois lados, afinal, sendo as relações humanas pautadas por movimentos de ação e suplementação, novas respostas são novos convites, que podem trazer implicações para a relação que mudem o estabelecido, podendo-se chegar a uma situação melhor para os envolvidos.

Uma noção desenvolvida por Anderson e Goolishian (1998) e aplicada originalmente à terapia familiar poderia ser útil nesse tipo de discussão. Trata-se da postura do não saber, que enfatiza aspectos que estão mudando, se desenvolvendo por meio de diálogos – ou seja, é uma abordagem em que não se vai para a atuação com concepções predefinidas, mas com uma abertura ao novo, às possibilidades abertas a cada situação (ANDERSON; GOOLISHIAN, 1998). As perguntas têm importância crucial nessa abordagem, sendo que se valorizam as questões genuinamente curiosas, não as retóricas, que já são realizadas buscando uma resposta específica. As perguntas realizadas com essa postura trazem abertura para o espaço do desconhecido, do ainda não considerado e, assim, podem levar as conversas para outros rumos, para o “ainda não dito” (ANDERSON; GOOLISHIAN, 1998).

Essa postura mostra algumas potencialidades de se considerar que realidades são construídas por meio de relacionamentos e diálogos, uma vez que a curiosidade do ACS pode abrir margens para novas interpretações das situações com as quais estes se deparam em seu trabalho. No caso, as noções de falta de respeito na relação e das ACS não saberem a quem ouvir podem ser ressignificadas na relação, a partir de uma análise das implicações da utilização de diferentes discursos nessa relação (GUANAES; MATTOS, 2011).

Nesse caso, os ACS relataram atuar de uma forma que denominamos como de mediação, buscando conciliar os interesses dos envolvidos, conversando com estes buscando a construção de relações mais harmoniosas. Para contribuir na compreensão da situação atual de Manuel, Roberto e Fátima, propomos uma análise da história da relação entre eles. O que ocorreu em sua relação para se chegar à situação relatada, definida como de desrespeito? Consideramos essa discussão importante por compreendermos que as redes sociais são constituídas nas relações entre as pessoas, e são permeadas por diferentes sentidos e interesses, que por vezes são conflitantes.

Uma possibilidade para atuação, em situações como essa, é se manter uma postura curiosa, aberta às diferentes vozes e versões, o que pode favorecer a construção de realidades

compartilhadas, sem culpar um ou outro, nem restringir as relações de Manuel, Fátima ou Roberto a essa tríade. Quem são as outras pessoas de suas redes sociais? Quais os nós da rede que não foram explorados? Ou quais os nós que aparecem de forma tão forte que se destacam sobre os demais, dificultando o acesso a estes?

Assim, destacamos, nesse eixo, como os ACS assumem posições em sua relação com a comunidade, atuando não apenas com algum paciente individualmente, mas considerando sua inserção social e sua saúde de uma forma mais ampla. Tanto no caso de Mário quanto no de Manuel, as queixas físicas (problemas na perna e no estômago) são importantes elementos, mas não os únicos determinantes de sua condição de saúde.

Assim, as relações estabelecidas por eles ocuparam grande parte do foco das ações dos ACS, sendo consideradas como importantes pontos na condição de saúde de ambos – com uma influência recíproca entre saúde e rede social, conforme discutido por Sluzki (1997). As relações conflituosas de Manuel com sua rede foram descritas como negativamente influentes em sua saúde; no caso de Mário, sua condição de saúde e seu isolamento foi descrito como um fator para seu isolamento social, e a presença de uma rede ativa, fornecendo cuidado e apoio, contribuiu para uma melhoria em sua condição.

Buscando um caráter mais instrumental a essa discussão sobre redes sociais e saúde, abordamos, em nossa última temática de análise, o mapa mínimo de relações de Sluzki (1997) e sua possível utilização na ESF.

Eixo 4: O mapa mínimo como ferramenta para o trabalho com redes sociais em saúde

A partir dos temas discutidos até esse momento e acreditando na fertilidade do trabalho com redes sociais na ESF, buscamos, nesse tópico, tecer considerações sobre a utilidade do mapa mínimo de Sluzki (1997) no trabalho dos ACS. Para sustentar nossos argumentos, recorreremos, em um primeiro momento, a conversas ocorridas no segundo grupo realizado na Unidade Marrom, com a participação de cinco ACS:

Ricardo: Eu queria ouvir um pouquinho de cada uma, como que foi fazer. Esse desenho, esse mapa.

Virgínia: Legal. Cê... acaba vendo pessoas que cê... que sei lá, assim.

Ana: Tinha até esquecido.

Virgínia: É.

Silêncio por alguns instantes.

Ana: É, Porque assim, no fundo, no fundo, a gente... nós nunca paramos pra ver, Assim..

Virgínia: *(falando junto)* Pra pensar.

Ana: É... Que...

Priscila: Os graus de importância, assim, né?

Ana: Tipo assim, aí, você... você tá... Não é que você esteja em primeiro lugar, mas assim, né? Vocês tão mais... é... che... ligado a mim. Depois tem a segunda pessoa que tá ligado, mas não tanto como o primeiro, né? E assim sucessivamente. (Unidade Marrom, Grupo 2, linhas 701 a 715)

Nesse trecho, quando o pesquisador pergunta sobre o preenchimento do mapa mínimo, as ACS colocam que o instrumento é útil para a visualização de quem são as pessoas importantes, possibilitando que se lembre de pessoas. Consideramos que isso pode ser proveitoso no trabalho em saúde por permitir reativar relações ou visualizar a importância de algumas pessoas. Nesse sentido, destaca-se o fato de, no mapa mínimo, a pessoa ter liberdade para seu preenchimento e ser ativa nesse processo, colocando as pessoas nos quadrantes e círculos que julgam mais adequado.

O mapa mínimo permite que se visualize a rede, localizando possíveis pontos de apoio, diferentes formas de relação, o que, em um serviço de saúde, pode fornecer dados para um mapeamento de possibilidades para intervenções planejadas em necessidades comunitárias, compartilhadas. As ACS destacam essa característica do mapa:

Lívia: Ah, é interessante parar pra analisar, né? [...] Quem é importante ou não.

Ricardo: Aham...

Lívia: A gente para... é tão corrida a vida, a gente não... não para pra analisar. Né?

Ana: É verdade.

Lívia: Talvez a gente pare pra pensar quando perde a pessoa.

[...]

Ana: É... o... o... é igual, por exemplo, a Agda lá do hospital. Faz tanto tempo que eu não conversava com ela, né? Hoje ela me ligou, por isso que eu coloquei ela aqui, ó. E ela era tão minha amiga, tão minha amiga há muito tempo atrás, que agora [...]... aí hoje que eu fui ver, nossa, tanto tempo que eu não falo com ela, né? Uma pessoa que... tão assim, minha amiga. [...]

Lívia: É ruim, assim, você perder o contato, né?

Ana: É.

[...]

Priscila: Eu acho que... é, o caso... daquele negócio que eu falei lá de... cê fica sem ver a pessoa, parece que vai... diminuindo, assim. Mas... Acho que nem é tanto isso, porque a gente fica sem ver, vai dimi... diminui o contato, mas acho que até... a importância não acaba, não. A pessoa continua a mesma coisa.

Ana: É. Eu acho que continua importante, né? (Unidade Marrom, Grupo 2, linhas 720 a 748).

Nesse trecho, as ACS destacam o mapa como interessante instrumento para a visualização de quem são as pessoas importantes, o que, na vida cotidiana, não ocorre devido à quantidade de atividades realizadas, à “*vida corrida*”. As ACS também atribuem um caráter histórico no instrumento, uma vez que inseriram pessoas com quem não têm mais ou menos contato, e cuja importância “*continua a mesma*”. Assim, há uma valorização da história de vida das pessoas, de sua inserção social, sua origem, seu território de vida. No trabalho em

saúde, essa compreensão pode ampliar o olhar para as pessoas da comunidade, para as relações estabelecidas.

Consideramos que um instrumento como o mapa pode ser interessante para estimular a visualização da rede social das pessoas, conforme sugerido por Sluzki (1997). Esse instrumento permite formar os ACS para desenvolver algum tipo de ação junto à comunidade que insira as redes como perspectiva de atuação, uma vez que favorece que quem o preenche se veja em relação com outras pessoas, oferecendo possibilidades para o planejamento de práticas na ESF. Outro aspecto relevante do instrumento é a possibilidade de abertura para diálogos entre os ACS e a população que sejam sustentados por uma visão ampliada de saúde, com a responsabilidade pelas condições de saúde da população compreendida de forma relacional (MCNAMEE; GERGEN, 1997).

Assim, o mapa, embora um instrumento aparentemente fechado, se tomado em uma perspectiva dialógica, abre espaço para diversas possibilidades de ação, que podem ser coconstruídas entre a unidade de saúde e a comunidade. O preenchimento do mapa favorece que as pessoas se voltem para suas relações, podendo refletir sobre sua vida cotidiana e como isso se relaciona com sua condição de vida. Em relação aos ACS, o mapa pode promover conversas que tragam para a pauta uma compreensão ampliada da saúde, com a vida das pessoas em primeiro lugar, antes de categorias diagnósticas ou discussões teóricas – o que, em grande parte, ocupa a formação dos ACS nos cursos oferecidos.

No entanto, não queremos atribuir ao mapa o *status* de instrumento perfeito ou algo mágico que, por si só, garantiria uma atenção à saúde a partir de uma compreensão ampliada, ou a participação ativa da comunidade nos processos de tratamento. Nesse sentido, trazemos trechos do segundo grupo realizado na Unidade Verde, do qual participaram quatro ACS. Nesse momento, estávamos discutindo sobre a utilidade do mapa mínimo de relações para seu trabalho, e as ACS respondiam se referindo ao caso de Sebastião, um paciente epilético, divorciado e que se queixava de solidão:

Ricardo: É... Pensando até nesse exemplo que você deu, Isabel, desse... desse paciente que queixa que tá... que tá sozinho e tudo... [...] Cês acham que esse tipo de instrumento aqui, usado em relação a um paciente como ele, fazer a dele, cês acham que isso poderia ajudar no trabalho de vocês? A...

Isabel: Poderia. Poderia, se...
[...]

Marta: Não.

Isabel: Ah, poderia se a gente tivesse contato com o... com o mundinho dele, né? Com as filhas. Quer dizer, a gente tem contato com as filhas, mas assim... Cê colocar as filhas dele dentro da casa, os amigos dele dentro da casa. Isso aí não é fácil pra gente. Fazer isso aqui é fácil...

Marta: É.

Isabel: Agora, fazer lá é que seria difícil.

Marta: Às vezes nem precisa... Eu penso, nem precisar pôr dentro de casa.

Isabel: Não é pôr dentro de casa, mas...

Marta: Mas aproximar...

Isabel: É. Ele.

[...]

Isabel: Acho que no papel é fácil fazer.

Marta: É.

Isabel: Né, colocar aqui mãe, irmã. Entendeu? Aqui é fácil. Mas eu [...] tô falando pra ele. Entendeu? (Unidade Verde, Grupo 2, linhas a 890 a 916)

A partir desse trecho, discutimos como é a transposição das informações obtidas através dos mapas para o trabalho concreto das ACS, uma vez que, Isabel e Marta colocam que preencher no papel é fácil, mas “*fazer lá*”, em sua prática cotidiana, é difícil. Assim, novamente defendemos a construção de espaços para se discutir a fertilidade do trabalho com redes sociais no trabalho da ESF, afinal, o instrumento, para ser aplicado de forma útil, deve ser articulado a uma atividade mais ampla, ou há o risco de ser mais um instrumento sem sentido a ser utilizado – lembramos aqui que os ACS participantes do estudo reclamam do excesso de atividades que têm que realizar.

No entanto, pouco depois, no mesmo grupo, Flávia coloca que o mapa mínimo poderia ser útil, em seu trabalho, para se visualizar a quem recorrer caso necessário: “*ajudaria, porque se eu tiver algum problema, alguma coisa, eu não vou recorrer a quem tá lá longe*” (linhas 1048 e 1049). Assim como a ACS coloca que o mapa a ajuda a visualizar a quem ela mesmo recorreria, poderia ser útil para visualizar a quem recorrer, em seu trabalho como ACS, para o atendimento a alguém da comunidade.

Em relação aos casos discutidos na presente pesquisa, consideramos que a construção do mapa poderia contribuir nos momentos citados no eixo 3 de nossa análise. Por exemplo, no caso de Mário, houve grande envolvimento de sua família no tratamento, mas as ACS não relataram a presença ativa de outras pessoas na relação com Mário. Com o preenchimento do mapa, poderia se ter uma visão de quem ele considera importante, estimulando contatos, a reativação de relações e a construção de conversas sobre sua vida, não a partir de perguntas predefinidas ou anamneses, mas de um instrumento livremente preenchido por Mário, em que ele destaca os pontos importantes.

No caso de Manuel, o mapa também poderia ser útil para a visualização de pessoas ou lugares considerados importantes, possibilitando uma saída das limitações da relação com Roberto e Fátima, envolvendo outros atores na vida de Manuel e, assim, o fortalecimento de outros vínculos, que poderiam suprir necessidades afetivas, de cuidado e autonomia de Manuel.

Dessa forma, propomos uma discussão sobre a utilidade que o mapa mínimo pode ter no trabalho da ESF, uma vez que valoriza o encontro entre a ESF e a comunidade, em uma relação próxima, viva e não apenas procedimental, o que pode apontar para uma mudança na forma de cuidado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar as discussões que construímos na pesquisa, selecionamos alguns temas que nos parecem importantes e que podem contribuir com a reflexão acerca da prática do ACS com redes sociais. Organizamos esse fechamento didaticamente em dois momentos: no primeiro, realizamos uma discussão mais voltada a aspectos teóricos, trazendo articulações entre o movimento construcionista social, redes sociais e a prática na ESF; no segundo momento, dialogamos com os resultados da pesquisa, focalizando especificamente a prática com redes sociais na ESF.

6.1. Articulações entre o movimento construcionista social, redes sociais e a prática na ESF

Em nossa pesquisa, buscamos estar atentos às implicações da utilização de determinados discursos para a construção de práticas sociais. É nessa direção que abordamos o tema de redes sociais, apontando que seus diferentes sentidos abrem possibilidades para determinadas práticas.

Os estudos que apresentamos sobre redes sociais e saúde dizem respeito a diferentes correntes teórico-filosóficas, não se definindo propriamente como construcionistas sociais. Recorremos a esses estudos para traçar um panorama dos estudos sobre redes sociais e suas articulações com a saúde. Porém, tais textos podem dialogar com a orientação construcionista social, enriquecendo nossa compreensão sobre a temática.

Amparados nas contribuições do movimento construcionista social, podemos considerar as redes como referentes a contextos e relações, não como algo inerte e sempre igual para todos. No contexto da saúde, esta pode ser uma perspectiva generativa para se pensar em práticas próximas aos usuários e um planejamento baseado nas realidades locais. Sendo a linguagem e as interações compreendidas como construtoras de realidades, equipes de saúde e usuários podem atuar em conjunto no sentido de construir novas possibilidades de inserir as redes sociais no cuidado em saúde, uma vez que à medida que se conversa sobre redes, essas vão se constituindo como realidade na vida das pessoas.

Uma análise enfatizando redes sociais favorece práticas relacionais, o que pode apontar um caminho alternativo ao discurso hegemônico no contexto da saúde, individualizante e curativista, centrado em uma lógica biomédica. Consideramos que o

movimento construcionista social traz importantes contribuições nesse processo, uma vez que entende o sujeito social e historicamente inserido, dando grande importância aos processos de significação. Isso favorece práticas que incorporem um diálogo entre a população e os trabalhadores da saúde, destacando-se a importância de se considerar as necessidades de saúde, sem colocar determinadas práticas (como a prevenção) como melhores ou mais úteis.

Outra contribuição do movimento construcionista social é enfatizar o aspecto relacional do ser humano, ou seja, o papel central dos relacionamentos na construção de nós mesmos. No contexto da saúde, essa noção é particularmente útil, permitindo avançar na exploração da diversidade possível de descrições de *self* e, assim, ampliando as narrativas dos usuários na direção de fortalecimento de seus recursos e potencialidades.

Em alguns dos textos estudados, as implicações da relação entre redes sociais e saúde aparecem de maneira determinista, o que, a nosso ver, dificulta a visualização de quão amplas podem ser as relações em redes sociais e os impactos das interações humanas na vida e na saúde das pessoas. Um exemplo de tal determinismo é a conclusão do texto de Pagel, Erdly e Becker (1987), em que colocam que “pesquisadores precisam de diretrizes teóricas para delimitar quem deve ou não ser incluído em uma rede social” (p. 803, tradução nossa).

Em nossa análise, consideramos que os critérios de inclusão em uma rede social são relacionais e, portanto, mutáveis. Ou seja, a compreensão sobre quem faz parte de uma rede social e das implicações da presença de uma ou outra pessoa na rede se dá a partir das interações, e o contato dos profissionais de saúde com isso se dá a partir das narrativas, das histórias, explicações e justificativas que se constroem para essas escolhas. Consideramos que essa forma de compreensão das redes aponta para uma construção coletiva no processo de nomeação ou reconhecimento das redes. Nos casos discutidos em nossa pesquisa, essa construção coletiva pode envolver os profissionais de saúde, sobretudo os ACS, e os usuários, estreitando os laços de parceria e coautoria nos processos de cuidado na ESF.

Outro aspecto que destacamos em relação a nossa compreensão sobre práticas com redes sociais é a proposição de uma forma de análise que enfoque não apenas a estrutura ou as funções desempenhadas pelos pertencentes a uma rede social, mas as relações entre seus membros, de forma que o foco não recaia sobre os indivíduos, mas sobre as relações, os fluxos conversacionais, as construções e negociações de sentidos.

O foco nas relações, ao invés de em indivíduos isolados, permite que se percebam as pessoas como imersas em teias de relacionamentos e participantes em um contexto mais amplo. A pessoa não é solitária, mas social, inserida culturalmente, participante em uma sociedade, o que demanda práticas complexas, que articulem saberes e fazeres ancorados

dialogicamente no contexto sócio-histórico (FILHO, NÓBREGA, 2004). Compreender essas relações como construções interacionais e dialógicas pode abrir espaço para romper com algumas implicações do discurso individualista, como práticas que responsabilizam a pessoa individualmente por seus problemas e condições de saúde, o que pode levar a uma culpabilização individual.

Esse aspecto relacional se articula ao trabalho na ESF, uma vez que, conforme apontado por Franco (2006), o trabalho em saúde é intrinsecamente relacional. Com essa compreensão, se valoriza o encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário, favorecendo-se atuações baseadas em tecnologias leves ou relacionais, o que, para o autor, tem impactos no grau de resolutividade das ações. Assim, equipes de saúde da família podem atuar de forma a estimular trocas, diálogos e interações, conhecer as redes das pessoas a que atendem, e fazer elas mesmas parte dessas redes.

6.2. Redes sociais e saúde: apontamentos para a prática dos ACS

Compreendemos que, por vezes, falamos da ESF de uma forma que pode ser considerada idealizada, como se o que está prescrito em seus pressupostos acontecesse no cotidiano – o que, na prática, não é tão simples. A ESF é um campo permeado por tensões, disputas, interesses diversos, descompassos. Encaramos as noções do trabalho na ESF como processos, nos quais diferentes discursos convivem (como, por exemplo, o discurso biomédico e uma noção ampliada de saúde). Assim, a APS que defendemos não é uma superação do discurso biomédico, mas convive com este.

Com essa compreensão, valorizamos a construção de espaços para a discussão dessa noção de saúde, o que pode abrir espaço para novas práticas. Cada um dos eixos que trazemos em nossa análise trazem contribuições que vão nesse sentido, permitindo pensar na potencialidade do referencial de redes sociais para a prática na ESF.

O primeiro eixo, em que discutimos sentidos de redes sociais e a prática na ESF com redes sociais, permite pensar sobre a potencialidade de se considerar o referencial de redes sociais para o trabalho dos ACS. A dinâmica dos grupos de discussão permitiram conversas que extrapolaram o campo puramente biomédico, sendo abordados outros aspectos como importantes para a condição de vida das famílias atendidas, tais como o trabalho de outras pessoas, a participação em grupos, as relações com as pessoas mais próximas. Nas discussões, as redes sociais foram abordadas tanto em um contexto macrossocial, incluindo a sociedade

como um todo, quanto microssocial, enfatizando as relações imediatas. Ambas as compreensões trouxeram reflexões úteis para o trabalho na ESF, como a importância do atendimento integral às famílias e a valorização da intersectorialidade, no caso da definição mais macrossocial. Em um nível microssocial, discutimos a relação entre os ACS e a comunidade, destacando a importância do vínculo nessa relação, o compartilhamento de um mesmo espaço e de uma mesma cultura.

O segundo eixo, referente à valorização ou desvalorização do trabalho dos ACS, permite avançarmos no sentido de considerar que discursos sociais sustentam sua valorização ou desvalorização. A desvalorização apareceu em dois aspectos, envolvendo a avaliação da comunidade, e também discursos sociais mais amplos, que colocam o saber especializado, especialmente o médico, como superior e, assim, os ACS ocupariam posições inferiores hierarquicamente e no aspecto salarial. Por outro lado, a valorização dos ACS apareceu sobretudo na relação próxima com a comunidade, valorizando o vínculo, a amizade com a população, que coloca os ACS como importantes figuras no cenário da ESF. No entanto, questionamos se basta essa valorização dos ACS na relação imediata com a comunidade, enquanto outros aspectos, sobretudo relacionados a aspectos macrossociais, a políticas públicas, continuam desvalorizados.

O terceiro eixo, referente a funções exercidas pelos ACS na atuação com redes sociais, permite pensar como os ACS, ao considerar as redes sociais, se referem às pessoas atendidas não como indivíduos isolados, mas inseridos e participantes em relações sociais. Nesse sentido, as discussões apontam para a potencialidade que o compartilhamento do local de vida pelos ACS traz para dialogar de forma próxima com a população. Os ACS conhecem as casas dos pacientes, têm contato com eles em sua vida cotidiana, podendo acompanhar os resultados de seu trabalho.

As discussões realizadas no quarto eixo, referente ao mapa mínimo de relações de Sluzki (1997), convidam a discutir sobre a possibilidade de utilização desse instrumento no contexto da ESF, que pode contribuir para se aplicar o referencial de redes sociais na prática. Assim, destacamos que: 1) o mapa mínimo permite dar voz aos usuários, uma vez que estes constroem o mapa no diálogo, a partir de suas experiências e relações; 2) o mapa permite construir um relato situado e temporário de quem são as pessoas consideradas importantes para as pessoas atendidas, o que é útil para o planejamento de ações que envolvam a rede social dos pacientes; 3) os ACS trouxeram uma perspectiva histórica ao mapa, discutindo sobre a inclusão de pessoas com quem não têm mais contato, o que, para o trabalho na ESF, pode fornecer informações importantes sobre a origem das pessoas atendidas, de seus

interesses e necessidades; 4) a utilização do mapa mínimo não deve ser isolada, mas acompanhada por discussões sobre redes sociais no trabalho em saúde, para não ser um instrumento sem sentido a ser aplicado pelos ACS. Ou seja, a proposta que fazemos se refere à utilização do mapa como um recurso dialógico no trabalho dos ACS.

Dessa forma, o mapa mínimo pode ser um aliado no sentido de se promoverem práticas voltadas às necessidades da população. Valorizamos a riqueza da construção de espaços para se conversar sobre redes sociais de forma articulada à prática em saúde. Assim, esse trabalho aponta para a fertilidade da construção de espaços tais como o proposto na pesquisa, na lógica da educação permanente, incluindo ativamente conversas junto às equipes em relação à temática de redes sociais. De uma perspectiva construcionista social, se considera o discurso como uma prática social – então, ao se fomentarem espaços de diálogo, se fomenta também a construção de práticas.

Nessa pesquisa, o espaço proporcionado pelos grupos de discussão realizados já teve um caráter interventivo, uma vez que convidou os ACS a refletirem sobre sua prática cotidiana e inseriu uma temática específica – redes sociais –, buscando relacioná-la com o trabalho na ESF. Dessa forma, o grupo em si já constituiu um espaço de construção de conhecimento. E, nesse espaço, foi possível perceber a riqueza de conhecimento dos ACS em relação a sua prática, suas funções, limitações e potencialidades.

Dessa forma, compreendemos que a abertura de espaços para se conversar sobre redes sociais no trabalho na ESF pode contribuir em alguns aspectos: primeiro, permitiu o destaque de uma perspectiva de valorização do trabalho dos ACS na relação com a comunidade; em segundo lugar, possibilitou que as conversas se deslocassem de uma perspectiva individual de responsabilidade de cuidado, compreendendo-a de forma relacional – tanto em relação à responsabilidade pelas condições atuais de saúde de alguém, quanto às possibilidades de atuação, conforme as discussões de McNamee e Gergen (1999).

Um conhecimento construído no grupo é o de que a atuação com redes sociais na ESF abre espaço para que diferentes vozes sejam ouvidas em relação a determinadas situações que ocorrem no trabalho com a comunidade. Os exemplos trazidos pelos ACS possibilitam essa compreensão, trazendo a visão das visitas domiciliares de uma forma ampliada, não apenas procedimental, mas considerando o engajamento dos ACS nas situações, assumindo a função de articulador, mediador, em uma postura de envolvimento e escuta, que caracteriza sua prática. Dessa forma, o foco das visitas não é apenas relativo ao binômio saúde/doença, mas aponta para a necessidade de outros tipos de saberes dos ACS, que não são de ordem

puramente teórico-técnica, mas relacional, valorizando-se o trabalho vivo, o encontro entre os ACS e a comunidade, de forma próxima à discutida por Merhy e Franco (2003).

Nesse sentido, enfatiza-se a interação entre o usuário e o ACS. Com isso, são valorizadas as trocas entre os envolvidos nos processos de cuidado, podendo a noção de responsabilidade relacional (MCNAMEE; GERGEN, 1997) ser um conceito útil para a prática dos ACS, uma vez que aponta para uma responsabilidade compartilhada pela situação de saúde das famílias, o que insere a comunidade como agente ativa, protagonista em seus processos de cuidado. Conforme discutido por Camargo-Borges e Mishima (2009) e Merhy e Franco (2003), isso favorece a autonomia da população, que é considerada como parceira dos profissionais de saúde, assumindo papéis ativos na gestão de seus processos de cuidado, não uma posição de espera por intervenções profissionais.

Essa compreensão também pode contribuir em um dos aspectos relatados pelos ACS no eixo 2: a noção de que eles devem resolver os problemas trazidos pela população. Sendo a responsabilidade pelos processos de saúde compartilhada, não recai sobre algum polo – usuários ou profissionais –, e, assim, também não se assenta como responsabilidade apenas do ACS.

Com essa argumentação, apontamos os pontos positivos que essa abordagem poderia ter para o trabalho na ESF, mas não queremos perder de vista o que isso significa na prática para os ACS, que, conforme discutido no eixo 1, apontam que o envolvimento com a população também pode trazer efeitos negativos, como o estresse. Dessa forma, não se deve sobrecarregar os ACS ou considerar seu trabalho de forma isolada, sendo importantes também momentos de acolhimento para esses profissionais, de fortalecimento coletivo, cuidado de sua própria saúde (especialmente mental, como os próprios ACS colocam).

Buscamos, com essa pesquisa, contribuir para a instrumentalização de equipes de saúde e dos ACS, trazendo reflexões sobre a potencialidade da utilização do referencial de redes sociais em seu trabalho e, para isso, utilizando o mapa mínimo de relações como uma ferramenta que pode auxiliar nesse processo.

Consideramos que nosso trabalho traz elementos para contribuir com uma atuação na ESF que altere as concepções predominantes hoje, que enfatizam muito o conhecimento biomédico e a realização de procedimentos, indo ao encontro de concepções de saúde que privilegiam as relações e as necessidades dos usuários, considerando suas condições de vida. Consideramos que o momento de encontro entre usuários e profissionais da ESF é quando essas mudanças podem ser operadas.

Um aspecto relevante nessa discussão é a compreensão da importância do vínculo entre os ACS e a população, que abre espaço para formas de atuação que vão além do tradicional, como quando os ACS destacam que “riem e choram” junto com a comunidade, o que se diferencia da orientação hegemônica de manter um distanciamento entre profissional e usuário.

Não temos, nessa pesquisa, a finalidade de abarcar todas as possibilidades para as reflexões sobre redes sociais e o trabalho em saúde. Consideramos que esse trabalho cria possibilidades de instrumentalização para os ACS, a partir das reflexões aqui desenvolvidas e da própria perspectiva de utilização efetiva do mapa mínimo de relações no trabalho da ESF. Essa pesquisa abre possibilidade para a realização de estudos posteriores no que diz respeito a teorias sobre redes sociais e suas interfaces com a saúde, e também sobre a utilização do mapa mínimo na ESF.

Assim, buscamos trazer contribuições para a prática na ESF, acreditando na fertilidade da utilização do conceito de redes sociais nesse contexto. Consideramos os ACS como figuras privilegiadas para atuar nesse sentido, uma vez que compartilham o local de moradia com as populações que atendem, tendo acesso a elementos aos quais provavelmente não se teria apenas com atendimentos nas Unidades. Nossa compreensão de redes sociais, que não as considera como uma forma predefinida, mas construída à medida que se conversa sobre as redes, permite que haja diferentes constituições das redes, o que, na prática, demanda uma atenção planejada caso a caso, não determinada aprioristicamente, o que pode favorecer o atendimento às demandas e necessidades da população.

REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000200006>. Acesso em: 23 mar. 2011.
- ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; Domingues, M. A.; AMENDOLA, F.; FACCENDA, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 1199-2008, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500030&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mar. 2011.
- ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Orgs.). **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap. 2, p. 34-50.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.
- ARAÚJO, J. W.; SILVA, S. J. A.; SILVA, E. S. Associativismo e redes sociais na Maré: do mutirão à cultura do encontro. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. (Orgs.). **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Editora UFMG, 2009, v. 1, p. 123-137.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, Julho 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 fev. 2011
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BOWLING, A. Qualitative and combined research methods, and their analysis. In: _____. **Research methods in health**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1997, p. 344-350.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.
- _____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado, 1988.
- _____. **Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do**

modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2011.

_____. **Portaria n. 3.925 de 13 de Novembro de 1998**. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de Março de 2006** – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Unidade Geográfica: Brasil. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/relatorio/26_jan_relatorio_final_site.pdf. Acesso em: 04 mar. 2012.

BULLOCK, K. Family social support. In: BOMAR, P. J. **Promoting health in families**. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders; 1996, p. 142-161.

BURR, V. **An Introduction to Social Constructionism**. London: Routledge. 1995

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2011.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1995.

CARVALHO, A. M. A.; BASTOS, A. C. S. B.; RABINOVICH, E. P.; SAMPAIO, S. M. R. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 3, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 mar. 2011.

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 115-128.

CUETO, M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Health Care**, v. 94, n. 11, nov. 2004. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.94.11.1864>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

CUNLIFFE, A. M. Social Poetics: A Dialogical Approach to Management Inquiry. **Journal of Management Inquiry**, v. 11, n. 2, p. 128-146, 2002.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. Coleção “Os Pensadores”, v. 15. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

DJUKANOVIC, V.; MACH, E. P. (eds.). **Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries: A Joint UNICEF/WHO Study**. Geneva: WHO, 1975, 110 p.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300004>. Acesso em: 15 fev. 2011.

FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 9, n. 2, Ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 fev. 2011.

FONTES, B. A. S. M. 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**. Recife: Editora da UFPE, 2008, p. 121-142.

FOUCAULT. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FRANCO, T. B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.): **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006, p. 459-473.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (orgs.). **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano** Merhy, E.E.; Franco, T.B. et al. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 55-124.

FREEMAN, L. C. Some Antecedents of Social Network Analysis. **CONNECTIONS**, n. 19, v. 1, 1996, p.39-42.

GERGEN, K. The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. **American Psychologist**, v. 40, n. 3, Mar. 1985, p. 266-275.

_____. **Realities and Relationships: soundings in social construction**. London: Sage, 1997.

GUANAES, C. **A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social**. São Paulo: Vetor, 2006.

GUANAES, C; JAPUR, M. Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 13, p. 117-124, 2008.

GUANAES, C.; MATTOS, A. T. R. Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.1005-1017, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/17.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2012.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. **Fazendo Gênero**, Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2011.

HAWE, P.; WEBSTER, C.; SHIELL, A. A glossary of terms for navigating the field of social network analysis. **J. Epidemiol. Commun. Health**, v. 58, n. 12, p. 971-75, 2004.

IBAÑEZ, T. Como se puede no ser construccionista hoy en día? In: _____. **Psicología social construccionista**. México: Universidad de Guadalajara, 2001, cap. 6, p. 245-257.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados preliminares do Censo 2010**. Brasil, 2011.

KADUSHIN, C. Introduction to social network theory. In: **Basic Network Concepts**. 2004. Disponível em: <<http://home.earthlink.net/~ckadushin/Text/Basic%20Network%20Concepts.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

KANAIAUPUNI, S. M.; THOMPSON-SÓLON, T.; DONATO, K. M. **Counting on Kin**: social networks, social support and child health status. University of Wisconsin, março/2000. Disponível em: <<http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/2000-10.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2011.

KRUEGER, R.; CASEY, M. A. **Focus Groups**. A Practical Guide for Applied Research. 3 ed. London: Sage, 2000.

LAMANNO, V. L. **Terapia familiar e de casal**: introdução às abordagens sistêmica e psicanalítica. São Paulo: Summus Editorial, 1987.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Fev. 2004.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042005000100005>. Acesso em: 03 fev. 2011.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/226/201>>. Acesso em: 03 fev. 2011.

MARTELETO R. M.; SILVA, A. B. O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n 3, p. 41-49, 2004.

MARTINS, P. H. As redes sociais, o sistema da dívida e o paradoxo sociológico. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Org.). **Redes Sociais e Saúde**: Novas Possibilidades Teóricas. Recife: Editora Universitária, 2008, p. 21-48.

_____. Redes sociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. **Cad. CRH**, Salvador, v. 23, n. 59, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792010000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 fev. 2011.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. A sociologia e a saúde: caminhos cruzados. In: _____. (Org.). **Redes Sociais e Saúde: Novas Possibilidades Teóricas**. 01 ed. Recife: Editora Universitária, 2008, v. 01, p. 21-48.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 186 p. P. 41-66.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. **Beginning qualitative research: A philosophical and practical guide**. London: Falmer Press, 1994

MCNAMEE, S.; GERGEN, K. **Relational Responsibility: Resources for Sustainable Dialogue**. Thousand Oaks, California: Sage, 1999.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. P. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e Diferenças Conceituais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/download/307/203>>. Acesso em 27 nov. 2011.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **O Distrito Sanitário**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 3 ed., 1995, p. 19-94.

MENESES, M. P. R.; SARRIERA, J. Redes sociais na investigação psicossocial. **Aletheia**, Canoas, n. 21, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942005000100006>. Acesso em: 28 jan. 2011.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília, 1992.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.316-23, 2003.

MOLINA, J. L; TEVES, L.; JARIEGO, I. M. El análisis de redes en iberoamérica: una agenda de investigación. **REDES – Rev. Hispana Análisis Redes Sociales**, v.6, n. 1, jun./jul. 2004. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

MORE, C. L. O. O. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.15, n.31, p. 287-297, 2005.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Dez. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2002000600018&script=sci_arttext>.

Acesso em: 28 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / OMS. 2005. 37 p. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2011.

PAGEL, M. D.; ERDLY, W. W.; BECKER, J. Social networks: we get by with (and in spite of) a little help from our friends. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 53, n. 4, 1987, p. 793-804. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3681652>>. Acesso em: 11 fev. 2011.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 16, v. 2, mar-abr, 2008.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M. I. B, MENDES-GONÇALVES, R. B (orgs.). **Saúde do adulto, programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 234-50.

PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS, 2010. Disponível em: <<http://www.altinopolis.sp.gov.br>>. Acesso em: 16/03/2010.

RASERA, E. F. **Grupo de apoio para pessoas portadoras do HIV: negociando diferenças**. 1999. 149p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

RODRIGUEZ, A. Desde la Promoción de salud mental hacia la producción de salud. **Revista Académica Alteridad**. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Nº 2. Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador. Marzo, 2007.

SANCHEZ, K. O. L.; FERREIRA, N. M. L. A; DUPAS, G.; COSTA, D. B. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, Abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200019>. Acesso em: 12 mar. 2011.

SANTOS B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 13ª ed. Porto (Portugal): Edições Afrontamento, 2002.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre, RS: L&PM Editores, 1987.

SHOTTER, J. **Conversational realities: constructing life through language**. (Inquiries in social construction). London: Sage, 2000.

SILVA, N. H. L. P. **Saúde da Família: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitários de saúde acerca do HIV/Aids**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, Fev. 2002.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. In: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, sup. 1. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000800002&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 jan. 2011.

SOUZA, L. V. **Construindo cuidado**: a relação com os profissionais da saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e Saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

STOTZ, E. N. Redes Sociais e Saúde. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. (Org.). **Informação, saúde e redes sociais**: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Editora UFMG, 2009, v. 1, p. 27-42.

TEMPORÃO, J. G. Saúde da família, agora mais do que nunca!. In: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, sup. 1. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800001>. Acesso em: 15 jan. 2011.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 7, agosto 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000200004>. Acesso em: 19 fev. 2011.

WILLIG, C. **Introducing qualitative research in psychology:** adventures in theory and method. Buckingham: Open University Press, 2001.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Rede social e estratégia de saúde da família: sentidos construídos por agentes comunitários e implicações para sua prática”**, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes e pelo psicólogo e estudante de Mestrado Ricardo Lana Pinheiro, ambos do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo dessa pesquisa é compreender os sentidos construídos pelos agentes comunitários de saúde de Altinópolis sobre redes sociais e saúde. Serão investigados aspectos relacionados a quem são as pessoas importantes em uma rede, quais as funções desempenhadas pelas pessoas e quais as influências disso para a saúde.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar de grupos de discussão com outros agentes comunitários de saúde para conversar sobre o tema das redes sociais, sendo que os grupos serão coordenados pelo pesquisador. Serão realizados dois grupos de discussão: um para conhecer o que você pensa sobre rede social e a influência da rede na vida das pessoas; e outro encontro para você construir sua própria rede social e, em seguida, refletir sobre como você relaciona essa construção com o seu trabalho no PSF.

As conversas desenvolvidas nesses encontros de grupo serão gravadas em aparelho mp3 e depois serão transcritas pelo pesquisador. Estas conversas serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo em seu trabalho. Esta pesquisa não apresenta riscos a sua saúde e você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada a sua participação ou quando julgar necessário.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, Agente Comunitário de Saúde de uma unidade de PSF de Altinópolis, São Paulo, aceito participar da pesquisa **“Rede social e estratégia de saúde da família: sentidos construídos por agentes comunitários e implicações para sua prática”**.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2010.

Assinatura: _____

Participante: _____

Endereço para contato: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes

Pesquisador: Ricardo Lana Pinheiro

Endereço para contato com os pesquisadores:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Departamento de Psicologia e Educação

Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP. Telefone: (16) 3602-4446

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CONSTITUIÇÃO DE BANCO DE DADOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Rede social e estratégia de saúde da família: sentidos construídos por agentes comunitários e implicações para sua prática”**, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes e pelo psicólogo e estudante de Mestrado Ricardo Lana Pinheiro, ambos do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo dessa pesquisa é compreender os sentidos construídos pelos agentes comunitários de saúde de Altinópolis sobre redes sociais e saúde. Serão investigados aspectos relacionados a quem são as pessoas importantes em uma rede, quais as funções desempenhadas pelas pessoas e quais as influências disso para a saúde.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar de grupos de discussão com outros agentes comunitários de saúde para conversar sobre o tema das redes sociais, sendo que os grupos serão coordenados pelo pesquisador. Serão realizados dois grupos de discussão: um para conhecer o que você pensa sobre rede social e a influência da rede na vida das pessoas; e outro encontro para você construir sua própria rede social e, em seguida, refletir sobre como você relaciona essa construção com o seu trabalho no PSF.

As conversas desenvolvidas nesses encontros de grupo serão gravadas em aparelho mp3 e depois serão transcritas pelo pesquisador. Estas conversas serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados.

As conversas desenvolvidas nos encontros, bem como os dados fornecidos por você, passarão a fazer parte de um banco de dados de estudos realizados pelo grupo de pesquisa dos pesquisadores, para possível utilização em pesquisas futuras. O armazenamento das informações no banco de dados obedece ao procedimento acima exposto, preservando sua identidade e a confidencialidade das informações.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo em seu trabalho. Esta pesquisa não apresenta riscos a sua saúde e você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada a sua participação ou quando julgar necessário.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, Agente Comunitário de Saúde de uma unidade de PSF de Altinópolis, São Paulo, aceito participar da pesquisa **“Rede social e estratégia de saúde da família: sentidos construídos por agentes comunitários e implicações para sua prática”** e autorizo que as informações por mim oferecidas na pesquisa sejam armazenadas em banco de dados para utilização em posteriores estudos.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2010.

Assinatura: _____

Participante: _____

Endereço para contato: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes

Pesquisador: Ricardo Lana Pinheiro

Endereço para contato com os pesquisadores:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Departamento de Psicologia e Educação

Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP. Telefone: (16) 3602-4446

APÊNDICE C – ROTEIRO DO PRIMEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO

1º ENCONTRO DO GRUPO DE DISCUSSÃO

Temas:

1) O ser ACS: contexto e atuação profissional

Subtemas: como é o trabalho de ACS em Altinópolis? *Quais as principais características do contexto em que atuam?*

2) Conceito de rede social

Subtemas: o que se entende por redes sociais?

3) Estrutura de rede social

Subtemas: quem são as pessoas que fazem parte da rede social? O que alguém tem que ter para fazer parte de sua rede social? Uma rede social é composta por quantas pessoas? Onde estão e quem são essas pessoas que fazem parte da rede? O que elas têm de semelhante e/ou diferente?

4) Funções da rede social

Subtemas: O que fazem umas para as outras as pessoas que constituem uma rede social? Que importância têm as redes na vida das pessoas? Vocês acham que o nível de relacionamento entre as pessoas que constituem redes sociais é o mesmo? Por quê?

5) Atributos/Qualidades do vínculo

Subtemas: Em qu deve se sustentar a qualidade do vínculo entre pessoas de uma determinada rede social?

Duração do encontro: duas horas

APÊNDICE D – ROTEIRO DO SEGUNDO GRUPO DE DISCUSSÃO

2º ENCONTRO DO GRUPO DE DISCUSSÃO

1) Construção do mapa rede – a rede social de apoio dos ACS

Subtema: Conhecendo a rede social significativa dos ACS de Altinópolis

2) Investigação sobre o mapa mínimo de rede

Subtema: Construindo sentidos sobre suas próprias redes sociais: estrutura, funções e qualidade dos vínculos estabelecidos

3) Reflexões sobre o instrumento apresentado

Subtema: Avaliação sobre a atividade: reflexões e impressões sobre a utilidade desse tipo de mapeamento para se pensar as relações interpessoais.

4) Articulações entre rede e saúde

Subtema: Construindo sentidos sobre como a interface entre rede social e saúde, a partir das reflexões sobre as próprias redes pessoais significativas.

Duração do encontro: duas horas

APÊNDICE E – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ACS

Nome	
Escolaridade	
Contato	
Idade	
Unidade	
Tempo de atuação como ACS	

APÊNDICE F – QUADRO DE CATEGORIAS

CATEGORIA	Subcategoria	Definição
Rede social	<i>Definição</i>	Busca por conceituar o que é rede social.
	<i>Constituição da rede social</i>	Quem são as pessoas que fazem parte da rede social de uma pessoa.
	<i>Critérios de inclusão na rede social</i>	Critérios para definir quem faz ou não parte de uma rede social.
	<i>Características estruturais</i>	Propriedades da estrutura da rede social, como seu tamanho e localização das pessoas que fazem parte da rede.
	<i>Funções da rede social</i>	Funções desempenhadas pelas pessoas da rede social, como apoio emocional e companhia social.
	<i>Atributos do vínculo</i>	Características das relações entre pessoas da rede social, como, por exemplo, quais as funções predominantes que uma pessoa desempenha para a outra.
	<i>Relação entre rede social e sociedade</i>	Construção de relações entre as redes sociais e a sociedade como um todo.

CATEGORIA	Subcategoria	Definição
Rede social e saúde	<i>Formas</i>	Como se dá a relação entre redes sociais e saúde.
	<i>Consequências</i>	Decorências da relação entre redes sociais e saúde.
	<i>Locais / relações</i>	Locais ou relações identificadas como influentes na saúde de uma pessoa.

CATEGORIA	Subcategoria	Definição
Atuação com redes sociais	<i>Relações da pessoa</i>	Pessoas que fazem parte do convívio cotidiano das pessoas atendidas.
	<i>ESF</i>	As equipes e pessoas das unidades de ESF.
	<i>Equipamentos sociais</i>	Equipamentos sociais que não sejam relacionados à ESF, tais como serviços de assistência e promoção social.

CATEGORIA	Subcategoria	Definição
Mapa mínimo de relações	<i>Composição - Primeiro, segundo e terceiro círculos</i>	Detalhamento do preenchimento do mapa mínimo pelos ACS, discriminando quem foram as pessoas colocadas nos três círculos do instrumento, que se referem a graus de proximidade em relação a quem preenche.
	<i>Crítérios para divisão entre os círculos</i>	Crítérios utilizados pelos ACS para dividir as pessoas em seus mapas entre os três círculos.
	<i>Opiniões sobre o instrumento</i>	Opiniões/impressões dos ACS sobre o mapa mínimo, sobre seu preenchimento, a estrutura do instrumento e as informações que podem construir a partir deste.
	<i>Mapa como recurso para o trabalho do ACS</i>	Descrição do mapa mínimo como um recurso que pode ser utilizado de maneira proveitosa no trabalho dos ACS.
	<i>Inutilidade do mapa para o trabalho como ACS</i>	Descrição do mapa mínimo como um recurso que não traria benefícios para a prática dos ACS.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FFCLRP-USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Of.CEtP/FFCLRP-USP.34/2010 – 7/6/2010

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "**Rede social e estratégia de saúde da família: sentidos construídos por agentes comunitários e implicações para a prática**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, e, enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº 493/2010 – 2010.1.824.59.5

Atenciosamente,

Profa. Dra. ANA RAQUEL LUCATO CIANFLONE
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FFCLRP-USP

Ilustríssimo Senhor
Ricardo Lana Pinheiro – aluno do Programa de PG em Psicologia

C.C.:
Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi
Docente do Departamento de Psicologia e Educação
Desta FFCLRP-USP