

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



“Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde”

por

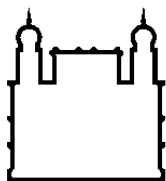
Alda Lacerda

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador principal: Prof. Dr. Victor Vincent Valla

Segundo orientador: Prof. Dr Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque

Rio de janeiro, julho de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde”

apresentada por

Alda Lacerda

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Prof.^a Dr.^a Roseni Pinheiro

Prof.^a Dr.^a Martha Cristina Nunes Moreira

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça

Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque – Segundo orientador

Tese defendida e aprovada em 30 de julho de 2010.

Dedico esta tese ao amigo Victor Vincent Valla, um grande mestre com quem tive oportunidade de conviver e aprender com sua simplicidade e sabedoria.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais Ari e Aura (in memorium), amigos e parentes, e as pessoas mais próximas que contribuíram emocionalmente e intelectualmente nesse percurso.

À minha mãe Aura (in memorium), uma pessoa muito querida e especial, minha grande amiga, que sempre foi a minha maior incentivadora.

À Tia Thereza sempre preocupada comigo, me tratando como uma filha.

À amiga Angela pela amizade e generosidade que foram tão importantes nos momentos de dúvida e questionamento, e pela sua disponibilidade em ler os capítulos e dar sugestões, além de ajudar na realização dos grupos focais e na formatação final da tese.

Às amigas Cátia e Mirna que compartilharam esse percurso comigo, me incentivando, lendo as coisas que eu produzia e contribuindo com novas idéias, e que também me ajudaram a realizar os grupos focais.

À amiga Ana pelo seu carinho e generosidade em me acolher em sua casa em Recife durante um momento fundamental para a conclusão da tese.

Quero fazer um agradecimento especial ao meu orientador e amigo Paulo Henrique pela sua generosidade em assumir a orientação com o doutorado em andamento, pela sua disponibilidade em compartilhar o conhecimento e propiciar que eu caminhasse por temas até então desconhecidos, pela leitura cuidadosa da tese e pela confiança e valorização do meu trabalho, aplicando de fato na prática a dádiva que discute na teoria. Além disso, pelo seu carinho em me receber em sua residência para trabalharmos na tese.

Aos companheiros do Laborat pela compreensão e atenção no período em que precisei me ausentar para escrever a tese.

À Mônica, Ana Violeta, Márcia, Márcia Valeria, Pina e Valéria pela oportunidade que tive de participar da pesquisa sobre “Políticas de trabalho em saúde e qualificação dos ACS” e compartilhar as minhas dúvidas e inquietações.

Ao amigo Eduardo que me apoiou na tradução do resumo para o inglês.

As amigas Claudia e Katia pela preocupação, pelos telefonemas e por me darem força e apoio.

À Beth, médica homeopata, pelo apoio e ajuda durante todo o período da tese.

Não posso deixar de agradecer aos agentes comunitários de saúde que aceitaram participar da pesquisa e foram fundamentais para a elaboração desse estudo.

*"A utopia está lá no horizonte.
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar".
Eduardo Galeano*

RESUMO

A temática do apoio social vem sendo objeto de interesse crescente nas ciências sociais e na saúde coletiva. O apoio social tende a ser analisado como uma simples troca pautada por obrigações mútuas entre quem dá e quem recebe, indicando a carência de uma discussão teórico-conceitual na literatura nacional e internacional que o aborde a partir da dinâmica da circulação entre os atores. Tecemos aqui uma reconstrução teórico-metodológica do constructo do apoio social a partir da teoria da dádiva, onde o mesmo ganha novo sentido ao ser abordado por meio das redes de apoio social. O presente estudo tem como objetivo geral investigar os limites e possibilidades à constituição dessas redes no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). A pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada com os ACS da Estratégia Saúde da Família de Manguinhos - RJ. Identificou-se que todas as suas atribuições remetem à dimensão relacional e apontam, de modo direto ou indireto, para os fundamentos legais das redes sociais. Os resultados também revelam que a constituição das redes de apoio social depende do reconhecimento dos atores como sujeito de valor em suas dimensões de afetividade, de direito e/ou de solidariedade. Essas redes são produtoras de saúde e se (re)constroem de modo mais espontâneo e frequente nas atividades desenvolvidas nos espaços comunitários do que nos espaços instituídos dos serviços públicos, formando um circuito de cuidado. É fundamental que as redes de apoio social ganhem visibilidade para os gestores e profissionais de saúde, haja vista o seu potencial de fortalecer o trabalho em equipe articulado a outras redes na saúde, de reconfigurar as práticas de integralidade do cuidado e de sinalizar novas formas de gestão social mais democráticas que contribuam para nortear as políticas públicas de saúde na atenção primária.

Palavras-chave: Redes de Apoio Social; Dádiva; Trabalho do Agente Comunitário de Saúde; Reconhecimento; Integralidade.

ABSTRACT

The theme of social support has been the subject of growing interest in social science and health. Social support tends to be regarded as a simple exchange based on mutual obligations between donors and receivers, indicating the lack of a theoretical and conceptual discussion in both national and international literature approaching that subject from the perspective of the circulation dynamics among actors. We achieved in this study a theoretical and methodological construct for social support from the gift theory, in a way that it gains new meaning to be addressed through social support networks. The goal is to investigate the limits and possibilities of the formation of such networks in the daily work of community health agents (CHA). This qualitative research has been carried out with the collaboration of the CHAs of the Manginhos Family Health Strategy - RJ. We identified that all of its duties regards the relational dimension and point, directly or indirectly, to the legal foundations of social networks. The results also reveal that social support networks relies on the recognition of the actors as subjects of value in its dimensions of affectivity, social rights and/or solidarity. These networks produce health and (re)construct themselves in a more spontaneous and frequent manner in activities developed in community settings rather than in the institutional spaces of public services, building up a circuit of care. It is essential that the social support networks gain visibility for managers and health professional, given their potential to strengthen teamwork articulated to other health networks, to reconfigure the practices of comprehensive care and to signal to new democratic forms of social management that help to guide public health policies in primary care.

Keywords: Social Support Networks; Gift; Work of Community Health Agent; Recognition; Comprehensive Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO-----	12 -
CAPÍTULO 1 - O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA-----	27
1.1 Antecedentes e características da Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva transversal-----	27
1.2 Trabalho em saúde e trabalho em equipe na integralidade das ações em saúde--	34
1.3 O trabalho prescrito e o trabalho real: contribuições teórico-conceituais para analisar o cotidiano de trabalho dos ACS-----	39
1.4 A luta pela desprecarização dos vínculos de trabalho e da qualificação profissional dos ACS-----	43
CAPÍTULO 2 - APOIO SOCIAL COMO PROMOTOR DA SAÚDE: UM NOVO OLHAR A PARTIR DO SISTEMA DE AÇÃO DA DÁDIVA-----	50
2.1 Contextualização do Apoio Social na saúde: a dimensão relacional no processo de saúde-doença-cuidado-----	50
2.2 O constructo do apoio social: uma perspectiva quantitativa ou qualitativa dos relacionamentos sociais?-----	55
2.3 O sistema da dádiva: das sociedades arcaicas às sociedades modernas-----	58
2.4 A obrigatoriedade de dar-receber-retribuir na constituição dos vínculos: contribuições da dádiva para a compreensão do apoio social como um modelo triádico-----	61
CAPÍTULO 3 - REDES DE APOIO SOCIAL NA SAÚDE: O QUE CIRCULA NOS VÍNCULOS SOCIAIS?-----	71
3.1 Redes sociais: Conceitos e usos operacionais-----	71
3.2 Redes de apoio social na saúde: a dinâmica dos dons circulantes-----	77
3.3 A teoria do reconhecimento e sua contribuição para o campo da saúde coletiva	82
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA-----	92
4.1 O campo e os sujeitos da pesquisa-----	94
4.2 Etapas da pesquisa-----	96
4.3 Coleta de dados: técnicas de investigação e instrumentos de trabalho-----	98
4.4 Análise dos Dados Qualitativos-----	104

CAPÍTULO 5 - O COTIDIANO DE TRABALHO DOS ACS DE MANGUINHOS: RESULTADOS E DISCUSSÃO -----	108
5.1 O cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - Fiocruz -----	108
5.2 Trabalho prescrito e trabalho real: fundamentos legais das redes sociais -----	117
5.2.1 Reconhecimento do território e territorialização: cadastramento, diagnóstico situacional da comunidade, registro de informações-----	120
5.2.2 Atribuições relacionadas às atividades educativas: promoção, prevenção, vigilância e visitas domiciliares-----	125
5.2.3 Ações sociais que ultrapassam as ações tradicionais de saúde: fomentar a participação da comunidade; ações intersetoriais; mediação; orientação sobre o acesso aos serviços de saúde; ações educativas de preservação do meio ambiente, abordagem de direitos humanos e inserção social dos usuários-----	132
5.2.4 Desenvolver outras atividades pertinentes ao trabalho do ACS-----	143
5.3 Redes de apoio social e circulação de dons no cotidiano dos ACS: ações que favorecem ou limitam o reconhecimento em suas dimensões morais de afetividade, direito e solidariedade -----	145
5.3.1 Circulação de dons que favorecem a inclusão dos atores nas redes de apoio social-----	146
• Reconhecimento do amor -----	146
• Reconhecimento do direito-----	154
• Reconhecimento da solidariedade -----	160
5.3.2 Experiências de desrespeito: os limites à constituição das redes de apoio social e à circulação do dom-reconhecimento -----	170
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	187
• Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa	
• Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
• Anexo 3 - Roteiro de entrevista	
• Anexo 4 - Mapa dos problemas priorizados pelos ACS no grupo focal	

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AIS	– Ações Integradas em Saúde
CSEGSF	– Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
CLT	– Consolidação das Leis do Trabalho
CONACS	– Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
ENSP	– Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPSJV	– Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	– Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC	– Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
F.SESP	– Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
INSNA	– International Network of Social Network Analysis
MARES	– Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano
MAUSS	– Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais
NASF	– Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	– Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF	– Programa de Saúde da Família
PNACS	– Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
SESP	– Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	– Sistema Único de Saúde
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	– Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO

A construção de uma sociedade planetária mais igual, assim como de sociedades locais menos dramaticamente dilaceradas pela desigualdade, permanece uma aspiração fundamental para todos aqueles que se interrogam sobre o futuro de nossa espécie e agem pelo bem comum.

Melucci, 2001

O conceito de rede é antigo e tem sido amplamente utilizado em vários campos do conhecimento, com diferentes formas de apropriação e usos operacionais. A rede é definida no dicionário como um “*entrelaçamento de fios, cordas (...) com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido*” (Holanda, 1995). Algumas denominações, como redes sociais, políticas, organizacionais, de serviços, de informação, de Internet, entre outras, independente das concepções que lhes são atribuídas, estão sempre associadas à imagem de teia, de conexões, de fios que se entrelaçam e se tecem.

O campo da saúde coletiva tem explorado o uso desse conceito nas políticas públicas de saúde, na gestão e planejamento, na intersetorialidade e na organização dos serviços de saúde e suas práticas, abordando-o de diversos modos, seja como ferramenta analítica, como metáfora para sugerir a diversidade de atores envolvidos ou como práticas sociais que traduzem as relações entre os atores. No âmbito da pesquisa também cresce o seu uso em diversas áreas, entre as quais destacamos os estudos sobre apoio social, com uma imensa produção acadêmica, onde as redes são utilizadas como instrumento de análise para medir o apoio social e seu impacto na saúde física e mental (Hall & Wellmann, 1985). Tais estudos demonstram a importância dos vários tipos de apoio tangíveis e intangíveis que os sujeitos ofertam e recebem, por meio dos vínculos primários afetivos e das redes sociais, ajudando-os a enfrentar melhor as adversidades da vida, a promover a saúde ou a recuperar-se dos problemas de saúde-doença (Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen & Syme, 1985a).

O nosso interesse pelo tema do apoio social veio a partir do mestrado, no ano de 2000, sob orientação do professor Victor Valla que havia trabalhado com essa temática em seu pós-doutorado no final da década de 1990. Vimos observando, ao longo desses anos, que o apoio social, por meio da relação entre duas pessoas ou das redes sociais, tem sido analisado nos estudos epidemiológicos como uma troca fixa entre quem dá e quem recebe. Desse modo, faltava uma discussão teórico-conceitual na literatura nacional e internacional que de fato compreendesse o apoio social a partir da dinâmica da circulação entre os atores. Foi a partir dessas constatações que avançamos no sentido de fazer as primeiras aproximações entre apoio social e o fenômeno da dádiva (Lacerda & Valla, 2005), entendendo a dádiva ou dom¹ como um sistema de ação social que envolve o movimento triplo de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais (Mauss, 1985 [1923-1924]) entre doadores e donatários:

O apoio social pode ser entendido como uma forma de dádiva, em que as trocas sistemáticas entre os sujeitos envolvendo o dar, o receber e o retribuir permitem que os recursos de apoio fluam por meio dos laços ou vínculos sociais, com benefícios a todos os envolvidos (Lacerda & Valla, 2005, p. 284).

Outra questão que se revelava era a necessidade de deslocar a análise do apoio social restrita a duas pessoas, como sendo um atributo pessoal, e ampliar para uma abordagem centrada nas redes de apoio social. Essa perspectiva de compreendê-lo a partir do sistema da dádiva, incorporando a discussão das redes de apoio social, aponta para relevância de sua reconstrução teórico-metodológica, tarefa que entendemos ser relevante empreender na presente tese.

Sob essa ótica, o nosso foco nessa pesquisa se centra nas redes sociais entendidas como práticas sociais e, em particular, nas redes de apoio social no âmbito da atenção básica. Não se trata, portanto, de redes técnicas ou de infra-estrutura, mas de relações que vinculam os sujeitos e grupos sociais e que serão discutidas a partir da dádiva.

A compreensão das redes sociais no sistema da dádiva tem-se mostrado relevante em diversos estudos na saúde, seja por meio das redes ampliadas de vigilância em saúde (Martins & Fontes, 2004), das associações voluntárias (Moreira, 2006a), das redes participativas tecidas pela população (Lacerda *et al.*, 2006a) ou dos itinerários terapêuticos (Martins, 2009a). Em alguns desses exemplos evidenciam-se as relações de

vínculos primários, construídas no face-a-face, as quais favorecem as alianças, as parcerias e a circulação do apoio social, sendo, muitas vezes, produtoras de saúde.

A discussão sobre redes sociais na saúde é pertinente na conjuntura de desigualdade socioeconômica, de desemprego e subemprego, de violência crescente, de esgarçamento do tecido social, entre outras marcas de uma política de capitalismo globalizado de países em desenvolvimento como o Brasil, haja vista o impacto da exclusão social, ou melhor, da inclusão de modo perverso e desigual (Martins, 2000) nas condições de vida, trabalho e saúde dos sujeitos e coletivos. Nesse ciclo de pobreza, de violência cotidiana em suas diversas formas, de flexibilização e precarização das relações de trabalho, e de falta de perspectiva diante da vida, parcelas crescentes da população vêm manifestando sinais de sofrimento difuso² que transcende a dor física³, e se expressam como angústia, ansiedade, depressão, tristeza, insônia, medos, dores generalizadas. O sofrimento difuso torna-se evidente entre os usuários na sua busca de cuidado (Valla, 1999) e nos seus itinerários terapêuticos.

Diante desse cenário de globalização nas sociedades complexas, e dos conflitos sociais que produzem, alguns autores chamam atenção para as ações coletivas, articuladas em rede, que se expressam por meio das redes de movimentos sociais (Scherer-Warren, 1999; Melucci, 2001) ou de outras formas de ação coletiva, entre as quais se revela o apoio social (Valla, 1999), na luta por reconhecimento dos direitos de cidadania e exercício da democracia. No que se refere aos movimentos sociais contemporâneos, Melucci (2001) adverte que os mesmos devem ser compreendidos à luz de suas reconfigurações, pois se constituem como redes complexas de solidariedade, com dimensões culturais e simbólicas, que alternam momentos de latência e de visibilidade, e são completamente distintos das formas tradicionais de movimento representadas pelos atores coletivos organizados politicamente:

O conceito de “movimento” nascido para indicar atores históricos que interferem sobre aspectos político-estatais, revela-se inadequado para descrever a realidade dos fenômenos coletivos organizados em redes, e difusos. Os “movimentos” contemporâneos se apresentam como redes de solidariedade com fortes conotações culturais e, precisamente estas características, os diferenciam sempre mais claramente dos atores políticos ou das organizações formais (Melucci, 2001, p. 23).

A articulação entre redes e movimentos sociais implica em discutir as redes sociais em sua complexidade teórico-metodológica (Martins, 2009b), de modo a incorporar a dimensão intersubjetiva e simbólica dos movimentos sociais, o contexto

sociocultural, econômico e político no qual os atores constroem seus vínculos e o potencial de mobilização social das redes. É essa abordagem complexa que também deve orientar a compreensão sobre as redes de apoio social tecidas pelos sujeitos e grupos sociais no enfrentamento dos conflitos e dificuldades (Minkler, 1985; 1992), as quais muitas vezes se configuram como estratégias de sobrevivência diante do caminho estreito que muitos se encontram, mas que se revelam como dispositivos para fortalecer a autonomia e o empoderamento individual e coletivo. Nesse sentido, cabe destacar o potencial das redes de apoio social em traduzir as relações de solidariedade e dádiva que mobilizam os sujeitos e coletivos no cotidiano.

A temática do apoio e da rede social nos remete às lutas e transformações que se processaram no campo da Saúde Coletiva no que concerne à perspectiva de se rever o modelo de saúde-doença, tendo em vista o deslocamento de uma visão conservadora e restrita da saúde para uma perspectiva ampliada e de mobilização que a concebe como direito de cidadania e fomenta a participação social. Essas lutas se processaram tanto no contexto internacional, com o foco na atenção primária (WHO, 1978), como no Brasil, com o Movimento da Reforma Sanitária, que se iniciou nos anos 1970 com a ampla participação de diferentes atores sociais e segmentos organizados da sociedade civil, e se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), propiciando a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações e serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com os princípios da integralidade, da equidade, da universalidade de acesso aos serviços públicos de saúde, da participação da comunidade, entre outros (Brasil, 1990), entendendo participação como uma ação coletiva que se processa por meio das redes sociais (Melucci, 2001).

A proposta de ampliar o conceito de saúde-doença, admitindo o impacto dos fatores sociais e econômicos em sua determinação, vinha sendo debatida, a nível mundial, desde a década de 1960, abrindo espaço para uma abordagem positiva no campo da Saúde (Ferreira & Buss, 2002). Esse debate ficou evidenciado, a partir dos anos 1970, com a crise em diversos países decorrente dos custos crescentes da atenção médica e da expansão de tecnologias para o diagnóstico e tratamento das doenças, mas que não refletiam em benefícios à saúde (Starfield, 2002).

Nesse cenário, Marc Lalonde, na época ministro de saúde do Canadá, publicou um documento sobre “a nova perspectiva de saúde dos canadenses”, conhecido como Relatório Lalonde (1974), no qual definiu quatro componentes do campo da saúde - biologia, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. O que

chamava atenção era o fato dos gastos e investimentos se concentrarem no sistema de atenção à saúde, com ênfase na tecnologia médica e nos recursos hospitalares, enquanto que as principais causas de morbidade e mortalidade estavam relacionadas aos outros três componentes. Esse documento foi um marco conceitual para a Promoção da Saúde ao ampliar o conceito de campo de saúde e apontar para outros determinantes, indicando a importância de se desenvolver políticas públicas que melhorassem as condições de vida e saúde da população. É nesse contexto de crise que emergiu a discussão do apoio social na literatura acadêmica norte-americana nos anos 1970, e se intensificou a partir da década de 1980 (Valla, 1999), com a incorporação da dimensão do ambiente social na produção da saúde e do adoecimento.

Diante da conjuntura de ampliar a compreensão da saúde e desenvolver estratégias para reduzir as iniquidades sociais entre os diversos países, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizou em 1978 a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata, com a meta social de “saúde para todos no ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata incorporou a determinação social e econômica nas condições de saúde das nações e reafirmou a saúde como direito fundamental de todos os cidadãos. A atenção primária à saúde passou a ser considerada estratégia relevante para se alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000” e para o desenvolvimento social e econômico, sendo definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, acessíveis universalmente aos indivíduos e famílias na comunidade, com a participação ampla de todos e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada estágio do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (WHO, 1978).

Esse documento destacou a importância de ações intersetoriais, a responsabilidade dos governos na promoção e proteção da saúde dos povos e o direito à participação da população no planejamento e ações de saúde, o que nos leva a pressupor a necessidade de um trabalho articulado em rede social, com a participação dos diversos atores e setores envolvidos. Não obstante a proposta de uma atenção primária à saúde abrangente, a mesma acabou sendo substituída por outra com ações focalizadas.

Atenção Primária à Saúde: de uma proposta abrangente à atenção primária seletiva

A Conferência de Alma-Ata defendia a atenção primária à saúde como “*parte integrante tanto do sistema de saúde do país, a qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade*” (WHO, 1978). Apesar da repercussão mundial e da importância atribuída à Atenção Primária à Saúde, os obstáculos à sua implantação foram se configurando, e outra concepção, de caráter mais restritivo, denominada de “Atenção Primária Seletiva”, passou a ser defendida pelo Banco Mundial, Fundação Ford e pelas agências americanas responsáveis pelo desenvolvimento internacional. A defesa da atenção primária seletiva se pautava na crítica de que a proposta de Alma-Ata era muito ampla, idealizada, e que a meta social de “Saúde para Todos no ano 2000” seria inviável (Cueto, 2004). Por trás desses argumentos, ficava evidente a restrição, por parte das organizações internacionais, em investir com recursos técnicos e financeiros para o desenvolvimento social e econômico dos povos nos países periféricos.

A atenção primária seletiva consistia na implantação de programas para controle de doenças, semelhantes aos programas verticais de saúde, implantados desde a década de 1950 e que tinham sido amplamente criticados. A proposta era desenvolver um pacote de intervenções técnicas na saúde, com o acompanhamento do crescimento das crianças para evitar a desnutrição, a reidratação oral para evitar a desidratação por gastroenterites, o estímulo ao aleitamento materno e a imunização para evitar as doenças infecciosas (Cueto, 2004). Tratava-se, portanto, de ações de saúde focalizadas e de baixo custo, tendo em vista que as mesmas poderiam ser realizadas inclusive por trabalhadores leigos.

Ao longo das décadas de 1980 e 1990 a atenção primária seletiva ganhou espaço político, haja vista que a própria Unicef passou a aderir à proposta de caráter restritivo (Cueto, 2004). Nesse contexto, a atenção primária à saúde desloca-se de uma perspectiva abrangente, com ações intersetoriais e metas de investimento social e econômico, para uma política focalizada, com interesses na relação custo-efetividade, porém sem a preocupação com as determinações sociais e econômicas na saúde da população. Essa abordagem restritiva ficou conhecida como uma “política pobre para os pobres”.

Cabe ressaltar que a proposta de expansão da atenção primária ganhou força no cenário internacional (WHO, 1978), enquanto no Brasil, conforme lembra Fausto

(2005), ela veio no bojo das discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde mas não era a questão prioritária para a reformulação do Sistema de Saúde. Várias experiências de reorganização do modelo assistencial no SUS, a partir da atenção primária, foram desenvolvidas em nível local, muitas com caráter de programas focalizados voltados para a população mais carente. Algumas dessas experiências enfatizavam a participação de agentes de saúde, entre as quais merecem destaque o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família que vieram a ser institucionalizados como política pública de saúde na década de 1990. Como todo processo de construção social e política não é linear, a atenção primária voltou, portanto, a ser prioridade na agenda do governo, tendo em vista que esses dois programas foram induzidos com mecanismos financeiros para reordenar o modelo de saúde-doença vigente focado na atenção individual, nas ações hospitalares e medicamentosas.

Programa de agentes comunitários de saúde: a institucionalização dos trabalhadores

A atividade dos agentes de saúde nas comunidades é anterior ao seu processo de institucionalização, tendo iniciado como um trabalho social voluntário, desde a década de 1970, em diversas regiões do Brasil. Alguns desses agentes estavam vinculados a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde (David, 2001), tais como a Pastoral da Criança e as Dioceses, e recebiam treinamento para realizar atividades de grupos de educação em saúde voltados para a mulher, gestantes, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos.

Segundo relato de Ramos⁴ (2007), a Associação Nacional de Agentes de Saúde elaborou um documento nos anos de 1985 reivindicando ao Estado que se responsabilizasse pela remuneração desses trabalhadores que vinham prestando atendimento à população excluída do acesso aos serviços públicos de saúde. O documento foi encaminhado à 8ª Conferência Nacional de Saúde onde vários agentes de saúde tiveram uma participação ativa, alguns inclusive como delegados representantes dos seus Estados. A reivindicação foi incluída no Relatório Final, cujo texto se refere à *“incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários”* (Brasil, 1986).

A institucionalização dos agentes de saúde se concretizou com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) pelo Ministério da Saúde nos anos 1991. O PNACS foi pensado a partir da experiência exitosa do Programa de Agentes de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, implantado em 1987, com a redução da mortalidade infantil, e também de outras iniciativas locais de atenção primária desenvolvidas em algumas regiões do Brasil com a inserção de agentes de saúde (Silva & Dalmaso, 2006). Até então, esse trabalhador era referido como agente de saúde, e com a institucionalização acrescentou-se o termo “comunitário” passando a ser chamado Agente Comunitário de Saúde (Ramos, 2007).

O PNACS iniciou no Nordeste com a proposta de expandir as ações básicas de saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários em áreas carentes - rurais e periferias urbanas - principalmente no âmbito da saúde materno-infantil, visando reduzir a mortalidade nesse grupo (Silva & Dalmaso, 2006). Nesse mesmo ano de 1991 se estendeu, em caráter emergencial, para a região Norte em decorrência da epidemia de cólera. No ano seguinte o PNACS passou a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com ampliação para outros estados e municípios do Norte e Nordeste e para a região Centro-Oeste. Apesar da mudança de nome não houve qualquer modificação em sua proposta inicial.

O programa de agentes comunitários foi implantado na lógica da atenção primária seletiva, com um pacote limitado de oferta de serviços de saúde às classes sociais menos favorecidas (Giovanella & Mendonça, 2008). As ações de prevenção e visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) eram supervisionadas pelo enfermeiro, e ambos estavam vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Algumas críticas foram realizadas na época pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1991) por entender que se tratava de um programa vertical, com uma proposta simplificada de atenção, sem a preocupação em garantir a integralidade das ações e a melhoria da rede básica de serviços públicos de saúde, ferindo assim os princípios defendidos pelo SUS.

Apesar do seu caráter restritivo, o PACS, por meio da atuação dos ACS, possibilitou algumas ações de saúde em regiões que praticamente não tinham acesso à assistência médica, favorecendo o aumento da cobertura vacinal em crianças; o incentivo ao aleitamento materno; o desenvolvimento de ações preventivas da saúde da mulher; e a redução da mortalidade infantil por gastroenterite e desidratação. Após três anos da sua institucionalização foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que

trouxe a cena uma nova composição de equipe de saúde, cuja divisão de trabalho visava ampliar o escopo das ações na reorientação dos fluxos entre os níveis de atenção.

Saúde da Família no contexto da atenção básica: de programa focalizado a uma estratégia de reorientação do modelo assistencial no SUS

A necessidade de reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS, de modo a ampliar o acesso da população e integrar as ações de saúde entre os profissionais, favoreceu a concepção do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde no final de 1993 e sua implantação no ano seguinte⁵. O PSF, assim como o PACS, iniciou com ações de saúde restritas às populações mais pobres, o que leva Viana & Dal Poz (1998) a afirmar que as experiências de práticas focalizadas podem estar presentes em um sistema universal sem necessariamente gerar conflitos.

No ano de 1995 ambos os programas, até então sob gestão da Fundação Nacional de Saúde, são transferidos para a antiga Secretaria de Assistência à Saúde, atual Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, demarcando assim *“um rompimento com a idéia de programa vertical (...), sinalizando sua maior importância dentro do ministério e um outro tipo de institucionalização do PSF”* (Viana & Dal Poz, 1998, p. 22). É nesse sentido que a expansão do PACS e do PSF passou a ser prioridade no Plano de Ações e Metas do Ministério para a reversão do modelo assistencial vigente, com incentivos financeiros (Brasil, 1996) e definição de normas e diretrizes para a sua regulamentação e implantação (Brasil, 1997a).

Em um documento publicado no ano de 1997 sobre a estratégia para a reorientação do modelo assistencial, o Ministério da Saúde se posicionou contra as críticas que o PSF recebia por ser visto como um programa vertical e focalizado, e justificou que *“embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde”* (Brasil, 1997b, p. 8). O documento também defendia que o PSF deveria ser *“reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes”* (p. 9), se contrapondo à sua identificação como um programa de saúde “pobre para os pobres”.

Aos poucos o PACS foi se integrando ao PSF por meio da incorporação dos agentes comunitários às equipes de saúde da família, constituindo o que se denomina “Estratégia Saúde da Família”, com proposta de expansão progressiva de cobertura da

população brasileira, principalmente em áreas urbanas e rurais de maior vulnerabilidade social. Embora o PSF não tenha sido inicialmente elaborado para substituir o PACS (Silva & Dalmaso, 2006), o Ministério da Saúde passou a conceber o PACS como uma estratégia transitória para implantar a Saúde da família em todo o território brasileiro (Brasil, 1997a; Brasil, 1997b). O processo de transição ainda não se deu por completo, tendo em vista diversas regiões do Brasil não terem médicos ou enfermeiros para compor as equipes de saúde, o que significa que ambos os programas convivem em vários locais do país.

A Saúde da Família opera na lógica de territorialização e adscrição da população, cujo trabalho se organiza a partir da equipe de saúde multiprofissional composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, e até no máximo doze ACS (Brasil, 2006a), podendo ser ampliada com a inclusão de profissionais de saúde bucal. A equipe de saúde tem em média 3000 moradores cadastrados, podendo chegar até 4000, e cada ACS, atuando em uma área geográfica delimitada - a microárea, é responsável por até 750 pessoas (Brasil, 2006a). A cobertura da Saúde da Família alcança aproximadamente 49,5% da população brasileira, sendo que os ACS cobrem em torno de 59,6%⁶.

A sua expansão, em âmbito nacional, tem sido a principal estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para reorganizar a atenção básica no SUS, a partir de uma visão que integra os indivíduos, famílias e comunidades compreendidos a partir do seu território (Brasil, 1997a; Brasil, 2006a). Cabe lembrar que atenção básica é a denominação utilizada no Brasil para se referir à atenção primária à saúde no SUS⁷, com intenção de se contrapor ao caráter mais restritivo da atenção primária defendido pelas agências internacionais.

No ano de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica pela portaria 648⁸, fruto de um processo democrático com a participação de diversos atores sociais e a pactuação das três esferas governamentais, cuja ênfase é consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família para fortalecer a atenção básica no contexto brasileiro. Conforme este documento, a atenção básica é definida como “*um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde*” (Brasil, 2006a), e deve ser a porta de entrada dos usuários no SUS. Suas ações podem se realizar tanto nas unidades básicas tradicionais como nas que implementaram a Saúde da Família.

Os fundamentos da atenção básica consistem em trabalhar com a territorialização para o planejamento das ações de acordo com o princípio da equidade, efetivar a integralidade da atenção articulando as ações de saúde para dar continuidade ao cuidado na rede de serviços e fomentar a participação popular e o controle social (Brasil, 2006a). Para tanto, ressalta-se a importância de promover ações intersetoriais e do trabalho em equipe com a integração das atividades dos vários trabalhadores.

A perspectiva é que a Saúde da Família reafirme os princípios do SUS e articule a assistência, vigilância e promoção, com a participação da comunidade nas ações de saúde. Existe, portanto, um desafio de lidar com a complexidade da atenção básica e organizar os serviços e suas práticas voltados para a integralidade na atenção e no cuidado, com ênfase nas necessidades de saúde dos usuários, o que, a nosso ver, implica no trabalho em equipe articulado por meio de redes sociais. Cecilio (2001) também faz menção à importância das redes para alcançar a integralidade da atenção, mas dentro de outra perspectiva, e assinala que a integralidade deve ser trabalhada em várias dimensões: a que se encontra no espaço dos serviços de saúde e a que se consolida no âmbito das redes.

A primeira, a integralidade na prática dos profissionais e no serviço de saúde, é a que se processa no cotidiano do trabalho, no território das micropolíticas de saúde, por meio do encontro entre trabalhadores e usuários, e é fundamental, tendo em vista o potencial da equipe em ampliar o cuidado ofertado e a resolutividade das ações. O autor a denomina “*integralidade focalizada*”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde” (Cecilio, 2001, p. 116), porém deixa claro que o fato de ser focalizada não subtrai a sua relevância para a organização do serviço e suas práticas e para garantir uma atenção de qualidade aos usuários.

Apesar de sua relevância, ressalta o autor, a integralidade da atenção, no sentido do usuário ter acesso as tecnologias mais adequadas às suas necessidades, nunca será plenamente alcançada quando restrita a um serviço de saúde, por mais envolvida, comprometida e competente que seja a equipe, e aponta para a outra dimensão que opera, no nível macro, por meio das redes de serviços:

A integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidade ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde (Cecílio, 2001 p. 117).

Por fim, Cecilio (2001) acrescenta que as duas dimensões estão inter-relacionadas, pois a que se processa no espaço dos serviços e nas práticas dos trabalhadores é parte da integralidade que se efetua em uma rede de serviços de saúde ou de outras instituições. O que nos chama atenção é o fato do autor abordar apenas as redes técnicas dos serviços de saúde, e não levar em conta a dimensão social das redes, haja vista que as redes sociais, com a articulação de atores dos diversos segmentos da sociedade, podem contribuir para superar as dicotomias entre micro e macro e garantir práticas eficazes de integralidade e ações intersetoriais.

A referência às redes na organização e gestão dos serviços públicos na atenção básica aparece em vários documentos das políticas de saúde (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b), com as seguintes terminologias: “rede de atenção básica”, “rede de ações e serviços de saúde”, “rede regionalizada e hierarquizada”, “rede básica de serviços”, “rede física de saúde” e “rede de assistência”. Trata-se, no entanto, da “dimensão técnica” da rede, isto é, da rede de infra-estrutura, a mesma apontada por Cecilio (2001) como expressão de uma “integralidade ampliada”.

A despeito da importância das redes técnicas na organização dos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, restringir-se a esta dimensão nos parece insuficiente para a gestão da atenção básica, para a integralidade do cuidado, para as ações intersetoriais e para a efetivação da participação popular e do controle social no SUS. É preciso incorporar a dimensão relacional das redes, ou seja, as redes sociais e as redes de apoio que se constroem no cotidiano, para de fato vislumbrarmos novos arranjos sociais no campo da saúde que favoreçam a integralidade e propiciem a participação de sujeitos e coletivos na luta democrática por cidadania e direito à saúde. Cabe destacar que a perspectiva das redes sociais e das redes de apoio na atenção básica vai ao encontro da noção de integralidade, que em seu sentido mais amplo é compreendida “*como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde*” (Pinheiro, 2003, p. 8).

A integralidade, como um eixo fundamental na reorganização dos serviços e na produção do cuidado na atenção básica (Brasil, 2006a), reafirma a importância do trabalho em equipe organizado em rede. Sob a lógica da equipe multiprofissional destaca-se o ACS como um trabalhador exclusivo do SUS que, em função da obrigatoriedade de morar no território onde atua, tem como atribuição o papel de mediador social entre a comunidade e o serviço público de saúde. A moradia na

comunidade faz com que o ACS transite entre os papéis de trabalhador do Estado e de usuário morador local e favorece um duplo olhar sobre as necessidades de saúde da população, necessidades estas que não podem ser descoladas da dinâmica do território e devem ser compreendidas a partir do contexto sociocultural, econômico e político no qual os sujeitos vivem e trabalham.

Embora os ACS sejam fundamentais para a efetivação da Saúde da Família, vale ressaltar a precariedade que tem marcado tanto a sua qualificação profissional como os vínculos de trabalho ao longo desses anos (Mendonça, 2004; Morosini, 2009), e o fato de ser o único trabalhador da equipe de saúde que prescinde de formação técnica para o exercício de suas atividades. Isso nos leva a questionar sobre o reconhecimento do seu valor enquanto trabalhador da saúde, e a sugerir que a temática do reconhecimento (Honneth, 2003) seja aprofundada no seu cotidiano.

Optamos por trabalhar com os ACS, além das questões mencionadas, pelo fato do seu trabalho pressupor o estabelecimento de vínculos e relações de apoio social com os usuários e famílias sob seus cuidados. Tendo em vista o nosso interesse em estudar as classes populares, que vem se demarcando nas pesquisas desde o ano de 2003 com o professor Victor Valla (Lacerda *et al.*, 2006b; Valla *et al.*, 2004), a escolha desse trabalhador também se justifica por ser usuário, morador da comunidade, e oriundo das camadas mais pobres. Ademais, enquanto professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) faço parte do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde, no qual a temática do ACS tem sido objeto de pesquisa e ensino.

A nossa perspectiva é aprofundar a discussão sobre apoio social e o cotidiano do trabalho dos ACS, sob a ótica das redes de apoio inseridas no sistema da dádiva. Nesse sentido, temos o seguinte objeto de estudo: Como se constituem as redes de apoio social no cotidiano do ACS e quais os seus impactos na prática de integralidade do cuidado e no reconhecimento desse trabalhador?

A presente tese se fundamenta em três pressupostos. O primeiro é que o reconhecimento dos ACS pelos usuários e profissionais de saúde propicia a manutenção dos vínculos sociais e a constituição de redes de apoio social no trabalho. O segundo é que as práticas de integralidade do cuidado dos ACS se processam por meio de redes de apoio social constituídas no seu cotidiano. O terceiro e último pressuposto é que a gestão da atenção básica ao se articular com as redes de apoio social favorece a efetivação da integralidade das ações de saúde. Isso implica em conceber o trabalho em

saúde na perspectiva relacional, isto é, o trabalho organizado em rede que influencie tanto a dimensão da prática como da gestão do sistema.

O objetivo geral é investigar os limites e possibilidades à constituição de redes de apoio social no cotidiano do Agente Comunitário de Saúde. Os objetivos específicos consistem em Mapear as redes de apoio social no cotidiano do ACS na atenção básica e seus impactos na produção do cuidado em saúde; Analisar a relação entre trabalho prescrito e trabalho real do ACS a partir dos fundamentos legais das redes sociais no trabalho em saúde; Identificar os bens simbólicos e materiais que circulam nas interações dos ACS com os usuários e trabalhadores da saúde; Investigar o reconhecimento do ACS em suas interações sociais no trabalho e as implicações na constituição das redes de apoio social.

A estrutura da tese se organiza em cinco capítulos, seguidos das considerações finais.

No primeiro capítulo discorremos sobre os antecedentes e características da atenção primária para situarmos o *locus* da Estratégia Saúde da Família e a construção sócio-histórica das práticas dos ACS. Abordamos ainda os conceitos de trabalho em equipe de saúde, trabalho prescrito e trabalho real para obter subsídios teóricos para a investigação empírica sobre o cotidiano desses trabalhadores.

No segundo capítulo apresentamos o estado da arte do apoio social e os limites das pesquisas atuais e trazemos algumas questões centrais da teoria da dádiva. Em seguida, tecemos a reconstrução teórico- metodológica do constructo do apoio social a partir do sistema de ação da dádiva.

No terceiro capítulo abordamos as redes sociais a partir da teoria das ciências sociais para consolidar a reconstrução do apoio social no sistema da dádiva. Discutimos ainda a teoria do reconhecimento em sua articulação com as redes de apoio social, com vistas a obter subsídios teórico-conceituais para a análise do material oriundo do trabalho de campo.

No quarto capítulo descrevemos a metodologia da tese subdividida em quatro partes. Na primeira tratamos do campo e dos sujeitos da pesquisa selecionados a partir da metodologia de indicação de redes. Na segunda parte indicamos as etapas da pesquisa que incluem a pesquisa bibliográfica, a investigação documental das legislações dos ACS sobre as atribuições profissionais e a pesquisa de campo. Na terceira parte referimos sobre as técnicas de investigação para a coleta de dados compostas pela observação participante, pelos grupos focais com a utilização da

Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano - MARES e pelas entrevistas. Na última parte assinalamos o método de análise dos dados coletados e as categorias teóricas e metodológicas da pesquisa.

No quinto capítulo apresentamos a discussão dos resultados em três partes. A primeira versa sobre o cotidiano de trabalho dos ACS no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Fiocruz. A segunda consiste na análise da relação entre trabalho prescrito e trabalho real, comparando as legislações referentes às atribuições dos ACS com as situações reais de trabalho e tendo como eixo de análise os fundamentos legais das redes. A terceira parte analisa as ações sociais que favorecem ou limitam o reconhecimento em suas dimensões morais de afetividade, direito e solidariedade e a formação de redes de apoio social no cotidiano do ACS.

Por fim, apresento as considerações finais onde apontamos para algumas questões centrais discutidas ao longo do trabalho e indicamos possíveis desdobramentos da pesquisa.

¹ Dádiva ou Dom são utilizados na literatura como sinônimos.

² O termo sofrimento difuso foi apropriado pelo professor Victor Valla, após ouvi-lo de um profissional em um serviço público de saúde.

³ A literatura médica, em geral, associa o sofrimento apenas à dor física, e não considera as demais dimensões dos sujeitos (Cassell, 1982).

⁴ Tereza Ramos é Agente Comunitária de Saúde de Recife, e em 2007 era presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS).

⁵ Em 1994, na implantação do PSF, o Brasil tinha 29.000 agentes comunitários de saúde, e em março de 2009 já tinha expandido para 227.722 ACS distribuídos em 5316 municípios - Dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica - Ministério da Saúde, março de 2009,

⁶ Os dados são referentes ao consolidado de dezembro de 2008 extraídos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde pelo site <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>, com acesso em 29 de março de 2009.

⁷ A literatura internacional utiliza o termo “Atenção Primária à Saúde” como tradução de “*Primary Health Care*”. O Brasil foi o único país que adotou a terminologia “atenção básica” para se referir à atenção primária à saúde no SUS.

⁸ Em 2006 foi publicado o Pacto Pela Saúde para consolidação do SUS, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite, o qual é constituído por três componentes: Pacto Pela Vida, Em Defesa Do Sus e Pacto De Gestão (Brasil, 2006b). A Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2006a) faz parte do Pacto Pela Vida.

CAPÍTULO 1

O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

São os simples que nos libertam dos simplismos, que nos pedem a explicação científica mais consistente, a melhor e mais profunda compreensão da totalidade concreta que reveste de sentido o visível e o invisível. (...) É na vida cotidiana que a História se desvenda ou se oculta.

José de Souza Martins

1.1 Antecedentes e características da Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva transversal

O tema da atenção primária e da organização dos serviços de saúde tem sido abordado, ao longo dos anos, em diferentes contextos sociais, políticos e econômicos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em 1920 foi publicado um relatório pelo Conselho Consultivo de Serviços Médicos da Grã-Bretanha, conhecido como Relatório Dawson (1920), o qual sinalizava a necessidade de se repensar o futuro dos serviços médicos do país, tendo em vista que as condições de saúde da população não estavam melhorando e o custo crescente, em função dos avanços da medicina, acabaria inviabilizando o sistema de saúde. Com o objetivo de reorganizar os serviços médicos em função das necessidades das comunidades para obter maior resolutividade e redução dos custos, o documento propôs a hierarquização das ações de saúde em três níveis de atenção.

O primeiro corresponderia aos centros primários de saúde, com a execução de ações preventivas e curativas pelos médicos generalistas. O segundo nível seria formado pelos centros secundários de saúde com serviços mais especializados sob responsabilidade dos médicos especialistas. O terceiro e último nível da hierarquização das ações se centraria no hospital-escola. Além de definir as atribuições de cada nível da

atenção, também foi explicitado o modo como esses três níveis se articulariam para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Esse documento chamava atenção para a hierarquização das ações e regionalização dos serviços, tornando-se uma referência fundamental para a concepção da atenção primária e organização dos serviços de saúde em vários países (Mendes, 2002; Starfield, 2002).

No Brasil, a atenção primária foi sendo implantada, ao longo do século 20, por meio de diversos programas governamentais voltados para populações desprovidas de acesso a bens e serviços públicos de saúde. Tratava-se de programas verticais e focalizados de extensão de cobertura das ações de saúde que operavam na lógica da atenção primária seletiva, muitos dos quais contavam com a atuação do agente de saúde como visitador sanitário (Silva & Dalmaso, 2006), o que é importante para se compreender os processos históricos e políticos que influenciaram o trabalho atual dos ACS. Mendes (2002) destacou cinco períodos de expansão da atenção primária à saúde no Brasil, desde a década de 1940 até a implementação do PSF no ano de 1994.

O primeiro período iniciou com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, uma cooperação de saúde e saneamento firmada entre o governo brasileiro, na época Ministério da Educação e Saúde, e os Estados Unidos. Esse acordo internacional se inseria no esforço de guerra, visando atender aos interesses americanos em obter matérias-primas para a produção de material bélico, como borracha e minérios produzidos na Amazônia e Vale do Rio Doce, com contrapartida de investimento financeiro em melhorias de saúde dos trabalhadores e população da região.

No início, o SESP, apoiado no modelo sanitário americano, organizou atividades de saúde pública e de combate à malária, porém a precariedade das condições socioeconômicas e de saúde da região indicava a necessidade de se desenvolver ações assistenciais (Bastos, 1996). Além do saneamento ambiental, implantou ações preventivas com ênfase nas doenças transmissíveis, na educação sanitária e na higiene materna, assim como assistência médica do adulto e da criança com atividades ambulatoriais e internações hospitalares. Desse modo, o SESP inovou ao integrar as ações preventivas e assistenciais nas unidades de atenção primária, em uma época em que predominava o modelo sanitário-campanhista (Bastos, 1996; Mendes, 2002).

No ano de 1960, com a finalização do acordo de cooperação entre o governo brasileiro e americano, o SESP passou a ser uma Fundação - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.SESP) - vinculada ao Ministério da Saúde. Silva & Dalmaso (2006) destacam a importância da F.SESP, cujos princípios e diretrizes estão presentes nas

formulações do PACS e PSF, tais como a abordagem integral da família, o trabalho nas unidades de saúde e nas comunidades, a adscrição de clientela, a atuação dos visitantes sanitários sob supervisão do enfermeiro e, entre outros, a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde.

O segundo período coincidiu com a emergência da atenção primária no cenário internacional, e começou com programas focalizados de atenção primária seletiva que convergiram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (Mendes, 2002). O PIASS iniciou no Nordeste em 1976 e se expandiu posteriormente, nos anos 1980 a 1985, para as regiões rurais do país, com o incremento das unidades básicas de saúde. No estado de São Paulo ganhou destaque no Vale do Ribeira com o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento, denominado de Projeto Devale, onde os agentes de saúde, na função de visitantes sanitários, atuavam nas unidades de saúde rurais e nas comunidades, com atribuições semelhantes às observadas na Fundação SESP (Silva & Dalmaso, 2006).

O terceiro período de expansão se deu no início dos anos 1980 com a crise financeira da Previdência Social, e foi marcado pela implementação das Ações Integradas em Saúde (AIS) com o objetivo de articular as ações de saúde pública às ações assistenciais que vinham sendo desenvolvidas no antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). A política de AIS se expandiu em âmbito nacional em 1985-1986, com aproximadamente 2500 municípios aderindo à proposta, ampliando assim os cuidados básicos de saúde na rede pública (Noronha & Levcovitz, 1994), o que segundo esses autores contribuiu para efetivar os princípios de universalidade do acesso, da integralidade das ações de saúde e da descentralização defendidos pela Reforma Sanitária na operacionalização do SUS.

O quarto período ocorreu, no final dos anos 80, com a municipalização da saúde, e consequente implementação de UBS nos municípios, em função do processo de descentralização preconizado como diretriz do SUS (Mendes, 2002). A perspectiva de rever o modelo tradicional de saúde e garantir o princípio da integralidade das ações implicava em organizar serviços na lógica da atenção primária abrangente, integrando tanto as ações preventivas e curativas no âmbito individual e coletivo como os diversos níveis de atenção do sistema. Nesse contexto de consolidar os princípios do SUS alguns modelos foram se constituindo, entre os quais Mendes (2002) destacou as experiências locais de saúde como a Medicina Geral e Comunitária implementada em Porto Alegre, a Ação Programática em Saúde em São Paulo, o Programa de Médico de Família em

Niterói e o modelo em Defesa da Vida em Campinas. O autor aponta para a importância dessas experiências, ainda vigentes, no sentido de organizar a atenção primária à saúde, embora, ao contrário do PACS e do PSF, não foram institucionalizadas como políticas públicas.

O quinto e último período de expansão da atenção primária se consolidou com a institucionalização do PSF, conforme abordamos na introdução desse trabalho. Inicialmente esse programa era uma política de governo, e atualmente a Estratégia Saúde da Família pode ser considerada uma política de Estado, cujo objetivo é reorganizar a atenção básica, na lógica de uma atenção primária abrangente, conforme os princípios, entre outros, de universalidade, equidade, integralidade e participação social (Brasil, 2006a), sendo que para a sua operacionalização é fundamental a articulação dos três níveis de governo.

A atenção primária apresenta algumas características que a distingue dos demais níveis de atenção do sistema de saúde, entretanto, essa diferenciação não é tão simples como aparenta à primeira vista, e uma diversidade de critérios tem sido empregado para delimitar o *locus* da atenção. Tais critérios incluem o tipo de formação do médico que realiza o atendimento, se é um generalista ou especialista, o local de realização das ações de saúde, se é uma unidade de saúde, um pronto-atendimento ou um hospital, o tipo de serviço ofertado e a natureza dos problemas de saúde dos usuários (Starfield, 2002). Esses critérios são úteis, mas insuficientes para definir um serviço de atenção primária à saúde em toda a sua complexidade.

Durante muito tempo permaneceu a compreensão de que a atenção primária era sinônimo de um conjunto de tecnologias simplificadas (Viana & Dal Poz, 1998), e que envolvia um trabalho simples sem maiores exigências de qualificação profissional. Embora essa idéia venha sendo desconstruída ao longo desses anos, a falta de clareza na distinção entre ‘tecnologias em saúde’ e ‘complexidade do trabalho’ pode gerar inúmeras incompreensões. Por tecnologias entende-se os diversos recursos materiais e imateriais empregados nos processos de trabalho (Schraiber *et al.*, 2006), e que no trabalho em saúde implica em atos técnicos na produção do cuidado individual e coletivo. Segundo Merhy (1998; 2006), as tecnologias em saúde podem ser classificadas em três modalidades: duras, leve-duras e leves.

As tecnologias duras correspondem às máquinas, às normas, às regras pré-definidas, à estrutura das organizações, entre outros equipamentos tecnológicos com os quais o trabalhador vai se relacionar. Trata-se de tecnologias densas e mais

especializadas, muitas vezes confundidas como sinônimos de uma boa medicina. Essa tecnologia é muito empregada quando o trabalho em saúde prioriza as doenças e os diagnósticos ao invés dos sujeitos e suas necessidades.

As tecnologias leve-duras são as que se fundamentam nos saberes técnicos, que são conhecimentos que foram adquiridos e se organizaram como saberes estruturados, passando a fazer parte do arsenal de saberes dos diversos trabalhadores da saúde. Essa junção entre tecnologias é fruto de um componente leve, construído a partir da aquisição dos conhecimentos de cada sujeito no seu cotidiano, e um componente duro, advindo de um saber estruturado, normatizado, seja o saber da clínica, da epidemiologia, entre outros saberes técnicos (Merhy, 1998).

Já as tecnologias leves, prossegue o autor, são as que se constituem por meio de relações sociais, por meio do encontro intersubjetivo entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado em saúde. É a presença dessas tecnologias, norteadas por uma perspectiva usuário-centrada, que favorece o acolhimento, a confiança recíproca e o fortalecimento dos vínculos, de modo a engendrar a formação de redes de apoio social com a circulação de bens materiais e simbólicos.

Quanto à complexidade do trabalho, as ações desenvolvidas na atenção primária apontam para um trabalho complexo a ser realizado por uma equipe multiprofissional, onde o ACS é um elemento central na interface entre a equipe e os usuários e famílias cadastrados. Não obstante tratar-se de um trabalho complexo, a atenção primária é de baixa densidade tecnológica já que a resolutividade das ações está ancorada, a priori, nas tecnologias relacionais e nos diversos saberes e valores em jogo.

Diante da complexidade da atenção primária e da necessidade de se desenvolver critérios que permitam qualificá-la e avaliar o grau de desempenho dos serviços, Starfield (2002) define quatro atributos que a caracterizam e que consistem em atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade. Essas características ou atributos da atenção primária se inter-relacionam, e são fundamentais para a (re) organização dos serviços nesse nível de atenção do sistema.

● **Atenção ao primeiro contato**

Essa característica aponta para a atenção primária como a porta de entrada dos usuários no sistema a cada novo problema ou necessidade de atendimento, o que implica em garantir a acessibilidade aos serviços de saúde e a sua utilização (Starfield, 2002). A acessibilidade, segundo a autora, inclui as facilidades e barreiras de acesso, o tempo de espera, a disponibilidade do atendimento e a percepção da população em

relação a estes aspectos. Tendo em vista a normatização para a Estratégia Saúde da Família reorganizar a atenção básica (Brasil, 2006a), estima-se que esta seja a porta de entrada da população adscrita em um dado território.

O primeiro contato da equipe de saúde com os usuários é fundamental para assegurar a longitudinalidade, a continuidade do cuidado e a atenção integral. Em contrapartida, os limites ao atendimento e a baixa resolutividade das ações de saúde favorecem a busca por especialistas ou por serviços de urgência na expectativa de solucionar os problemas mais rapidamente (Lacerda, 2002), comprometendo a organização do sistema local e a articulação das ações nos diferentes níveis da atenção.

● **Longitudinalidade**

A longitudinalidade ou vínculo longitudinal indica que os usuários, independente de apresentarem ou não problemas de saúde, têm uma fonte regular de atenção que pode ser os profissionais de saúde, quando se estabelecem vínculos interpessoais, ou a própria unidade onde os atendimentos se realizam (Starfield, 2002). Para tanto, acrescenta a autora, é fundamental mapear a população a ser atendida em um dado serviço e focar a atenção nos sujeitos, o que na Saúde da Família se viabiliza com a adscrição dos usuários e famílias por meio do processo de territorialização.

Embora Starfield (2002) discuta o vínculo longitudinal associado tanto aos profissionais de saúde como ao *locus* de atendimento, concordamos com Cecílio (2001, p. 115) ao afirmar que “*o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades*”. No contexto brasileiro, a saúde como direito requer vínculos mais efetivos e produtores de cuidado pautados em relações de confiança, cooperação e respeito entre trabalhadores e usuários (Brasil, 2006a). Nesse sentido, inferimos que a intersubjetividade presente nas relações que propiciam os vínculos longitudinais manteria uma estreita correlação com as redes de apoio social, por meio das quais o trabalhador ou equipe de saúde realiza as ações de integralidade do cuidado em saúde.

● **Coordenação da atenção**

A coordenação ou integração da atenção significa dar continuidade ao atendimento, ou seja, acompanhar os fluxos dos usuários dentro do sistema de saúde, incluindo o acesso aos diferentes níveis de atenção. Para a equipe de atenção primária à saúde exercer a coordenação é preciso valorizar o relato dos usuários e estabelecer canais de comunicação com os demais profissionais que prestaram atendimento, o que

facilita quando as consultas ou procedimentos são realizados no próprio serviço e as informações estão disponíveis, por exemplo, em um prontuário único (Starfield, 2002).

É importante destacar que a coordenação do cuidado pela equipe de saúde da família, com a garantia do fluxo dos usuários no sistema por meio da referência e contra-referência, tende a ser fomentada com a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criados pela portaria 154 de 2008 (Brasil, 2008). Esse documento deixa claro que o NASF, constituído por equipe de profissionais de nível superior de distintas áreas do conhecimento, não é a porta de entrada dos usuários no sistema, mas deve atuar em parceria com a equipe de saúde da família para ampliar a resolutividade das ações e fortalecer a coordenação do cuidado no SUS.

● **Integralidade**

A integralidade, para Starfield (2002), consiste em identificar as necessidades de saúde dos usuários e garantir os recursos disponíveis para o atendimento, conjugando as ações assistenciais e de prevenção. Isso implica que a unidade de atenção primária, com a sua equipe de profissionais, reconheça os problemas mais frequentes e disponha de mecanismos para encaminhar os usuários para outros estabelecimentos de saúde ou para os demais níveis de atenção sempre que a situação exigir. Essa característica da atenção primária nos remete à relação entre demanda e oferta de serviços, na qual a demanda não deve ser modelada pelas ofertas pré-estabelecidas e os serviços e tecnologias precisam estar em consonância com as necessidades de saúde que se expressam a partir do contexto de vida. Demanda e oferta precisam ser compreendidas à luz da complexidade de articulações entre os atores sociais e analisadas como uma relação dialética (Pinheiro, 2001), tendo em vista a dinâmica de interação que se processa entre essas duas categorias na medida em que derivam de uma ação entre sujeitos.

Conforme lembra Mattos (2001), a noção de integralidade evoca múltiplos sentidos e aponta para um conjunto de valores éticos, de justiça e de solidariedade que deve estar presente nas práticas dos trabalhadores da saúde, na organização dos serviços e nas políticas do setor, não devendo, portanto, ser reduzida ao acesso dos usuários aos vários níveis de atenção do sistema. Sob essa ótica, ao analisarmos o contexto da política de saúde no Brasil, a integralidade enquanto característica dos serviços de atenção primária abordada por Starfield (2002) nos parece insuficiente no que tange à sua potência como princípio doutrinário-organizativo do SUS na garantia do direito à saúde¹.

Entendemos que explorar a perspectiva ampliada de integralidade na produção do cuidado - entendida como uma ação social fruto de relações mais solidárias e democráticas entre sujeitos e coletivos (Pinheiro, 2003) - possibilita articular as práticas dos atores no cotidiano das instituições de saúde, cuja idéia de trabalho em equipe na Saúde da Família tem no ACS um elemento fundamental para a efetivação da saúde como direito de cidadania. É nesse sentido que o trabalho em equipe e a atenção básica organizados em rede nos parecem dispositivos importantes para assegurar o primeiro contato, os vínculos longitudinais, a coordenação e a integralidade do cuidado em saúde.

1.2 Trabalho em saúde e trabalho em equipe na integralidade das ações em saúde

Ao discutir o trabalho, Marx (1996) o define como uma atividade exclusiva do ser humano, pois a sua execução pressupõe um processo de construção mental prévia, uma capacidade de elaborar, de projetar, que é inerente à condição do homem. Nesse sentido, faz a distinção entre o trabalho humano e as operações que os animais executam por meio dos instintos como, por exemplo, a aranha ao tecer uma teia, na qual essas execuções não são frutos de um projeto pensado, idealizado e programado mentalmente.

O processo de trabalho, prossegue o autor, se constitui pela atividade do trabalhador com a sua força de trabalho em ação, e pelos meios de produção que correspondem à matéria e aos instrumentos que serão utilizados. Acrescenta ainda que o trabalho propriamente dito, ou seja, a atividade do trabalhador, é um trabalho vivo, enquanto os meios de produção são considerados trabalho morto, pois estes são produtos de trabalhos anteriores, agora sob a forma inerte, que se constituem como instrumentais - matérias primas e ferramentas - para a composição do trabalho atual (Marx, 1996). O ato produtivo é, portanto, a combinação do trabalho vivo com os elementos que compõem o trabalho morto.

No que se refere ao trabalho em saúde como produtor do cuidado, Merhy (2002) o aponta prioritariamente como um trabalho vivo que se produz em ato, isto é, se produz no encontro entre trabalhadores e usuários, embora exista também a parcela do trabalho morto constituída pelo que já está instituído - como, por exemplo, os protocolos - e pelos instrumentais utilizados nos atos de saúde. Os trabalhadores vão atuar utilizando os dispositivos tecnológicos, sejam as tecnologias duras, leve-duras ou leves.

A ênfase em determinada tecnologia vai depender da lógica de produção da saúde que sustenta o modelo tecnoassistencial. As tecnologias duras, com o investimento em equipamentos cada vez mais sofisticados e ênfase nos procedimentos médicos, expressam a parcela do trabalho morto e tendem a ser mais valorizadas no modelo biomédico hegemônico. Já as tecnologias leves, mobilizadas nas interações sociais, trazem a tona a dimensão do trabalho vivo em saúde como arte de cuidar com seu potencial de criatividade, de troca e de comunicação, e são priorizadas quando as ações de cuidado se centram nos usuários e suas necessidades de saúde (Merhy, 1998). É nesse sentido que o autor propõe que as tecnologias leves, produtoras de intersubjetividade, sejam as articuladoras das demais tecnologias no agir em saúde, de modo a organizar práticas eficazes de integralidade.

Organizar os serviços de saúde e suas práticas, pautados na integralidade, implica em utilizar os dispositivos tecnológicos nos diversos níveis de atenção, conforme a necessidade de cada situação em jogo. As tecnologias leves não são exclusivas da atenção básica, assim como as tecnologias duras não se restringem à atenção especializada. O que diferencia o modo como a tecnologia está sendo utilizada é o seu foco de intervenção no agir em saúde, ou seja, se as ações enfatizam os procedimentos ou se estão voltadas para os usuários (Merhy, 1998). Quando os trabalhadores se centram nos procedimentos, o objetivo da intervenção passa a ser a cura das doenças e o silenciamento dos sintomas. Por sua vez, ao operarem na lógica usuário-centrada, mesmo que em serviços especializados, o acolhimento, o diálogo e as trocas ganham outros significados e as tecnologias leves são mobilizadas. Nessa perspectiva, os exames ou procedimentos, desde um hemograma até um cateterismo cardíaco, se tornam de fato “complementares” para assegurar a integralidade do cuidado.

A integralidade como um valor a ser alcançado no SUS deve perpassar todo o sistema de saúde, de acordo com as especificidades de cada nível da atenção. No entanto, enfatizamos a integralidade como eixo norteador da atenção básica a orientar o trabalho na Saúde da Família (Brasil, 2006a), pois entendemos que a atenção básica estruturada e organizada em rede pode propiciar a articulação com os demais níveis e fomentar as ações intersetoriais. Nesse sentido, a integralidade na produção do cuidado toma uma dimensão ampliada a se expressar no cotidiano dos serviços, nas práticas dos trabalhadores/equipe e na definição de políticas que consolidem a saúde como um direito de cidadania.

A complexidade do agir em saúde na produção do cuidado individual e coletivo indica que o trabalho em equipe deveria ser a base de todo trabalho em saúde, tal como preconizado na Estratégia Saúde da Família com a composição da equipe multiprofissional (Brasil, 2006a). O trabalho em equipe de saúde é um trabalho coletivo, com a participação de diversos trabalhadores, e se traduz “*como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos*” (Fortuna *et al.*, 2005, p. 264). A constituição da equipe e sua manutenção estão atreladas a esses valores simbólicos - poderes, afetos, comunicações e desejos - que circulam nas relações entre os trabalhadores e à lógica que rege a organização do trabalho. Dentro dessa compreensão, Peduzzi (2001) ao observar diferentes modalidades de trabalho em equipe propôs uma tipologia que denominou de “equipe agrupamento” e “equipe integração”.

A equipe como agrupamento é observada quando os trabalhadores se juntam, porém cada um realiza seu trabalho de forma independente, sem estabelecer interação ou comunicação. Em contrapartida, prossegue a autora, a equipe como integração revela um trabalho compartilhado, com a interação dos trabalhadores e troca de saberes, de modo que os processos de comunicação e diálogo circulem no interior da equipe e se processe a articulação das ações de saúde. Essa segunda modalidade de trabalho em equipe opera na lógica da integralidade em saúde (Peduzzi, 2001), e amplia a oferta do cuidado.

O trabalho coletivo ao integrar os diversos olhares dos trabalhadores da saúde favorece a compreensão dos sujeitos e suas necessidades, assim como o planejamento das estratégias de intervenção mais adequadas. Isso significa que a equipe de saúde da família deve se abrir para a troca de saberes e diálogo entre si e com os usuários e estar preparada para lidar com as queixas sofrimento difuso que permeiam o cotidiano de vida, incorporando, além do biológico, as dimensões sociais, culturais e econômicas no modo de viver e de adoecer. A integralidade nessa perspectiva não se restringe a um atributo individual do profissional de saúde, mas se configura como um valor que se almeja encontrar em todas as práticas dos trabalhadores (Mattos, 2001) na produção do cuidado.

O trabalho em equipe é um processo dinâmico, em construção contínua, que se produz e se reproduz no cotidiano, e aponta para a intersubjetividade, para as relações de poder em jogo e para as trocas emocionais entre os profissionais (Fortuna *et al.*, 2005). As relações interpessoais são permeadas por conflitos e consensos, e as

atribuições de cada trabalhador e seu papel na equipe devem ser pactuados e bem definidos de modo que os conflitos possam ser negociados, processados e ressignificados. A pactuação é, portanto, fundamental para o trabalho do ACS e para a clareza de sua mediação social, tendo em vista que ao morar na comunidade nem sempre é fácil definir os limites de sua atuação.

Na produção acadêmica, na legislação e no senso comum, o papel de elo ou mediador social do ACS é considerado como inerente à sua função, antes mesmo do seu processo de institucionalização (David, 2001; Silva & Dalmaso, 2006). Sem dúvida, uma de suas atribuições é aproximar a comunidade dos serviços de saúde e fazer a mediação entre a equipe e os usuários, porém o que questionamos é o fato do seu papel de mediador ser tratado como uma realidade dada, sendo simplificado e naturalizado. Não se trata de desconsiderar a mediação, mas compreender o seu significado e as repercussões que geram no trabalho. É preciso clarear, situar e ressignificar o papel de mediador social do ACS dentro da complexidade do trabalho na Estratégia Saúde da família e na equipe de saúde, de modo a se evitar distorções na compreensão do seu perfil profissional e da relação entre trabalho prescrito e trabalho real.

A mediação é um fenômeno sociocultural no qual se estabelece a interação e comunicação em situações marcadas pelas diferenças, ou seja, o mediador é aquele que constrói pontes e relações de trocas entre os distintos mundos sociais e culturais pelos quais circula (Velho & Kuschnir, 2001). Nessa compreensão, o ACS ao interagir com os usuários e famílias e com os demais membros da equipe, estabelecendo relações de troca e comunicação entre diferentes atores e contextos socioculturais, pode ser considerado um mediador entre as classes populares e os serviços públicos de saúde. Isso não significa que a interação do ACS com a comunidade venha a substituir as ações dos outros profissionais de saúde naquele território.

Em geral, a mediação não é uma tarefa fácil, pois tende a envolver relações de conflito e poder (Velho & Kuschnir, 2001). A mediação dos ACS é permeada por situações de ambivalência que podem gerar conflitos. Se por um lado, esses trabalhadores realizam visitas domiciliares e desenvolvem atividades que devem ser levadas às equipes de saúde, por outro, exercem ações de solidariedade em função das relações de amizade e vizinhança, e que, a priori, não fazem parte do seu trabalho e não precisariam informar aos demais profissionais. Essas formas de mediação se misturam, pois os limites do seu trabalho são muito tênues.

A mediação dos ACS toma uma dimensão ampliada, tal como referida por Nogueira *et al.* (2000) quando apontam que esse trabalhador deve fazer a mediação entre as políticas sociais de Estado e o cotidiano de vida da população, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico, entre a capacidade de ajuda própria da comunidade e os direitos sociais que se constituem como deveres do Estado. Fica evidenciada a complexidade da mediação e da responsabilidade atribuída ao seu trabalho, além de reafirmar a importância do trabalho integrado em equipe e de ações intersetoriais articuladas em rede.

Segundo esses autores, o papel de mediador do ACS na interação entre os diversos âmbitos da vida social da comunidade é caracterizado por dois atributos básicos que compõem o seu perfil social: a “identidade com a comunidade” e o “pendor para a ajuda solidária”. Tais atributos correm o risco de serem simplificados, com grande prejuízo na luta desses trabalhadores por reconhecimento profissional.

A “identidade com a comunidade” está relacionada à obrigatoriedade de residir na área onde atua, indicando que o ACS é ao mesmo tempo um trabalhador do SUS que presta serviços ao Estado e um usuário que vive na comunidade. O fato de ser morador traz como “*singularidade seu pertencimento à comunidade como forma de garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade*” (Mendonça, 2004, p. 357). É preciso considerar, no entanto, que esse trabalhador passa a se deparar com situações complexas no cotidiano de trabalho e com os limites de sua atuação profissional e, nesse sentido, a qualificação profissional e o apoio social são aspectos relevantes a serem considerados nas políticas de inserção dos ACS na Saúde da Família, podendo imprimir um novo olhar sobre a identidade comunitária.

Em relação ao “pendor para a ajuda solidária” ser considerado um atributo inerente ao ACS, a nosso ver pode gerar interpretações equivocadas sobre as atribuições e sentido do seu trabalho. Inicialmente é importante compreender o significado atribuído ao termo solidariedade, haja vista a diferença entre solidariedade concebida como uma dimensão da filantropia ou enquanto um princípio democrático (Laville, 2009). Esse termo vem sendo desgastado na saúde pública ao ser tratado de forma descontextualizada, como se as ações solidárias dos trabalhadores fossem um substituto da ausência do Estado no cumprimento dos seus deveres.

A solidariedade é fundamental na produção do cuidado, e deveria estar presente na prática de todos os trabalhadores da saúde. A exigência de que o ACS tenha o “pendor para a ajuda solidária” implicaria em considerar que a solidariedade no seu

trabalho é algo inerente ao sujeito e, portanto, dispensaria a qualificação no que concerne à dimensão solidária da sua práxis de integralidade do cuidado. O papel de mediador social do ACS estaria nesse sentido sendo naturalizado, e a solidariedade estaria mais próxima da lógica da filantropia ou caridade. Em contrapartida, inferimos que a solidariedade que rege o seu trabalho, assim como de toda a equipe, deve ser fundamentada pelo princípio democrático e pela garantia da saúde enquanto direito, o que exige a formação desses trabalhadores para lidar com a complexidade da realidade local e o trabalho em equipe articulado por meio das redes de apoio social.

A organização e integração do trabalho em equipe têm o potencial de trazer à tona a dimensão do trabalho vivo que se produz no encontro entre trabalhadores de saúde e usuários, e mobilizar as tecnologias leves ou relacionais como mediadora das demais tecnologias (Merhy, 1998). A mediação e as visitas domiciliares que os ACS realizam são dependentes das tecnologias leves, nas quais esses trabalhadores colocam em prática os saberes advindos da experiência de vida que vão entrar em debate com os saberes instituídos. Assim, compreender o que está prescrito pelas normas e legislações e as atividades que de fato os ACS realizam é importante para entender o cotidiano de trabalho e o seu papel na equipe e na Estratégia Saúde da Família.

1.3 O trabalho prescrito e o trabalho real: contribuições teórico-conceituais para analisar o cotidiano de trabalho dos ACS

Para compreendermos o trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família, optamos por abordar algumas concepções de trabalho pautadas na perspectiva ergológica, principalmente no que concerne à discussão entre trabalho prescrito, trabalho real e normas antecedentes. A ergologia, com o enfoque na atividade dos trabalhadores, visa compreender e analisar as situações de trabalho de forma crítica e intervir sobre as mesmas para transformá-las (Schwartz, 2007). Não se trata de uma disciplina, mas uma nova abordagem sobre o modo de conceber a atividade de trabalho, desenvolvida por Yves Schwartz, que se constituiu a partir dos anos 1980 na França e se estendeu para outros países, entre os quais se destaca o Brasil com diversas pesquisas, projetos de cooperação e publicações nessa área (Figueiredo *et al.*, 2004).

Um dos conceitos centrais na ergologia e na ergonomia da atividade² é a defasagem entre trabalho prescrito e trabalho real (Schwartz, 2007), onde o prescrito corresponde às tarefas que os trabalhadores devem cumprir e o real às atividades que são de fato realizadas. Essa discussão traz subsídios teórico-conceituais para

analisarmos as atribuições que compõem o perfil do ACS e a sua prática cotidiana na produção do cuidado em saúde

A análise de situações reais de trabalho, por meio de estudos desenvolvidos na área da ergonomia, evidenciou que as atividades executadas não seguiam exatamente ao que era prescrito. A diferença entre o prescrito e o real foi inicialmente constatada com os operários de fábrica que trabalhavam sob o regime taylorista, no qual o trabalho era mecanizado e as ações repetidas continuamente. Por ser considerado um trabalho simples, partia-se do pressuposto de que os operários não precisariam pensar o trabalho mas simplesmente executá-lo. Nessa visão, as prescrições elaboradas por profissionais especializados para pensar a execução das tarefas deveriam ser rigorosamente seguidas e os trabalhadores não teriam nenhum controle sobre o seu processo de trabalho.

Os ergonomistas ao estudarem a situação *in loco* observaram que, mesmos nas ações repetitivas, os operadores faziam sempre algum tipo de modificação, seja para facilitar o trabalho ou para agilizá-lo, produzindo formas singulares e distintas do preconizado. E concluíram, por meio desses estudos, que em qualquer tipo de trabalho a prescrição nunca é cumprida como previsto pelos planejadores, existindo sempre uma diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

A defasagem entre o prescrito e o real que os ergonomistas evidenciaram vai ocorrer em qualquer situação de trabalho e se deve, entre outros fatores, as variabilidades humanas, sociais e técnicas que os trabalhadores se deparam no cotidiano e que não podem ser totalmente previstas (Schwartz, 2007). Tais variabilidades envolvem elementos objetivos como, por exemplo, os problemas de funcionamento das máquinas e equipamentos, e elementos subjetivos e simbólicos que incluem a singularidade de cada trabalhador ao exercer a atividade, as suas relações de trabalho, as experiências acumuladas, até as demandas que surgem dos usuários.

Se por um lado existem diferenças entre o trabalho real e o trabalho prescrito, por outro, eles não devem ser avaliados como polaridades e sim como complementares, correspondendo ao que se considera a dupla face do trabalho (Brito, 2006). Entendemos que a relação dialética entre trabalho prescrito e real é fundamental na organização das práticas de integralidade em saúde, e merece ser explorada no trabalho dos ACS na Estratégia Saúde da Família.

O trabalho prescrito se refere ao que está instituído a priori, antes do trabalhador realizar as suas atividades, e pode ser entendido a partir das condições dadas – matéria prima, equipamentos técnicos, condições socioeconômicas que envolvem qualificação e

salário, entre outras - e das prescrições elaboradas, que incluem as normas, as regras de uma instituição, os protocolos, as legislações e a definição dos objetivos e resultados a serem alcançados (Telles & Alvarez, 2004). Embora a prescrição sugira a possibilidade de se prever resultados e antever riscos, minimizando assim os contratemplos, não se pode tornar o trabalho totalmente prescritivo e preditivo (Daniellou, 2002; Schwartz, 2007) haja vista as variabilidades e imprevisibilidades que perpassam todas as situações de trabalho.

A definição sobre prescrição não é consensual entre os pesquisadores e analistas do trabalho no campo da ergologia e da ergonomia da atividade, e distintos modos de compreendê-la têm se revelado (Daniellou, 2002; Berthet & Cru, 2002). Em geral, a prescrição tende a ser referida como as normas definidas por uma autoridade e, muitas vezes, utilizada como sinônimo do trabalho prescrito e não como uma dimensão do mesmo. Daniellou (2002) faz uma crítica a essa concepção de prescrição restrita aos procedimentos e normas hierárquicos provenientes da estrutura organizacional, que ele chamou de prescrições descendentes, e acrescenta que é preciso incorporar nesse conceito a diversidade de fontes de prescrição que se originariam da matéria utilizada no trabalho, dos seres humanos, do psiquismo e do coletivo as quais denominou de prescrições ascendentes.

Berthet & Cru (2002), por sua vez, se contrapõem à visão de Daniellou de juntar as prescrições descendentes e ascendentes em uma mesma terminologia, por entenderem que a prescrição é algo externo aos trabalhadores e que, portanto, demarca todo um sentido de divisão social do trabalho que é fundamental e não deve ser esvaziado. Esses autores defendem a prescrição como sendo o conjunto de normas e tarefas definidas por uma ou mais autoridades que se encontram sempre em posição hierárquica a determinados trabalhadores (Berthet & Cru, 2002), reafirmando assim o princípio da divisão social do trabalho entre os formuladores das tarefas e os executores das atividades.

A prescrição, com seus regulamentos, procedimentos e normas, é fundamental para os trabalhadores conhecerem os objetivos do trabalho, os resultados esperados e os meios para alcançá-los, e quanto mais explícita for a definição das tarefas maior é a probabilidade de executá-las. Daniellou (2002) traz uma questão importante ao apontar para o que denomina de déficit de prescrição. Isso ocorre em situações de trabalho nas quais os objetivos e os meios têm que ser (re)inventados pelos próprios trabalhadores, pois as prescrições não são explícitas, ou quando se tem uma prescrição com objetivos

muito amplos, tais como obter a satisfação completa dos clientes ou atender as necessidades dos usuários, e uma sub-prescrição dos meios para atender tais objetivos. A responsabilidade de execução das tarefas para alcançar os resultados recai sobre os trabalhadores que, por sua vez, não têm dispositivos para executá-las.

Os déficits de prescrição geram a sobrecarga dos trabalhadores, e podem ser fontes de conflitos sociais, de mal-estar no trabalho, ou de adoecimento e sofrimento (Daniellou, 2002; Brito 2006), comprometendo assim a execução das atividades e a saúde individual e coletiva. Por sua vez, o trabalho integrado em equipe, com a divisão de tarefas e a articulação das ações de cada trabalhador para alcançar os resultados esperados, minimiza as situações estressantes e os conflitos. Na Estratégia Saúde da Família, a participação conjunta dos trabalhadores da equipe de saúde no planejamento e organização do trabalho, e na definição das ações de intervenção no território, é fundamental para minimizar os déficits de prescrição e gerir a defasagem entre o que se antecipa como atribuição dos ACS e a sua prática cotidiana.

Não obstante a defasagem encontrada nas situações reais de trabalho, toda a atividade necessita do prescrito para a sua execução. O trabalho prescrito, compreendido a partir das condições dadas e das prescrições propriamente ditas, encontra-se também permeado por normas que antecedem as prescrições e as atividades dos trabalhadores. Trata-se das normas antecedentes enquanto construções sócio-históricas, frutos da experiência coletiva, que incluem as normas e regras de hierarquia, os procedimentos, o saber estruturado técnico e científico na organização do trabalho e os valores do Bem Comum reivindicados pelo coletivo que antecipam as atividades de trabalho e com as quais o trabalhador irá lidar no cotidiano (Schwartz, 2007).

Os trabalhadores, por sua vez, têm as suas próprias normas, pautadas em valores individuais e coletivos que norteiam as suas escolhas na vida e no trabalho, e que ao se confrontar com as normas antecedentes do trabalho prescrito vai instaurar o que Schwartz (2007) define como renormalização, ou seja, um debate de normas ou valores. Toda a atividade de trabalho implica nesse processo dinâmico de negociação de normas e valores, o qual não se pode prever de antemão. É nesse sentido que Duraffourg (2007) assinala que a norma está diretamente relacionada ao prescrito, enquanto o debate de normas e a renormalização que se processa no cotidiano de trabalho estão relacionados às atividades.

Nessa mesma linha de raciocínio, Telles & Alvarez (2004) afirmam que a concepção de normas antecedentes traz novos elementos que permitem ampliar a

compreensão do trabalho prescrito utilizada pelos ergonomistas, deixando claro que não se “*trata de substituir um termo por outro, e sim pensar o trabalho prescrito a partir do que a ergologia apresenta como normas antecedentes*” (p. 72). Em todas as situações de trabalho deve-se buscar aprofundar a relação dialética prescrito-real, de modo a compreender as normas, o contexto sociocultural e histórico no qual a prescrição foi elaborada, o saber-fazer construído pelo coletivo, os valores e singularidades dos sujeitos, entre outros aspectos que entram em jogo nessa relação e que interferem na defasagem entre o trabalho prescrito e as atividades realizadas.

No campo da saúde coletiva, as normas antecedentes se revelam na conquista da saúde como direito; na luta da Reforma Sanitária com os princípios de universalidade, integralidade e equidades do SUS; nas políticas públicas de saúde; na relação oferta-demanda dos serviços; no funcionamento das instituições de saúde; na qualificação profissional; na luta política dos ACS pela desprecarização dos vínculos de trabalho; na mediação social dos ACS; na divisão social e técnica do trabalho na equipe de saúde; entre outras normatizações que interferem no trabalho em saúde. Os trabalhadores de saúde ao se confrontarem com as normas vão ressignificá-las a partir de suas experiências de vida e trabalho, de suas próprias normas, valores e princípios.

É no encontro entre as normas antecedentes e os trabalhadores que se dão as negociações que recriam novas normas e redefinem o agir em saúde. Nesse sentido, a perspectiva de análise do trabalho prescrito incorporando as normas antecedentes no seu confronto com o trabalho real aponta para a relevância de se pensar as atribuições e a mediação social dos ACS, a desprecarização dos vínculos de trabalho e a sua qualificação profissional.

1.4 A luta pela desprecarização dos vínculos de trabalho e da qualificação profissional dos ACS

A incorporação de um novo trabalhador, o ACS, inicialmente vinculado à UBS no PACS e posteriormente integrando à equipe de saúde da família no PSF, implica em novas reconfigurações no trabalho em saúde e exige um esforço de “*profissionalização, entendida como formação profissional e estabelecimento de diretrizes para a sua realização, e a regulação dessa atividade a partir de um dado perfil profissional*” (Mendonça, 2004, p. 356). O trabalho do ACS foi considerado, por muito tempo, como um trabalho simples, de baixa complexidade, tendo em vista que os requisitos iniciais definidos pelo Ministério da Saúde para o seu ingresso na Saúde da Família, além da

residência na comunidade, consistiam em ser maior de idade, ter disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades e saber ler e escrever (Brasil, 1997a).

Segundo Marx (1996), o trabalho simples é aquele que envolve o dispêndio da força de trabalho com custos mais reduzidos para o capitalista, ao passo que o trabalho complexo exige uma força de trabalho formada com custos mais elevados, diferenciando assim os trabalhadores e indicando que os valores atribuídos aos mesmos serão distintos. A separação entre trabalho simples e complexo remete à divisão social e técnica do trabalho, e reforça a diferença entre o trabalho superior especializado e aquele que prescinde de qualificação, o que fica evidenciado na equipe de saúde da família onde o ACS é o único trabalhador que ainda não tem assegurado o seu direito à formação técnica. É importante lembrar a origem da construção social e política dessa categoria profissional, cujo início se deu por meio de um trabalho voluntário dos agentes de saúde, desenvolvido por leigos, sem a necessidade de formação profissional, e que após a sua institucionalização só veio a ser regulamentada no que refere à criação da profissão no ano de 2002 (Brasil, 2002).

O recrutamento dos ACS no PACS e no PSF tinha um caráter de informalidade, e se dava por processo seletivo no próprio município de atuação. A vinculação institucional, entendida como o regime jurídico e a instituição contratante, sempre foi uma questão delicada em função da irregularidade dos vínculos trabalhistas (Nogueira *et al.*, 2000). O estudo sobre as formas contratuais na Saúde da Família em todo o território brasileiro, no período de 2001 a 2002, demonstrou que em torno de 20 a 30% dos profissionais da equipe têm contratos de trabalho não regulamentados, sendo a situação mais crítica com os ACS. Desses trabalhadores, apenas 4,4% são estatutários e 23,3% estão sob o regime jurídico de CLT (Consolidação das leis do Trabalho), e em torno de 72% têm inserção precarizada por meio de contratos temporários (30%); prestação de serviços (11,6%); contratos informais (10,7%); bolsas (5,5%); entre outros (Brasil, 2006c). Cabe ressaltar que embora esse estudo seja de 2001-2002, os vínculos precários de trabalho, com a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários garantidos pela lei, ainda é uma realidade para a maior parte dos ACS no Brasil.

Os ACS eram contratados por uma instituição conveniada com a Secretaria de Saúde Municipal, porém a partir de 2006, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 51³ (Brasil, 2006d) e a publicação da lei 11350 (Brasil, 2006e) que a regulamenta, ficou instituída a contratação direta do ACS e do agente de combate às endemias pelos Estados, Municípios ou Distrito Federal mediante processo seletivo

público. Até então, as legislações anteriores se referiam ao recrutamento por meio de “Processo Seletivo”, e a partir desses dois documentos apareceu pela primeira vez o termo “Processo Seletivo Público”:

A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de **processo seletivo público** de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda ao princípio da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Brasil, 2006e - grifos nossos).

Trata-se da efetivação de modo singular de seleção dos ACS e dos agentes de combate às endemias (Brasil, 2006c), e os que já exerciam a profissão não precisariam se submeter a novo processo seletivo desde que contratados por seleção pública anterior de acordo com os princípios referidos acima (Brasil, 2006d; Brasil, 2006e). O vínculo de trabalho passou a ser regido pela CLT, exceto nos Estados, Distrito Federal ou Municípios que tenham uma lei local com outro tipo de regime jurídico (Brasil, 2006e).

A lei 11350/06, além de prever a contratação formal do ACS e a criação de empregos públicos, altera os requisitos necessários para o exercício da atividade profissional, que passam a ser: obrigatoriedade de morar na comunidade desde a data da publicação do edital do processo seletivo público, conclusão do curso introdutório de formação inicial e continuada para todos os ACS, e conclusão do ensino fundamental⁴, exceto para os que já atuavam na profissão antes da data de sua publicação (Brasil, 2006e). Essa lei representa um avanço na luta política dos ACS e na conquista dos direitos de cidadania desses trabalhadores ao regulamentar a vinculação institucional e elevar a escolaridade.

A contratação temporária ou terceirizada fica proibida, exceto em casos de surtos endêmicos. Apesar da obrigatoriedade de contratação formal e da garantia dos direitos trabalhistas, muitos gestores não estão cumprindo a legislação e desrespeitando os direitos jurídicos adquiridos ao admitirem os ACS com contratos irregulares e vínculos precários. No que se refere à instituição contratante, esses trabalhadores em geral são contratados de forma indireta por associação de moradores, cooperativas, organizações não governamentais (ONG), e instituições conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde. A Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) tem se posicionado contrária a essa forma de contratação por entender que

ela vai de encontro à legislação vigente, e a luta travada pelos ACS é para que o gestor municipal realize a contratação direta sem qualquer intermediação⁵.

A obrigatoriedade de residir na comunidade como um dos requisitos de contratação se justificaria em função do ACS conhecer a dinâmica do território, ter identificação com o local e facilidade de interlocução e aproximação com os moradores, aspectos que ajudariam no seu trabalho. De acordo com Ramos (2007), morar na área onde atua e conviver com os usuários partilhando problemas em comuns favorece a construção de vínculos de confiança, acrescido ao fato de que fazer parte da comunidade cria uma identidade, sendo um diferencial em relação aos demais profissionais da equipe de saúde da família.

O requisito de moradia dos ACS está presente nos diversos documentos da legislação. A portaria 1886 (Brasil, 1997a) definiu que o ACS deve residir na área há pelo menos dois anos e os demais documentos que se seguem só fazem referência à obrigatoriedade de ser morador da comunidade onde atua (Brasil, 1999a; Brasil, 2002a) sem definir o tempo, enquanto a lei 11350 regulamenta a moradia na área da comunidade desde a data de publicação do edital do Processo Seletivo Público (Brasil, 2006e). Cabe, portanto, questionar se a legislação ao retirar a exigência de um tempo mínimo de moradia não estaria abrindo espaço para contratar trabalhadores que residam há pouco tempo, e até que ponto ser um morador recente ainda continua a ser um diferencial para o trabalho que o ACS realiza no território.

O ACS tem um papel estratégico na Saúde da Família, e a sua prática de cuidado revela um trabalho complexo cujas ações muitas vezes ultrapassam o âmbito da saúde (Nogueira *et al.*, 2000; David, 2001). Entretanto, a sua formação profissional, em geral, tem sido precária, com cursos rápidos, como o Curso Introdutório ministrado para profissionais da saúde da família que prevê uma carga horária mínima de 40 horas (Brasil, 2006f), e uma capacitação em serviço voltada para os problemas identificados em seu território de atuação. Trata-se de uma “capacitação” que se distancia da compreensão do trabalho como um princípio educativo ancorado em sua dimensão técnica e ético-política (Morosini, 2009) e, conseqüentemente, da formação de sujeitos políticos e com maior autonomia para lidar com a complexidade do seu cotidiano.

O avanço na luta pela qualificação em nível técnico desses trabalhadores se concretizou com a construção do “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, publicado em 2004 em parceria dos Ministérios da Saúde e da Educação (Brasil, 2004). O documento, elaborado em consonância com as Diretrizes

Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (Brasil, 1999b), prevê uma formação profissional adequada à complexidade do trabalho, além da elevação da escolaridade já que no final do curso os ACS devem ter o ensino médio completo. A proposta é que o processo formativo seja realizado pelas Escolas Técnicas do SUS, e o Referencial Curricular sirva como orientação para as instituições formadoras elaborarem e organizarem seus currículos voltados à formação técnica desses trabalhadores.

O curso técnico de ACS é composto por três módulos ou etapas formativas com uma carga horária mínima de 1200 horas⁶, e segue a lógica dos itinerários formativos, ou seja, as etapas ou módulos têm terminalidade e se organizam de modo articulado, permitindo ao trabalhador a progressão simultânea de sua escolaridade. Os ACS podem ser inseridos no primeiro módulo independente da escolarização. Para o acesso ao segundo módulo é obrigatório a finalização da etapa anterior, e o certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental. O ingresso no último módulo exige ter cursado as etapas anteriores e apresentar o certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio. O certificado de Técnico Agente Comunitário de Saúde será conferido ao trabalhador que concluir as três etapas formativas do curso e tiver o diploma do ensino médio (Brasil, 2004).

Um dos problemas para a realização do curso técnico é que até o momento apenas o primeiro módulo foi financiado pelo Ministério da Saúde, sendo executado pelas Escolas Técnicas do SUS em diversas regiões do Brasil, e os dois módulos restantes não foram pactuados pelos gestores do SUS. Essa situação gera um impasse, pois não obstante a luta dos ACS pelo reconhecimento do seu trabalho e pela formação de qualidade, esse trabalhador não tem garantido a sua profissionalização e titulação como Técnico Agente Comunitário de Saúde.

A formação técnica completa deve se pautar na construção de sujeitos críticos, capazes de questionar e tomar decisões, além de fornecer subsídios para o exercício de suas atividades na produção do cuidado em saúde. As instituições formadoras, a priori as Escolas Técnicas do SUS, precisam desenvolver uma *“formação técnica (que) parta do entendimento da educação como um conjunto de práticas sociais que se articulam, (...), constituindo uma formação que além de técnica, precisa ser ética e política - no sentido de se aproximar da formação humana”* (Morosini *et al.*, 2007, p. 273). O que se pretende é garantir uma qualificação dos ACS fora do espaço de serviço que articule o constructo teórico-metodológico com a prática cotidiana, e possibilite novo olhar sobre

o trabalho, de modo que o espaço da escola seja de fato um *locus* de construção de cidadania e de reconhecimento desse trabalhador.

A compreensão do trabalho do ACS em face da complexidade de suas atividades implica em considerar a dimensão relacional com as diversas trocas de afeto, de informação, de saberes, de poder, de dominação, entre outros valores simbólicos, que se processam nas interações sociais com os usuários e no interior da equipe. Essas trocas simbólicas nem sempre são consideradas na relação entre trabalho prescrito e trabalho real, porém cabe investigar o seu impacto na constituição dos vínculos, na organização do trabalho e nas práticas de cuidado em saúde. Nesse sentido, a teoria do apoio social e da dádiva podem contribuir ao trazer um novo olhar sobre as relações intersubjetivas dos ACS com as trocas simbólicas e materiais, seja intra-equipe ou com os usuários.

Buscamos, portanto, nesse capítulo situar historicamente a construção social das práticas dos ACS antes de sua institucionalização no PACS, abordando sobre os antecedentes e características da atenção primária à saúde até a constituição do PSF, haja vista que a história anterior desses trabalhadores se constitui como normas antecedentes do trabalho prescrito que dialogam com o trabalho real. Ao contrário do trabalho simples, a complexidade das ações desenvolvidas na atenção primária revela a necessidade do trabalho integrado em equipe e da qualificação do ACS para o desempenho de suas atribuições e reconhecimento profissional. Levando-se em conta a importância das tecnologias leves ou relacionais como dispositivos para a efetivação da integralidade na produção do cuidado, a perspectiva de explorar o apoio social, tal como faremos no capítulo a seguir, pode trazer um novo olhar sobre o cotidiano de trabalho dos ACS e sobre a ação pública na Estratégia Saúde da Família.

¹ Essa proposição pode ser consubstanciada pela produção de conhecimento sobre a temática da integralidade na atenção e no cuidado à saúde desenvolvida ao longo dos últimos dez anos pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis). Nessa produção acadêmica, a integralidade é analisada a partir de três dimensões: reorganização e gestão das redes de serviços de saúde; conhecimentos e práticas dos trabalhadores; e direito à saúde. Para maiores informações acesse o site www.lappis.org.br.

² A ergonomia é uma disciplina da saúde do trabalhador que visa adequar o trabalho aos sujeitos que o realizam, e uma de suas abordagens é a ergonomia centrada na atividade que discute o trabalho prescrito e faz interface com a ergologia (Telles & Alvarez, 2004).

³ A Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, acrescentou os parágrafos 4, 5 e 6 ao artigo 198 da Constituição Federal (Brasil, 2006d).

⁴ A lei 10507 de julho de 2002 (Brasil, 2002a) que criou a profissão de ACS previa a conclusão do ensino fundamental como requisito para o exercício da profissão, porém não fazia referência à forma de seleção. Essa lei foi convertida pela Medida Provisória nº 297 de 2006, e posteriormente revogada pela lei 11350/06.

⁵ Essa discussão foi realizada por Tereza Ramos em 2007, na época presidente da CONACS, em uma aula inaugural de início do ano letivo na EPSJV

⁶ Conforme a Resolução nº 4/99 da Câmara Básica de Ensino que instituiu a carga horária mínima de 1200 horas para a habilitação profissional do nível técnico na área da saúde (Brasil, 1999b).

CAPÍTULO 2

APOIO SOCIAL COMO PROMOTOR DA SAÚDE: UM NOVO OLHAR A PARTIR DO SISTEMA DE AÇÃO DA DÁDIVA

Inicialmente apresentaremos o estado da arte do apoio social, com a sua contextualização e operacionalização no campo da saúde. Em seguida, buscaremos ampliar a compreensão dessa temática a partir de um novo olhar sobre a constituição dos vínculos sociais e das trocas que se processam no cotidiano.

2.1 Contextualização do Apoio Social na saúde: a dimensão relacional no processo de saúde-doença-cuidado

O tema do apoio social passou a ser abordado no meio acadêmico nos anos 1970, com os estudos de pesquisadores norte-americanos que sugeriam a importância dos relacionamentos para a saúde dos sujeitos e grupos sociais (Cassel, 1974; Cobb, 1974). A partir da década de 1980 essa discussão ganhou visibilidade, com o crescimento expressivo de sua produção na literatura internacional (Cohen & Syme, 1985a), e foi incorporada nas políticas de promoção da saúde (OMS, 1986). As pesquisas sobre apoio social, saúde e o modo de reagir às situações estressantes têm sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento, tanto no campo das Ciências Sociais como da Saúde Coletiva.

O epidemiologista social John Cassel (1964) começou a delinear a noção de apoio social, ainda na década de 1960, ao partir da premissa de que os fatores socioculturais do ambiente interferiam nas condições de saúde, indicando a necessidade de rever o modelo etiológico das doenças infecciosas e considerar a teoria das ciências sociais na compreensão do adoecimento, principalmente na vigência dos estressores psicossociais¹. Seus estudos iniciais revelavam que o isolamento e a ruptura dos vínculos, em geral associados à desorganização do tecido social e às mudanças inesperadas de vida, como perdas de pessoas queridas, demissão do trabalho, migração, processos de urbanização e industrialização, entre outros, tornavam os sujeitos e grupos sociais mais vulneráveis a adoecer (Cassel, 1974; 1976). Em contrapartida, as interações contínuas com pessoas significativas favoreciam as relações de apoio social que os

ajudavam a enfrentar as adversidades da vida e a ter maior controle diante das situações estressantes.

Cassel (1976) compreendia o apoio social como os recursos fornecidos pelos grupos primários mais importantes para o indivíduo e que, diante dos estressores psicossociais, ajudariam a tamponar os efeitos deletérios do estresse no organismo. Uma de suas hipóteses era de que a maior tendência ao adoecimento evidenciada em lugares de alta densidade populacional não decorria do aumento da densidade em si, mas da desorganização social causada pela mesma (Cassel, 1974). Nessa perspectiva, os seus estudos priorizaram o apoio emocional mediante situações de rápida mudança social, pois nessas circunstâncias os vínculos tendiam a se desfazer aumentando a predisposição ao adoecimento em geral.

O interesse por essa temática, com o incremento das pesquisas, gerou uma diversidade de concepções e abordagens do apoio social na literatura, desde as mais amplas que o definem como os recursos formais e informais potencialmente úteis fornecidos pelas pessoas (Cohen & Syme, 1985a) até as mais restritas que o delimitam a um tipo específico de apoio como, por exemplo, o apoio emocional. Não obstante essa diversidade, em todos os estudos a dimensão relacional do apoio social e a correlação com a saúde-doença estão sempre presentes.

Sidney Cobb (1976), outro precursor dessa temática, definiu o apoio social como a *“informação que o sujeito recebe e o leva a acreditar que é querido e amado; estimado e apreciado; e/ou pertencente a uma rede de comunicação e obrigações mútuas”* (p. 300). Nessa definição, o autor chama atenção para os diferentes tipos de apoio social que podem estar presentes: o apoio emocional quando os sujeitos se sentem amados e protegidos pelas relações de confiança; o apoio de estima quando se sentem valorizados, o que os leva a fortalecer a autoestima e a acreditar em seu potencial; e o apoio que gera o sentimento de pertencimento a uma rede na qual todos têm obrigações e as informações são compartilhadas.

Diversas pesquisas abordam o apoio social a partir do apoio emocional (Spiegel, 1997), também denominado de apoio afetivo, definido como os vários tipos de ajuda que os sujeitos recebem e os fazem se sentir acolhidos, respeitados e valorizados pelos outros, reforçando assim a estima e a confiança (Wills, 1985). Dentro dessa concepção, o apoio de estima referido por Cobb (1976) passaria a se inserir em uma perspectiva ampliada do apoio emocional. Para esse tipo de apoio ser transmitido é fundamental a confiança mútua, o que se constrói nos vínculos mais próximos com os amigos, a

família e em algumas interações entre trabalhadores de saúde e usuários onde predominam as relações face a face.

Outros estudos analisam o apoio social com ênfase no apoio informativo, o qual se faz presente ao fornecer informações e orientações que ajudem os sujeitos a esclarecer expectativas, resolver conflitos e tomar decisões (Wills, 1985). Nesse sentido, as informações compartilhadas nas redes de comunicação mencionadas por Cobb (1976) se inserem nessa categoria de apoio informativo ou cognitivo. Esse tipo de apoio deveria ser inerente às relações entre trabalhadores de saúde e usuários, o que implicaria em uma abertura para o diálogo e respeito pelos diferentes saberes, instaurando o processo de negociação entre demanda e oferta de cuidado, de modo que o usuário saia do papel passivo para se tornar um agente crítico na luta pelos seus direitos de saúde.

Além do apoio emocional e do apoio informativo que são recursos intangíveis, uma terceira categorização nas pesquisas se volta para o apoio instrumental ou tangível que compreende diversas atividades, desde ajudar a cuidar de crianças e idosos até fornecer ajuda financeira ou bens materiais. O apoio tangível é importante, entre outras circunstâncias, ao fornecer ajuda para os sujeitos que estão doentes e não podem executar determinadas tarefas, e para a população de camadas mais pobres que não tem como pagar por suas necessidades instrumentais (Wills, 1985).

As necessidades de diferentes tipos de apoio social podem variar ao longo dos ciclos de vida, se modificando em função da situação vivenciada e do significado atribuído à mesma (Cohen & Syme, 1985a). Uma relação entre casais pode envolver uma troca de apoio social em determinados momentos e se tornar uma fonte de conflito nos casos de divórcio e separação. O mesmo se processa nas interações dos ACS com os usuários ou demais profissionais da equipe de saúde. Nas situações de conflito das relações mais próximas, o apoio social e as redes têm o potencial de criar novos vínculos e estabelecer outras trocas de bens simbólicos e materiais entre os atores envolvidos.

Na literatura nacional, o tema do apoio social ganhou relevância no final da década de 1990, onde se destaca Victor Valla² como um dos precursores dessa discussão no campo da Saúde Pública no Brasil. Ao definir o apoio social “*como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos*” (Valla, 1998, p. 156), o autor chama a

atenção para a sistematicidade dos encontros que propicia a manutenção de vínculos e envolvimento entre os sujeitos e grupos sociais. Outro aspecto a ser ressaltado quando Valla se refere a “comportamentos positivos” é o fato de que, por meio do apoio social, os atores passam a ter maior sentido de controle diante da própria vida. É nessa perspectiva que Minkler (1992) assinala que o empoderamento (*empowerment*) individual e coletivo, entendido como o processo no qual os sujeitos e grupos ganham controle sobre seus destinos e podem atuar efetivamente promovendo mudanças em suas vidas e ambientes, está intimamente relacionado ao conceito de apoio social.

O apoio social implica em relações de troca que se processam nos vínculos interpessoais e nas redes sociais, e uma de suas características é ser, portanto, um processo recíproco (Cohen & Syme, 1985b; Pearlin, 1985; Valla, 1998). Isso não significa que a reciprocidade seja do mesmo tipo de apoio, haja vista que os sujeitos podem receber apoio emocional e se sentir acolhidos e, em outro momento, retribuir com apoio informativo ao fornecer informações que possam ajudar outros sujeitos a resolver conflitos e tomar decisões na vida. Além da reciprocidade, outra característica que merece ser destacada é a associação entre apoio social, sentido de controle na vida e saúde dos sujeitos e grupos (Cassel, 1976; Minkler, 1992; Valla, 1998), indicando os seus benefícios a todos os atores envolvidos.

Tendo em vista a imensa produção acadêmica sobre apoio social e saúde na literatura norte-americana, Cohen & Syme (1985b) apontaram, entre outras, para duas razões que justificariam o seu interesse crescente. A primeira estaria relacionada à operacionalização e disseminação do apoio social em programas de prevenção, reabilitação e tratamento nos serviços de saúde, incluindo ações individuais e coletivas. A segunda razão seria decorrente do fato de o apoio social fornecer aporte teórico para a discussão dos fatores psicossociais e das dimensões socioculturais do ambiente na saúde-doença (Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985b), pois as situações adversas que desorganizam a trama social impactam na saúde e bem-estar. Nesse sentido, o apoio social também poderia contribuir para a análise dos determinantes sociais, em um dado território, ao apontar para a importância da dimensão relacional na promoção da saúde dos usuários e famílias.

A nosso ver, outra justificativa para o interesse dessa temática se deve à sua inserção nas políticas públicas de saúde. O apoio social, a partir da Carta de Ottawa (OMS, 1986), passou a ser considerado uma das estratégias da Promoção da Saúde ao

fortalecer o reforço da ação comunitária, cuja proposta nesse documento era intensificar o apoio social para propiciar que a população participasse das tomadas de decisões e exercesse maior controle nas questões referentes à saúde. Segundo Epp (1986), a promoção da saúde se viabilizaria por meio de três mecanismos diretamente relacionados: o apoio social, com a ajuda mútua e o fortalecimento das redes comunitárias; o autocuidado; e o ambiente saudável que forneça as necessidades básicas e proporcione espaços para o lazer. Cabe ressaltar, no entanto, que a ação comunitária e o fortalecimento das redes locais, na perspectiva da participação social, implica no acesso às informações e às ações de educação em saúde, de modo a dar subsídios para a luta dos sujeitos e coletivos em prol da saúde enquanto direito de cidadania.

Além dos espaços instituídos de participação, é possível identificar outros modos de organização do coletivo que revelam as estratégias e táticas de apoio social tecidas pela população no seu cotidiano (Lacerda *et al.*, 2006a; Lacerda *et al.*, 2006b). Tais iniciativas, pautadas por relações de solidariedade, extrapolam muitas vezes os mecanismos tradicionais de participação (Melucci, 2001), e apontam para o apoio social como estratégia de enfrentamento e resistência às precárias condições de vida, trabalho e saúde, e até mesmo como forma de sobrevivência das classes populares diante do caminho estreito que muitos se encontram (Valla, 1999). Dar visibilidade a esses dispositivos de mobilização e participação pode ajudar os trabalhadores e equipes de saúde família a compreender melhor os itinerários terapêuticos dos usuários e suas necessidades de saúde, e planejar as ações de integralidade do cuidado no território.

O cuidado está diretamente relacionado ao conceito de apoio social, o que, por sua vez, é relevante para as práticas de integralidade do SUS. Cuidar é uma atitude interativa que se processa nas relações de intersubjetividade por meio das tecnologias leves (Merhy, 1998), e implica no acolhimento, na escuta, no respeito pelo sofrimento do outro e pelas suas histórias de vida (Lacerda & Valla, 2004). Quando a interação entre a equipe de saúde e os usuários é sustentada por vínculos que propiciam o apoio social, com o conseqüente envolvimento e troca de afetos, de conhecimento e de saber, é bem provável que a dimensão do cuidado integral se faça presente. Essa dimensão do cuidado, implícita no apoio social, indica que a relação entre apoio e saúde deve ultrapassar o modelo de saúde-doença e ser pensada, no contexto da promoção, a partir da articulação entre saúde, doença e cuidado. É sob essa ótica que iremos discutir, a seguir, as pesquisas sobre apoio social.

2.2 O constructo do apoio social: uma perspectiva quantitativa ou qualitativa dos relacionamentos sociais?

As pesquisas sobre apoio social e saúde foram inicialmente desenvolvidas por meio dos estudos epidemiológicos retrospectivos, os quais associavam a carência de contatos sociais com o adoecimento em geral (Cassel, 1976) e demonstravam os benefícios do apoio social à saúde física e mental nos diversos ciclos de vida (Cobb, 1976). Em seguida, os pesquisadores passaram a desenvolver investigações prospectivas, sugerindo que a carência das relações sociais seria um fator de risco à saúde comparável ao fumo, a obesidade e a hipertensão arterial (Sluzki, 1997).

Uma das investigações que se destacou foi o *follow-up* de nove anos realizado com uma amostra de 6928 adultos residentes na Califórnia (Berkman & Syme, 1979), onde se analisou diversos aspectos da rede social pessoal. A redução do apoio social e das redes, com o enfraquecimento dos vínculos, foi associada ao aumento das taxas de mortalidade geral em ambos os sexos, independente de outras variáveis como as condições iniciais de saúde, nível socioeconômico, consumo de cigarro e álcool e utilização dos serviços de saúde.

Outros estudos confirmaram a relação entre os indicadores de rede e de apoio social com a diminuição do risco de mortalidade por doenças cardiovasculares (Vogt *et al.*, 1992), com o aumento da sobrevida após diagnósticos de doença coronariana (Dalgard & Haheim, 1998) de neoplasia e acidente vascular cerebral (Vogt *et al.*, 1992), assim como a recuperação mais rápida dos sujeitos internados por infarto no CTI (Sluzki, 1997).

Os efeitos benéficos do apoio social à saúde também foram demonstrados em diversas formas de participação dos sujeitos e coletivos, seja com a diminuição dos riscos de morbidade e mortalidade geral em grupos de idosos (Blazer, 1982) ou com o aumento da sobrevida em mulheres com câncer de mama avançado que participavam sistematicamente de grupos de apoio social (Spiegel, 1997). Aqui fica implícita a relação entre apoio social e empoderamento individual e coletivo, indicando a relevância dos sujeitos participarem da tomada de decisões e se sentirem fortalecidos para lidar com as situações do cotidiano.

Com o crescimento exponencial dos estudos epidemiológicos criou-se uma diversidade de medidas para avaliar o impacto do apoio social na saúde, muitas vezes sem fazer referência ao conceito teórico de apoio social que estava sendo utilizado, gerando inconsistências nas análises e dificuldades de comparar os resultados (House &

Kahn, 1985). Tais estudos ainda não elucidaram os mecanismos pelos quais o apoio social atuaria como protetor da saúde, e as duas hipóteses levantadas por Cassel (1976) ainda são consideradas até o presente momento.

A primeira hipótese, o efeito *buffer* ou efeito tampão, sugere que o apoio social atuaria diante das situações estressantes ao moderar os estressores psicossociais ou tamponar os efeitos deletérios do estresse no organismo. A segunda hipótese, denominada de efeito direto, indicaria que o apoio social ao fortalecer a autoestima e a sensação de controle da própria vida beneficiaria à saúde dos sujeitos e grupos sociais independente da presença de situações estressantes. Tais hipóteses não são necessariamente excludentes, e tanto o efeito buffer quanto o efeito direto podem estar presentes e associados em diversas circunstâncias (Kessler & McLeod, 1985).

A partir da revisão da literatura e da identificação de distintos significados do conceito de apoio social foi possível sistematizar os estudos em três grupos (Gottlieb, 1985; House & Kahn, 1985). O primeiro inclui os estudos centrados na análise quantitativa das relações, medindo o apoio social em função da existência ou quantidade de relacionamentos e da frequência de contato entre os sujeitos. São investigações objetivas e fáceis de serem realizadas que, ao medirem o grau de proximidade ou isolamento entre os sujeitos e grupos, atribuem ao apoio social o significado de integração social (House & Kahn, 1985). É importante a sua complementação com outras análises, pois a mera existência e quantidade de relacionamentos não indica que os mesmos sejam significativos e fontes de apoio social.

O segundo grupo concentra os estudos que medem o apoio social por meio da função dos relacionamentos, tais como a percepção dos sujeitos sobre a sua disponibilidade, o mapeamento das fontes - vizinhos, amigos, parentes, trabalhadores da saúde - e a identificação dos tipos de apoio mobilizados nas relações. Nessa perspectiva, as investigações definem o apoio social a partir do conteúdo funcional dos relacionamentos (House & Kahn, 1985).

O terceiro grupo é composto pelos estudos voltados para as características estruturais dos relacionamentos, nos quais a rede social é utilizada como instrumento de análise para quantificar o apoio social. Tais estudos analisam a composição da rede, o tamanho, a reciprocidade, a dispersão, a homogeneidade e a durabilidade da mesma e atribuem ao apoio social o significado de rede social, o que gera confusões na literatura. A rede é uma teia de interações sociais que conecta os sujeitos e grupos propiciando a circulação do apoio social por meio dos vínculos, o que não significa que o apoio estará

sempre presente. Consideramos, portanto, um equívoco as investigações empíricas abordarem a rede social e o apoio social como sinônimos, pois estamos lidando com conceitos afins, intimamente relacionados, mas distintos.

House & Kahn (1985) assinalam que a análise das redes fornece mais informações sobre o apoio social quando, além da dimensão estrutural, enfatiza a qualidade dos relacionamentos. Acrescentam ainda que apesar dessa divisão conceitual e metodológica dos estudos - quantidade, função e estrutura - o apoio social perpassa todos esses aspectos dos relacionamentos sociais.

É indiscutível a importância de se medir o apoio social e seus efeitos na saúde, entretanto se restringir às abordagens quantitativas, muitas vezes com uma leitura estruturalista do apoio social, não propicia a compreensão da complexidade das trocas que se processam nas interações sociais e da constituição das redes de apoio social no cotidiano. Ademais, é preciso lembrar que a maior parte dos estudos provém da literatura americana, sendo fundamental fazer a releitura do apoio social à luz da realidade social, cultural, econômica e política brasileira (Valla, 1998) e dos países em desenvolvimento (Arrossi, 1994). Sob essa ótica, duas considerações merecem ser tecidas no sentido de avançar a discussão sobre as redes de apoio social no contexto da saúde pública

A primeira diz respeito aos conceitos de apoio social e saúde que fundamentam os estudos. O apoio social tem a sua ação reconhecida no campo da Promoção da Saúde (OMS, 1986) e as pesquisas indicam que os estressores não são específicos para um determinado tipo de doença (Cassel, 1976; Cobb, 1976), embora a maior parte das investigações enfatize os fatores de risco por meio de abordagens epidemiológicas que operam na lógica biomédica. Tendo em vista que *“em qualquer estudo a medida do apoio social precisa ser orientada pela concepção teórica da natureza do apoio”* (Gottlieb, 1985, p. 102) é fundamental ampliar o seu escopo de análise e considerar a complexidade dos contextos de vida e saúde. Ao se levar em conta os múltiplos condicionantes de saúde que afetam a população em um dado território, os estudos sobre apoio social podem contribuir para as estratégias e intervenções em saúde e para as políticas públicas nesse campo (Pilisuk & Minkler, 1985).

A outra consideração que tecemos se pauta na concepção ampliada de saúde defendida na Reforma Sanitária brasileira, a qual incorporou nas políticas públicas de saúde novos valores de construção social, culminando na construção do SUS com seus princípios, entre outros, de universalidade, integralidade e participação social.

Entendemos que os estudos sobre redes e apoio social devem caminhar no sentido de dar visibilidade às diversas formas de organização e construção do social expressas nas ações públicas dos trabalhadores de saúde, nas estratégias e táticas de apoio social da população, nas lutas em prol do reconhecimento dos sujeitos, entre outras ações de participação social e cidadania que impactam na saúde dos sujeitos e coletivos. A visibilidade dessas ações no território pode ajudar no planejamento das atividades da equipe de saúde da família e ampliar a oferta de cuidado, o que possibilita buscar parcerias na comunidade e trabalhar com ações intersetoriais.

A nossa proposta é ir além das análises quantitativas das características estruturais e funcionais do apoio social e buscar a sua reconstrução teórica e metodológica, de modo a aprofundar a sua dimensão qualitativa na perspectiva das práticas de integralidade do cuidado e, em particular, no trabalho dos ACS. Tendo em vista que o apoio social revela um modo de ação social que ultrapassa a relação de troca entre duas pessoas, evidenciamos que a teoria da dádiva como um sistema de ação social (Mauss, 1985 [1923-1924]) propicia discutir a constituição dos vínculos e aprofundar o nosso objeto de estudo sobre as redes de apoio social no cotidiano do ACS. É nesse sentido que exploraremos o constructo do apoio social à luz da teoria da dádiva

2.3 O sistema da dádiva: das sociedades arcaicas às sociedades modernas

A dádiva ainda é um tema pouco explorado na saúde coletiva, embora já existam debates em curso (Martins, 2003; Martins & Fontes, 2004; Lacerda *et al.* 2006a; Moreira, 2006a), o que nos leva a propor uma discussão inicial com alguns esclarecimentos teóricos visando um entendimento geral sobre essa teoria para, em seguida, tecermos a articulação com o apoio social.

A teoria da dádiva foi sistematizada por Marcel Mauss, nos anos 1920, ao analisar diversas etnografias, realizadas por outros pesquisadores, com objetivo de compreender os fenômenos que regiam as trocas e os direitos contratuais em algumas sociedades primitivas ou arcaicas³. A partir dessas investigações, o autor publicou um estudo clássico intitulado “*Ensaio sobre a Dádiva: forma e razão de troca nas sociedades arcaicas*” (Mauss, 1985 [1923-1924]) no qual descreveu a complexidade do sistema de trocas que operava por meio das relações sociais.

As transações sociais nessas sociedades eram realizadas com a circulação de bens que, dependendo da tradição, poderiam ser dotes, crianças, mulheres, alimentos,

imóveis, riquezas, festas, ritos, até trocas de gentileza e de dons espirituais, os quais se processavam entre os clãs, tribos ou famílias indicando que as trocas não serviam aos interesses individuais e sim aos da coletividade. Os bens tangíveis e intangíveis eram trocados em rituais e cerimônias e não tinham valor utilitário ou comercial, já que não era a questão material ou mercantil que estava em jogo, mas um valor marcado por representações simbólicas.

Segundo Mauss (1985), esse regime de trocas se referia a um modo de funcionamento das sociedades primitivas, ancorado na obrigação de dar, receber e retribuir os bens de forma contínua, que ele definiu como sistema da dádiva. Tratava-se de um sistema de prestação total, ou seja, de dons e contradons, que não se constituía por meio de simples trocas de bens, mas envolvia um conjunto de fatos complexos e entrelaçados, denominados pelo autor de “fatos sociais totais” por envolverem as diversas dimensões da vida social, tais como as instituições religiosas, jurídicas, morais, políticas e econômicas.

Em suas investigações, Mauss (1985) enfatizou a análise do *potlatch*, um tipo de dádiva agonística presente em rituais cerimoniais onde o sistema de trocas era marcado pelo princípio da rivalidade entre os parceiros. A rivalidade implicava em lutar e exceder uns aos outros na retribuição dos dons, indo desde as formas mais acentuadas que incluíam a destruição de objetos, de riquezas e o combate entre as tribos com morte das pessoas envolvidas, até as que os parceiros rivalizavam-se em presentes ou em generosidade. O objetivo desse sistema de prestações totais do tipo agonística, nos quais os chefes agiam em nome de todos, era muitas vezes para garantir a manutenção da posição hierárquica, do poder, da honra e do prestígio.

Por sua vez, a recusa em dar, em aceitar o desafio para a luta ou em retribuir os dons recebidos significava uma forma de desprestígio, de humilhação, de perda de riqueza e autoridade para toda a tribo, clãs, ou famílias. “*Dar era manifestar sua superioridade, ser mais [enquanto] aceitar sem retribuir ou sem retribuir mais do que recebeu, era se subordinar, se tornar cliente e servidor, se tornar menor, se rebaixar*” (Mauss, 1985, p. 269-270). Isso indicava que a dádiva - principalmente nos casos de *potlatch* onde se dava toda a riqueza ou se destruía os bens acumulados para manter a hierarquia - não era totalmente desinteressada, embora o interesse não estivesse associado à utilidade individual ou ao cálculo racional (Mauss, 1985). Desse modo, concluiu que o sistema da dádiva aparentemente voluntário e espontâneo era na

realidade obrigatório, pois a recusa em dar, em receber ou em retribuir os bens, sob a forma de presentes, sugeria que os clãs, tribos ou famílias estavam declarando guerra e rompendo com as relações e os laços de aliança.

Ao questionar sobre “*a regra do direito e do interesse nessas sociedades do tipo primitiva ou arcaica que fazia os presentes recebidos serem obrigatoriamente retribuídos*” (Mauss, 1985, p. 148), o autor evidenciou que em algumas dessas sociedades na Polinésia, no que tange o direito do povo Maori, as coisas trocadas tinham um *hau*, isto é, um espírito, e este não poderia ficar aprisionado sob o risco de acontecer alguma coisa ruim para aquele que reteve o dom. Nessa lógica, a obrigatoriedade das trocas se devia ao *hau*, pois o presente recebido não era inerte e, mesmo tendo sido doado, ainda fazia parte do doador inicial. Junto à obrigação de retribuir se revelavam a de dar e de receber os bens simbólicos e materiais, completando com esses três movimentos - doação, recepção e retribuição - o ciclo de prestações totais da dádiva que explicaria as formas contratuais dessas sociedades antigas.

Conforme lembra Sigaud (1999), uns cinco anos após a publicação do “*Ensaio sobre o Dádiva*” foi feita uma crítica, sem maiores repercussões, à interpretação de Mauss sobre o *hau*, justificando que para os Maoris o *hau* se referia ao espírito do bem doado e não do doador. O que se torna relevante destacar, independente da divergência sobre o entendimento do *hau*, é que a partir da identificação do sistema de trocas regulares que faziam o presente recebido ser retribuído, Mauss (1985) formulou a teoria geral da tripla obrigação de dar-receber-retribuir os dons e teceu pistas que levaram autores contemporâneos (Caillé, 1998; Godbout, 1999; Martins, 2005) a defender que o fenômeno da dádiva faz parte do funcionamento tanto das sociedades tradicionais como das sociedades modernas.

Em nenhum momento no “*Ensaio sobre a dádiva*” foi colocada a hipótese de sua universalidade, até mesmo porque o autor se deteve na dádiva de rivalidade (Mauss, 1985), o que, a uma primeira leitura, sugere a sua presença apenas nas sociedades primitivas. Um indício para pensar em seu caráter universal, no entanto, pode ter sido apontado quando, ao analisar a natureza das transações humanas nas sociedades arcaicas, afirmou que “*esta moral e esta economia funcionam ainda na nossa sociedade de modo constante e subjacente, levando-nos a crer ter encontrado aqui uma das rochas humanas sobre as quais estão construídas nossas sociedades*” (Mauss, 1985, p. 148). Ademais, ressalta Caillé (1998), apesar de ter ficado uma lacuna teórica em função de Mauss discutir preferencialmente as prestações do tipo agonística, essa

problemática tende a ser superada ao se abordar outras formas de dádiva existentes na atualidade:

Em vez de considerar os exemplos de partilha não agonística e não cerimonial como críticas à tese da universalidade da dádiva (...), convém considerá-los, antes, como lugar de um questionamento absolutamente central no seio do paradigma da dádiva, o do lugar ocupado, respectivamente, pelas duas grandes modalidades da dádiva, a dádiva agonística e a dádiva-partilha (Caillé, 1998, p. 26).

A universalidade da dádiva se traduz de modo mais compreensível quando nos voltamos para as trocas que se processam na vida cotidiana, fundamentadas na tríade do dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais, e que se constituem por meio da “dádiva-partilha” (Caillé, 1998). É nessa modalidade de dádivas de partilha, com relações mais horizontalizadas, onde entendemos que se insere o apoio social e, conseqüentemente, as redes de apoio.

A teoria da dádiva aponta para algumas questões centrais, a saber: a obrigatoriedade de dar-receber-retribuir, o simbolismo das trocas, a constituição dos vínculos sociais e a dimensão da obrigação, liberdade, interesse e desinteresse. Mediante essas questões que se interagem, buscaremos imprimir um novo olhar sobre o apoio social a partir da leitura da dádiva enquanto um modelo triádico da ação social.

2.4 A obrigatoriedade de dar-receber-retribuir na constituição dos vínculos: contribuições da dádiva para a compreensão do apoio social como um modelo triádico

Mauss (1985) se referia à dádiva como uma “teoria geral da obrigação” de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais por meio das relações sociais entre doadores e donatários. Ao contrário do que o termo possa sugerir a dádiva não é caridade e nem está vinculada à dimensão religiosa, mas trata-se de um sistema de ação social constituído a partir da tríade de doação, recepção e retribuição que enfatiza o valor do vínculo social e a dimensão simbólica dos dons circulantes (Caillé, 1998; Godbout, 2007). É esse simbolismo inerente à dádiva, segundo Caillé (1998), que a afasta de qualquer dimensão utilitária e econômica dos bens e serviços.

A dádiva é mais facilmente identificável nos vínculos primários afetivos entre amigos, familiares, casais, vizinhos e outras relações que se situam no registro da “sociabilidade primária, no qual se considera que as relações entre as pessoas são ou devem ser mais importantes do que os papéis funcionais que elas desempenham”

(Caillé, 1998, p. 29). Referimo-nos aqui as relações de pessoalidade, construídas no face-a-face, que engendram a formação das redes de apoio social e favorecem o fortalecimento das identidades e o reconhecimento dos sujeitos e grupos. É por meio dos vínculos de sociabilidade primária que os ACS tecem redes de apoio social com os demais profissionais da equipe e com os usuários na produção do cuidado em saúde.

Além da sociabilidade primária, Caillé (1998) chama atenção para outro modo de funcionamento do social que se processa no registro da sociabilidade secundária, no qual a função dos atores - como, por exemplo, o cargo de médico, de gestor - passa a ser mais importante do que os sujeitos propriamente ditos. Esse registro é o da impessoalidade do mercado e do Estado, conforme explicita o autor:

Na *sociabilidade secundária*, ao contrário, é a funcionalidade dos atores sociais que importa mais do que sua personalidade. No mercado, na esfera de ação regida pelo Estado, bem como no âmbito da ciência, a lei, em princípio absoluta, é a da impessoalidade. Como a lei da oferta e da procura, a lei da igualdade de todos diante da lei e as leis da natureza valem, em princípio, independentemente da pessoa (Caillé, 1998, p. 29).

Nas relações de impessoalidade há um impedimento à entrada no circuito da dádiva, haja vista que os valores que movem as trocas correspondem à lógica do interesse utilitarista mercantil e das obrigações contratuais e do poder do Estado (Godbout, 1999). A sociedade se constitui assim de modo híbrido por meio de diferentes lógicas de ações sociais: as que se processam no âmbito do mercado e do Estado e as que fundamentam o sistema da dádiva.

O mercado visa à produção de bens e serviços que servem como mercadorias a serem comercializadas em prol da acumulação do capital, priorizando o cálculo utilitário e o interesse racional. Nesse sistema de ação social o que vigora é a equivalência das trocas (Godbout, 1999), ou seja, um produto se transforma em mercadoria que será trocada por outra de valor material ou econômico semelhante, indicando que as transações servem para manter os vínculos utilitários. O mercado se desvincula das relações sociais e afasta qualquer possibilidade de dádiva, pois o primeiro gesto do doador é imediatamente interrompido pelo pagamento da mercadoria ou de outro bem de igual valor contábil.

Na esfera do Estado, o sistema de ação social funciona a partir da obrigação, das regras burocráticas, das leis e normas institucionais a serem cumpridas por todos os

cidadãos. O que predomina é a reciprocidade das trocas, nas quais os usuários pagam os impostos e deveriam receber como retribuição, ou restituição, os bens e serviços (Martins, 2005). As circulações que se processam nesses sistemas formais administrativos e burocráticos não estão atreladas aos vínculos sociais e às relações de personalidade, mas às obrigações prescritas e regulamentadas, se apartando assim do registro da dádiva.

O sistema da dádiva, por sua vez, se constitui como outro modo de funcionamento da vida social, distinto do mercado e do Estado, que *“permite romper com o modelo dicotômico típico da modernidade, pelo qual a sociedade ou seria fruto de uma ação planificadora do Estado ou do movimento fluente do mercado”* (Martins, 2005, p. 53). A sua lógica, acrescenta o autor, é da *“ação social como «inter-ação», como movimento circular acionado pela força do bem (simbólico ou material) dado, recebido e retribuído”* (p. 53). Enquanto a dádiva se processa por meio do modelo triádico composto pelos três movimentos da ação social - doação, recepção e retribuição - que se interagem e mantém os vínculos entre os atores com a circulação de dons, o mercado e o Estado tendem a interromper ou aprisionar um desses movimentos e impedir o circuito dinâmico de trocas.

Vale ressaltar que a dádiva consegue penetrar na esfera do mercado e do Estado quando os sujeitos são os constituintes centrais da ação social, para além dos interesses econômicos e da obrigação estatal. Martins (2005) lembra que a circulação da dádiva no âmbito do Estado se processa quando as relações entre os atores que exercem as ações funcionais nas instituições estão pautadas na expectativa da reciprocidade das trocas e no valor da confiança, valor este que se constitui como um bem simbólico que circula em prol da criação e manutenção dos vínculos. Em contrapartida, prossegue o autor, quando a desconfiança impera sobressai o individualismo e não há espaço para a constituição de alianças e parcerias.

A dádiva se entrecruza com as lógicas de ação estatal e mercantil permeando a atenção básica e os demais níveis de atenção do sistema, conforme evidenciado em diversas experiências referidas por autores que vêm tecendo a sua discussão no campo da saúde coletiva no Brasil (Martins, 2003; Martins & Fontes, 2004; Lacerda *et al.*, 2006a; Moreira, 2006a; Moreira, 2006b, entre outros). Nos espaços instituídos dos serviços públicos de saúde, a circulação da dádiva pode se processar por meio da

partilha, com relações mais horizontalizadas, ou da rivalidade e poder com relações hierarquizadas.

O apoio social é um tipo de dádiva de partilha que revela a importância das relações sociais no processo de saúde-doença-cuidado (Cassel, 1976; Cohen & Sime, 1985a; Minkler, 1992), indicando que os sujeitos e grupos necessitam uns dos outros para enfrentar os limites e dificuldades no cotidiano da vida. É nesse sentido que entendemos que os estudos devem avançar para valorizar a qualidade dos vínculos que mantém os atores sociais em interação, assim como considerar a complexidade da circulação de dons com a mobilização dos vários tipos de apoio - emocional, informativo e tangível.

Segundo Pearlin (1985, p. 48), é preciso “*parar de pensar o apoio como alguma coisa recebida ou dada pelos indivíduos ou grupos. O apoio para um problema geralmente envolve tanto o doador como o receptor no mesmo indivíduo, e deve ser visto em termos de trocas interacionais entre doadores e receptores*” (grifo nosso). Tais críticas levantadas pelo autor há mais de duas décadas ainda são pertinentes nas pesquisas atuais, haja vista o modo como o apoio social vêm sendo analisado. A concepção ampliada do apoio social como uma dádiva-partilha, operando por meio das trocas interacionais dinâmicas, requer, portanto, uma nova abordagem teórico-metodológica nas investigações sobre apoio social e saúde, o que, a nosso ver, se viabiliza por meio de dois deslocamentos que devem ser realizados em suas análises.

Conforme constatamos nos estudos referidos acima, e na revisão da literatura, as análises do apoio social tendem a se voltar para dois movimentos da troca, o dar-receber ou o dar-retribuir e, em geral, se fixam em apenas um dos movimentos, seja o ato de doação, de recepção ou de retribuição. Assim, o primeiro deslocamento implica em sair da abordagem do apoio como um modelo diádico, no qual é tratado como um ato isolado e descontínuo, e incorporar o modelo triádico da dádiva com a inclusão do terceiro movimento da ação social - o dar-receber-retribuir os bens simbólicos e materiais.

Ademais, o apoio tem sido medido por meio das características estruturais das redes e dos vínculos e analisado como um atributo da relação da díade, ou seja, do vínculo entre um par da relação. Aqui se revela o segundo deslocamento, diretamente relacionado ao anterior, que se concretiza ao sair da análise da díade para a tríade, com a inclusão de outros atores que circulam entre os papéis de doadores e donatários.

A sua compreensão ampliada como um modelo triádico da ação social é uma das importantes contribuições da teoria da dádiva para valorizar a qualidade dos vínculos e o elemento da circulação no apoio social. Os bens trocados no sistema da dádiva têm valor simbólico e alimentam os vínculos, assim o que ancora o dar-receber-retribuir é a relação que vincula os atores, ou seja, o valor da dádiva é o valor que tem as relações (Godbout, 1999). Nessa perspectiva, limitar o apoio social ao movimento diádico e a relação da díade é considerá-lo como uma troca simples que opera na lógica da equivalência entre o doador e o receptor, onde os bens passam a ser objetivados e destituídos do seu valor simbólico e “*a relação entre os homens se torna uma relação entre objetos*” (Simmel, 1964, p. 388). Essa visão é limitada no sentido de negligenciar a complexidade das relações e a dinâmica das trocas de apoio social.

A releitura do apoio social a partir da dádiva, com a obrigatoriedade da doação, recepção e retribuição, traz à tona duas questões que merecem ser discutidas: a reciprocidade do apoio social e a liberdade dos sujeitos em entrar nas relações. Essas duas questões, diretamente relacionadas, são relevantes no sentido de ampliar os estudos e trazer novos dispositivos para investigar as práticas de integralidade do cuidado da equipe de saúde e a constituição das redes de apoio social no cotidiano.

A reciprocidade é apontada como uma das características fundamentais do apoio social (Cohen & Syme, 1985b; Pearlin, 1985; Valla, 1998), propiciando aos atores circularem constantemente entre as posições de doador e receptor. É preciso, no entanto, deixar claro o significado que está sendo atribuído ao termo, haja vista que a teoria da reciprocidade, tal como conceituada na antropologia estrutural, implica em relações simétricas (Sigaud, 1999), o que se traduziria na obrigação de retorno do apoio social para o doador. Essa compreensão da reciprocidade como obrigação mútua tem norteado grande parte das pesquisas sobre apoio social e saúde, tanto na análise dos vínculos interpessoais isoladamente como no interior das redes, e ganhou destaque em função da utilização crescente das *networks analysis* como instrumento analítico do apoio social.

As *networks analysis*, ou análises de rede, são abordagens quantitativas da dimensão estrutural das redes sociais muito difundidas na atualidade em vários campos do conhecimento (Mercklé, 2004). Uma de suas medidas empregadas para analisar as características estruturais dos vínculos é a reciprocidade ou simetria, o que significa medir a extensão pela qual os recursos dados são também recebidos, com objetivo de identificar se todos recebem a mesma quantidade de apoio ou se os recursos tendem a fluir em uma só direção (Hall & Wellman, 1985). A concepção que sustenta esses

estudos é a obrigatoriedade de retornar para aquele que doou, restringindo o apoio social a um modelo diádico no qual o dar-receber ou dar-retribuir é analisado sempre pelos pares como uma troca “fixa” entre doador e receptor, e não abre para a entrada de uma terceira pessoa e de um terceiro movimento da ação social.

A redução do apoio social pelas abordagens estruturalistas a uma simples troca na relação diádica é incorrer no mesmo erro da antropologia estruturalista quando reduziu a dádiva à troca. Conforme lembra Sigaud (1999), a dádiva descrita por Mauss não se resumia à obrigação de trocas e reciprocidade sugerida por Levi Strauss na introdução do “*Ensaio sobre a dádiva*”, mas à obrigação conjunta de dar, de receber e retribuir os dons. É essa tripla obrigação da dádiva que imprime a dinâmica na circulação dos bens trocados, instaurando assim um circuito contínuo de trocas.

A reciprocidade indica que o apoio dado e recebido deverá ser posteriormente retribuído, não significando que a retribuição seja para o mesmo doador inicial. Trata-se, portanto, do apoio social recíproco, tal como “*Mauss faz referência a dons recíprocos*” (Sigaud, 1999), que não corresponde à simetria ou equivalência. Restringir a reciprocidade a uma obrigação de retorno ao doador é abordar as trocas como se operassem na lógica de equivalência do mercado, no qual o apoio recebido teria que ser retribuído na mesma quantidade. A nosso ver, é limitar o potencial de análise do apoio social na saúde, além de não ser suficiente para aprofundar o objeto de estudo dessa tese.

Martins (2008, p. 106), ao se contrapor à leitura estruturalista, aponta para a dádiva como uma “teoria de reciprocidade aberta e ambivalente” e afirma que tal abordagem “*distancia-se do tratamento tradicional oferecido pelo estruturalismo - que enfatiza no dom uma função de troca relativamente rígida -, para realçar no vínculo social um paradoxo entre a regra e a espontaneidade, entre a liberdade e a obrigação*”. Em consonância com a idéia do autor, entendemos que o apoio social como um modelo triádico propicia discutir a “reciprocidade aberta e ambivalente”, de modo a considerar que junto à obrigação existe também a liberdade dos atores sociais que movem as ações. Essa visão é importante para atualizar a dádiva nos dias atuais, pois a obrigação e liberdade que moviam a dádiva descrita por Mauss (1985) nas sociedades primitivas diferem das que movem a dádiva na nossa sociedade de indivíduos. Enquanto a primeira mesclava a obrigação e liberdade das tribos, clãs e famílias, a outra mescla a obrigação e liberdade dos atores na sua individualidade.

Assim, ao mesmo tempo em que falamos da obrigação do dar-receber-retribuir, temos que nos remeter à liberdade e à espontaneidade dos sujeitos e grupos. Estas se traduzem pela possibilidade de se relacionar, de constituir vínculos e alianças, de configurar novas redes de apoio social e entrar em um circuito de trocas dinâmicas no qual circula os afetos, as emoções, os vários tipos de apoio, e até mesmo a troca de palavras, o acolhimento, o respeito e a confiança importantes no cuidado em saúde. Sob essa ótica, o apoio social ganha novo sentido ao ser compreendido nas práticas de integralidade do cuidado como um modelo triádico, onde é preciso estabelecer relações de confiança e responsabilidade, porém, além da obrigação, considerar o desejo, a liberdade, a espontaneidade e o interesse que movem os trabalhadores/equipe de saúde e usuários a constituir vínculos e formar redes de apoio social.

Segundo Cohen & Syme (1985b), os estudos sobre apoio social e saúde devem considerar que o apoio dado não significa que será aceito, e um tipo de apoio pode ser aceito de um doador e recusado de outro. Aqui se expressa a temática da obrigação-liberdade no dar, receber e retribuir inerentes ao sistema da dádiva. A obrigação porque os atores ao aceitarem o apoio social contraem uma dívida simbólica com o doador, impulsionando-os, em outro momento, a retribuir para o doador inicial ou para outro sujeito. Por sua vez, quem recebeu o apoio entra novamente em dívida, e assim por diante, instaurando-se o circuito da dádiva com a circulação do apoio social entre outros bens simbólicos. A liberdade se evidencia porque os sujeitos são livres para dar, receber e retribuir o apoio social e para se manter nas relações. É o paradoxo entre a obrigação e a liberdade que amplia a compreensão da ação social.

As ações sociais na dádiva em geral e, em particular, no apoio social enquanto uma “dádiva-partilha” (Caillé, 1998) revelam um caráter de incerteza, pois a dádiva pode ser qualificada como “*qualquer prestação de bem ou de serviço, sem garantia de retorno, com vistas a criar, alimentar ou recriar os vínculos sociais entre as pessoas*” (Godbout, 1999, p. 20). Do mesmo modo, o apoio social dado também não é uma garantia de que será retribuído, não obstante a expectativa e o desejo do doador (Pearlin, 1985). A garantia do retorno se dá quando a retribuição é imediata, tal como ocorre nas trocas que envolvem o dar-devolver, o dar-retribuir ou o dar-pagar, cessando imediatamente qualquer dívida. Nesses casos, rompe-se com o terceiro elemento e deixa de se configurar a tríade necessária para a entrada no sistema de obrigações mútuas.

Ao contrário das trocas simples, a dádiva gera um endividamento simbólico que se processa em função do intervalo de tempo entre o dom e o contradom (Mauss, 1985).

Godbout (2002, p. 74) refere que *“a dívida, voluntariamente mantida é uma tendência essencial da dádiva, assim como a busca da equivalência uma tendência do modelo mercantil”*, o que o leva a afirmar que a dívida alimenta os vínculos e separa o dom das trocas de mercado. O intervalo de tempo é necessário para a retribuição, ao passo que suprimi-lo com a quitação imediata da dívida significa romper com os vínculos e interromper a dádiva e o apoio social. Isso ocorre, por exemplo, quando o usuário recebe uma consulta ou procedimento e paga pelos mesmos, e não estabelece vínculos com o profissional de saúde que propiciem a continuidade do cuidado.

A dádiva enquanto um sistema de ação social complexo, de natureza simbólica e de *“caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito, e no entanto obrigatório e interessado”* (Mauss, 1985, p. 147), não pode ser explicada pelos dois paradigmas tradicionais das ciências sociais: o paradigma holista do Estado e o individualista do mercado (Caillé, 1998; Godbout, 2002). Se por um lado, *“o prazer do gesto, a liberdade, opõem-se à moral do dever e normas interiorizadas no modelo holístico”* (Godbout, 2002, p. 78), por outro, *“a não equivalência das trocas, a espontaneidade, a dívida, a incerteza”* (p. 78) presentes na dádiva a afastam do individualismo, justificando assim a sua defesa como um terceiro paradigma (Caillé, 1998; 2002).

O paradigma da dádiva se pauta em uma visão ética e política que sem negar a necessidade do Estado e do mercado, ou ter a pretensão de substituí-los, se traduz como outro modo de constituição do social. Não se trata, afirma Caillé (1998), de considerar a dádiva um sistema oposto ao mercado ou ao Estado, pois os princípios da obrigação - que regem os sistemas administrativos e burocráticos da economia pública - e do interesse - que regem a economia de mercado - não são estranhos à sua teoria. No entanto, prossegue o autor, o que se evidencia é que as concepções e valores atribuídos aos mesmos são distintos ao que se imprime na leitura da dádiva.

O interesse presente na dádiva não é o interesse do utilitarismo, o qual preconiza que os indivíduos são por essência racionais e egoístas e se movem na vida para satisfazer seus próprios interesses e felicidade, ou agem por meio de um altruísmo obrigatório em prol da felicidade dos outros⁴ (Caillé, 2002). Na dádiva, o interesse é mais do ser do que do ter, porém este fica destituído de sentido quando analisado isoladamente (Caillé, 1998). Em contrapartida, o seu sentido amplia ao entendermos a obrigação e o interesse juntos à espontaneidade, à reciprocidade, à liberdade dos atores sociais e ao prazer do dom. Esses elementos, muitas vezes denominados pelo par

“obrigação-liberdade” e “interesse e desinteresse” (Caillé, 1998), se entrelaçam como paradoxos e constituem um dos pilares no paradigma da dádiva, devendo, segundo o autor, ser compreendidos em sua ação conjunta e integrada.

A dádiva enquanto uma das formas de explicação da ação social na constituição dos vínculos se revela, portanto, como uma crítica à filosofia moral do utilitarismo. Essa crítica tecida por Mauss (1985) no “*Ensaio sobre a dádiva*”, e reafirmada pelos seus seguidores em grande parte associados ao Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais (MAUSS), deixa claro que as trocas do dom se distanciam da racionalidade instrumental e da economia do cálculo racional. Conforme assinala Martins (2008), o antiutilitarismo na lógica da dádiva se contrapõe tanto ao paradigma hegemônico das ciências sociais, ao procurar explicar toda a motivação dos atores baseada no utilitarismo material, no interesse pessoal, no egoísmo e no cálculo racional, como ao paradigma normativo ao explicar a ação humana por meio das normas e regras externas aos indivíduos.

A crítica ao utilitarismo material foi mais desenvolvida pelo MAUSS, nos ajudando a refletir sobre a diversidade de práticas sociais existentes no campo da saúde e sugerir que algumas estão mais centradas no paradigma do mercado e outras no paradigma da dádiva. As práticas voltadas para o mercado priorizam a tecnologia e o interesse econômico, no qual “*a doença vale mais do que o doente, o dinheiro e o prestígio obtido pelos serviços médicos não têm obrigações e dívidas para com o sofrimento humano*” (Martins, 2003, p. 33). Em contrapartida, o sistema da dádiva foi evidenciado em algumas práticas integrativas e complementares (Martins, 2003; Lacerda & Valla, 2005), nos grupos de apoio mútuo (Godbout, 1999), nas práticas associativas em rede (Moreira, 2006a), entre outros sistemas de cuidado que pressupõem o estabelecimento de vínculos e valorizam o sujeito e o simbólico no processo terapêutico.

Embora o MAUSS tenha avançado na crítica ao utilitarismo material, o mesmo não foi feito no que concerne ao utilitarismo normativo (Martins, 2008). Sob essa ótica, os estudos sobre apoio social, dentro da abordagem antiutilitarista, trazem novas contribuições ao tecer uma crítica sociológica às relações de poder e controle na saúde, seja na interação dos trabalhadores com os usuários ou no interior da equipe. Essas relações normativas são obstáculos ao reconhecimento do outro e tendem a impedir a constituição do apoio social e das redes de apoio.

A reconstrução que fizemos do apoio social à luz da teoria da dádiva implica em compreender que as trocas sistemáticas entre os atores envolvem o dar, o receber e o retribuir, possibilitando que os bens tangíveis e intangíveis - apoio emocional, apoio informativo, ajuda material, entre outros - circulem a favor da constituição de vínculos sociais. Os estudos sobre apoio social podem avançar no campo da saúde coletiva ao considerar que são as ações de generosidade que muitas vezes movem os doadores (Pearlin, 1985); que o apoio social envolve bens tangíveis e intangíveis com valores simbólicos, os quais não podem ser medidos pelo cálculo contábil; e que a sua reciprocidade é “aberta e ambivalente” (Martins, 2008), com trocas interacionais dinâmicas, pois se o apoio social operasse na lógica da equivalência ou simetria as relações não se manteriam ao longo do tempo. Nessa perspectiva, o apoio social compreendido a partir da dádiva ganha expressividade ao ser articulado com as redes sociais, configurando assim as redes de apoio social em saúde, conforme discutiremos no capítulo seguinte.

¹ Cassel (1976) emprega o termo estressor para as situações do ambiente que propiciam as reações de estresse no organismo, e o termo estresse para as alterações orgânicas desencadeadas pelos estressores físicos, sociais ou psicológicos.

² Valla iniciou as investigações sobre apoio social a partir do seu pós-doutorado na Universidade da Califórnia em 1996, sendo um dos precursores dessa discussão no cenário brasileiro, principalmente no contexto das classes populares e da Educação Popular em Saúde.

³ A denominação “sociedade primitiva ou arcaica” não tem juízo de valor, mas é o termo utilizado por Mauss (1985 [1923-1924]) para se referir às sociedades da Polinésia, Melanésia, do Noroeste Americano, entre outras sociedades antigas estudadas.

⁴ O utilitarismo é uma doutrina criada no final do século XVIII por Jeremy Bentham. Caillé (2002) adverte que essa aparente ambivalência das duas interpretações do utilitarismo está pautada nos mesmos fundamentos: De um lado estão os interesses racionais e egoístas dos indivíduos. Do outro, a moral utilitária com o dever de felicidade de todos, o que nada mais é do que o desejo de alcançar a própria felicidade.

CAPÍTULO 3

REDES DE APOIO SOCIAL NA SAÚDE: O QUE CIRCULA NOS VÍNCULOS SOCIAIS?

A discussão sobre redes, do ponto de vista teórico e metodológico, tem sido cada vez mais utilizada no campo da saúde coletiva, seja em sua dimensão mais técnica presente na gestão, no planejamento, na regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde no SUS, seja em sua dimensão relacional que corresponde às redes sociais e aponta para a interação dos atores nos processos de organização e mobilização coletiva. O nosso foco é a dimensão relacional das redes e o que circula nos vínculos, de modo a consolidarmos a reconstrução teórica do apoio social a partir da dádiva empreendida no capítulo anterior e caminharmos no sentido de compreender a constituição das redes de apoio social no cotidiano do trabalho em saúde.

Tendo em vista que o conceito de rede, nas diversas áreas do conhecimento, recebe forte influência das ciências sociais, entendemos ser relevante abordar a sua construção histórica e seus sentidos e usos na atualidade. Nesse sentido, para avançarmos na discussão sobre as redes de apoio social no contexto da dádiva, faremos inicialmente uma revisão conceitual e operacional das redes sociais a partir da teoria das ciências sociais.

3.1 Redes sociais: Conceitos e usos operacionais

A rede social revela a dinâmica da interação entre os atores, e pode ser compreendida como um “conjunto de unidades sociais e de relações, diretas ou indiretas, que essas unidades estabelecem entre si, através de cadeias de extensão variável” (Mercklé, 2004, p.4). As unidades sociais, também chamada de “nós”, são formadas por indivíduos, grupos sociais formais e informais, famílias ou outras coletividades, e por meio dos vínculos que constituem se processam as diversas trocas, com a circulação de bens tangíveis e intangíveis.

A noção de rede social teve o seu início na antropologia, na década de 1950, com o antropólogo John Barnes, sendo utilizada para descrever os processos sociais cujos vínculos interpessoais extrapolavam a organização de grupos e categorias

institucionalizadas (Barnes, 1987). Em seu artigo no ano de 1954, o autor analisou as relações de parentesco e amizade em uma comunidade de pescadores na Noruega e evidenciou a importância dos vínculos extra-familiares na vida cotidiana. Em seguida, no ano de 1957, a antropóloga Elizabeth Bott (1971) publicou os resultados de sua pesquisa em um livro sobre rede social e família, no qual inovou ao propor metodologias para analisar as características da rede e os seus conteúdos. Após essas duas publicações empregando a noção de rede no trabalho de campo, outros estudos empíricos foram desenvolvidos em diferentes contextos.

O termo rede, no entanto, já vinha sendo empregado na antropologia desde as décadas de 1930 e 1940, porém com uma abordagem metafórica, ou seja, os autores descreviam a rede de modo simbólico para falar das conexões existentes entre os indivíduos nos sistemas sociais. O próprio Barnes mencionou posteriormente, em um dos seus artigos (Barnes, 1987), ter extraído a idéia de rede a partir do sentido metafórico usado por Radcliffe-Brown, embora não tenha deixado explícita a referência ao autor.

A discussão sobre redes sociais tem crescido substancialmente na sociologia e em outras disciplinas das ciências sociais, com inúmeras produções científicas e o desenvolvimento de métodos específicos de análise de redes. O interesse crescente pela temática pode ser atribuído à possibilidade que a rede traz de deslocar a análise centrada nos atributos individuais - como faixa etária, sexo, profissão - para compreender as características das relações e suas interferências no comportamento social (Mercklé, 2004). Esse deslocamento é relevante tendo em vista que os comportamentos dos atores sociais ganham sentido quando analisados em sua dimensão relacional.

Levando-se em conta a importância de sair dos atributos individuais, Hall & Wellman (1985) criticam as pesquisas sobre redes que organizam os seus dados por meio de categorias sociais - como, por exemplo, a classe socioeconômica - construídas a partir do agrupamento de indivíduos com atributos semelhantes, e utilizam tais categorias classificatórias para analisar a estrutura social. Segundo os autores, esses estudos geram distorções ao tratarem os indivíduos como unidades independentes de análise, descolados do sistema social no qual estão imersos. Além disso, incorrem no erro de analisar as categorias obtidas como se fossem medidas estruturais das redes e o processo social como sendo o conjunto de atributos individuais e de normas internalizadas.

Com o desenvolvimento das pesquisas empíricas, as redes sociais passaram a ser abordadas como instrumento de análise e não mais em seu sentido metafórico. Conforme lembra Portugal (2007), a utilização da abordagem analítica na construção da noção de rede social se fundamentou a priori em duas correntes. A primeira, oriunda da antropologia social britânica, com os trabalhos iniciais de Barnes e Bott. A outra, proveniente dos estudos americanos, cuja análise da rede se pauta em metodologias quantitativas, apoiadas em modelos matemáticos e teorias dos gráficos.

Essa segunda corrente se expandiu nas ciências sociais ao desenvolver um conjunto de métodos, teorias e modelos de pesquisa, o que propiciou a sociologia das redes a se configurar como um campo específico de conhecimento e a se institucionalizar (Mercklé, 2004). O seu processo de institucionalização é marcado por vários eventos, a saber: a criação da Associação Internacional de Analistas de Redes Sociais - *International Network of Social Network Analysis* (INSNA) no final dos anos 1970, que ainda se mantém ativa e agrega profissionais de diversas áreas; a publicações de artigos nos principais periódicos de ciências sociais; a edição de revistas especializadas; a organização de eventos científicos e fóruns de discussão; e a produção de vários softwares¹ para análise de redes sociais.

A *network analysis*, ou análise de rede social, busca “*explicar o comportamento dos indivíduos por meio das redes na qual eles se inserem, e explicar a estruturação das redes a partir da análise das interações entre os indivíduos e de suas motivações*” (Mercklé, 2004, p. 97). A premissa é de que a forma como a rede se estrutura interfere no comportamento dos indivíduos, e estes, por sua vez, também influenciam as estruturas sociais. É nesse sentido que Mercklé (2004) chama atenção para a apreciação que Michel Forsé faz ao identificar que a sociologia relacional de Simmel influenciou a análise estrutural das redes, embora este autor não tenha utilizado explicitamente a terminologia rede social em seus estudos sobre a formação das sociedades e tenha abordado a rede dentro de uma conotação metafórica.

A influência de Simmel e a compreensão de sua obra é ponto de divergência e embates entre diversos autores (Waizbord, 2007), pois alguns o apontam como formalista e outros como interacionista. Mais do que uma abordagem formalista, Simmel (1983) tece a análise dialética das formas sociais e dos conteúdos pautados em ações recíprocas, e evidencia que os indivíduos, por meio das interações sociais, exercem influência e também são influenciados pelos demais atores no sistema social, o que denomina de “reciprocidade das influências”. Para este autor, a abordagem restrita

ao conteúdo das relações sociais permite identificar os atributos individuais, porém os mesmos só ganham expressividade quando analisados juntos às formas sociais de interação. Isso fica claro em sua análise sobre a pobreza, a qual é compreendida como uma característica das formas de interação social e não como um atributo dos indivíduos, indicando que a pobreza se expressa na dimensão relacional entre indivíduos e sociedade.

De fato, Simmel parece ter influenciado alguns estudos da sociologia das redes sociais, o que fica evidenciado no próprio site da INSNA² ao mencioná-lo como um dos precursores no conceito de estrutura social, cuja obra foi relevante para fundamentar os trabalhos atuais. As *networks analysis* se expandiram para vários campos do conhecimento e, conforme referido no capítulo anterior, são muito utilizadas na saúde coletiva como um instrumento para medir o apoio social e sua relação com a saúde dos sujeitos e grupos.

A ênfase das *networks analysis* recai nas análises estruturais das redes sociais, onde se identificam as suas propriedades - composição, densidade, tamanho e homogeneidade - e os atributos dos vínculos, tais como a quantidade de contatos, a reciprocidade, a duração dos vínculos, o grau de intimidade social, entre outros. Os indicadores são apurados por meio de técnicas de sistematização de dados, com a utilização de softwares e métodos quantitativos para descrever as relações e os fluxos de recursos entre os atores. Assim, o que a primeira vista pode parecer uma sofisticação de informações, se revela como “*modelos abstratos de sistemas relacionais*” (Mercklé, 2004, p. 105) que não avançam na abordagem conceitual e metodológica das redes sociais.

Os limites da análise estrutural ficam evidenciados ao se negligenciar a dimensão qualitativa dos vínculos e os valores culturais e simbólicos que permeiam as interações entre os atores. Além disso, restringir-se à dimensão quantitativa não dá conta de revelar a perspectiva do encontro e das relações intersubjetivas em produzir mudanças significativas no modo de viver a vida, o que acaba limitando a compreensão das redes e do apoio social. É nesse sentido que Martins (2009b) ao tecer uma análise crítica dos estudos sobre redes sociais na sociologia, e questionar a hegemonia das *networks analysis*, chama atenção para a visão naturalizada que alguns estudiosos das ciências sociais vêm imprimindo a essa discussão.

Segundo o autor, a naturalização da noção de rede social, do ponto de vista conceitual e operacional, se evidencia em duas circunstâncias. A primeira está presente

nos estudos que abordam a rede social de modo simplificado, reduzindo a sua análise a mera aplicação de gráficos e modelos matemáticos abstratos. Tal abordagem se prende às técnicas de rede e carece de uma reflexão crítica sobre o sentido da ação coletiva. A segunda circunstância revela a influência das teorias utilitaristas que permeiam a concepção de vários estudos das *networks analysis*, os quais enfatizam as redes de modo utilitário, ou seja, como instrumento que serve ao interesse exclusivo dos indivíduos. A colonização dessa teoria individualista e do cálculo racional nas ciências sociais, acrescenta Martins (2009b), reforça a desumanização das práticas sociais e obscurece a possibilidade das redes sociais de traduzir os vínculos de solidariedade e dádiva que mobilizam os sujeitos e grupos no cotidiano.

Em contrapartida, a abordagem complexa das redes sociais se expressa nas pesquisas que imprimem um novo olhar às diversas formas de interação e mobilização dos atores, tal como evidenciado nos estudos que articulam as redes com os movimentos sociais (Melucci 2001; Scherer-Waren, 1999), com as associações voluntárias na saúde (Moreira, 2006a; Moreira, 2006b) ou com a práxis de integralidade do cuidado (Pinheiro & Martins, 2009). São estudos que nos remetem à dádiva como teoria da ação social, onde o que circula nas interações sociais a favor da manutenção dos vínculos, do reconhecimento mútuo e das transformações coletivas ganha expressividade por meio do triplo movimento de dar, de receber e de retribuir.

No que tange à compreensão dos movimentos sociais sob a forma de redes, Melucci (2001, p. 97) aponta que “*os movimentos nas sociedades complexas são redes submersas de grupos, de pontos de encontro, de circuitos de solidariedade que diferem profundamente da imagem do ator coletivo politicamente organizado*”. Sob essa ótica, defende que a baixa visibilidade dos movimentos sociais, por se tratar de redes submersas que têm períodos de latência e de ativação, não significa seu esvaziamento, mas uma transformação em relação às formas tradicionais de organização dos atores. Isso implica em analisar os modos de constituição das ações individuais e coletivas organizadas em redes, e considerar a heterogeneidade e complexidade dos movimentos sociais, o sentido da ação e as motivações dos atores envolvidos (Melucci, 2001).

Ainda dentro dessa visão complexa das redes, Moreira (2006b) aponta para a importância de um novo olhar sobre as inovações que as redes de associações voluntárias - organizadas para dar apoio social às crianças com doenças crônicas sujeitas às reinternações e a seus familiares - trazem em relação ao trabalho voluntário tradicional, com suas expressões políticas e ações solidárias, embora se mantenham

invisíveis para o poder público. O mesmo ocorre com as redes que se processam no cotidiano e que traduzem saúde, tendo em vista que os sujeitos e coletivos passam a ter maior autonomia diante da vida mas, não obstante a sua importância política na luta por reconhecimento dos direitos e construção da cidadania, não têm visibilidade para os gestores, trabalhadores da saúde e para o sistema (Pinheiro & Martins, 2009; Lacerda *et al.*, 2006b).

Torna-se, portanto, necessário desenvolver estratégias metodológicas que possibilitem mapear as redes sociais que se constroem no cotidiano, de modo a fortalecer as alianças e parcerias no campo da saúde no contexto da atenção básica e nos demais níveis de atenção do sistema. Mercklé (2004) faz uma crítica às abordagens tradicionais das redes, do ponto de vista metodológico, por meio das díades, isto é, da relação entre dois elementos, a qual se constitui como a forma mais simples de análise. A díade traduz a individualidade de cada um dos componentes, sendo mais focalizada e suficiente para as características das relações interpessoais, mas não dá conta de identificar os vínculos entre as conexões nas redes. Nesse sentido, o autor, apoiado nos trabalhos de Simmel e Forsé, aponta que a unidade relacional de análise das redes é obrigatoriamente a tríade, e afirma que a rede social é o “*conjunto de relações entre os indivíduos, ou o conjunto de tríades*” (Mercklé, 2004, p. 11). A tríade revela os diversos arranjos sociais e indica que a rede é muito mais do que a soma dos indivíduos, pois o que se processa na relação entre um par vai reverberar nas relações entre os demais atores.

A inclusão de um terceiro elemento na análise metodológica das redes permite tratar a complexidade das relações e identificar os elementos subjetivos e simbólicos que circulam entre as unidades sociais, abrindo caminho para se compreender o apoio social por meio do sistema da dádiva. Ademais, a dimensão intersubjetiva e simbólica dos dons circulantes se contrapõe à visão utilitarista de que os indivíduos agem por impulsos egoístas e pelo cálculo racional.

A reconstrução do apoio social a partir da teoria da dádiva, conforme proposto no capítulo anterior, ao incorporar a relação triádica e o triplo movimento de dar-receber-retribuir, traz subsídios teórico-metodológicos para sair da visão restrita do apoio como uma troca fixa entre duas pessoas e levar em conta as redes de apoio social e a dinâmica da circulação. A necessidade de ampliar a análise do apoio social fica explícita nos estudos de Minkler (1985; 1992) sobre participação social com idosos de camada mais pobres, onde por meio da organização comunitária se promovia um

incremento das redes de apoio entre esses atores. A autora tece uma crítica à abordagem do apoio centrada no indivíduo e na dimensão formalista das redes, e reafirma a importância de compreender os impactos que as redes de apoio geram na saúde individual e coletiva e nas transformações no plano micro e macro da vida social:

Essa abordagem de focar o indivíduo e sua rede de apoio como única unidade de análise com frequência negligencia as mudanças que se processam no nível macro quando indivíduos e comunidades, empoderados pelo aumento do apoio social, trabalham coletivamente para enfrentar os problemas compartilhados que contribuíram para as suas condições de opressão. Essa perspectiva está em consonância com a filosofia de [Paulo] Freire, na qual o desenvolvimento de uma consciência crítica também implica em focar o empoderamento e as mudanças no nível macro e micro (Minkler, 1985, p. 305).

Dentro dessa compreensão, a análise do apoio social deve enfatizar os sujeitos e grupos articulados em processo de trocas dinâmicas, as quais fortalecem os atores e promovem as mudanças individuais e coletivas. Essa perspectiva é relevante para a produção do cuidado nas práticas de integralidade em todos os níveis de atenção, e é nesse sentido que cabe explorar as redes de apoio social com os dons circulantes.

3.2 Redes de apoio social na saúde: a dinâmica dos dons circulantes

O termo rede de apoio social ou rede de apoio é muito utilizado na literatura acadêmica sem uma definição conceitual explícita, sendo, portanto, abordado como um conceito dado que remete ao senso comum. Os estudos sugerem que se trata de redes menores que se formam no cotidiano, tecidas muitas vezes por vínculos de solidariedade e confiança, por meio das quais circulam os diversos tipos de apoio social (Cohen & Syme, 1985a; Minkler, 1992). Tais redes têm como pressuposto o benefício que geram aos atores envolvidos, favorecendo o sentimento de pertencimento e a autonomia diante da vida, haja vista a associação entre apoio social e saúde dos sujeitos e grupos (Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985a, entre outros). Nesse sentido, toda rede de apoio é uma rede social ao passo que a recíproca não se procede, pois podemos ter redes sociais que não sejam benéficas e pelas quais o apoio não circula.

Os atores nas redes estão constantemente transitando entre as posições de doador e donatário, de modo que a circulação dinâmica de dons faz com que as relações estabelecidas, apesar de sua inerente assimetria, não se cristalizem em hierarquia e poder. Aqui cabe, portanto, ampliarmos a compreensão da rede de apoio social e

entendê-la no contexto da dádiva-partilha (Caillé, 1998), indicando que além do apoio circulam outros bens simbólicos e materiais. A dádiva agonística, por sua vez, pode circular nas redes sociais, mas rompe com as redes de apoio.

O processo de constituição das redes é dinâmico, pois as mesmas podem se formar e se desfazer com certa rapidez, principalmente diante de circunstâncias críticas que tendem a fragilizar o tecido social como desemprego, adoecimento, separação, entre outros rompimentos dos vínculos. Na vigência dessas situações estressantes, em que os usuários encontram-se isolados, marginalizados, com baixa autoestima e falta de perspectiva na vida, as redes de apoio social se tornam relevantes no sentido do acolhimento e do *holding* (Winnicott, 1974) necessários para a mobilização e enfrentamento dos problemas. O fortalecimento dos usuários com a entrada em novas redes de apoio social pode se processar na esfera da vida privada como da vida pública.

A entrada dos atores nas redes envolve o movimento conjunto de obrigação e liberdade presente na dádiva (Mauss, 1985), e esses opostos não “*não são contraditórios, sendo apenas expressões polares da realidade social complexa*” (Martins, 2004, p. 23). A articulação entre obrigação e liberdade da ação social se revela na própria dinâmica das interações, na espontaneidade e nas emoções, e se abre para uma “reciprocidade aberta e ambivalente” (Martins, 2008) dos dons e contradons, o que não significa, adverte Godbout (2007), que um vínculo livre é a mesma coisa que ser liberado de todos os vínculos sociais.

O autor chama atenção para a diferença existente entre os vínculos que conectam os atores e o que circula entre eles, e reafirma que o vínculo social revela um “modo de relação” enquanto o dom traduz um “modo de circulação” que alimenta os vínculos (Godbout, 2007). O olhar sobre o que circula nas interações sociais é fundamental para compreender os limites e possibilidades à constituição das redes de apoio social na produção do cuidado em saúde, tendo em vista que os vínculos podem ser fontes de apoio e confiança mas também de estresse e adoecimento (Gottlieb, 1985).

O apoio social como promotor da saúde traz o potencial de deslocar a análise centrada no modelo de saúde-doença e se abrir para o modelo de saúde-doença-cuidado. A essência do conceito de saúde-doença-cuidado, conforme nos lembra Samaja, é quando a “*saúde-doença deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social*” (Samaja, 2000, p. 41). A lógica do apoio social, na perspectiva do cuidado, se contrapõe às relações de poder que se estabelecem entre trabalhadores de

saúde e usuários ao negar a singularidade do outro e não o reconhecer em seus direitos, criando-se a dependência e o controle ao invés da autonomia e da emancipação individual e coletiva. O mesmo ocorre quando a relação entre os trabalhadores da saúde se configura por meio de hierarquias funcionais, em detrimento das relações de personalidade (Caillé, 1998), eliminando a cooperação que fortalece o trabalho em equipe.

Se por um lado, o apoio social é evidenciado nas relações de personalidade presentes nos vínculos primários significativos (Cassel, 1976) e na organização da sociedade civil para enfrentar as adversidades da vida (Minkler, 1992; Lacerda *et al.* 2006b), por outro, também passa a ser incorporado na indução de políticas públicas de promoção da saúde com vistas a fortalecer o apoio recíproco e as redes comunitárias (OMS, 1986). Não obstante a importância de se fomentar estratégias de apoio social e suas redes no campo da promoção, é preciso ter claro os limites de sua atuação na ausência de ações políticas que de fato assegurem os direitos de cidadania.

Os documentos da política pública de saúde no Brasil, a partir da implementação do SUS, fazem referência às redes em sua dimensão técnica, ou seja, as redes de infraestrutura que articulam as ações e serviços de saúde nos diversos níveis de atenção do sistema (Brasil, 1990; Brasil, 2006a; Brasil, 2006b), porém não mencionam sobre as redes sociais. A dimensão relacional das redes é sugerida ao se destacar a importância da participação da comunidade no SUS como um de seus princípios doutrinários (Brasil, 1990), tendo em vista que participação implica em uma ação coletiva que se processa por meio das redes sociais (Melucci, 2001).

Entretanto, no ano de 2006, a rede social passa a ser abordada de forma mais explícita, porém ainda de modo incipiente, no documento referente à Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006g). Esse documento faz parte do Pacto pela Saúde, e sinaliza que a participação e a efetivação da cidadania se concretizam por meio da mobilização e articulação dos atores sociais em redes:

[o objetivo é que] as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social. O exercício da cidadania, assim, vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede (Brasil, 2006g, p. 11)

Ao destacar a importância de outras formas de participação e mobilização coletiva na construção da cidadania, para além dos espaços instituídos, o documento acrescenta que *“o trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios”* (Brasil, 2006g, p. 11), e enfatiza as ações da promoção na atenção básica. O trabalho em rede implica na participação de atores de diversos segmentos nas ações institucionais do SUS, conformando assim diferentes práticas sociais. Sob essa ótica, Martins & Fontes (2004) teceram uma tipologia de rede - formada pelas redes sócio-técnica, sócio-institucional e sócio-humana, - na perspectiva de construção de uma Rede de Vigilância em Saúde que pode ser transposta, com as devidas adequações, para se analisar as redes sociais na gestão da atenção básica e identificar os avanços e impedimentos à participação da comunidade e às ações intersetoriais.

As redes sócio-técnicas se processam em sistemas organizacionais formais e bem regulamentados, se constituindo no interior do Estado a partir de grupos de trabalho interdisciplinar, de especialistas e acadêmicos da área, de agências governamentais e de instituições científicas. Essas redes surgem muitas vezes para atender as demandas sociais de ações intersetoriais e interdisciplinares e, apesar da hierarquia e poder, são mais flexíveis que as redes burocráticas das organizações públicas, favorecendo a circulação de informações, a descentralização dos processos decisórios e as práticas de gestão participativa (Martins & Fontes, 2004).

Ainda no plano institucionalizado se encontram as redes sócio-institucionais, as quais se formam em sistemas organizacionais menos regulamentados que os das redes sócio-técnicas, na fronteira entre o Estado e a sociedade civil, com a participação de organizações governamentais e não governamentais, de lideranças comunitárias, de associações locais, de instituições científicas e religiosas. Conforme destacam os autores (Martins & Fontes, 2004), essas redes favorecem as ações de cooperação e a governança no nível municipal e na esfera pública local e, apesar de não terem poder decisório, são relevantes para delinear os possíveis caminhos das políticas públicas.

O terceiro tipo, as redes sócio-humanas, se constrói por meio de vínculos mais espontâneos entre amigos, vizinhos e familiares, se situando no campo das sociabilidades primárias. O objetivo dessas redes *“que pré-existem ao aparelho estatal é de permitir que os indivíduos possam se socializar e adquirir um lugar no interior do grupo de pertencimento. Esse tipo de rede é estruturante da vida social e sem ele não*

existe a categoria abstrata chamada indivíduo” (Martins & Fontes, 2004, p. 115). Em geral costumam ser invisíveis ao olhar dos gestores, tendo em vista que não necessariamente se articulam com as redes sócio-técnicas e sócio-institucionais. Tal articulação pode se processar quando se implantam políticas sociais que afetam diretamente a comunidade (Martins & Fontes, 2004), como ocorre na Estratégia Saúde da Família. Vale ressaltar que a dimensão sócio-humana das redes está inscrita nas redes de apoio social.

Tendo em vista que a tipologia das redes sociais pode ser útil para as pesquisas e ações de planejamento que trabalhem com metodologias de rede (Martins & Fontes, 2004), duas questões merecem ser destacadas. A primeira indica que a análise da dimensão sócio-técnica da rede traz a tona o potencial de identificar a organização do trabalho, ou seja, se os trabalhadores estão articulados em rede no planejamento e execução de suas práticas de cuidado, o que, por sua vez, é relevante diante da complexidade da atenção básica e da perspectiva da integralidade. Entendemos, portanto, que a rede sócio-técnica pode ser abordada como uma rede de trabalho na saúde que se processa no interior do Estado, constituída pelos trabalhadores que atuam no campo da saúde, sem necessariamente articular todos os atores referidos acima.

A segunda consideração remete ao desafio da gestão da atenção básica de incorporar a dimensão sócio-humana das redes, haja vista que o campo das sociabilidades primárias costuma ser negligenciado pelos gestores e planejadores. A nosso ver, uma das perspectivas para se trabalhar com a dimensão sócio-humana é investigar as redes de apoio social na atenção básica em geral e, em particular, nos espaços territorializados da Saúde da Família e no cotidiano dos trabalhadores.

A Estratégia Saúde da Família tem sido concebida, no âmbito da política, como um espaço potencial de construção da cidadania, e o trabalho em equipe de saúde tem como característica, entre outras, a *“valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito”* (Brasil, 2006a). O exercício de uma cidadania ativa se processa quando esses vínculos de confiança, de ética e de respeito se consolidam por meio do reconhecimento recíproco entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado em saúde, o que aponta para a importância de se discutir o reconhecimento no trabalho e na constituição das redes de apoio social.

3.3 A teoria do reconhecimento e sua contribuição para o campo da saúde coletiva

O tema do reconhecimento é fundamental no contexto da saúde coletiva, seja para a discussão do trabalho em saúde, das práticas de integralidade do cuidado, da participação social, ou até mesmo para o avanço dos estudos sobre as redes sociais, embora existam poucas reflexões sobre essa temática. A nossa opção foi recorrer ao aporte das ciências sociais sobre a teoria do reconhecimento, com vistas a obter subsídios teórico-metodológicos para discutir o trabalho prescrito e trabalho real do ACS e as redes de apoio social no cotidiano. Para tanto, nos apoiaremos nos estudos do sociólogo Axel Honneth (2003).

O autor discute o reconhecimento como uma teoria de valor social normativo, fundamentando-se na teoria do reconhecimento em Hegel e nos trabalhos da psicologia social de George Mead. A partir das patologias sociais presentes na sociedade moderna, tais como as situações de desrespeito, humilhação, exclusão, conflitos domésticos, violência, entre outras, Honneth (2003) entende o reconhecimento como sendo mediado por experiências de luta e de conflitos sociais no cotidiano, identificando-o como uma reação normativa no sentido de criar normas sociais que permitam conter tais patologias fontes de conflitos sociais. Nesse sentido, assinala que “*são as lutas moralmente motivadas de grupos sociais, sua tentativa coletiva de estabelecer institucional e culturalmente formas ampliadas de reconhecimento recíproco, aquilo por meio do qual vem a se realizar a transformação normativamente gerida das sociedades*” (Honneth, 2003, p. 156). O reconhecimento se pauta, portanto, em um conjunto de valores comuns compartilhados entre os atores sociais no que concerne a nossa presença na vida, e emerge a partir das experiências vivenciadas.

O reconhecimento depende da socialização e se processa nas diferentes esferas de reprodução da vida social, seja na vida privada como na vida pública, pois é a partir das interações sociais e do encontro que nos reconhecemos a partir do outro. Ao me sentir reconhecido, eu também passo a me reconhecer como um sujeito com valores e singularidades, por sua vez, ao reconhecer o outro eu estou admitindo o seu valor enquanto sujeito (Caillé, 2008). Nesse processo de reconhecimento recíproco os valores sociais estão em jogo, indicando que queremos ser reconhecidos pelos atores que de fato tenham legitimidade para reconhecer.

Essa discussão é importante no trabalho em equipe de saúde na perspectiva das redes de apoio, haja vista que as relações de poder e hierarquia instituída reforçam a divisão social e técnica do trabalho e impedem o reconhecimento do outro em seu valor

profissional. Ademais, rompem com os vínculos de apoio social fundamentais para se construir alianças e negociações que permitam superar os conflitos. O mesmo se processa quando a hierarquia e controle estão presentes nas relações entre trabalhadores e usuários, prevalecendo o saber técnico-científico sem legitimar o saber popular.

A teoria do reconhecimento, segundo Caillé (2008), traz contribuições para a construção da ação social, pois conjuga dois momentos: a ação propriamente dita e a socialidade:

Ter como hipótese de partida que os atores sociais estejam em luta *de* ou *para o* reconhecimento permite, de fato, fazer justiça a um só tempo ao momento da ação - representado pela insistência na luta - e ao momento da socialidade, uma vez que visar a ser reconhecido é necessariamente ser reconhecido por outros que não si mesmo. (...) Isso significa agir para fazer sentido a si mesmo e aos outros, ou pelo menos aos olhos dos outros (Caillé, 2008, p. 152).

O autor prossegue e sinaliza que podemos ser reconhecidos por outros que se encontram “*na esfera da intimidade ou do trabalho e pelo “grande outro”, aquele que encarna a cultura e os valores compartilhados* (Caillé, 2008, p. 152). O reconhecimento não é, portanto, um ato isolado, mas se processa pelo ciclo contínuo de reconhecer o outro, ser reconhecido e de reconhecimento de si próprio, engendrando o movimento de dar-receber-retribuir que aproxima a teoria do reconhecimento com a teoria da ação social da dádiva (Caillé, 2008; Martins, 2009a).

Ao tecer a análise da luta por reconhecimento, Honneth (2003) a faz a partir de três dimensões intersubjetivas, ou seja, três formas de reconhecimento que correspondem ao amor, ao direito e a solidariedade³. A dimensão do amor traduz as relações de afetividade como fundamento para a autoconfiança, a do direito se refere ao reconhecimento jurídico como caminho para o autorrespeito e a dimensão da estima social aponta para a solidariedade cívica como fortalecimento da autoestima. Cada uma dessas formas de reconhecimento é fundamental no processo de construção sociocultural da cidadania na saúde (Martins, 2009a), e no empoderamento individual e coletivo. Tendo em vista que ninguém empodera ninguém, ou seja, nenhum ator social é capaz de empoderar o outro (Lacerda, 2002, Teixeira, 2002), o processo de empoderamento dos sujeitos e grupos se dá nas redes de apoio social, no exercício da cidadania, na participação social e na luta por reconhecimento.

● **Reconhecimento do amor: a experiência da autoconfiança**

O amor é construído a partir das relações de sociabilidades primárias que se processam na esfera da intimidade, seja entre casais, familiares, amigos e vizinhança. Como experiência de reconhecimento, o amor se constrói inicialmente a partir do vínculo mãe-bebê (Honneth, 2003) e, posteriormente, se estende às demais relações de intimidade e confiança que os sujeitos vão tecendo no seu percurso de vida. A dimensão intersubjetiva do amor é fundamental para fornecer a sustentação ou *holding* (Winnicott, 1974) que os sujeitos necessitam para ter segurança afetiva na vida e experimentar o reconhecimento mútuo.

A afetividade é um processo dinâmico que se constrói a partir da interação social e da experiência concreta dos sujeitos, e é a vivência do amor como uma das formas de reconhecimento que traz a possibilidade da autoconfiança. A teoria do reconhecimento contribui para pensarmos o amor e a afetividade no campo da saúde coletiva como um dos constituintes da ação pública e da cidadania.

No âmbito da saúde, a afetividade tem a sua expressão limitada no que se refere à discussão das emoções na saúde física e mental. Em geral, os estudos sobre emoções, saúde e doença tendem ao reducionismo ao tratar as emoções como universais, se fundamentando na biologia e na neurofisiologia para identificar áreas do cérebro responsáveis por desencadear emoções e doenças específicas (Damásio, 1996). Essa forma de conceber os afetos e as emoções na lógica do modelo biomédico favorece a medicalização, com o silenciamento dos “problemas afetivos” e do sofrimento difuso.

Em contrapartida, alguns autores (Reddy, 1997; Leavit, 1996), na perspectiva antropológica, correlacionam as emoções enquanto um constructo sociocultural com as dinâmicas psicológicas individuais. Para Reddy (1997), as emoções têm um caráter dinâmico e são formadas, modeladas e expressas em função das situações, do contexto e das relações de poder. A emoção como expressão da afetividade pode ser compreendida como um dom que circula nas interações sociais, indicando que o trabalho em saúde, ao operar no plano relacional das tecnologias leves (Merhy, 1998), tem o potencial de incorporar a dimensão do amor na produção do cuidado e construir vínculos de confiança que sustentam as redes de apoio social.

Apesar de não termos encontrado na literatura acadêmica uma relação explícita entre apoio social e reconhecimento, alguns estudos sobre apoio social e saúde trazem questões importantes que, a nosso ver, remetem a essa temática. No reconhecimento do

amor foi possível pensar em algumas associações, principalmente a partir do apoio emocional.

Cobb (1976), ao definir o apoio emocional como “*as informações que levam o sujeito a acreditar que é querido e amado*” (p. 300), aponta para o amor como uma das expressões do apoio emocional que circula nos vínculos entre doadores e donatários. Esse tipo de apoio é “*transmitido em situações íntimas envolvendo a confiança mútua*”, inicia com a interação mãe-bebê e é *comunicado de diversas maneiras, mas especialmente na forma como o bebê é apoiado e recebe o holding*” (Cobb, 1976, p. 301). Acrescenta ainda que o apoio vem da família, dos pares no trabalho, da comunidade e, quando necessário, dos profissionais de saúde.

A sua abordagem sobre o apoio emocional, desde a constituição inicial com o vínculo mãe-bebê e depois se estendendo para outras relações em que predominam a intimidade e a confiança mútua, é muito semelhante à análise de Honneth (2003) sobre a construção do amor na experiência do reconhecimento, o que sugere a associação entre apoio emocional e reconhecimento na dimensão afetiva. Em outras palavras, o apoio emocional propicia os sujeitos se sentirem amados, amparados e protegidos pelas relações de confiança recíproca e pode ser um dispositivo para a experiência do reconhecimento do amor.

Encontramos outro autor (Wills, 1985), dentro de uma abordagem semelhante, que associa os relacionamentos de apoio emocional com a simpatia, com a escuta atenta, com oferecer segurança, e refere que esse tipo de apoio favorece a “*experiência de se sentir aceito e valorizado por outra pessoa*”. (Wills, 1985, p. 68 - grifos nossos). Na linguagem do reconhecimento, se sentir aceito e valorizado é admitir que somos reconhecidos pelo outro como um sujeito de valor, e nessa experiência eu também passo a reconhecer o outro que me valorizou.

A abordagem de Cobb (1976) e Wills (1985) ganha novo sentido ao analisarmos o apoio social por meio da relação triádica no sistema da dádiva. Nessa compreensão, o apoio emocional e outras dimensões da afetividade que circulam nas redes de apoio social favorecem os sujeitos se sentirem amados, aceitos e valorizados, e a se reconhecerem mutuamente. Isso implica que ao me sentir reconhecido eu entro em “dívida” com o reconhecedor, fazendo com que a dívida simbólica se transforme novamente em dádiva e realmente os vínculos sociais.

É na luta por reconhecimento do amor que os sujeitos vão afirmando a sua autonomia, de modo a fortalecer “*a autoconfiança, que é a base indispensável para a*

participação autônoma na vida pública” (Honneth, 2003, p. 178). A temática do amor nas relações sociais tende a ficar restrita ao plano da vida privada, no entanto, é fundamental abordá-la na esfera pública na perspectiva da construção da cidadania. É nesse sentido que a teoria do reconhecimento contribui para discutirmos o reconhecimento dos usuários e trabalhadores no SUS na dimensão da afetividade, e aprofundarmos a análise das redes de apoio social na produção do cuidado em saúde.

● **Reconhecimento do direito: a experiência do autorrespeito**

A luta por reconhecimento jurídico se constitui tanto pela reivindicação dos direitos assegurados como pela conquista de novos direitos, os quais se modificam com as transformações das sociedades e os processos históricos. Nas sociedades modernas, o reconhecimento jurídico implica em todos serem livres, portadores de direitos igualitários, e com autonomia para tomar decisões (Honneth, 2003). Os direitos adquiridos e a lutas sociais por novas conquistas, em geral frutos da organização e da mobilização coletiva, muitas vezes ampliam as normas jurídicas e devem ser legitimados e garantidos como dispositivos sociais e legais a todos os sujeitos pela esfera político-jurídica (Caillé, 2008). É mediante essas experiências que os sujeitos vão manifestando sua autonomia e se reconhecendo reciprocamente como cidadãos portadores de direito.

A experiência do reconhecimento jurídico se processa nas interações regidas pelo respeito social, nas quais eu reconheço o outro como um sujeito de direitos igual aos demais membros do coletivo, e também sou reconhecido como tal, favorecendo a constituição do autorrespeito (Honneth, 2003). Em contrapartida, ressalta o autor, as experiências de desrespeito, mobilizadas por conflitos sociais, interferem no autorrespeito e na dignidade e afetam inclusive as demais formas de reconhecimento.

Embora o direito moderno se pautar no princípio dos direitos igualitários, as desigualdades crescentes, a acumulação de capital, o aumento da pobreza faz com que grande parcela da população esteja incluída no sistema capitalista, mas de uma forma desigual, configurando o que José de Souza Martins (2000, p. 21) refere como os “*incluídos de modo excludente*”. Esses sujeitos e grupos sociais privados dos direitos fundamentais, “*também têm fome e sede de justiça, de trabalho, de sonho, de alegria. Fome e sede de realização democrática das promessas da modernidade, do que ela é para alguns e, ao mesmo tempo, apenas parece se para todos*” (Martins, 2000 p. 20). Em outras palavras esses sujeitos tem “fome e sede” dos projetos de vida que muitas

vezes são destruídos por essas formas de desrespeito e ausência de reconhecimento. Sob essa ótica dos grupos sociais excluídos, destituídos de seus direitos, Honneth (2003, p. 198) lembra sobre as publicações correntes que mencionam que *“a tolerância ao subprivilégio político conduz a um sentimento paralisante de vergonha social, do qual só o protesto ativo e a resistência poderiam libertar”*, reafirmando assim o significado da luta por reconhecimento do direito para a constituição do autorrespeito.

Os conflitos sociais afetam os direitos de cidadania e interferem na democratização da vida social e política. A cidadania como expressão da igualdade social é uma construção sociocultural, e nas sociedades modernas se constitui pela ambivalência entre a liberdade individual e os valores coletivos (Martins, 2009c). Nessa perspectiva, destaca o autor, a relação entre cidadania e democracia não é simples e pode gerar tensões, *“pois se o abusivo peso da igualdade coletiva sufoca as liberdades individuais, o contrário também é verdadeiro, o excesso de liberdade individual reprime as perspectivas de sobrevivência do ‘mundo comum’”* (Martins, 2009c, p. 57). Para se pensar a democracia junto à cidadania é preciso tecer duas considerações. A primeira, sinalizada por Melucci (2001), aponta que a democracia está atrelada à garantia dos direitos fundamentais, mas também expressa um valor simbólico que deve ser considerado pois revela a dimensão cultural dos conflitos e a formação dos novos movimentos sociais com suas ações inovadoras. A outra, que caminha nessa mesma direção, reafirma a importância de valorizar as experiências de participação da população nos espaços públicos e nas práticas cotidianas como afirmação da ação política (Martins, 2009a), da autonomia nos processos decisórios e da luta por reconhecimento do direito.

A mobilização e participação da sociedade traduzem a expressão da democratização das relações sociais e da construção da cidadania como um dos valores a ser conquistado. A associação entre apoio social e reconhecimento jurídico pode ser pensada a partir dos estudos que fomentam as redes de apoio social em grupos organizados e associações comunitárias para a reivindicação coletiva e para a tomada de decisões (Minkler, 1985; 2002). São estudos que associam o apoio social e os benefícios à saúde em função do aumento do sentido de controle diante da vida e do empoderamento individual e coletivo (Minkler, 2002) e que, a nosso ver, traduzem a luta por reconhecimento dos direitos comunitários e o pertencimento àquela coletividade.

O campo da saúde coletiva é marcado pelas lutas por reconhecimento do direito que são travadas até os dias atuais. Os princípios de cidadania que regem a Constituição Federal; os valores éticos, sociais e políticos que fundamentam o SUS; a conquista da saúde como direito; a universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde, entre outros, são normas antecedentes que revelam o reconhecimento jurídico como fruto da mobilização coletiva articulada em rede e da gestão democrática na luta pela Reforma Sanitária. Em outra dimensão, no contexto da atenção básica, em particular na Estratégia Saúde da família, também se configuram como normas antecedentes a história de luta social e política dos ACS por reconhecimento jurídico no se refere à regulamentação da profissão, à qualificação profissional e às relações de trabalho no que tange à desprecarização dos vínculos. Desse modo, a possibilidade dos usuários, ACS e demais trabalhadores usufruírem os direitos conquistados e garantidos pela legislação é uma expressão do reconhecimento jurídico e um exercício de cidadania e democratização que se processa no cotidiano.

● **Reconhecimento da solidariedade: a experiência da autoestima**

O reconhecimento da solidariedade, ou da estima social, compõe a terceira dimensão moral no processo de luta dos sujeitos e coletivos na construção da cidadania. Honneth parte do conceito de eticidade em Hegel e da idéia de divisão democrática do trabalho em Mead e identifica nesses autores outra forma do reconhecimento, o da estima social, o qual se encontra fundamentado na solidariedade e permite aos sujeitos “*referir-se positivamente a suas propriedades e capacidades concretas*” (Honneth, 2003, p.198). O autor assinala que “*nas sociedades modernas, a solidariedade está ligada ao pressuposto de relações sociais de estima simétrica entre sujeitos individualizados (e autônomos)*” (p. 210), deixando claro que o termo simétrico não está sendo utilizado no sentido quantitativo, mas indicando que “*todo sujeito recebe a chance, sem graduações coletivas, de experienciar a si mesmo, em suas próprias realizações e capacidades, como valioso para a sociedade*” (p. 211).

Se por um lado, o reconhecimento jurídico remete à igualdade dos sujeitos e às propriedades que são universais, por outro, o reconhecimento da estima social retrata a particularidade dos sujeitos, ou seja, as suas propriedades características que os diferenciam dos demais e passam a ser valorizadas pela coletividade (Honneth, 2003). Enquanto o primeiro favorece o autorrespeito, o segundo fortalece a autoestima. Essa forma de reconhecimento recíproco, pautada na solidariedade, remete aos valores

sociais partilhados entre os atores, e os leva a identificar o valor do outro e seu próprio valor no grupo em que se inserem.

Ao se discutir as formas de solidariedade presentes na sociedade, é preciso levar em conta, conforme assinala Laville (2009, p. 310), que *“o conceito moderno de solidariedade remete a dois projetos diametralmente opostos, sendo, portanto, impossível apresentar uma acepção unificada”*. De um lado, a solidariedade filantrópica, com ações altruístas e voluntárias, de outro, a solidariedade democrática, com a reciprocidade dos atores.

A solidariedade filantrópica é um meio de alívio imediato das camadas mais pobres e se fundamenta na lógica da caridade, onde os que têm mais condições ajudam os mais necessitados. É a lógica que rege a esfera econômica em algumas empresas do mercado, revelando que o aparente altruísmo em ajudar os pobres esconde a dimensão do utilitarismo muitas vezes presente nessas ações (Caillé, 2002). Cabe, portanto, diferenciar a filantropia das ações voluntárias coletivas e gratuitas, marcadas por vínculos de solidariedade, cuja relação entre os atores articulados em rede não se baseia na lógica econômica (Melucci, 2001), tal como se observa nos estudos sobre associações voluntárias na saúde que de fato operam em circuitos de dádiva (Moreira, 2006a; 2006b).

A dádiva na filantropia se configura como uma dádiva vertical, mantendo as relações de hierarquia e poder dos doadores, pois os donatários em dívidas simbólicas estão em situação de inferioridade por não terem como retribuir (Mauss, 1985), e a única possibilidade que se apresenta é a *“gradidão sem limites”* (Laville, 2009). Com as suas ações paliativas, a solidariedade filantrópica atua no plano individual e mantém vínculos de dependência que impedem a liberdade e a autonomia.

É na solidariedade democrática, no entanto, onde encontramos a expressão do apoio social, haja vista que a mesma *“baseia-se tanto na ajuda mútua, como na expressão reivindicativa, tangendo, ao mesmo tempo, à auto-organização e ao movimento social”*. (Laville, 2009, p. 310). Trata-se de uma solidariedade recíproca que traduz a participação social, a mobilização e o engajamento dos sujeitos em prol das transformações sociais, e pressupõe que a dimensão da autonomia, o princípio da liberdade e os direitos igualitários estejam preservados (Laville, 2009). Conforme Melucci (2001), a motivação para participar - seja em um movimento social ou em uma associação comunitária - não é um atributo individual, *“mas se constrói e se consolida na interação”*, na rede de relações. Sobre a motivação, *influi, de maneira determinante,*

a estrutura dos incentivos aos quais é atribuído e reconhecido valor próprio, a partir das relações que ligam os indivíduos (p. 67), o que, a nosso ver, sugere que o reconhecimento dos sujeitos é importante para a participação e para a construção de redes de apoio social no cotidiano.

A relação entre apoio social e reconhecimento da estima fica evidenciada quando Valla (1999) ressalta que o apoio, “*de um lado, oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da **solidariedade** e apoio mútuo, de outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e **autonomia** das pessoas perante a hegemonia médica*” (p. 12 - grifos nossos). As redes de apoio social revelam, portanto, novas formas de solidariedade e organização dos atores no enfrentamento dos problemas de saúde-doença, com a circulação de dons e contradons, onde os sujeitos e grupos apóiam uns aos outros e fortalecem a sua autonomia na vida. A dádiva de partilha na solidariedade democrática opera a favor do reconhecimento recíproco nas redes, de modo que os sujeitos engajados em um movimento de dar-receber-retribuir vão se estimando uns aos outros, identificando o seu valor social e fortalecendo a autoestima.

Na distinção entre as formas de solidariedade e as experiências que produzem, vale lembrar que o perfil social do ACS se baseou no atributo do “*pendor solidário*”, e até o ano de 1999 o requisito para o exercício da função era “*residir na comunidade e ter espírito de liderança e solidariedade*” (Brasil, 1999a), imputando “*qualidades solidárias*” que dependem apenas do trabalhador e revela a lógica da solidariedade filantrópica. Essa perspectiva de solidariedade como caridade guarda marcas até os dias atuais em pelo menos dois aspectos. O primeiro concerne ao fato desse trabalhador, embora considerado estratégico na Saúde da Família, ainda ser mal remunerado, manter vínculos precários de trabalho e não ter assegurado o seu direito conquistado de uma formação técnica completa. O segundo aspecto retrata a importância de se valorizar o trabalho dos ACS com a complexidade que o reveste, e compreender que solidariedade implica na reciprocidade entre trabalhadores e usuários e é sustentada pelo trabalho em equipe articulado em redes.

No campo da saúde coletiva, a solidariedade como princípio democrático deve fortalecer a esfera pública e reger a prática de cuidado de todos os trabalhadores com vistas à integralidade em saúde. O giro da solidariedade filantrópica para solidariedade democrática deve operar na práxis cotidiana, tendo em vista que saúde não é caridade mas um direito de cidadania. A perspectiva é de um agir em saúde voltado para e a

emancipação dos sujeitos ao invés da dependência, entendendo que “*emancipar-se significa livrar-se do poder exercido pelos outros, conquistando, ao mesmo tempo à plena capacidade civil e cidadã no estado democrático de direito*” (Cattani, 2009, p. 175). Essa emancipação com autonomia no modo de viver à vida pode se produzir no encontro tecido pelas redes de apoio social entre ACS, usuários e demais trabalhadores da equipe quando circula o dom-reconhecimento, com o fortalecimento da estima. A experiência do reconhecimento recíproco, que se processa nas redes de apoio social na produção da integralidade do cuidado, é um dispositivo para engendrar novas ações coletivas no exercício da cidadania e na luta pela solidariedade cívica.

A partir da discussão tecida ao longo capítulo e do objetivo da pesquisa em identificar a constituição de redes de apoio social no cotidiano dos ACS, entendemos ser relevante utilizar uma metodologia qualitativa de rede social cujos fundamentos conceituais e operacionais saiam das abordagens tradicionais e permitam dar visibilidade à complexidade das relações sociais. Nesse sentido, optamos por utilizar a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES), sistematizada por Martins (2009d), a qual propicia um olhar sobre a tipologia das redes - redes sócio-técnicas, sócio-institucionais e sócio-humanas - articulado as três dimensões morais da luta por reconhecimento do amor, do respeito e da solidariedade. A abordagem da MARES será tratada no capítulo que se segue sobre a metodologia da tese.

¹ Os softwares podem ser acessados na página da *International network of social network analysis* (INSNA) pelo site www.insna.org.

² Acesso pelo site www.insna.org/awards/simmel.html.

³ Honneth (2003) retoma a tipologia das formas de reconhecimento apontadas em Hegel - amor, direito e eticidade - e a reconstrói a partir da abordagem fenomenológica.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

A utilização da metodologia¹ mais adequada é uma importante tarefa no desenvolvimento de qualquer tipo de pesquisa, de modo a responder aos nossos pressupostos teóricos. Nesse sentido, a escolha entre uma metodologia qualitativa ou quantitativa não pode ser uma simples opção do pesquisador, pois a natureza da pesquisa deve estar em consonância com o objeto de investigação (Minayo, 2007), com os fundamentos teóricos e objetivos propostos. O método, ao invés de ser um limitador, deve propiciar liberdade ao pesquisador para aprofundar a sua investigação de modo consistente.

As metodologias de pesquisas quantitativas se atêm à análise mais objetiva do que pode ser observado na realidade social e, em seguida, quantificado. O conhecimento da matemática, principalmente da estatística, é empregado para a mensuração e quantificação dos dados (Minayo & Sanches, 1993), e a perspectiva é que os resultados obtidos com esse tipo de pesquisa sejam generalizados. São muito utilizadas nas ciências da saúde, principalmente na área da epidemiologia, sendo úteis em diversos estudos nos quais os dados estatísticos trazem informações relevantes sobre as dimensões sociais. Muitas vezes esses dados são aprofundados por abordagens qualitativas.

A objetividade dos dados vai de encontro com o subjetivo e o simbólico, os quais não têm expressão nas pesquisas quantitativas mas ganham visibilidade nos métodos qualitativos na busca de se entender a dinâmica do social. As metodologias de pesquisas qualitativas, segundo Minayo (2007, p. 22), são “*aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais*” e que permitem aprofundar na dinâmica histórica, social, cultural, e simbólica das relações sociais. A autora acrescenta que essas metodologias ao valorizarem a intersubjetividade como fundamental na constituição do social, e na compreensão dos significados da realidade objetiva do cotidiano, se tornam relevantes para as pesquisas sociais no campo da saúde, o qual se encontra permeado pela objetividade dos fatos, pelo simbólico e pelo afetivo.

A nossa pesquisa é uma investigação de natureza qualitativa, o que se justifica pois trabalhamos com a dimensão do subjetivo e do simbólico na constituição das redes de apoio social e da práxis de integralidade do cuidado à saúde. Os nossos elementos de análise enfatizam as abordagens qualitativas das interações sociais e que se limitariam ao serem quantificados numericamente, o que nos leva a afirmar que a abordagem quantitativa vai de encontro aos nossos pressupostos e objeto de investigação. É nesse sentido que tecemos a crítica aos estudos quantitativos sobre apoio social no capítulo 2, e propomos uma releitura do apoio social a partir da teoria da dádiva.

A pesquisa qualitativa incluiu a pesquisa bibliográfica para a construção do corpo teórico-metodológico e a investigação empírica no trabalho de campo. Tendo em vista a importância de trabalharmos com metodologias de rede que levassem em conta a complexidade das relações sociais, optamos por utilizar na investigação empírica a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES) - desenvolvida por Paulo Henrique Martins (2009d) - na perspectiva de identificar e interpretar as redes sociais como uma construção coletiva.

A MARES traz visibilidade às diferentes formas de mobilização coletiva presentes na sociedade, favorecendo assim a compreensão do cotidiano dos sujeitos e do coletivo e a construção de suas redes. Trata-se de uma metodologia qualitativa de rede voltada para os usuários e outros atores com dimensões fenomenológicas, interacionistas e construcionistas (Martins, 2009d), e que contribui para desconstruir a visão simplificada e utilitarista das redes sociais.

A abordagem fenomenológica se deve ao fato do método extrapolar as configurações funcionais e estruturais da rede social, e buscar a compreensão das relações e a constituição das redes a partir das experiências vivenciadas pelos sujeitos (Martins, 2009d). Aqui é possível desconstruir representações e crenças simplificadas e limitantes no contexto da saúde, que muitas vezes geram situações de impasses, e reconstruí-las por meio de novos valores e significados compartilhados pelos sujeitos no coletivo.

Ao trazer à tona a intersubjetividade e a complexidade das trocas de bens simbólicos que operam no cotidiano, a MARES permite inserir as redes sociais no circuito da dádiva. Nesse sentido, *“é um método interacionista ao valorizar na experiência do sujeito no mundo da vida, as trocas de dons e as regras de reciprocidade que explicam os conflitos e a aliança”* (Martins, 2009d, p. 78). É a partir

dos problemas referidos pelos atores sociais que se torna possível identificar os conflitos e as alianças presentes e os respectivos mediadores desse processo.

No que tange à abordagem construcionista, a mesma se revela na medida em que favorece um processo de construção dialógica e compartilhada dos sujeitos envolvidos. Isso fica evidenciado nos trabalhos coletivos - principalmente nos grupos focais - nos quais a participação ativa e a interação entre os sujeitos participantes propicia a reflexão e o aperfeiçoamento dessa metodologia (Lacerda & Martins, 2009). É nessa perspectiva que esses autores apontam que a MARES tem o potencial de ser apropriada e replicada pelos trabalhadores em saúde, e se constituir como um instrumento educativo a ser utilizado nos grupos de promoção da saúde na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família.

4.1 O campo e os sujeitos da pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada junto aos agentes comunitários de saúde que integram a equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). Esse serviço de atenção básica à saúde, criado em 1966, é um departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) localizado em Manguinhos na sede da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Rio de Janeiro. Seu atendimento se destina prioritariamente à população do Complexo de Manguinhos na região da Leopoldina, zona norte do município do Rio de Janeiro situada na Área Programática 3.1. Essa região é um local em que predomina a pobreza e as precárias condições de vida, com um grande número de favelas e conjuntos habitacionais de baixa renda, e com serviços de saúde que não são suficientes para atender às demandas e necessidades de saúde da população (Guimarães *et al.*, 2008).

O CSEGSF realiza atividades de educação, prevenção e promoção da saúde, tais como artesanato, bazar, projeto de horta e alimentação saudável, dança com idosos, teatro, oficinas e grupos com os usuários, além de ser um campo de ensino e pesquisa na área da saúde pública. Uma das características desse serviço é ser uma unidade mista, pois mantém diferentes modalidades de atendimento ao conviver com o modelo tradicional da atenção básica e com a Estratégia de Saúde da Família que foi implantada no ano de 2000.

No período de 2009 a Saúde da Família contava com 46 agentes comunitários de saúde, 90% do gênero feminino, distribuídos em oito equipes, com a cobertura em torno de 80% da população de Manguinhos. Cada equipe de Saúde da Família, formada por

um médico, um enfermeiro, um auxiliar e seis ACS, é responsável por uma determinada região, a saber: Parque João Goulart; Parque Carlos Chagas; Parque Oswaldo Cruz; Conjunto Habitacional Provisório 2; Samora Machel; Mandela de Pedra; Vila Turismo; Comunidade Agrícola de Higienópolis, Monsenhor Brito e Vila São Pedro, sendo que estas três últimas comunidades são acompanhadas por uma mesma equipe. Foram incorporados outros trabalhadores - como dentista, técnico de higiene dental, agentes de dependência química e redutores de violência² - que prestam atendimento à saúde da família e aos demais usuários do Centro de Saúde.

Uma das particularidades de Manguinhos, que a distingue das demais Estratégias de Saúde da Família no Brasil, é o fato dos módulos de atendimento não se situarem nas comunidades mas no CSEGSF. A obrigatoriedade do ACS ser morador da sua área de atuação permanece, e este trabalhador se divide entre as atividades na comunidade e as que precisam ser realizadas no Centro de Saúde. A maior parte dos trabalhadores foi incorporada na saúde da família em dois momentos: nos anos de 2000 e de 2004, e um número reduzido iniciou as atividades nos anos de 2007 e 2009.

Para a seleção inicial dos sujeitos da pesquisa contamos com dois informantes-chaves - um médico e um enfermeiro da Saúde da Família do CSEGSF - que indicaram seis ACS em função da sua representatividade no grupo e das contribuições que poderiam trazer para a pesquisa. A partir da indicação inicial entramos em contato com os ACS, e a seguir passamos a utilizar como critério de seleção a metodologia de indicação de rede, na qual o sujeito selecionado indica o próximo a participar, e assim por diante, tecendo uma rede de participantes até se atingir o “critério de saturação” (Minayo, 2007) e as informações começarem a se repetir.

Foram selecionados 15 agentes comunitários de saúde do gênero feminino para participar de diferentes momentos da pesquisa, o que corresponde a 33% do universo de ACS do CSEGSF, sendo que alguns trabalhadores participaram em mais de um momento. A faixa etária variou de 26 à 51 anos, todas com ensino médio completo e com inserção na saúde da família que oscilou entre 6 meses até 9 anos. Tendo em vista o nosso interesse em obter informações que contemplem a diversidade da realidade local, optamos por garantir a presença de pelo menos um ACS de cada uma das oito equipes de saúde da família. Cabe ressaltar que os nomes referidos na tese são fictícios e foram escolhidos pelas próprias ACS.

4.2 Etapas da pesquisa

Realizamos três etapas de pesquisa: a pesquisa bibliográfica para a construção do corpo teórico-metodológico, a investigação documental sobre o trabalho prescrito dos ACS e a pesquisa de campo, sendo que essas etapas muitas vezes aconteceram simultaneamente.

A pesquisa bibliográfica se fundamentou na revisão dos estudos clássicos e contemporâneos a partir de publicações em livros, material documental, revistas e periódicos, sendo o *medline* e o *scielo* as bases de dados mais consultadas. Entre os diversos temas revisados destacamos a atenção primária à saúde e os ACS na estratégia de saúde da família; o trabalho em saúde; o trabalho prescrito e o trabalho real; o sistema da dádiva; a teoria do reconhecimento; o apoio social e as redes sociais, buscando articular o aporte das ciências sociais com a saúde coletiva.

A revisão da literatura utilizando o descritor “auxiliares de saúde comunitário” evidenciou uma importante produção acadêmica sobre o perfil do ACS e o processo de trabalho, porém existem poucos estudos no que tange à comparação entre trabalho prescrito e atividades cotidianas desses trabalhadores, o que nos levou a aprofundar a abordagem entre o prescrito e o real a partir da ergologia (Schwartz, 2007). Em relação ao apoio social, os trabalhos de revisão conceitual na literatura nacional são restritos e a maior parte dos estudos, tanto na produção nacional como internacional, se volta para as pesquisas quantitativas do apoio social sem se deter na discussão teórico-conceitual. Aprofundamos a discussão a partir do livro “Social Support and Health” (Cohen & Syme, 1985a) que descreve o estado da arte do apoio social, e levantamos as publicações mais recentes no *medline*, nos períodos de 2005 a 2009, enfatizando os artigos de revisão do tema. O aprofundamento da dádiva se deu a partir da leitura do Marcel Mauss e de trabalhos de outros pesquisadores contemporâneos das ciências sociais. Ainda nas ciências sociais, utilizamos vários autores da sociologia para discutir a teoria das redes sociais e Axel Honneth (2003) para a teoria do reconhecimento.

No que se refere à pesquisa documental, levantamos informações no período de 1991 a 2009, por meio de dados secundários, e analisamos todos os documentos oficiais referentes à legislação dos ACS, incluindo as leis, decretos e portarias³, visando identificar as regulamentações existentes a respeito das relações de trabalho e atribuições profissionais. Essas informações traduzem o trabalho prescrito dos ACS para podermos compará-lo com as atividades que de fato são realizadas. Os documentos analisados foram:

1. Portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997 (Brasil, 1997a) ⇒ Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família;
2. Decreto 3189 de 4 de outubro de 1999 (Brasil, 1999a) ⇒ Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agentes Comunitários de Saúde, e dá outras providências;
3. Lei 10507 de 10 de julho de 2002 (Brasil, 2002a) ⇒ Cria a profissão de ACS, e dá outras providências;
4. Portaria 648 de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006a) ⇒ Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
5. Lei 11350 de 5 de outubro de 2006 (Brasil, 2006e) ⇒ Regulamenta o § 5 do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Conforme previsto no artigo 1º, essa lei regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias no SUS.

A terceira etapa que consistiu na pesquisa de campo com os ACS foi realizada no período de março de 2008 a setembro de 2009, e nos forneceu os dados primários sobre o trabalho cotidiano, o reconhecimento desses trabalhadores, as relações sociais com os usuários e demais profissionais da equipe de saúde da família e a constituição das redes de apoio social. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, com aprovação registrada no protocolo de número 230/07 em 27 de março de 2008⁴ (anexo 1). Cabe ressaltar que todas as etapas deste estudo foram construídas observando-se as questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos, em conformidade com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o que incluiu a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2). A assinatura desse documento se processou conforme os ACS iam sendo incluídos na pesquisa, e durante todo o processo buscamos estabelecer relações de confiança assegurando que a participação era opcional e a recusa ou desistência não trariam prejuízos nas relações com a instituição.

4.3 Coleta de dados: técnicas de investigação e instrumentos de trabalho

O conhecimento da realidade não é algo dado mas uma construção coletiva, e é por meio do processo de interação entre pesquisador e sujeitos participantes que construímos a compreensão da realidade local. O trabalho de campo não é, portanto, neutro, mas guiado pelos nossos interesses de investigação e pelos pressupostos teóricos a serem explorados (Minayo, 2007), e nesse sentido deve ser conduzido com cuidado no que tange à escolha do que será observado e a coleta de informações necessárias para responder aos questionamentos e objetivos da pesquisa. As técnicas de investigação que julgamos mais apropriadas foram a observação participante, os grupos focais e as entrevistas com os ACS. Quanto aos instrumentos de trabalho utilizamos o diário de campo e a listagem com os indicativos de análise para a observação participante, o manual do grupo focal e o roteiro de entrevista (anexo 3).

A escolha do local para a realização do grupo focal e da entrevista é relevante para o seu bom andamento, e deve ser em um ambiente neutro para os participantes se sentirem confiantes e seguros para se expressarem. Entendemos que deveria ser em um local reservado e externo ao CSEGSF, e optamos por realizá-los na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), uma unidade técnico-científica da Fiocruz - RJ, onde temos salas adequadas para reuniões e de fácil acesso para os ACS.

Antes de iniciarmos cada etapa explicamos o objetivo da pesquisa, o critério de seleção, a relevância da participação desses trabalhadores, a garantia do sigilo dos dados e a preservação do anonimato. Em seguida todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2), e não tivemos recusa de participação ou desistência. Todas as entrevistas e grupos focais foram gravados com o consentimento dos participantes, e a mídia será guardada por cinco anos em caso de necessidade de se recorrer a esse material e, em seguida, será destruída.

• Observação Participante

A observação participante é relevante por nos permitir acompanhar o trabalho cotidiano do ACS, e entrar no seu universo de atuação. Tendo em vista que o material obtido no campo ao ser analisado deve ser contextualizado, a observação participante nos ajudou a compreender o contexto sociocultural, econômico e político e a dinâmica territorial no qual os ACS vivem e trabalham.

Os informantes-chaves haviam indicado os seis ACS para a pesquisa e orientado sobre as equipes que poderíamos acompanhar, tendo em vista que a situação atual de

violência tem impedido a entrada de profissionais e pesquisadores em determinadas comunidades. Antes de iniciarmos a observação participante já tínhamos realizado um grupo focal com os ACS indicados, o que facilitou a seleção dos sujeitos para essa etapa da pesquisa em função da sua representatividade na comunidade e no seu grupo de trabalho.

Realizamos a observação participante nos meses de abril e maio de 2008, período em que acompanhamos quatro ACS de três comunidades distintas no seu cotidiano de trabalho para compreender as situações reais de trabalho. Desses trabalhadores, três haviam participado do primeiro grupo focal e o quarto foi selecionado pelo critério de indicação de rede dos ACS. Este último também veio a participar posteriormente do segundo grupo focal.

Na comunidade realizamos a observação participante nas visitas domiciliares do ACS sozinho e na presença do médico, e também acompanhamos o mutirão contra a dengue. Já no Centro de Saúde, observamos o acolhimento, as consultas médicas e as reuniões de equipe. Todas as anotações foram registradas em um diário de campo e serviram de material para análise dos resultados.

Tomando como referência os nossos pressupostos anteriormente discutidos, traçamos alguns indicativos de análise para observar no trabalho de campo, por meio da pesquisa empírica, seja no âmbito da organização, das práticas coletivas e individuais, e da percepção dos ACS:

a) Indicativos de análise no âmbito da organização: o Centro de Saúde Escola no contexto da Saúde da Família

Em relação ao Centro de Saúde, apesar de ser uma unidade mista, o nosso foco é a Saúde da família, no entanto, é importante identificar a cultura organizacional e a representação e o status da Saúde da Família nessa unidade. Em relação à Estratégia de Saúde da Família, procuramos identificar:

- O funcionamento do Centro de Saúde;
- O espaço físico existente;
- As características do ambiente de trabalho no que diz respeito às salas de atendimento, aos recursos existentes e ao espaço de trabalho coletivo para reunião;
- A organização das atribuições dos ACS e seu papel na equipe;
- Os documentos existentes para avaliação interna do trabalho do ACS;
- As relações de hierarquia, status e poder dentro da equipe de Saúde da Família

b) Indicativos de análise no âmbito das práticas coletivas e individuais

A observação do cotidiano dos ACS foi importante para se obter informações sobre o trabalho. Nesse âmbito da investigação procuramos explorar:

- As atividades executadas pelos AC;
- Os impasses e dificuldades e estratégias de enfrentamento;
- As motivações para o trabalho;
- A divisão de trabalho na equipe de saúde da família;
- A relação dos ACS com os usuários e profissionais da equipe de saúde e os dons que circulam nas interações sociais;
- As redes de apoio sociais no cotidiano

Alguns desses indicativos não foram possíveis apreender somente com a observação participante, indicando a necessidade de se complementar com as demais técnicas de pesquisa.

• Grupo Focal

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados qualitativos muito utilizada na pesquisa social e que permite reunir, em um mesmo momento, um grupo de sujeitos escolhidos com o objetivo de dialogar e discutir sobre um determinado tema, de modo que o pesquisador possa coletar as informações que emergem nesse debate (Cruz Neto *et al.*, 2001). A temática que nos interessava aprofundar, e que estava diretamente relacionado ao objeto e objetivos de pesquisa, versava sobre a constituição das redes de apoio social no cotidiano dos ACS. Tendo em vista as dificuldades de se trabalhar com as metodologias tradicionais de rede, conforme discutido no terceiro capítulo, a nossa opção foi utilizar a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano - MARES (Martins, 2009d).

Realizamos dois grupos focais na EPSJV, um em março e o outro em setembro de 2008, contando com a participação de seis ACS em cada um dos grupos, totalizando 12 participantes. Os participantes do primeiro grupo foram indicados pelos informantes-chaves, e os do segundo grupo foram selecionados a partir da sugestão dos informantes-chaves e do critério de indicação de rede pelos ACS. Cada grupo transcorreu durante aproximadamente três horas com a presença de trabalhadores de equipes distintas, garantindo assim a diversidade de relatos e experiências. Os grupos foram gravados,

mas não foram filmados por entendermos que a filmagem poderia gerar constrangimentos.

A experiência da utilização da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano com os agentes comunitários de saúde do CSEGSF, apontado para os limites que nos deparamos no primeiro grupo e as adequações que se fizeram necessárias para o segundo grupo, foi descrita no capítulo de livro recém publicado (Lacerda & Martins, 2009). É nesse sentido que a presente pesquisa pode contribuir para propor modificações que foram incorporadas no processo de sistematização dessa metodologia.

Iniciamos os grupos focais⁵ explicando a dinâmica e os objetivos da pesquisa, e em seguida todos se apresentaram e as dúvidas foram esclarecidas. Vamos nos deter aqui em relatar a sistematização final da MARES, tal como utilizada no segundo grupo focal, porém delinaremos brevemente as mudanças que foram realizadas do primeiro para o segundo grupo e que foram fundamentais para contribuir para a sua sistematização⁶.

No primeiro grupo focal, a metodologia da MARES foi dividida em duas etapas: a primeira na qual trabalhamos o Mapa do Self ou Mapa da Pessoa, e a segunda onde discutimos os problemas e soluções no cotidiano de trabalho e as redes de mediadores na solução desses problemas. Após o término das atividades, nos reunimos para discutir a metodologia empregada, a impressão que tivemos do trabalho e as modificações necessárias para aperfeiçoar a técnica. Concluímos que apesar do grupo focal ter possibilitado o mapeamento das redes sociais e o levantamento de questões importantes, entendíamos que a metodologia da MARES poderia trazer novas contribuições para identificarmos de fato quem são os mediadores ou inibidores das redes sociais. Assim, destacamos algumas das recomendações propostas (Lacerda & Martins, 2009):

1. Inverter a ordem das etapas e iniciar o trabalho com o mapeamento dos problemas e soluções do cotidiano ao invés do mapa da rede pessoal, tendo em vista que entrar direto na esfera da intimidade dos sujeitos pode ser um obstáculo em determinados grupos.

2. Ao trabalhar os problemas e soluções do cotidiano ficou notória a necessidade de separá-los em gerais e específicos no que se refere, respectivamente, à comunidade e ao trabalho do ACS. Cabe ressaltar que os condicionantes gerais e específicos estão diretamente relacionados, sendo esta separação puramente didática para facilitar o levantamento de problemas e a identificação das possíveis soluções.

3. As análises de redes tradicionais partem dos contatos mais frequentes dos atores sociais para mapear a sua rede. Inicialmente fizemos uma modificação dessa abordagem tradicional com o preenchimento do mapa da pessoa, por meio da identificação dos sujeitos que o ACS deseja manter mais próximos e os que prefere manter distantes, no entanto, ficou evidente a necessidade de se avançar nessa análise. A proposta foi sair da centralidade das pessoas e inserir os problemas dos sujeitos e do coletivo para identificar de fato os mediadores de rede.

A partir dessas recomendações fizemos um grupo focal piloto em junho de 2008 no qual compareceram dois ACS que haviam participado do primeiro grupo. Esse grupo piloto não será descrito, e a sua importância foi no sentido de testar a nova sistematização e identificar o que ainda precisaria ser aperfeiçoado.

O segundo grupo focal foi, portanto, realizado de acordo com os novos ajustes. A metodologia da MARES se compõe de duas etapas: o mapeamento dos condicionantes da atenção integral à saúde e o mapa das redes de conflitos e mediações, e no final de cada fase se abre para a discussão geral

A etapa I tem objetivo de mapear os condicionantes da atenção integral à saúde e problematizar as questões levantadas. Aqui fizemos a subdivisão proposta, iniciando com a identificação dos condicionantes gerais da comunidade e depois com os condicionantes específicos. Listamos alguns problemas que foram extraídos a partir nossas experiências de pesquisas e grupos focais anteriores com os ACS, o que pode ser trabalhado por meio de tarjetas ou por outros recursos mais apropriados para cada situação⁷. Os problemas listados referentes às condições gerais foram: falta de área de lazer nas comunidades; violência; condições de vida precárias dos usuários; falta de articulação de trabalho da saúde com a escola.

Os ACS identificavam se nas comunidades em que vivem e trabalham esses problemas eram os mais relevantes ou se indicavam outros. A partir da listagem inicial e das contribuições desses trabalhadores, cada um escolheu o que considerou prioritário e justificou a sua escolha, sendo que o mesmo problema podia ser indicado por mais de um participante. Em seguida, os problemas selecionados foram anotados em um mapa feito em cartolina com a palavra “comunidade” no centro (anexo 4).

Procedemos do mesmo modo com os condicionantes específicos e apresentamos uma nova listagem de problemas voltados para a saúde e para o cotidiano de trabalho dos ACS, a saber: falta de clareza sobre o papel do ACS; desvio da função do ACS; qualificação técnica insuficiente; conflitos entre equipe de Saúde da Família e gestores;

conflitos entre os integrantes da equipe de Saúde da Família; dificuldades de relacionamento com os usuários; sofrimento e adoecimento pessoal; baixa remuneração; problemas familiares. Os que foram selecionados pelos participantes foram novamente colocados no mapa coletivo, juntando assim os gerais com os específicos de modo a se identificar a trama de problemas, porém usando o artifício de usar cores distintas para diferenciá-los (anexo 4).

A etapa II tem como objetivo identificar os principais problemas e/ou conflitos dos sujeitos e os seus mediadores. Esta etapa também apresenta duas subdivisões: o preenchimento do mapa de identificação de problemas da rede da pessoa e a análise coletiva do mapa.

No preenchimento do mapa, os ACS identificavam os principais problemas ou conflitos e anotavam no seu mapa da pessoa. Em seguida, esses trabalhadores elegiam um problema que consideravam relevante no momento e identificavam “quem” ou “o que” contribuía e solucionava o mesmo, de modo a mapear os mediadores inibidores e facilitadores.

Os problemas, com os respectivos mediadores, são colocados em um mapa coletivo formado por um círculo central que corresponde ao “eu- nós”, e três círculos em volta. No primeiro círculo, mais próximo do “eu-nós”, são colocados os facilitadores, e no último círculo os inibidores, sendo que os problemas ficam delimitados no círculo intermediário. Desse modo, é possível tecer uma “rede” de problemas com os conflitos, as causas e as soluções.

Na segunda fase, a análise coletiva do mapa da pessoa, os ACS têm a oportunidade de falar da atividade do grupo focal, das facilidades e dificuldades encontradas para identificar os problemas e os mediadores, e discutir em conjunto as questões que desejam aprofundar e as possíveis estratégias de enfrentamento do grupo para a solução dos conflitos.

● Entrevistas

A entrevista, mais do que uma simples coleta de dados, é um tipo de conversa que propicia ao entrevistador e entrevistado entrar no diálogo e estabelecer um processo de comunicação, com o objetivo de obter informações que subsidiem o objeto de pesquisa (Minayo, 2007). O relato dos entrevistados, dependendo do tipo de entrevista e do tema trabalhado, implica em um grau de exposição, assim é importante a confiança no entrevistador com a garantia de que os dados serão confidenciais.

Realizamos cinco entrevistas individuais e semi-estruturadas com os ACS no ano de 2009, nos meses de março, abril e junho e as duas últimas em setembro, com a duração aproximada de 90 minutos. O local de escolha também foi uma sala reservada da EPSJV. Inicialmente selecionamos um sujeito de cada grupo focal e os outros três foram indicados pelos ACS que iam sendo entrevistados, até atingirmos o critério de saturação, sendo cada um de uma comunidade.

As entrevistas foram conduzidas de modo a possibilitar que o ACS se sentisse à vontade para participar, se expor, e expressar o que sente e pensa, e procuramos nos manter atentos aos gestos, atos e emoções suscitadas pela falas. A opção em realizá-las após o término das etapas anteriores - observação participante e grupo focal - foi com a intenção de se rever o material obtido no campo e aprofundar os questionamentos que julgássemos necessários.

Elaboramos o roteiro de entrevista (anexo 3) composto por algumas questões norteadoras que nos serviram apenas como uma guia, e permitiram ao ACS discorrer e aprofundar os temas levantados. As questões formuladas não seguiram necessariamente a mesma ordem, pois era a singularidade de cada entrevistado e o seu modo de produção de informações que definiam o rumo da entrevista

As temáticas abordadas como questões norteadoras foram:

- Motivações que o levaram a ser ACS
- As atribuições do ACS, ou seja, o trabalho real e as condições de trabalho
- Dificuldades e impasses no cotidiano e as estratégias de enfrentamento
- Relação com os usuários e com a equipe de saúde.
- Processo de saúde-doença-cuidado
- Expectativas profissionais

As técnicas de investigação que utilizamos se complementam, de modo que a observação participante ajudou a complementar as análises do grupo focal e das entrevistas, assim como os questionamentos que surgiram durante o acompanhamento do cotidiano dos ACS puderam ser exploradas em outro momento.

4.4 Análise dos Dados Qualitativos

Após a transcrição das entrevistas e grupos focais procedemos à análise qualitativa de todo o material da pesquisa. Em um primeiro momento extraímos as informações mais relevantes nos documentos oficiais sobre o trabalho dos ACS e suas

atribuições, e fizemos uma análise comparativa com os dados, a priori, da observação participante, acrescidos das informações dos grupos focais e entrevistas. Em seguida, procedemos a análise do diário de campo, das entrevistas e dos grupos focais buscando identificar os significados das falas e discursos dos ACS nos seus contextos histórico, sociocultural e político, enfatizando as dimensões intersubjetivas e simbólicas presentes nas relações sociais.

O tratamento dos dados coletados teve como fundamento a abordagem hermenêutica-dialética (Minayo, 2007) que se apresenta no diálogo entre a filosofia e as ciências sociais. Nessa abordagem, a comunicação e o diálogo que se processa nas interações sociais são fundamentais para a compreensão do cotidiano de vida, o que implica em situar historicamente os documentos analisados e o contexto das falas e discursos dos sujeitos pesquisados, além de se colocar no lugar do outro na perspectiva de elucidar os sentidos e significados atribuídos. Para discutir a hermenêutica a autora se fundamenta principalmente em Gadamer, e reitera a importância da vivência como parte da experiência objetiva na produção de sentidos e da dimensão do simbolismo na esfera da comunicação. Nesse sentido, ela esclarece:

Outro termo que compõe o campo da análise hermenêutica é *símbolo*. Denomino *símbolo* ao que vale, não somente por seu conteúdo, mas por fazer uma mediação comunicacional, (...) que permite aos membros de determinada comunidade se identificarem. A importância de um *símbolo* está em sua função representativa de algo visível e invisível, refletindo ao mesmo tempo, uma idéia do real e sua expressão fenomênica. Ou seja, *símbolo* é a íntima unidade da imagem e do significado que não anula a tensão entre o mundo das idéias e dos sentidos. A compreensão simbólica deve ser entendida como parte da ocorrência, da formulação e do sentido de todo enunciado (Minayo, 2007, p. 336).

A dialética, por sua vez, revela os contrastes, as contradições, os conflitos e as rupturas e aponta para a dinâmica e transformação da realidade. A sua articulação com a hermenêutica fornece elementos para compreender o outro e as comunicações intersubjetivas, e ao mesmo tempo empreender a análise crítica da realidade social. Nessa ótica, Minayo (2007, p. 350) acrescenta que essas duas leituras interpretativas se “*completam na produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, por conseguinte, em relação aos processos de saúde-doença*”. A partir das considerações dessa autora, podemos inferir que a hermenêutica-dialética orienta as interpretações do pesquisador no sentido de compreender o texto, a fala e o depoimento como resultados

de processos históricos e sociais e de produção de conhecimentos, expressos por meio da linguagem, mas que apresentam significados específicos. Fica, portanto, evidenciada a contribuição dessa abordagem para os estudos no campo da sociologia da saúde que, na nossa pesquisa, visa compreender a circulação de dons entre os atores na constituição das redes de apoio social e na práxis de integralidade do cuidado.

As nossas categorias teóricas de análise, conforme discutido ao longo dos capítulos teóricos da tese, foram: trabalho prescrito, trabalho real, apoio social e redes sociais. Tomando como fundamento a abordagem hermenêutica-dialética, fizemos inicialmente uma leitura flutuante de todo o material coletado no campo e na investigação documental, e depois uma leitura pormenorizada até a exaustão, da qual emergiram temas que quando agrupados traziam em sua estruturação o cotidiano de trabalho na sua análise entre o prescrito e o real, as redes de apoio social com a circulação de dons e o reconhecimento dos ACS como um dom que circula nas interações sociais com os usuários e demais profissionais da equipe de saúde. Nesse sentido, construímos categorias metodológicas de análise empírica, em um sentido ampliado, que conduziram as nossas análises e discussões de resultados, a saber:

- Relação entre trabalho prescrito e trabalho real a partir dos fundamentos legais das redes sociais
- Dons circulantes com a constituição de redes de apoio social
- Reconhecimento dos ACS em suas dimensões morais de afetividade, respeito e solidariedade
- Ausência de reconhecimento e circulação de dons

Essas categorias serão abordadas ao longo do próximo capítulo que versa sobre os resultados e discussão da pesquisa.

¹ A metodologia inclui a articulação entre a teoria, os métodos e as técnicas empregados na investigação da pesquisa (Minayo, 2007).

² A incorporação dos seis agentes comunitários de dependência química e dois agentes redutores de violência é uma experiência inédita do CSEGSF. Esses trabalhadores, embora não façam parte da Estratégia Saúde da Família preconizada pelo Ministério da Saúde, integram as equipes de saúde da família e prestam atendimento aos demais serviços do Centro de Saúde.

³ As leis são votadas no Congresso Nacional e sancionadas pelo presidente da República, e os decretos são de iniciativa do Presidente da República, sendo ambos da esfera do poder legislativo. As portarias são expedidas pelo Gabinete do Ministério e são da esfera do poder Executivo.

⁴ O título da tese foi modificado, haja vista que o título inicial do projeto era “Os cuidadores precisam ser cuidados? Um estudo sobre o cotidiano dos agentes comunitários de saúde”. Essa mudança de nome foi devidamente informada ao Comitê de Ética de Pesquisa da ENSP.

⁵ Os grupos foram coordenados pelos pesquisadores Alda Lacerda e Paulo Henrique Martins e contaram com a colaboração das pesquisadoras da Fiocruz Angela Oliveira Casanova; Cátia Martins Oliveira e Mirna Barros Teixeira.

⁶ Para aprofundar as análises críticas e recomendações que se fizeram necessárias ao longo do processo de sistematização da MARES vide Martins (2009d) e Lacerda & Martins (2009).

⁷ No primeiro grupo focal utilizamos tarjetas e no segundo listamos os problemas no quadro e em uma folha distribuída para cada um dos participantes.

CAPÍTULO 5

O COTIDIANO DE TRABALHO DOS ACS DE MANGUINHOS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa provenientes da análise do material da investigação documental e do trabalho de campo estão ancorados nas categorias teóricas e metodológicas descritas no capítulo anterior, e serão apresentados em três partes. Na primeira abordamos o campo de trabalho no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), *locus* onde funciona o módulo de atendimento da saúde da família, e enfatizamos a dimensão relacional dos ACS nesse espaço instituído dos serviços públicos de saúde. Na segunda parte analisamos o trabalho prescrito e sua comparação com o trabalho real, tomando como base de reflexão os fundamentos legais das redes sociais no trabalho em saúde e a passagem do plano jurídico para o plano político da ação, ou seja, a repercussão das ações normativas na práxis de cuidado do ACS. Na terceira parte discutimos as ações sociais que favorecem ou limitam o reconhecimento em suas dimensões morais de afetividade, direito e solidariedade e a formação de redes de apoio social no cotidiano do ACS. Procuramos analisar o material de forma dinâmica, situando as falas e discursos dos ACS em seus contextos histórico, social, cultural e ético-político.

5.1 O cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - Fiocruz

A observação participante, por meio do acompanhamento do trabalho dos ACS, foi a principal técnica de investigação utilizada para a coleta de dados sobre o cotidiano da Saúde da Família no CSEGSF. A partir dos indicativos de análise apresentados na metodologia, buscamos focar a atuação dos ACS no Centro de Saúde e suas relações sociais com os usuários, no interior da equipe de saúde e com os demais trabalhadores da atenção básica. As informações foram complementadas com os dados oriundos dos grupos focais e entrevistas.

A Estratégia Saúde da Família em Manguinhos no período em que foi realizada a pesquisa ainda não tinha módulos de atendimento nas comunidades de sua área de

abrangência, sendo as consultas e exames realizados no CSEGSF, na sede da Fiocruz - RJ, no horário comercial de 8 às 17 horas¹. O deslocamento dos usuários e do ACS para o Centro de Saúde gera insatisfação, e o entendimento desses trabalhadores é que o módulo na comunidade facilitaria o acesso e garantiria a atenção ao primeiro contato, conforme as falas abaixo:

Eu acho o pólo deveria ser dentro da comunidade, não deveria ser aqui no Centro de Saúde, porque é muito distante, a gente fica muito distante. A cobertura seria mais abrangente (Hortênsia).

As pessoas da comunidade vão ter mais acesso, porque no caso o posto tem uma restrição de horário em relação à triagem, e com o módulo [na comunidade] acho que isso não vai acontecer. A circulação de pessoas vai ser maior porque vai ter o dia inteiro, de 8 às 17 horas para ser atendidos (Lia).

Talvez não acontecesse vacina atrasada porque o módulo é na comunidade, aí é bem mais próximo (Lena).

Para os ACS, o módulo de saúde da família na comunidade seria um dispositivo para a equipe de saúde conhecer melhor a realidade local e a dinâmica do território, pois *“os médicos, enfermeiros acho que não sabem qual é a realidade da comunidade, não tão vendo”* (Bárbara). Além disso, referem que passariam a receber mais apoio da equipe para a realização das atividades comunitárias:

Porque muitas vezes o médico dentro do posto fica só atendendo. Então a pessoa tem aquela visão do médico só para atender, e o médico do PSF não é só para atender, ele tem que ir para a comunidade, participar de grupo, fazer palestras. (...). Ele fica só atendendo, e os agentes comunitários ficam sem o apoio na comunidade (Raio de Luz).

A fala da Raio de Luz traduz a lógica de organização do trabalho no serviço de saúde, e os limites de articular as ações assistenciais com as ações de promoção e prevenção. Assim sendo, mais do que reduzir a distância física entre os serviços de saúde e a comunidade, a ACS aponta para o desafio do trabalho integrado da equipe, com trocas de apoio social - principalmente de apoio informativo - de modo a subsidiar a realização de suas atividades cotidianas e a integralidade do cuidado.

Cabe ressaltar que a partir de 2010, com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo Lula, algumas comunidades terão a sua Unidade de Saúde da Família com o deslocamento das equipes de saúde para o território local e as demais equipes permanecerão com o módulo no CSEGSF. A decisão de reestruturação

da Estratégia Saúde da Família de Manguinhos se processa na esfera política, no âmbito de atuação dos gestores municipais de saúde, e os ACS não participam desse processo decisório, seja como trabalhadores que atuam na comunidade ou como usuários e moradores, o que reforça o hiato entre as formulações políticas e a participação social.

No que se refere à vinculação institucional, esses trabalhadores são contratados por processo seletivo, com carteira assinada e direitos trabalhistas garantidos pelo regime jurídico de CLT, com carga horária de 40 horas semanais, porém o contrato se dá de modo indireto por meio do acordo firmado entre a Organização Social FIOTEC (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde) e o Município do Rio de Janeiro. Como requisito para a contratação, é preciso ser morador da área em que atua e ter o ensino fundamental concluído, sendo que a maioria dos ACS de Manguinhos concluiu o ensino médio ou está em fase de conclusão.

Os ACS justificam a importância de ser morador da área em função de compartilhar os códigos e valores locais, conhecer a dinâmica do território e compreender a linguagem simbólica que permeia a vida na comunidade. É o convívio diário com os moradores que favorece exercer o seu papel de mediador entre as classes populares e a equipe de saúde, aproximando os diferentes atores sociais e tentando reduzir a distância entre dois mundos separados física e simbolicamente. A fala a seguir sugere que o ACS, enquanto um “nativo”, olha a comunidade por dentro, se acostumando, ou melhor, se adaptando às situações cotidianas e desenvolvendo estratégias para lidar com a realidade:

Porque o convívio, a linguagem, sabe? Você está acostumada... não é bom você pegar uma pessoa que está fora dessa realidade. Nós estamos inseridos 24 horas nessa realidade, então, nós sabemos quais são as dificuldades, o sistema... né, o principal problema da comunidade, que são as intervenções, né, que a gente sofre. E essa semana, já teve vários tiroteios. Então, quer dizer, lidar com isso não é para qualquer um. Você tem que ser morador e estar acostumado mesmo com esta realidade, porque para enfrentar... as pessoas ficam com medo (Hortênsia).

Lena reafirma a importância do pertencimento à comunidade, mas acrescenta que no seu entendimento o ACS deve ser morador ou ter morado na área. Defende, contrariamente ao que está normatizado na legislação, que esse trabalhador possa mudar de residência sem precisar abandonar o cargo:

Eu acredito que tem que ter, pelo menos, assim, um vínculo, não é? Ou se não morar, pelo menos, que tenha morado, né? Porque também não acho

correto se o agente de saúde, se ele mora ali, se ele tem oportunidade de sair, de melhorar, ele não sair. Não acho isso correto. Eu não saí ainda porque não tive oportunidade (Lena).

Em seu discurso emerge uma questão delicada e polêmica entre a oportunidade de melhorar as suas condições de moradia, o que é um direito de todos os cidadãos, e o desemprego. A nosso ver, essa questão precisa ser ponto de pauta de uma discussão política da Estratégia Saúde da Família, em que a decisão e os critérios não sejam impostos, mas pactuados com a participação dos diversos atores envolvidos - ACS, demais trabalhadores da equipe de saúde da família, gestores e população.

Na pesquisa, identificamos que o desemprego foi a principal motivação para se candidatar ao cargo de ACS. Os sujeitos pesquisados não tinham conhecimento prévio sobre a saúde da família e souberam da seleção por intermédio de um vizinho ou familiar, demonstrando o potencial das redes sociais na circulação das informações:

É, sinceramente, na época, foi porque eu tava parada, não tava conseguindo nada, aí eu soube dessa inscrição. Aí, eu falei, vou me inscrever, eu não sabia nem para quê que era, sabia que era para trabalhar na comunidade (Lena).

Acho que como todo mundo, ninguém sabia nada. Uma vizinha minha me falou: “está tendo inscrição, e amanhã é o último dia” (Bárbara).

Junto ao desemprego, outra motivação relatada foi o desejo de ajudar as pessoas e contribuir para a melhoria da comunidade. A disponibilidade em ajudar os sujeitos e a coletividade parece estar relacionada ao sentido atribuído ao trabalho:

O que mais me mobiliza é eu querer a melhora da comunidade, eu ver a melhora da comunidade, não a curto prazo, mas a longo prazo, assim, sei que as pessoas estão se dando bem, estão evoluindo. É isso que me motiva. (...) De uma certa forma, eu sendo agente comunitária de saúde eu vou ter como ajudar as pessoas daqui, e tá levando informações e dando esclarecimentos melhores (Lia).

As atividades dos ACS se dividem entre a comunidade e o CSEGSF, e diariamente circulam por esses dois locais. No Centro de Saúde, assinam diariamente o ponto de presença e acompanham o atendimento médico e da enfermagem, participam do acolhimento, dos grupos com os usuários, da reunião semanal da equipe e das atividades científicas organizadas para todos os profissionais da atenção básica. Nos demais turnos de trabalho realizam as atividades na comunidade. O que se denomina pelo nome de acolhimento consiste na triagem e no plantão semanal. A proposta da

gestão da Saúde da Família, que já se tornou uma norma instituída, é ter diariamente um ACS de cada equipe para acolher os usuários que chegam, encaminhar para o atendimento os que têm consultas agendadas e fazer a triagem dos que vêm por demanda espontânea. A visão dos ACS, no entanto, se contrapõe a essa normatização, pois entendem que o seu trabalho deveria ser realizado na comunidade e não no Centro de Saúde:

Discordo da triagem porque o acolhimento é na comunidade. A gente acolhe a qualquer hora (Malu).

Ficar mais tempo na comunidade porque esse é o nosso trabalho. Por isso é agente comunitário de saúde, né? (...). [Fazer] essa coisa de cuidado mesmo, do acolhimento, de ir na casa, ver o que tá precisando, fazer as visitas. Só que... a gente fica mais tempo aqui no posto (Hortênsia).

As falas de Malu e Hortênsia apontam para a produção do cuidado que se processa no espaço da comunidade, nas visitas domiciliares com o acolhimento dos usuários e famílias. As atividades no Centro de Saúde, por sua vez, são consideradas de pouco relevância para os ACS, talvez por serem destituídas de sentido e pela burocracia que as envolvem.

A nossa triagem, dentro na nossa equipe, a gente acolhe a pessoa, coloca a queixa, e leva para o médico. Se perde muito tempo. Até a gente escutar, levar para o médico, o médico ler e dar a orientação de atender ou marcar, é uma perda de tempo (Margarida).

A triagem é realizada cedo, com os usuários que chegam por demanda espontânea, e o período mais tumultuado é por volta das 8 horas. Os usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família devem vir para o atendimento com o cartão do Centro de Saúde - o qual contém os dados pessoais e o número de inscrição - e colocá-lo em uma caixa na recepção do módulo. O ACS responsável organiza o atendimento de acordo com as consultas agendadas, e no caso da demanda espontânea anota no livro da triagem o nome do paciente, idade, endereço, número do prontuário e motivo da consulta. Em geral, outro profissional da equipe checa o livro para definir, junto com o ACS, o encaminhamento dos casos, ou seja, se é para realizar exames, renovar receitas, remarcar consultas, se os usuários serão avaliados pelo técnico ou necessitam de atendimento médico ou de enfermagem. Os cartões são entregues no arquivo, e os funcionários do setor separam os prontuários.

Nós ficamos ali, pra pegar os cartões, pra falar pro paciente: “você vai ter que esperar, você vai ter que vir outro dia”. A gente tem que dar a resposta,

escutar os pacientes, as queixas. (...) Acontece às vezes de acabar a triagem e a equipe técnica não chegou ou tá fazendo outra coisa. Eu fico lá esperando com o livro, aí as pessoas ficam querendo saber se vão ser atendidas ou não, e você não tem como dar resposta (Gina).

Negar algum tipo de acesso ao usuário é uma das dificuldades que se apresenta na triagem, e os ACS procuram, sempre que possível, garantir o atendimento. A ação desse trabalhador tende a caminhar no sentido de incluir o outro e de evitar enfrentamentos. O desejo de ajuda e inclusão dos usuários se expressa no relato sobre a emoção da ACS ao referir que *“fico triste quando não posso ajudar. Absorvo muito”* (Lu).

Os usuários costumam reclamar do tempo de espera no Centro de Saúde e da demora do médico para iniciar o atendimento, e a insatisfação aumenta quando se tem algum imprevisto e as consultas médicas precisam ser remarçadas. Segundo a ACS, alguns usuários aceitam bem, mas outros *“agridem a gente por causa do médico. Eu fico com vergonha e não consigo responder, e vou para a casa chateada”* (Lu). A agressão verbal dos usuários é uma forma de violência simbólica que intimida os trabalhadores, e é um impeditivo à constituição das redes de apoio social e circulação de dons.

Outros contratempos ocorrem quando não se encontra o prontuário, seja por ter sido arquivado errado ou colocado indevidamente em um dos consultórios, causando transtornos e demora no atendimento. Presenciamos dois casos de extravio do cartão do Centro de Saúde, porém a ACS teve iniciativa e imediatamente providenciou um cartão provisório como estratégia para resolver o problema. Ela refere que fica estressada nessas circunstâncias, e embora estivesse apreensiva conduziu bem a situação ao conversar e apresentar uma solução que minimizasse a insatisfação dos usuários.

As dificuldades que os ACS se deparam na triagem variam conforme a comunidade. Acompanhamos triagens de usuários em plena epidemia de dengue que foram tranquilas, talvez por se tratar de comunidades mais organizadas e estruturadas, cujos moradores têm melhores condições de vida e saúde. Em contrapartida, observamos triagens mais tumultuadas, principalmente de comunidades mais carentes, cujos problemas de saúde dos usuários eram mais graves, com muita reclamação e longas filas de espera, sugerindo uma demanda reprimida.

A demanda reprimida pode ser decorrente da alta rotatividade dos profissionais, principalmente dos médicos, situação comumente descrita na literatura e que vem sendo

atribuída aos vínculos precários de trabalho (Machado, 2002). Algumas equipes de saúde encontram-se incompletas, com a falta de médicos e/ou enfermeiros e um número reduzido de ACS, dificultando a organização e planejamento das atividades e a articulação das ações de saúde. A situação tende a se regularizar com a contratação de novos profissionais e a previsão de expansão das equipes em 2010.

Durante a triagem, os ACS se movimentam de um lado para outro, pegam prontuários, encaminham os usuários para serem atendidos pelos médicos e enfermeiros e resolvem problemas administrativos e burocráticos. Os usuários costumam se espalhar pelo Centro de Saúde, e na hora do atendimento é preciso chamá-los várias vezes e até mesmo ficar procurando-os, atrasando assim o trabalho da equipe. Embora os ACS sejam atenciosos, nos parece que o excesso de tarefas burocráticas no espaço instituído dos serviços de saúde e o pouco tempo para o diálogo com os usuários dificultam estabelecer vínculos de apoio social e circular os dons.

O CSEGSF convive com o problema de espaço físico. As salas de atendimento eram compartilhadas entre as equipes de saúde da família e os demais profissionais da atenção básica tradicional, com horários previamente definidos. Nas circunstâncias em que era preciso desocupar a sala para dar lugar a outro profissional, observamos que os ACS - preocupados com os usuários e ao mesmo tempo constrangidos em avisar que as consultas seriam remarcadas - se mobilizavam até encontrar um local para os atendimentos prosseguirem. No final de 2008 houve uma reestruturação no Centro de Saúde, e cada equipe de saúde da família passou a ter seu consultório equipado com os recursos necessários como maca, mesa ginecológica e aparelho para medir pressão arterial. No entanto, o problema ainda não foi totalmente solucionado, tendo em vista que material de trabalho dos ACS e os pertences pessoais ficam guardados dentro do consultório, com a interrupção frequente das consultas:

É uma sala pra equipe e é um consultório ao mesmo tempo (...) e a nossa bolsa, o ponto, a camisinha ficam lá dentro do armário. Chega um, você tá no plantão, no acolhimento, pede uma camisinha, você tem que tá interrompendo. A médica ou a enfermeira tão atendendo (...) a gente entra, interrompe pra pegar bolsa, pra pegar camisinha, e é uma interrupção toda hora. Eu acho isso péssimo! (Lena).

A ACS prossegue demonstrando a sua indignação diante da falta de privacidade dos usuários para se expor e falar de suas necessidades de saúde:

Às vezes, a pessoa até quer falar alguma coisa, mas já se constrange, né, porque quer falar uma coisa mais íntima, mais pessoal, e vê todo mundo ali e não quer falar (Lena).

As falas acima expressam os obstáculos à integralidade do cuidado, à escuta, ao acolhimento e ao reconhecimento do usuário no seu direito à saúde. Nessas situações, a consulta deixa de ser um espaço de encontro na produção do cuidado, e na constituição de redes de apoio social, para se tornar uma atuação puramente assistencial e de intervenção técnica do profissional.

A falta de espaço repercute na organização de outras atividades de trabalho, tais como as reuniões semanais da equipe. A solução, muitas vezes, é ocupar uma sala maior destinada à saúde da família, localizada no prédio anexo ao Centro de Saúde, de modo a viabilizar que duas ou mais equipes realizem as reuniões simultaneamente. Diversos assuntos são discutidos, e vão sendo colocadas as demandas e tarefas a serem executadas pelos ACS. A enfermeira dá os informes sobre o mutirão da dengue e pergunta quem teria disponibilidade para participar, fala dos exames preventivos que ficaram prontos para que os usuários sejam contatados e venham ao Centro de Saúde, programa algumas visitas domiciliares dos ACS, orienta esses trabalhadores a identificar as famílias em situação de risco social e as crianças com vacina atrasada. Os ACS, por sua vez, trazem algumas demandas, relatam as intercorrências em sua microárea, informam os usuários para a coleta de sangue domiciliar e agendam as visitas que necessitam do médico ou enfermeiro.

A reunião é uma atividade que tem o potencial de ser um espaço de discussão e planejamento da equipe, com a troca de informações e apoio mútuo. Embora a enfermeira tenha conduzido a discussão, não observamos na equipe relações explícitas de poder, pois os ACS se posicionavam e eram respeitados em sua fala. São essas relações mais horizontalizadas que favorecem os vínculos com a circulação de dons, entre os quais o dom-reconhecimento, de modo que os ACS se sintam reconhecidos como sujeitos de valor e reconheçam os demais trabalhadores. É por meio do reconhecimento recíproco que se fortalecem as redes de apoio social.

Os ACS, muitas vezes, estabelecem relações de respeito mútuo com os demais profissionais da equipe e se sentem à vontade para se dirigir ao médico, ao enfermeiro e ao técnico de enfermagem para esclarecer dúvidas ou levar informações. Quando não estão na presença dos usuários costumam chamar o médico pelo nome, sem falar Dr., o que sugere relações, embora assimétricas, sem a hierarquia instituída. Em contrapartida,

nos chamou atenção a denominação que os gestores e os próprios trabalhadores fazem ao se referirem à equipe de saúde da família enquanto “equipe técnica” - formada pelo médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem - e ACS, embora essa terminologia não seja utilizada nos documentos oficiais da Estratégia Saúde da Família².

Trata-se, portanto, de uma separação objetiva e simbólica da equipe de saúde, naturalizada por todos, e que expressa a divisão social e técnica do trabalho e a demarcação do trabalhador que teria mais instrução e o menos qualificado. A nosso ver, reforça a concepção do trabalho do ACS como simples e dos demais profissionais como um trabalho complexo. Isso pode, por um lado, representar um obstáculo ao reconhecimento profissional e a constituição de redes de apoio social e, por outro, ser um retrocesso diante da proposta da atenção básica em atuar por meio da equipe multiprofissional e assegurar a integralidade. A divisão fica bem clara e instituída quando a gestão faz algumas reuniões com a presença dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e outras somente com os ACS. Cabe, portanto, questionarmos se os ACS passarão a integrar a “equipe técnica” ao concluírem as três etapas formativas do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, ou se a divisão da equipe permanecerá.

Outra separação bem demarcada se institui entre os trabalhadores da atenção básica tradicional no Centro de Saúde e os da Estratégia de Saúde da Família o que, segundo as falas dos ACS, poderia ser atribuído ao fato dos primeiros serem servidores da instituição e os demais serem contratados. Lu, entre outros ACS, relata durante a triagem dificuldades na relação com alguns funcionários administrativos como, por exemplo, do setor de prontuários:

Nós dependemos deles, mas eles não dão muita atenção à gente. Não somos reconhecidos, pelo menos aqui no Centro de Saúde. Os funcionários desta unidade fazem diferença: “você é PSF”. Não nos consideram **da casa**. Tem gente que fala “tenho anos de Fiocruz, meu crachá fala mais alto” (Lu - grifo nosso).

A relação com os demais profissionais também é difícil, pois “*os médicos e os profissionais de saúde da casa desfazem da gente*” (Lu). O distanciamento entre os trabalhadores do CSEGSF - da atenção básica tradicional e da saúde da família - aponta para a hierarquia e as relações de poder, sendo obstáculos ao reconhecimento profissional e ao trabalho em rede. Os ACS, diante dessas situações, não são se sentem

funcionários do Centro de Saúde, e reafirmam que o seu trabalho é na comunidade e não no espaço instituído de disputa e poder.

5.2 Trabalho prescrito e trabalho real: fundamentos legais das redes sociais

Essa parte da análise dos resultados atende a um dos nossos objetivos de comparar o trabalho prescrito com o trabalho real dos ACS. Fizemos um levantamento dos documentos oficiais da política de Saúde da Família sobre esses trabalhadores no período de 1991 a 2009, e selecionamos os que se referem às suas atribuições e foram publicados no âmbito do poder Legislativo e Executivo. Em seguida, realizamos a análise documental e comparamos as tarefas prescritas com as atividades realizadas na perspectiva de compreendermos a formação das redes de apoio social no cotidiano de trabalho, a partir da relação entre a formulação política e a práxis cotidiana. Foram analisados os cinco documentos que versam sobre as atribuições profissionais dos ACS publicados até o momento, e que correspondem às portarias 1886/97 e 648/06, as leis 10507/02 e 11350/06 e o decreto 3189/99, conforme descrito na metodologia.

O primeiro documento sobre a regulamentação do trabalho do ACS foi a portaria 1886 de 1997, expedida pelo Gabinete do Ministério da Saúde após seis anos da institucionalização do PACS e três do PSF. O documento explicita, pela primeira vez, a relevância do PACS e do PSF no plano de ações e metas do Ministério da Saúde, e aponta para a expansão da Saúde da família como *“importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar”* (Brasil, 1997a). Nesse mesmo ano havia sido publicado pelo Ministério da Saúde um manual da Saúde da Família (Brasil, 1997b), o qual rebatia as críticas feitas ao PSF como um programa de atenção primária seletiva e o defendia como uma estratégia para reverter o modelo assistencial vigente.

A portaria 1886/97 define as responsabilidades das três esferas administrativas no âmbito da Saúde da Família, e lista 33 atribuições do ACS no PACS sob a supervisão dos enfermeiros. Essa portaria é muito utilizada para discutir o trabalho do ACS pelo fato de descrever as atribuições detalhadamente, e embora tenha sido revogada em 2006, nove anos após a publicação, a sua utilização na nossa análise se justifica em função de sua importância para compreender as atividades instituídas desses trabalhadores. Dois anos após a portaria foi publicado o decreto 3189 (Brasil, 1999a), e ambos os documentos foram fundamentais para elaborar a formação do ACS e

construir o Referencial Curricular (Brasil, 2004) no que se refere à definição dos eixos estruturantes que devem nortear a prática profissional.

O decreto 3189/99 menciona, no Parágrafo Único, que *"as atividades do ACS são consideradas de relevante interesse público"* (Brasil, 1999a), legitimando a sua atuação na atenção básica. No entanto, a criação da profissão de ACS, como um trabalhador exclusivo do SUS, é efetivada somente no ano de 2002 (Brasil, 2002a), fruto da organização e mobilização política em prol do reconhecimento da categoria profissional. A luta social e política desses trabalhadores propiciou, no ano de 2006, a publicação da Emenda Constitucional nº 51 (Brasil, 2006d) e da sua regulamentação pela lei 11350 (Brasil, 2006e). O que nos chama atenção é que a lei 10507/02 foi revogada quatro anos depois pela lei 11350/06, no entanto, esta não faz qualquer menção à profissão de ACS e passa a utilizar o termo "atividade" onde na lei anterior falava em "profissão". De qualquer modo, a lei 11350/06 ao prever a elevação da escolaridade, a contratação formal e a desprecarização dos vínculos representa, sem dúvida, uma conquista relevante.

Os documentos regulamentados revelam o reconhecimento jurídico dos ACS, no que se refere aos seus direitos trabalhistas e a formação técnica. Trata-se de uma bandeira de luta defendida, desde a institucionalização do PACS e PSF, por um conjunto de atores sociais atuando em rede, entre os quais destacamos o papel desempenhado pela CONACS. Essa entidade, criada pelos ACS, ainda se mantém atuante para garantir os direitos sociais, éticos e políticos desses trabalhadores, e para assegurar que os direitos conquistados sejam estendidos a todos os ACS do país.

No mesmo ano da lei 11350, alguns meses antes, foi publicada a portaria 648 (Brasil, 2006a), de suma importância ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica e definir a Saúde da Família como a principal estratégia para reorganização da atenção básica em todo o território nacional. Essa portaria revogou a anterior - a portaria 1886/97 - e, entre outras diretrizes pactuadas pelos gestores na tripartite, definiu as atribuições comuns e as específicas dos profissionais da equipe de saúde da família.

Todos os documentos da legislação preconizam como atribuição do ACS o exercício de atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas, individuais e coletivas, no âmbito dos domicílios e da comunidade. Tendo em vista a lei 10507/02 ter um único artigo sobre a atribuição referida acima, passaremos a mencionar apenas os demais documentos na análise do trabalho prescrito.

As atribuições básicas do ACS listadas na portaria 1886/97 podem ser agrupadas em quatro eixos de análise. O primeiro contém as atribuições relacionadas à adscrição e territorialização, com o cadastramento das famílias e o perfil sociocultural e econômico da área. O segundo eixo aborda as atribuições relacionadas à promoção da saúde, prevenção da doença e vigilância, cujas atividades aparecem especificadas somente nessa portaria e estão voltadas para grupos populacionais específicos, tais como crianças menores de cinco anos, gestantes, adolescentes, mulheres e idosos. O terceiro inclui as atribuições relacionadas às ações educativas sobre planejamento familiar, nutrição, saúde bucal, prevenção de câncer de mama e colo uterino. O quarto eixo faz menção à dimensão social das redes que ultrapassa as ações tradicionais de saúde, tais como promover a inserção social dos usuários com deficiência psicofísica, realizar ações educativas para a preservação do meio ambiente, propiciar a abordagem dos direitos humanos e estimular a participação comunitária.

O segundo e terceiro eixos podem ser pensados em conjunto, haja vista que as atividades de promoção, prevenção e vigilância são realizadas por meio de ações educativas individuais e coletivas. O que fica evidenciado, no entanto, é a ênfase dada no documento às ações individuais e o foco nas doenças, mantendo-se a lógica do modelo biomédico e das ações programáticas (Bornstein & Stotz, 2008), embora o preconizado seja a reversão do modelo assistencial vigente.

Ao analisarmos o decreto 3189/99 e a lei 11350/06 identificamos seis atribuições do ACS a serem realizadas em sua área de atuação:

- I. Utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- II. Promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III. Registro, para controle e planejamento das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV. Estimulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V. Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- VI. Participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Tais atribuições são semelhantes às da portaria 1886/97, e podem ser pensadas a partir dos eixos de análise referidos acima. O decreto 3189/99 acrescenta um sétimo

item nas atribuições que diz respeito a “*desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde*” (Brasil, 1997a), porém não especifica quais seriam essas atividades.

A portaria 648/2006 é o único documento que normatiza as atribuições comuns e específicas dos profissionais da equipe de saúde da família. Em relação ao ACS, define algumas atribuições semelhantes aos demais documentos e aponta para três novos itens. O primeiro se refere a “*cumprir com as atribuições definidas para os ACS em relação à prevenção e controle da malária e da dengue, conforme a portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002*” (Brasil, 2006a). A orientação geral às famílias e à comunidade quanto à prevenção e controle das doenças endêmicas é mencionada na portaria 1886/97, porém o foco específico de controle da malária e da dengue ficou previsto somente a partir do ano de 2002 (Brasil, 2002c). As duas outras atribuições apontam para o papel de elo ou mediador social do ACS e consistem em “*orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis*” e “*desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde*” (Brasil, 2006a).

A seguir analisaremos como cada uma das atribuições se expressa nos diversos documentos e como se revela na prática cotidiana dos ACS. Para facilitar a análise, vamos tomar como ponto de partida os três eixos referidos a partir das atribuições da portaria 1886/97 que são: 1) Reconhecimento do território e o processo de territorialização 2) Ações educativas de prevenção, vigilância e promoção; e 3) Ações sociais que ultrapassam as ações tradicionais de saúde, levando-se em conta que algumas atividades perpassam os vários eixos. A nosso ver, os dois primeiros eixos estão mais próximos ao que Silva & Dalmaso (2002) referem como sendo a dimensão técnico-assistencial das atribuições dos ACS e o terceiro se aproximaria da dimensão político-social. Foi necessário acrescentarmos um quarto tópico que inclui outras atividades que são realizadas de acordo com a definição da gestão local, haja vista seu impacto na análise dialética entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

5.2.1 Reconhecimento do território e territorialização: cadastramento, diagnóstico situacional da comunidade, registro de informações

• Cadastramento e diagnóstico situacional:

O processo de territorialização e mapeamento da área, com a identificação dos usuários, famílias e grupos expostos a riscos, é uma atribuição comum a todos os

profissionais da equipe (Brasil, 2006a). Por sua vez, o cadastramento das famílias adscritas na microárea, com a atualização permanente do cadastro, é referido nas portarias 1886/97 e 648/2006 como atribuição específica do ACS, sendo considerada uma atividade central desse trabalhador para a construção do diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade. Embora o decreto 3189 e a lei 11350 não façam referência explícita ao cadastramento, esses documentos deixam subentendido essa tarefa prescrita ao definirem que os ACS devem “*utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade*” (Brasil, 1997a; 2006e).

O diagnóstico situacional da comunidade é fundamental para os profissionais de saúde e gestores conhecerem as condições locais de vida e saúde, as áreas de maior vulnerabilidade social, o perfil demográfico, sociocultural e econômico, os espaços comunitários com as possíveis parcerias, as redes sociais, entre outros fixos e fluxos do território. Desse modo, tem-se um instrumento analítico relevante para planejar o trabalho em equipe, as ações em rede, e definir as intervenções em saúde mais adequadas à realidade.

Ao analisarmos o trabalho real do ACS, evidenciamos que esse trabalhador realiza o cadastramento e o identifica como uma de suas atribuições fundamentais. No entanto, não consegue cadastrar todas as famílias e manter os dados atualizados em função das variabilidades que se apresentam no cotidiano, tais como a alta mobilidade social na comunidade, a dificuldade de contatar determinadas famílias em horário comercial e a recusa dos moradores em participar da saúde da família por possuir plano de saúde ou frequentar outro serviço público. Em geral, o cadastramento é o primeiro contato do ACS com o usuário:

Às vezes a recusa do paciente fazer o cadastro não é nem pelo fato de não entender, é pelo fato de recusar mesmo. “Eu não quero porque eu tenho plano de saúde”. Aí a gente explica que independente de ter plano de saúde você pode ter o cartão. Aí ele fala “não, mas eu não quero”. Então eu acho que isso dificulta (Lia).

A recusa dos moradores é uma das dificuldades no trabalho, haja vista que as informações provenientes do cadastramento são importantes para alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e vão repercutir nas metas e na produtividade da saúde da família. Os ACS repassam o problema na reunião de equipe como uma forma de ter o respaldo de que foram ao domicílio, mas não conseguiram cadastrar os usuários. Essas dificuldades são vivenciadas e relatadas como situações estressoras no

trabalho, pois conforme assinala a ACS “*a gente tem muito aborrecimento por causa disso*” (Hortênsia). Esses trabalhadores, no entanto, buscam estratégias para solucionar o problema, desde retornar fora do horário comercial, no caso das famílias que trabalham durante o dia, até voltar várias vezes no domicílio na perspectiva de convencer os moradores a se cadastrarem, muitas vezes com êxito.

O cadastramento se torna ainda mais difícil quando é exigida a apresentação de documentos de identificação, tal como ocorreu no recadastramento da área de Manguinhos, no ano de 2009, para a reavaliação do diagnóstico situacional. A ACS chama atenção para a situação de impasse diante dessa normatização, o que poderá ser solucionado se houver uma reconfiguração do prescrito a partir da realidade que se apresenta.

Quando pede um documento, é muito complicado. A gente faz o recadastramento, vai nas casas, né. Agora, um grande empecilho, que eu tô vendo, é na hora de pegar a documentação, isso tá muito complicado (...). Isso é um impasse muito grande (Hortênsia).

Entendemos que a recusa dos moradores em se cadastrar e integrar a Saúde da Família expressa uma forma de manter o distanciamento, evitando-se as interações sociais e a criação de vínculos com os trabalhadores. Se por um lado, os moradores devem ser esclarecidos sobre a Estratégia Saúde da Família e sobre os seus direitos de saúde, por outro, eles têm a liberdade de não querer participar e a sua decisão precisa ser respeitada. Diante da recusa dos usuários, a responsabilidade não pode ser atribuída somente aos ACS, é preciso que a equipe defina como sair do impasse e proceder nessas situações, e repactue as metas de cada trabalhador.

Quanto ao diagnóstico do perfil da comunidade, os ACS participam ao buscar as informações por meio do cadastramento e das visitas domiciliares. Na prática cotidiana, no entanto, observamos que o diagnóstico, em fase de reconstrução, não é utilizado como um instrumento para o planejamento das ações da equipe e para a organização do trabalho por meio de redes sócio-técnicas, o que indica que as ações normativas ainda estão no plano jurídico. A importância do cadastramento e de sua atualização sugere que essa atividade seja discutida na equipe com vistas a ser aprimorada, definindo-se claramente os seus objetivos e os meios para alcançá-los, de forma que os ACS contribuam com as informações de modo reflexivo, não sendo apenas “levantadores de dados”.

Falta a valorização dos ACS. Tu faz as coisas, faz, faz, faz, mas chega na hora, acho que não aparece, como se não fosse o agente que tivesse fazendo

(...). Tu faz um trabalho, é como se nós não tivéssemos feito (...), como se nós fôssemos só uns levantadores de dados (Lena).

A fala da Lena expressa o sentimento de não ser reconhecida no exercício de sua atividade, o que dificulta a articulação das ações de saúde dos trabalhadores. O deslocamento do papel de “levantador de dados” para o de trabalhador reconhecido por possuir informações relevantes do seu território, que pode contribuir na construção do diagnóstico situacional e no planejamento das ações de saúde, propicia o trabalho em equipe na lógica da integralidade. São essas relações mais horizontalizadas entre os trabalhadores da equipe, pautadas no respeito e reconhecimento mútuo, que favorecem as redes de apoio social, com a circulação do apoio informativo entre outros bens simbólicos e materiais, ampliando assim oferta do cuidado em saúde para os usuários e famílias.

● Registro de informações: controle e planejamento das ações de saúde

O decreto 3189/99 e a lei 1135/06 definem como atribuição específica do ACS o registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos para planejar as ações de saúde, enquanto a portaria 1886/97 não menciona sobre essa atribuição. O registro dessas informações que os ACS coletam e da produção da equipe vai consolidar os dados do SIAB, os quais serão utilizados no monitoramento e avaliação das ações da unidade de saúde da família (Brasil 1997a). A qualidade do registro das atividades no SIAB é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe de saúde, conforme preconizado na portaria 648/06.

Na atividade cotidiana, os ACS registram os dados coletados no cadastramento e nas visitas domiciliares por meio do preenchimento de fichas específicas - que incluem as fichas para cadastramento das famílias e as de acompanhamento de crianças, gestantes, de usuários hipertensos, diabéticos, entre outros - que servem para alimentar o SIAB. Esse sistema de informação está voltado para as ações individuais e para os indicadores quantitativos de saúde, o que significa que as atividades dos trabalhadores da saúde da família são avaliadas na lógica da produtividade. É nesse sentido que a ACS critica que “*a saúde da família veio pra modificar e acaba ficando na mesmice*” (Lena), pois embora a proposta seja a mudança do modelo de atenção vigente, com a concepção ampliada de saúde, o foco está nas ações assistenciais:

A Saúde da Família veio pra mudar! [A proposta de] o modelo de atenção básica é mudar, né? Até que os agentes de saúde, eu acredito, têm essa

diferença, até por causa das visitas, por causa das **conversas**. Mas, em geral, eu acho que fica mais é no assistencial (Lena).

A fala acima revela o debate de normas que se processa na relação entre trabalho prescrito e trabalho real do ACS. Por um lado, as normas instituídas dos registros de informação para avaliar a produtividade na saúde da família enfatizam as doenças e as ações programáticas, por meio de ações assistenciais e de prevenção. Por outro, os saberes dos ACS e a dimensão relacional do seu trabalho na produção do cuidado priorizam os usuários e famílias, entrando em conflito com o sistema de avaliação e desempenho por produtividade e reconfigurando-o a partir de novos valores. O desafio para a gestão e planejamento é incorporar as “conversas” no processo de avaliação do trabalho, o que pode ser traduzido pela escuta, pelo acolhimento e pelas redes de apoio social como pode ser verificado no depoimento a seguir:

A gente não tem esse espaço de verdade para estar orientando. É tudo muito rápido, quando não é rápido eu me prejudico. E aí eles, a equipe técnica não entendem isso. Se eu precisei ficar duas horas dentro de uma casa, foi porque tinha necessidade, eu não fiquei comendo pipoca (Tábata).

Os ACS coletam uma diversidade de informações nas interações sociais com os usuários e famílias, porém nem todas são contempladas nos registros formais, o que os leva a ter um caderno de campo com anotações sobre aspectos que consideram importantes:

Quando você tá na visita, eu costumo ter um caderninho e eu vou anotando as coisas, depois eu vou olhando (Lena).

Dos diabéticos, por exemplo, a gente anota alimentação, se tá tomando a medicação, a que horas ele toma medicação. Qual foi a última pesagem. Qual foi a aferição da pressão. Eu tenho um controle, né? (Hortênsia)

Os registros informais extrapolam o prescrito e têm o potencial de complementar as informações extraídas a partir dos indicadores de saúde, e ajudar a mapear os usuários e famílias em situações de vulnerabilidade. Durante a observação participante na comunidade, observamos em um domicílio um lactente de quatro meses que dormia durante o dia na parte superior de um beliche, com risco de queda e traumatismo. Esse tipo de anotação é um exemplo de registro que o ACS faz no seu caderno pessoal para demarcar o risco que se encontra o bebê, e para lembrar-se de averiguar na próxima visita domiciliar. Os registros informais deveriam ganhar visibilidade e ser valorizados, e junto com os registros formais prover as informações para a organização do trabalho em equipe e para o planejamento das ações de integralidade do cuidado em saúde.

Valorizar as informações dos ACS, por sua vez, representa uma forma de reconhecimento profissional. É nesse sentido que esse trabalhador identifica a importância do seu trabalho ao fornecer informações à equipe de saúde e gestores, apontando assim para o desejo de ser reconhecido:

Eu acho que o nosso trabalho é super importante! Eles (os profissionais de saúde e gestores) falam muito em números, eles falam muito em produção, então se eles tem produção é por causa da gente, é a gente que vai nas casas. E se não existisse agente de saúde? Eles iam entrar lá na comunidade? (Tábata).

5.2.2 Atribuições relacionadas às atividades educativas: promoção, prevenção, vigilância e visitas domiciliares

• Promoção da saúde, vigilância e prevenção das doenças

As atividades educativas, individuais e coletivas, de promoção da saúde e prevenção das doenças constam em todos os documentos como uma atribuição que caracteriza o trabalho do ACS. A portaria 1886/97 é o único documento que detalha essas atividades, as quais incluem: promover o aleitamento materno e a imunização em crianças e gestantes; acompanhar o crescimento e desenvolvimento de menores cinco anos; monitorar as diarreias e as infecções respiratórias agudas; realizar atividades de prevenção e promoção da saúde dos idosos; orientar sobre prevenção de DST/aids, gravidez e uso de drogas na adolescência; realizar ações educativas sobre planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e colo de útero e atividades de educação nutricional e saúde bucal.

As ações de vigilância em saúde também são referidas, destacando-se a investigação de surtos ou doenças de notificação compulsória, a vigilância em menores de um ano em situação de risco e a supervisão dos pacientes com tuberculose, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas. A busca ativa das doenças infecto-contagiosas, considerada uma atribuição específica do ACS na portaria 1886/97, passa a ser definida como uma atribuição de todos os profissionais da equipe de saúde da família na portaria 648/06. Esse último documento refere que as ações educativas visando à promoção e prevenção, devem ser realizadas de acordo com o planejamento da equipe, e reforça a atribuição do ACS na prevenção e controle da malária e da dengue para os que trabalham em áreas endêmicas³.

Cabe ressaltar que a portaria 1886/97 enfatiza as ações educativas de prevenção centradas nos indivíduos, e aborda uma concepção restrita da promoção da saúde e da vigilância. Fica clara a tensão permanente no campo da saúde coletiva em integrar as ações assistenciais, de prevenção e promoção pautadas na integralidade do cuidado, e o desafio que se coloca para o trabalho em equipe de saúde da família e da atenção básica em geral.

Embora as ações educativas sejam centrais no trabalho do ACS, a sua prática cotidiana tende a se restringir a uma visão limitada de educação em saúde, a qual é muito mais normativa do que de fato uma educação transformadora. As atividades prescritas, com ênfase na prevenção e promoção, nem sempre são executadas ou então são desenvolvidas em caráter restrito conforme a fala a seguir:

Eu acho que a gente teria que fazer mais promoção, ter mais tempo de sentar, de escutar, entendeu? De fazer essa tal de prevenção. E isso não acontece. A gente vai mesmo na doença, é hipertenso, pega cartão, marca consulta, não é aquela coisa que teria que ser (Tábata).

Se por um lado, as ações educativas de promoção da saúde praticamente não são realizadas, haja vista o foco nas doenças, por outro, as de prevenção estão voltadas principalmente para as ações programáticas, relacionadas a grupos ou agravos específicos, como hipertensão, diabetes, tuberculose e planejamento familiar. Trata-se de programas verticais que operam na lógica dos fatores de risco, das mudanças de hábitos e da culpabilidade dos indivíduos pelo adoecer. É interessante, no relato acima, a tensão que se revela entre as ações normativas do ACS e a importância atribuída ao acolhimento, a escuta e ao tempo para a constituição de vínculos e efetivação do cuidado.

Os relatos dos ACS revelam que, além da centralidade na doença, a ênfase na produtividade, sem valorizar a dimensão relacional no trabalho, é outro obstáculo à realização de práticas educativas. Nesse sentido, Tábata adverte que “*por conta desta quantidade, deste número da produção, às vezes a gente se prende muito a isso e não faz o trabalho como deveria*”. Assim, ao contrário da produtividade que opera na lógica de mercado, o tempo tem um valor real para o seu trabalho, no sentido de estabelecer relações de confiança e fortalecer as redes de apoio social, com a entrada no circuito da dívida. Essa situação merece ser discutida nas reuniões de equipe, de modo que as ações educativas de prevenção e promoção sejam programadas e as metas repactuadas.

Embora os ACS do território de Manguinhos cumpram com as ações referentes à prevenção e controle da dengue e realizem a busca ativa de doenças infecto-contagiosas, nem sempre as ações de vigilância, prevenção da doença e promoção da saúde estão pautadas no planejamento da equipe, conforme preconizado na portaria 648/06. Nessas circunstâncias, carecem as articulações de ação entre os diferentes profissionais de saúde e um trabalho mais integrado.

As atividades educativas no âmbito individual se processam nas visitas domiciliares, porém as atividades coletivas, por meio de grupos educativos e outros trabalhos na própria comunidade, nem sempre são realizadas.

Não temos feito grupo na comunidade nem no Centro de Saúde (Lu).

Os grupos... é uma grande dificuldade. (...) Até gostaríamos que tivesse, mas a equipe está defasada, então nós não podemos montar grupo. A gente não consegue dar continuidade (Hortênsia).

Os grupos existentes, dependendo da equipe, são realizados no Centro de Saúde ou na comunidade, em geral nos espaços cedidos pelas igrejas, e estão orientados para as ações programáticas normatizadas. Os ACS não realizam os grupos sozinhos, e têm uma função mais operacional e menos educativa:

A gente faz grupos com a enfermeira, com a médica ou com a técnica. Geralmente, quem fala mais no grupo são elas. Por exemplo, no de hipertensão recolhemos o cartão, pegamos a receita, olhamos a medicação das pessoas. (...) Às vezes, um agente fala, mas a fala fica mais com a equipe técnica (Lena).

É comum o rodízio entre os ACS da equipe para participar dos grupos, talvez em função de terem uma tarefa mais burocrática de convidar os usuários e verificar os cartões de saúde. O trabalho educativo pode ganhar um novo sentido quando esses trabalhadores se sentem mais participativos e reconhecidos em suas atribuições, tendo um papel mais ativo e não de expectador. Isso fica evidenciado quando a ACS relata que conseguiu mobilizar várias crianças com as mães para participarem de um grupo na comunidade, onde fizeram teatro com as crianças e outras atividades, e refere que “*a gente tem que pensar assim, em mais movimentos, ações*” (Gina). Ela reforça a importância de mobilizar os usuários para participar, haja vista que os grupos diminuem a demanda às consultas individuais, e muitas questões podem ser solucionadas nesse espaço coletivo de trocas.

A nosso ver, os grupos educativos têm o potencial de serem grupos de apoio social, ou seja, *locus* de discussão e construção de cidadania que favorecem a

constituição de redes de apoio social, a inclusão dos usuários, o empoderamento individual e coletivo e a entrada no circuito de dádiva. Isso implica em qualificar os ACS para realizar os grupos e outras ações educativas de forma mais participativa e autônoma, com troca de saberes com os usuários, o que fortaleceria o papel desses agentes como promotores da saúde. Além disso, é fundamental a realização do trabalho coletivo em rede, organizado na lógica da equipe integração (Peduzzi, 2001), de modo que as ações educativas dos trabalhadores operem na perspectiva da emancipação dos usuários e favoreçam a tomada de decisões e compromissos em relação à saúde individual e do território.

● Visitas domiciliares

A visita domiciliar é uma das principais atribuições do ACS referida em todos os documentos, com vistas a realizar as ações educativas de prevenção e promoção. Os usuários e famílias cadastrados devem ser visitados regularmente, porém a prioridade é para os que se encontram em situações de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, o decreto 3189 e a lei 11350 preconizam as “*visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família*” (Brasil, 1999a; Brasil, 2006e), enquanto a portaria 1886 define que os ACS devem ir com mais frequência aos domicílios que requirem atenção especial (Brasil, 1997a). A portaria 648, por sua vez, acrescenta que as visitas devem ser planejadas de acordo com as necessidades definidas pela equipe de saúde, a qual deve sempre se manter informada, principalmente sob as situações de risco (Brasil, 2006a), reafirmando assim a importância do diagnóstico de saúde local para a organização do trabalho.

A ida ao domicílio na Estratégia Saúde da Família não é uma atividade exclusiva desse trabalhador. Entretanto, chama atenção o fato de que a visita domiciliar só apareça como atribuição específica do ACS, e não seja definida como prioridade nas atribuições dos demais trabalhadores da equipe:

[O médico e enfermeiro devem] realizar consultas clínicas e procedimentos na Unidade de Saúde da Família e, **quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários** (escolas, associações etc). [O Técnico de Enfermagem deve] participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na Unidade de Saúde da Família e, **quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários** (escolas, associações etc) (Brasil, 2006a - grifos nossos).

Não existe, portanto, um trabalho prescrito para os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que normatize as atividades periódicas na comunidade, o que nos leva a questionar se não seria uma contradição com a proposta da Estratégia Saúde da Família de territorialização e de mudança da lógica do modelo técnico-assistencial. Levando-se em conta que a ida ao domicílio pressupõe o estabelecimento de vínculos com os usuários, essa atribuição, enquanto uma normatização, remete aos fundamentos legais das redes sociais.

Ao analisarmos o trabalho real fica evidenciado que a visita domiciliar constitui a base do trabalho do ACS, por meio da qual eles realizam a maior parte de suas atividades como cadastramento; registro das informações; acompanhamento dos usuários e famílias de sua microárea, priorizando os que se encontram em situações de risco; ações educativas no âmbito da promoção e prevenção; e ações de vigilância, com a busca ativa de doenças infecto-contagiosas e supervisão de usuários em tratamento de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas.

É da visita domiciliar que você vai perceber as especificidades. Você vai fazer uma visita, ali você percebe que tem uma gestante, que a pessoa é diabética, você percebe uma criança desnutrida. Eu acho que tudo [que] se faz [tem] a origem numa visita domiciliar. Aí dessa visita que você vai ta ampliando as idéias (Gina).

O discurso acima traz algumas reflexões para a análise das práticas de cuidado desses trabalhadores. O olhar dos ACS direcionado para a identificação dos usuários doentes ou para grupos específicos a serem acompanhados com maior frequência decorre da obrigatoriedade de preencher as fichas de ações programáticas com vistas a alimentar o SIAB:

A gente visita os diabéticos, os hipertensos... têm umas fichinhas, as fichas B, que a gente preenche com tudo isso (Hortênsia).

As ações educativas pautadas nesses programas operam na lógica do modelo biomédico e tendem a ser mais normativas, enfatizando as mudanças de hábitos de vida e a dimensão mais técnica do cuidado, com pouca inserção no campo da promoção da saúde. Em contrapartida, o “ampliar as idéias” mencionado por Gina reafirma que a visita domiciliar é um espaço de encontro privilegiado para se conhecer melhor a realidade local e as condições de vida e saúde dos usuários e famílias. Isso fica bem demarcado quando as visitas passam a ser orientadas pelas tecnologias leves na produção do cuidado em saúde (Merhy, 1998), e os ACS ultrapassam a dimensão normativa restrita e se abrem para a escuta e o diálogo:

Têm muitos ali, não quer saber só de doença, às vezes, eles tão com problema também. Uns falam “ah, não tenho dinheiro pra isso”, “ah, meu marido me traiu”. Eles conversam, passa tudo isso pra gente, porque já tem aquela confiança, né? (Lena).

Nessas circunstâncias as visitas domiciliares se configuram como um dispositivo para o reconhecimento recíproco e a constituição de redes de apoio social no trabalho, pois envolvem relações de pessoalidade entre trabalhadores e usuários nas quais os dons e contradons circulam. O ACS oferta cuidado e recebe apoio emocional dos usuários que o motiva a se manter na profissão em situações difíceis da sua vida pessoal, e a partir da conversa ambos têm a oportunidade de ressignificar os problemas:

Já aconteceu comigo várias vezes de eu chegar na casa para fazer a visita... e eu tô com muita perturbação, negócio de trabalho, casa, e eu falo que eu tô cansada de ser Agente Comunitário de Saúde, to com vontade de largar. E a pessoa diz: “não! Não faz isso, não! Pelo amor de Deus!”. E a gente conversa, fala de outros assuntos. Às vezes quem ta precisando falar é o Agente Comunitário (Lena).

As trocas espontâneas de afetividade entre ACS e usuários nas atividades cotidianas e o saber desses trabalhadores advindos da experiência de vida não excluem a relevância da qualificação profissional no sentido de prepará-los para lidar com a complexidade do seu trabalho, os limites de sua atuação e as situações de conflito inerente às relações sociais.

O agente de saúde tem uma carga muito pesada. Ele não absorve só os seus problemas, da tua família, é de 10 famílias toda que ele tá visitando. Eu acho que é difícil você não se envolver. Você tá ali todo dia, você tá presenciando, não tem como você não se envolver (Lena).

Em geral, os ACS referem que são bem recebidos pelos usuários nas visitas domiciliares e estabelecem vínculos de proximidade, porém têm os que preferem manter distância:

Têm pessoas que te chamam para entrar dentro de casa, têm pessoas que te atendem pela janela (Tábata).

Os conflitos nas visitas domiciliares entre ACS e usuários muitas vezes se revelam pela tensão que se processa entre o *locus* público e privado, pois a ida ao domicílio pode representar uma invasão do espaço do outro. Ao entrar nesse espaço íntimo, o modo como o encontro vai se delinear e os seus desdobramentos são experiências singulares que não podem ser totalmente antecipadas, o que não exclui a

importância do trabalho prescrito para fundamentar o planejamento da equipe de saúde. Os ACS referem que em muitos casos é preciso ponderar o momento adequado às visitas, e retornar caso os usuários estejam ocupados ou resolvendo algum conflito familiar:

Às vezes é de manhã, tá arrumando a casa, tá próximo do horário de ir pra escola (...). Devido ao tempo, a gente percebe o momento que pode ir [à visita]. Quando a gente chega na família, a pessoa tá falando alto com alguém, às vezes tá brigando com o filho, tá fazendo alguma coisa, então, a gente já vê que não era pra ter vindo aqui e volta outra hora (Gina).

A dimensão moral do respeito entre trabalhadores e usuários é apontada como fundamental nas ações de integralidade do cuidado, o que nas visitas domiciliares implica em respeitar o espaço privado:

Com educação, eu sempre pergunto “Pode ser agora? Você tá ocupada?” (...). “Se tiver ocupada, eu volto outra hora”. Deixo a pessoa à vontade. Então, assim, nunca tive problema (Lena).

O respeito também se revela quando os ACS mencionam que devem manter sigilo sobre o que compartilham nas visitas domiciliares. Segundo Gina, as informações devem ser repassadas apenas para a equipe de saúde da família na perspectiva de encontrar soluções para os problemas identificados:

Nem tudo que a gente escuta, que vê, pode sair levando pra qualquer pessoa. Têm pessoas que confiam para falar coisas comigo (...). Geralmente quando tem alguma dificuldade, a gente coloca na reunião de equipe: “aquela família está com uma dificuldade assim, tá passando por isso, o que a gente pode fazer para ajudar”. Colocar pra toda equipe, mas é só ali e pronto (Gina).

As falas referidas acima no que tangem a “deixar o outro à vontade”, “procurar não invadir o espaço”, “compreender a disponibilidade dos usuários na visitas” e “preservar o que é conversado na intimidade” expressam o reconhecimento jurídico que esses trabalhadores devem ter na relação com os usuários e famílias que se encontram sob seu cuidado. Ao mesmo tempo, também podem estar expressando o desejo de serem reconhecidos pelos usuários, na dimensão do respeito, em sua prática cotidiana de cuidado em saúde.

5.2.3 Ações sociais que ultrapassam as ações tradicionais de saúde: fomentar a participação da comunidade; ações intersetoriais; mediação; orientação sobre o acesso aos serviços de saúde; ações educativas de preservação do meio ambiente, abordagem de direitos humanos e inserção social dos usuários

• Estimulo à participação da comunidade

O estímulo à participação comunitária é referido nos documentos como uma atribuição específica do ACS, exceto na portaria 648/2006 na qual essa atribuição é considerada comum a todos os profissionais da saúde da família. Tendo em vista a importância de se definir claramente o sentido normativo atribuído ao termo participação, evidenciamos diferenças sutis nesses documentos, o que pode levar a diferentes formas de interpretação do trabalho prescrito.

A lei 11350 e o decreto 3189 enfatizam, respectivamente, a participação da comunidade nas políticas públicas “*voltadas para a área da saúde*” (Brasil, 2006e) e como “*estratégias de conquista da qualidade de vida*” (Brasil, 1999a). A portaria 1886, de modo semelhante ao decreto, menciona sobre o estímulo da participação da comunidade “*para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da população*” (Brasil, 1997a). A portaria 648, por sua vez, ressalta que a equipe de saúde deve promover a participação da comunidade para “*efetivar o controle social*” (Brasil, 2006a).

A atribuição de mobilizar a comunidade para participar da tomada de decisões aponta para o papel de mobilizador social (Brasil, 2000; 2004), o que tende a ser associado à idéia do ACS como líder. Encontramos aqui um indicativo de uma norma antecedente do trabalho prescrito, haja vista o contexto social, histórico e político de recrutamento dos agentes de saúde com trajetória de liderança na comunidade. Conforme reafirma o decreto 3189, o ACS deve “*ter espírito de liderança e solidariedade*” (Brasil, 1999a), sendo essa norma, durante muito tempo, uma justificativa para o impedimento de se tornar um servidor público. Isso ficou ratificado em um documento do Ministério da Saúde sobre a modalidade de contratação de ACS (Brasil, 2002b), o qual defendia, dentro da visão utilitarista, que esse trabalhador não fosse incorporado como servidor público em função da obrigatoriedade de ser um líder na comunidade, pois se perdesse a liderança não iria exercer as suas atribuições a contento e não seria mais útil.

Defender a liderança como um atributo pessoal que deve compor o perfil social do ACS, tal como sugerem alguns autores (Nogueira *et al.*, 2000), é desconsiderar a

importância da qualificação profissional para realizar as ações educativas no contexto da promoção da saúde. Nesse sentido, ao se exigir a liderança nata como condição para o exercício das atividades estaria se imputando a responsabilidade das práticas sociais na Estratégia Saúde da Família a esse trabalhador, o que seria uma “superheroização” do seu papel (Tomaz, 2002, p. 85). A fala a seguir se contrapõe à normatização e ao imaginário social do ACS como líder comunitário:

Quando eu fui me inscrever eu pensei: “será que eu tenho perfil? Eu sou uma pessoa caseira, não sou de ficar na rua, não conheço todo mundo”. Porque pra mim, o agente comunitário tinha que ser um LÍDER comunitário! (ênfatisou a palavra líder). (...) E consegui, fiz aquele vínculo. Então, acho que não precisa ser um líder comunitário pra ser um agente de saúde. (...) [Tem que ser uma] pessoa que gosta de tá em contato com outras pessoas, gosta de ajudar o próximo, de querer fazer alguma coisa pela sua comunidade, de ter aquela expectativa de melhoria (Lena).

Lena aponta para a renormalização (Schwartz, 2007) que os trabalhadores processam ao ressignificarem a norma instituída a partir da vivência no cotidiano de trabalho. Outros valores são revelados para a atuação do ACS, destacando-se a importância da interação social, o desejo de ajudar os usuários e a preocupação em desenvolver ações para beneficiar a comunidade. Embora os ACS mencionem sobre a luta em prol da comunidade, as ações coletivas ainda são pouco desenvolvidas na saúde da família e a prioridade recai nas ações individuais.

Ao analisarmos o trabalho real do ACS e compará-lo com o trabalho prescrito no que se refere ao seu papel de mobilizador social, é importante deixar claro o significado atribuído à participação comunitária. Ao entendermos a participação como a possibilidade dos usuários e grupos organizados interferirem sobre as políticas sociais na luta para conquistar e assegurar os direitos (Valla & Stotz, 1991), não identificamos na pesquisa nenhum tipo de mobilização dos ACS nesse sentido.

Cabe ressaltar que as ações necessárias para estimular a participação da comunidade não podem ser atribuições específicas do ACS, pois implicam em uma organização de trabalho em equipe integrado a redes sócio-humanas, sócio-técnicas e sócio-institucionais na saúde (Martins & Fontes, 2004), de modo que essas redes dêem sustentação às ações dos trabalhadores. Por um lado, toda a equipe de saúde precisa ser qualificada para exercer a tarefa de mobilizador social, pois foge ao escopo das ações tradicionais de saúde. Por outro, é fundamental a articulação da Estratégia Saúde da Família com a associação de moradores, com os movimentos sociais locais ou outras

parceiras na comunidade que tenham experiência de participação popular. Em relação às associações de moradores, o que se destaca na fala dos ACS é a ausência de interação com o trabalho da equipe de saúde, tendo em vista que essas associações muitas vezes não têm um papel atuante em prol da comunidade:

O Presidente da associação da comunidade que eu trabalho que não faz nada pela comunidade (Gisele).

[Na associação de moradores] tem uma politicagem horrorosa, a gente nem usa mais o espaço da associação (Tábata).

Ao se discutir as diversas formas de mobilização coletiva é preciso considerar que a participação implica em ser reconhecido pelo outro como um sujeito de valor (Honneth, 2003), o que sugere que a participação da comunidade poderá se processar se os usuários receberem as informações necessárias para a tomada de decisões e se sentirem reconhecidos pelos trabalhadores e lideranças como atores fundamentais na construção da cidadania. Nesse cenário de atuação política, torna-se possível a inclusão dos usuários com a constituição de redes de apoio social e a circulação de dons entre os atores envolvidos, sejam usuários, ACS, profissionais da saúde, gestores, participantes do movimento social, entre outros.

A tarefa prescrita de estimular a participação da comunidade aponta para os fundamentos legais das redes sociais e é um dispositivo para o empoderamento individual e coletivo. No entanto, esta atribuição não saiu do plano normativo para a ação política, conforme observamos no cotidiano do trabalho, e não se configura, portanto, como uma ação pública desses trabalhadores da saúde da família na luta por reconhecimento jurídico dos usuários e famílias que se encontram sob seus cuidados.

● **Participação em ações intersetoriais**

A participação em ações intersetoriais é referida na portaria 1886/97, porém como uma diretriz operacional do PSF para reorganizar as práticas de trabalho nas unidades de saúde e como possibilidade de consolidar a Saúde da Família. Nos documentos posteriores, o decreto 3189/99 e a lei 11350/06, a participação em ações que fortaleçam o elo entre o setor saúde e outras políticas públicas é definida como uma atribuição específica do ACS, o que implica em um trabalho em equipe de saúde articulado a redes sócio-técnicas e sócio-institucionais. Sob essa ótica é mais coerente compreender a participação em ações intersetoriais como atribuição de todos os profissionais da saúde da família, tal como regulamentada na portaria 648/06. Segundo

esse documento, os trabalhadores devem “*identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS*” (Brasil, 2006a).

As ações intersetoriais tendem a ser consideradas pelos profissionais de saúde como responsabilidade exclusiva dos gestores, negligenciando assim que a busca de parcerias na Estratégia Saúde da Família fortalece as redes sociais e amplia a integralidade do cuidado em saúde. Cabe, portanto, qualificar os ACS e demais profissionais da equipe para desenvolver ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outros atores e agências que atuem no território, com a perspectiva de inclusão social dos usuários e famílias.

Ao analisarmos o trabalho real do ACS identificamos que o trabalho prescrito, no que tange às ações intersetoriais, não é executado por esses trabalhadores nem pelos demais profissionais da equipe. Conforme assinala a ACS, “*a gente procura buscar parcerias, mas param os projetos, não vão pra frente*” (Malu). Os projetos sociais na comunidade correm paralelos às ações da equipe de saúde da família, e os agentes comunitários nem sempre têm informações sobre o seu andamento:

Tinha um projeto de caminhada, mas eu nem vejo mais o pessoal com a blusa, com o uniforme. (...) É do governo, agora não sei se ainda está acontecendo porque pararam a divulgação (Lia).

Existem projetos culturais na comunidade, em parceria com a Fiocruz e com a UFRJ, os quais a ACS identifica como uma forma de inclusão social, mas que não dialogam com a saúde da família.

Tem uma escola de música que tem parceria com a Fiocruz, com a UFRJ. Tem aula de violão, de sax, teclado, bateria (...). As crianças amam aquilo ali, sabe? Canto coral, música e sociedade, que é a inserção mesmo das crianças da comunidade, sabe, na sociedade, levam pra passeios culturais. É muito interessante! (Hortênsia).

A equipe de saúde parece atuar de forma mais isolada no território de Manguinhos, tendo em vista que as atividades dos trabalhadores não se articulam com os projetos sociais e não se constroem parcerias com as associações de moradores ou com as redes locais. Os recursos que a equipe consegue se restringem à utilização do espaço físico das igrejas e da escola para divulgação de palestras ou, em algumas comunidades, para a realização de grupos.

Na igreja católica tem um espaço bom lá que eles cederam pra gente fazer grupo (Gina).

Tem as igrejas que eu procuro, assim, quando quero. Não de parceria de trabalho, mas pra divulgação de palestras. (...) A escola, se precisar, pode usar (Hortênsia).

Alguns ACS, ao discutirem os limites do trabalho, reafirmam que a “*a equipe ainda está presa às ações assistenciais*” (Lena) e carecem ações mais efetivas de cuidado. Para esses trabalhadores, a ausência de intervenção da equipe da saúde diante das valas abertas e da deficiência da coleta de lixo pode parecer um descaso, haja vista que as condições precárias de vida afetam a saúde individual e coletiva e interferem no cotidiano de trabalho. Esses problemas da comunidade marcados pela negligência de atuação do poder público, sem dúvida, extrapolam as ações da equipe de saúde da família e exigem outras articulações e ações intersetoriais. No entanto, cabe destacar que a partir do processo de territorialização e do diagnóstico situacional, a equipe pode mapear as associações, as redes de movimentos sociais, as redes locais, os projetos sociais desenvolvidos, entre outras parcerias que permitam planejar o trabalho da saúde da família articulado em rede para assegurar a integralidade da atenção e do cuidado.

A importância da intersetorialidade e do estabelecimento de parcerias na Estratégia Saúde da Família é consenso entre os ACS, porém as dificuldades que se apresentam ficam evidenciadas no relato desses trabalhadores. O discurso da Lia a seguir revela algumas dessas dificuldades:

Acho que também falta muito apoio de outros órgãos para estar fazendo outras melhorias para o pessoal da comunidade. Tudo bem que tem uns que nem querem mesmo melhorar de vida. Aqui dentro da comunidade, têm pessoas que querem ficar onde estão. Mas falta muita oportunidade, de estudo, histórico, documento, você tem [até] dificuldade de passar a informação para aquela pessoa entender (Lia).

Os limites de acesso dos usuários à educação, aos documentos de identidade que o legitimam como cidadão, entre outros direitos éticos, políticos e sociais, apontam para o modo perverso e desigual em que muitos estão inseridos no sistema social (Martins, 2000). Alguns desses moradores estão excluídos tanto das redes de apoio social como do reconhecimento de seus direitos de cidadania. O desafio é que as ações intersetoriais saiam do plano normativo do trabalho prescrito do ACS e se configurem como uma ação pública da equipe de saúde e dos demais profissionais da atenção básica. Embora as intervenções necessárias ultrapassem o setor saúde, o trabalho em equipe pode ser mais resolutivo, e ampliar a práxis de cuidado, ao operar na lógica da integralidade e

construir parcerias na comunidade, fortalecendo as redes de apoio social assim como as redes sócio-técnicas e sócio-institucionais com as ações intersetoriais.

● **Mediação: Ações de integração entre a equipe de saúde e a população**

As ações de integração entre o serviço de saúde e a comunidade enfatizam a dimensão relacional do trabalho e estão relacionadas ao papel de mediador social do ACS, no qual transita entre as posições de trabalhador representante do Estado e de usuário morador da comunidade. Embora a mediação seja amplamente referida na literatura acadêmica (Nogueira *et al.*, 2000; David, 2001) e em algumas publicações do Ministério da Saúde (Brasil, 2000), a tarefa de realizar ações para aproximar a equipe de saúde da família e as classes populares passa a ser normatizada somente a partir do ano de 2006, na portaria 648, não sendo mencionada nas demais legislações sobre a regulamentação do trabalho. Segundo essa portaria, uma das atribuições específica do ACS é:

Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade (Brasil, 2006a).

A mediação do ACS é uma construção sociocultural atrelada à concepção de um trabalho simples e ao ideal de solidariedade e liderança e, assim como o papel de mobilizador social, configura-se como uma norma antecedente do trabalho prescrito a qual é permeada por valores simbólicos. Isso fica evidenciado ao nos reportarmos ao contexto histórico e político de origem desses trabalhadores, os quais eram voluntários leigos, em geral líderes na comunidade, que cumpriam a função de elo entre o serviço de saúde e a população sem acesso à assistência médica. O seu papel de mediador social foi incorporado pelo senso comum, e se revela no discurso desses trabalhadores em termos como “elo” e “ponte” como sinônimos de mediação:

Eu vejo o agente de saúde como uma ponte entre a população, a comunidade e a equipe técnica (Tábata).

Eu acho que o agente, ele é um elo entre a comunidade e a equipe de saúde da família a qual ele pertence (Gina).

No cotidiano da Saúde da Família, o papel de mediador está diretamente vinculado ao conhecimento do ACS sobre o seu território de atuação e o pertencimento àquele espaço, diferenciando-o dos demais trabalhadores da equipe de saúde. Os médicos e enfermeiros têm uma inserção pontual na comunidade, em geral nas visitas

domiciliares e em alguns grupos educativos, o que pode dificultar o estabelecimento de vínculos e trocas com os usuários, enquanto os ACS interagem com moradores a todo o momento pois exercem a maior parte de suas atividades no *locus* onde residem:

Nós somos um elo por isso, nós ligamos a comunidade à equipe técnica. Porque quando o médico faz visita domiciliar ou quando o enfermeiro também vai fazer a visita domiciliar, ele chega lá naquele momento, demora um pouco, mas retorna, e nós é que vivenciamos ali. Independente de ser agente de saúde, em horário de trabalho, também somos moradores, porque nós além de, ou melhor, antes de sermos agente comunitário de saúde, nós éramos moradores de manguinhos (Gina).

A identificação com os moradores e o sentimento de pertencimento à comunidade favorece a constituição de redes de apoio social local entre ACS e usuários. A mediação dos ACS, por sua vez, ao tecer conexões entre realidades sociais e culturais distintas aproxima os dois pólos - equipe de saúde e usuários - e expande as redes sociais com a entrada dos demais profissionais e a circulação de dons, entre os quais estão as informações que serão trocadas nas duas direções. A fala da Gina demonstra uma das direções da mediação, a que transita dos usuários para a equipe de saúde:

Cada equipe de saúde da família tem uma característica diferente devido à realidade da comunidade. (...) O agente pode observar muitas coisas, na questão do cuidado, e tá encaminhando à equipe (Gina).

O ACS “*pode observar muitas coisas*” e informar aos demais profissionais sobre as condições de vida dos usuários e famílias, as situações de vulnerabilidade social, as necessidades de saúde, entre outras questões relevantes do território para que juntos possam planejar as ações de integralidade do cuidado mais adequadas para cada situação. A crítica de alguns ACS é que as informações que eles levam nem sempre se revertem para o planejamento da equipe, e a ausência de resolutividade muitas vezes pode parecer um descaso:

Tem um esgoto ali, vamos lá ver o que a gente pode fazer! (...) vamos ver, assim, o pouco que a gente pode fazer. Então, eu vejo muito descaso (Lena).

Na outra direção, a mediação transita para o pólo dos usuários a partir das informações que os ACS recebem da equipe de saúde. Essas informações são assimiladas e reinterpretadas pelos ACS de acordo com as suas experiências prévias, ocorrendo muitas vezes uma readequação do prescrito às necessidades dos usuários:

Nosso trabalho é orientar as famílias, orientar a importância de... dela se cuidar. Não falar só de doença, porque na visita domiciliar rola outros

assuntos. Porque às vezes, a pessoa tá ali, ela não quer saber nem de doença, ela quer uma conversa (Lena).

As orientações que os ACS dão aos usuários traduzem as ações educativas, que variam de ações mais impositivas até as mais compartilhadas, e revelam o tipo de mediação que está em jogo. Quando as orientações estão baseadas na prevenção dos fatores de riscos, com condutas normativas, podem ser compreendidas como uma *“mediação convencedora, por meio da qual se pretende transmitir ou repassar informação sobre atitudes e comportamentos considerados corretos”* (Bornstein, 2007, p. 4). Esse tipo de mediação tende a distanciar o ACS dos usuários ao se priorizar o saber instituído em detrimento do saber popular. O desafio é atuar na lógica da *“mediação transformadora, que entende a mediação de saberes como a construção de novos conhecimentos e novas práticas em saúde, contribuindo para a transformação da sociedade numa perspectiva democrática”* (Bornstein, 2007, p. 5). A prioridade passa a ser a construção dialógica e compartilhada de saberes, e a produção do cuidado em saúde se volta para a emancipação dos usuários e famílias.

Muitas vezes os diferentes tipos de mediação se misturam, conforme destacado na fala da Lena ao referir que, durante as visitas domiciliares, orienta as famílias a se cuidar mas também conversa sobre outros assuntos. Por um lado, a orientação aos usuários e famílias, nesses casos, é mais normativa e tende a restringir o cuidado à dimensão técnica, repetindo a lógica do modelo biomédico. De outro, a ACS ressalta o cuidado integral no encontro com os usuários, propiciando que a ação educativa seja norteada por uma visão ampliada de promoção da saúde que abre espaço para o apoio social, o acolhimento, a escuta e a troca de informações.

As situações de ambivalência na mediação do ACS na relação com os usuários podem ser atribuídas à sua dupla inserção: como trabalhador e como vizinho dos que se encontram sob seus cuidados. Em determinados momentos o ACS opera mais próximo do serviço de saúde, como um trabalhador instituído que tem o conhecimento técnico e atua com mecanismos de controle, supervisionando, por exemplo, os usuários em tratamento de tuberculose, hipertensão e diabetes. As relações de hierarquia e poder impedem a formação de redes de apoio social e a entrada no circuito da dádiva, o que vem a ser favorecido, em outros momentos, quando a mediação se pauta nas tecnologias leves, com relações mais horizontalizadas. Nessa perspectiva mais interativa, esses trabalhadores, por meio da circulação dos dons, reconfiguram o trabalho prescrito com suas ações normativas e (re)qualificam a práxis de cuidado em saúde.

A oferta do cuidado pode ficar prejudicada quando os ACS encontram dificuldades em dar as informações aos usuários, seja porque estes não sabem ler ou escrever ou porque tem um deficit cognitivo. Diante dessas circunstâncias esses trabalhadores acabam criando estratégias para realizar as ações educativas, o que dá margem à espontaneidade e à criatividade no trabalho e abre espaço para a dimensão do lúdico:

Vamos supor, às vezes a pessoa não estudou e não sabe ler, como ele vai tomar esse remédio? Aí agente tem uma cartelinha de adesivo que de manhã bota um sol, de tarde bota uma xícara de café e de noite bota uma lua. Então sempre se esta fazendo algo para que aquela pessoa possa estar se medicando da maneira correta (Lia).

As informações que circulam entre os dois pólos distintos do ponto de vista social e cultural são trocadas como bens simbólicos, e permitem aproximar a população da equipe:

Acho que é uma troca, porque a gente vê as coisas na comunidade, aí, leva para a equipe. Vai ser abordado, conversado, ver o que pode fazer, o que não dá pra fazer, o que está ao alcance (Lena).

A mediação implica em discutir e negociar com a equipe e dar retorno aos usuários, sendo que nesse encontro são geradas negociações e demandas que serão levadas à equipe para novas pactuações, entrando-se em um circuito contínuo de dons e contradons entre ACS, usuários e demais profissionais da equipe, de modo que esses atores passam a constituir uma rede de apoio social. Cabe ressaltar que a tarefa do ACS de aproximar os dois pólos não exclui a dimensão relacional do trabalho da equipe de saúde da família na produção do cuidado. Nesse sentido, a solidariedade e a liderança - de modo a ampliar o acesso dos usuários e famílias às ações de saúde e estimular a participação social - não deve se restringir ao perfil social do ACS, ao contrário do que defendem alguns autores (Nogueira *et al.*, 2000), mas devem estar presentes nas práticas de cuidado de todos os profissionais da equipe e trabalhadores da saúde.

A nosso ver, o papel de mediador social do ACS não deve ser naturalizado, pois envolve um trabalho complexo que exige uma qualificação adequada para exercê-lo. A mediação não se restringe ao repasse de informações, e tem o potencial de ser um dispositivo para a produção efetiva do cuidado e para a ação pública da equipe no sentido de promover a saúde enquanto direito de cidadania. Nessa perspectiva, compreender o que circula no processo de mediação, por meio das redes de apoio social, pode fornecer subsídios para as políticas públicas na Estratégia Saúde da Família, seja

no âmbito da qualificação dos trabalhadores, da redefinição das suas atribuições e/ou do seu papel como agente político no fortalecimento da esfera pública.

● **Orientação sobre o acesso aos serviços de saúde**

A orientação dos usuários e famílias sobre a utilização dos serviços de saúde disponíveis é uma atribuição do ACS que consta somente na portaria 648/06, embora tenha sido mencionada em publicações anteriores do Ministério da Saúde sobre a reorganização da Saúde da Família (Brasil, 1997b). Trata-se de uma tarefa prescrita que está relacionada à interface do ACS entre serviço e comunidade, pois esse trabalhador conhece os dois lados - o institucionalizado e o comunitário - e possui informações relevantes sobre a dinâmica do serviço público de saúde.

Na prática cotidiana os ACS orientam os usuários sobre a marcação de consultas e exames, e são abordados a qualquer momento, independente do horário de trabalho, para tirar as dúvidas. As orientações, em geral, estão mais relacionadas à burocracia de atendimento no Centro de Saúde, no entanto, carecem orientações sobre o acesso aos serviços de saúde disponíveis na região e para onde se dirigir em situações de urgência:

O acesso às informações, (...) por exemplo, passa mal de madrugada e vamos para onde? Eu uma vez fui para UPA com a minha mãe lá na Maré porque falaram que a UPA era legal. Então acho [importante] a questão do acesso, de ter um local de referência, pois o que tem não está atendendo, não está dando vazão (Gina).

Em seu relato, a ACS chama atenção, de um lado, para a falta de informação da população sobre o acesso às tecnologias em saúde disponíveis no SUS, de outro, para a precariedade do sistema de referência e contra-referência que garanta o atendimento dos usuários e famílias. A perspectiva de ampliar a oferta do cuidado na atenção básica pode ser alcançada com a implantação do NASF nas novas Unidades de Saúde da Família de Manginhos prevista para 2010, desde que as ações de saúde das equipes operem na lógica da integralidade e garantam a coordenação do cuidado e os vínculos longitudinais (Starfield, 2002), o que, por sua vez, sugere um trabalho articulado em rede.

Além das informações sobre o acesso aos serviços públicos, com a garantia da referência e contra-referência e o consumo das tecnologias mais adequadas às necessidades dos usuários e famílias, a ACS reafirma a importância desses atores serem informados sobre os seus direitos à saúde:

Tem um certo tipo de trabalho que poderia ser feito mais na comunidade pra poder levar informação pra essas pessoas, a questão da saúde, o que ela tem

direito, o que ela pode fazer, o que não pode. (...) Saúde também [está] ligada ao acesso ou a questão da informação (Gina).

É interessante observar, na fala acima, a associação subjetiva e simbólica da concepção ampliada de saúde como acesso às informações enquanto direito de cidadania. O que esse trabalhador propõe é ir além do trabalho prescrito de orientar sobre o acesso aos serviços de saúde para que, em conjunto com a equipe, possa executar atividades educativas que favoreçam o reconhecimento jurídico dos usuários e famílias. É por meio da circulação de informações entre trabalhadores e usuários, em uma perspectiva emancipatória, que esses atores se fortalecem para tomar decisões coletivas no que tange à saúde individual e da comunidade.

● **Preservação do meio ambiente, Abordagem de direitos humanos e Inserção social dos usuários**

As ações educativas dos usuários e grupos sociais para a preservação do meio ambiente, a sensibilização das famílias para a abordagem dos direitos humanos e a inserção social dos portadores de deficiência psicofísica são definidas como atribuições do ACS na portaria 1886/97, não sendo mencionadas nos demais documentos. A concepção de saúde presente inclui as dimensões sociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado no contexto da promoção, e deve ser abordada enquanto um direito de cidadania. Tais atribuições ultrapassam a dimensão técnico-assistencial do trabalho do ACS, e quando analisadas sob a forma como são referidas na portaria 1886/97 não ficam explícitos os meios para a sua execução, o que indica que as tarefas prescritas se configuram como um déficit de prescrição (Daniellou, 2002).

Os ACS não realizam essas tarefas no seu cotidiano, existindo um *gap* entre o trabalho prescrito e o trabalho real, o que pode se justificar em função de envolver ações que, se abordadas em sua complexidade, não se restringem ao setor saúde e a atuação de um único trabalhador. Entretanto, isso não exclui a importância do ACS ser qualificado para abordar esses temas nos grupos educativos de promoção da saúde, discutindo sobre a responsabilidade dos atores sociais pelo ambiente em que se vive e trabalha, sobre estigmas e preconceitos, sobre a participação da comunidade na luta pela inclusão social e pelo reconhecimento de seus direitos.

5.2.4 Desenvolver outras atividades pertinentes ao trabalho do ACS

Todos os documentos, exceto a lei 11350/06, sinalizam nas atribuições específicas do ACS que esse trabalhador pode desenvolver outras atividades relacionadas à sua função além das referidas anteriormente. A portaria 1886 faz menção à “*outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais*” (Brasil, 1997a), o decreto 3189 à “*outras atividades pertinentes à função do ACS*” (Brasil, 1999a), enquanto a portaria 648 acrescenta que “*é permitido que as atividades sejam desenvolvidas na unidade básica, desde que estejam vinculadas às atribuições do ACS*” (Brasil, 2006a). A forma como essa atribuição é referida abre um leque de possibilidades sobre as atividades a serem definidas de acordo com a gestão local, sem deixar claro, portanto, quais seriam tais atividades. Fica configurado um déficit de prescrição que muitas vezes pode gerar a sobrecarga dos trabalhadores (Daniellou, 2002).

A observação do trabalho real sugere que o “acolhimento” dos usuários no Centro de Saúde, que pode ser considerado à primeira vista como uma atividade vinculada às ações de cuidado e humanização, se configura como uma triagem e entra no rol dessas outras atividades a serem realizadas de acordo com a gestão local. A nosso ver, no entanto, trata-se de um desvio de função, se opondo a portaria 648/06, haja vista a burocracia que envolve essa atividade e a sua lógica assistencial, indo de encontro à perspectiva do ACS de atuar na comunidade e realizar as visitas domiciliares e as ações educativas em sua dimensão individual e coletiva. O mesmo se procede com o “plantão” realizado por algumas equipes, em que o ACS permanece no Centro de Saúde durante um turno por semana, junto com o técnico de enfermagem, para receber os usuários que chegam:

Tem plantão da tarde. É tipo um acolhimento, né, só que não é a triagem. Sempre tem que ficar um à tarde porque se aparecer alguém da comunidade, aí, tem um agente lá pra tá acolhendo (Lena).

A reivindicação é para reduzir as atividades no Centro de Saúde e se dedicar mais tempo ao trabalho na comunidade, porém a justificativa é que precisa ter sempre um ACS para realizar o acolhimento, mesmo que tenha outro profissional da equipe. Esses trabalhadores se mostram insatisfeitos e defendem o seu ponto de vista, embora não consigam reverter a situação:

Discordo completamente do ACS ter que vir no posto fazer a triagem, eu acho que o acolhimento é na comunidade, porque às vezes a gente ta em

casa, a gente sai pra trabalhar, a gente desce e já ta acolhendo a comunidade (Malu).

A sobrecarga desses trabalhadores com as atividades burocráticas se expressa no depoimento a seguir, revelando assim o conflito que se instaura na prática cotidiana entre a meta de desempenho por produtividade e o tempo para realizar as demais atividades.

Eu tenho ficado pouco tempo na comunidade. Então, eu necessito mais tempo. (...) aí, eles querem cobrança, querem número... e [são] 200 e pouca famílias... pôxa, não tem como eu visitar todo mundo no mês! Aí, tem dia que eu tô na triagem, tem dia que eu tô no plantão,... aí, tem dia que é o grupo no Centro de Saúde. Hoje não fui pra comunidade de manhã (Lena).

Fica evidenciado em seu depoimento a contradição entre o trabalho prescrito e o trabalho real. As tarefas no Centro de Saúde reduzem o tempo destinado ao cadastramento e as visitas domiciliares. Por outro lado, essas atividades no território são fundamentais na organização do trabalho, tendo em vista que é por meio do número de visitas e dos indicadores de saúde que alimentam o SIAB que os ACS serão avaliados em sua produtividade. Essa defasagem entre o prescrito e o real pode ser minimizada com o trabalho integrado da equipe de saúde da família, de modo que se promova a articulação das ações entre os profissionais, a repactuação de metas e a reorganização das atividades. Nesse sentido, esses trabalhadores discorrem sobre a importância de reorganizar a sua prática cotidiana, e acrescentam que poderiam assumir mais atividades se deixassem de realizar tarefas que não fazem parte de suas atribuições.

Outra questão levantada pelos ACS, que passa pela reorganização do trabalho, é a necessidade de se rever as famílias cadastradas tendo em vista que muitos estão com um número acima do preconizado (Brasil, 2006a). O excesso de usuários sob sua responsabilidade impacta na qualidade do trabalho, pois as visitas passam a focar os usuários doentes e os que se enquadram nas ações programáticas, dentro da lógica assistencial, além de sobrecarregar o trabalhador:

Eu acho que deveria ser criado mais equipes, sabe? Assim, [com] a divisão das famílias... a gente deveria ter uma quantidade menor de pessoas pra cuidar, porque, eu acho que aí, o trabalho ia alcançar a meta. (...). Eu fui contabilizar quantas pessoas eu tenho que tomar conta, são mais de 920 pessoas, então, quer dizer... é muito difícil você dar conta de 920 pessoas. Eu faço um rodízio. As minhas prioridades são os idosos, diabéticos, hipertensos e acamados. Então, tem gente que eu visito a cada dois meses

porque não dá pra ir todo dia, né? (...) Eu até tô trabalhando sábado e domingo, quando eu posso, mas não dá. Sábado e domingo é o meu lazer (Hortênsia).

Os ACS também realizam outras atividades como a marcação de consultas e exames e a entrega de medicamentos em casa, porém essas tarefas não são normatizações da gestão e dependem do que é pactuado em cada equipe de saúde. Além disso, ao observarmos o cotidiano desses trabalhadores em seu território de atuação, evidenciamos demandas que extrapolam o trabalho prescrito como, por exemplo, a queixa de vários usuários sobre o mau cheiro de urina de cachorro que incomodava a vizinhança e o responsável pelo animal se recusava a tomar providências. Se por um lado, os moradores ficam aguardando alguma solução por parte do poder público, por outro fica evidenciada a falta de articulação entre os setores da saúde, no caso a Vigilância Sanitária com a Estratégia Saúde da Família, e conseqüentemente o trabalho dos agentes de endemias no território junto com os ACS.

Essas demandas, entre outras, que surgem diante dos problemas na comunidade apontam para as variabilidades que perpassam o cotidiano dos trabalhadores, e reafirmam a importância do trabalho na saúde articulado em redes, seja por meio das redes locais como das redes sócio-técnicas. A perspectiva da organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família em rede permite reconfigurar a relação entre prescrito e real e redefinir a produção do cuidado em saúde na passagem do plano jurídico para o plano político, assim como incluir a participação dos usuários na conquista de seus direitos no que se refere à saúde individual e coletiva e a construção da cidadania.

5.3 Redes de apoio social e circulação de dons no cotidiano dos ACS: ações que favorecem ou limitam o reconhecimento em suas dimensões morais de afetividade, direito e solidariedade

O trabalho como agente comunitário de saúde, principalmente ao realizar as visitas domiciliares e outras atividades na comunidade, amplia as interações sociais do ACS com os demais moradores, pois anteriormente os seus vínculos se restringiam às redes de sociabilidade primária da família e da vizinhança mais próxima. A passagem do ACS de uma condição estrita de morador da comunidade para ser também um trabalhador da saúde promove mudanças em sua vida pessoal. Esses trabalhadores passam a fazer parte de uma rede sócio-técnica de trabalho na saúde e, no caso dos ACS

de Manguinhos, são identificados pelos demais moradores como funcionários da Fiocruz e do Centro de Saúde.

A temática do reconhecimento dos ACS aparece, na pesquisa, fortemente associado à esfera do trabalho na criação e manutenção dos vínculos sociais, o que revela uma questão importante a ser explorada em função da importância desse trabalhador na efetivação da Estratégia Saúde da Família. Tendo em vista que o reconhecimento depende sempre do outro sujeito (Caillé, 1998), pois nos reconhecemos e somos reconhecidos a partir das interações sociais, as questões que emergem são: Por quem os ACS esperam ser reconhecidos? Quem é o outro que deveria reconhecê-los? Quem não os reconhece?

O “outro” foi referido como sendo os usuários, a equipe de Saúde da Família, os demais profissionais de saúde do Centro de Saúde Escola e, em situações específicas, os gestores locais. São estes sujeitos e coletivos que os ACS atribuem valores e legitimam como sendo reconhecedores, e pelos quais desejam de fato ser reconhecidos na esfera do trabalho.

A partir da análise do material de campo, identificamos duas grades de leituras do reconhecimento como um dom circulante nas interações sociais do ACS com os usuários e demais trabalhadores da saúde. A primeira remete às situações nas quais o dom-reconhecimento, na esfera da afetividade, do respeito e da solidariedade, favorece a inclusão dos atores em redes de apoio social. A outra se refere às situações de ausência de reconhecimento nessas três esferas de construção de cidadania, o que, por sua vez, se torna um impedimento à constituição das redes de apoio.

5.3.1 Circulação de dons que favorecem a inclusão dos atores nas redes de apoio social

• Reconhecimento do amor

A dimensão do amor costuma ser mais facilmente identificada pelos vínculos primários na esfera privada, seja no âmbito da família, das amizades ou da vizinhança. No entanto, as relações amorosas produtoras de reconhecimento e autoconfiança podem se expandir para a esfera pública e penetrar nas relações de sociabilidade secundária, conforme evidenciamos em algumas experiências no cotidiano de trabalho dos ACS.

Durante a observação participante na comunidade, identificamos que alguns ACS são comunicativos, atenciosos, cumprimentam os moradores e sempre estabelecem algum tipo de comunicação, perguntando se o usuário já foi à consulta, se fez os

exames, sobre o seu estado de saúde ou de algum familiar próximo. Os usuários, por sua vez, geralmente se aproximam para tirar dúvidas e solicitar agendamento de consultas ou exames, e os ACS dão as orientações e procuram atender as demandas de acordo com a viabilidade. Assim, por meio do trabalho, os agentes comunitários criam novos vínculos com os moradores e tornam-se mais conhecidos, o que para muitos é gratificante:

Ah, gostei abeça [do trabalho] porque eu não tinha... não tinha noção assim das pessoas, e passei a conhecer todo mundo na minha comunidade. Aí, onde eu ia todo mundo me cumprimentava, eu cumprimentava todo mundo. E, assim... gostei (Lena).

Outra ACS com uma ampla rede de apoio social, formada por familiares, vizinhos, amigos da igreja e do trabalho, nos relatou que gostava de ser querida pelas pessoas, e que era solicitada até pelos usuários que não faziam parte de sua microárea:

Se eu vou para a escola, eu tenho que sair meia hora antes. Porque? Eu vou chegar atrasada! Se eu vou para a igreja tenho que sair antes, porque as pessoas me param, me perguntam sobre marcação de consultas, sobre receitas, e não é só da minha microárea não, é da microárea das outras também. (...). Ainda mais eu que sou comunicativa. A minha filha fala: “mãe, vamos logo”. É minha filha, vamos chegar atrasadas [risos] (Lu).

Cabe questionar, nas falas da Lena e da Lu, se a satisfação de se tornar mais conhecida na comunidade, de ser querida pelas pessoas e abordada até pelos usuários de outras microáreas, não estaria implícito um desejo por reconhecimento no plano afetivo.

A dimensão da afetividade ao permear a prática dos ACS na comunidade, principalmente nas visitas domiciliares, parece ser fundamental na produção do cuidado em saúde. Os vínculos de amizade entre usuários e ACS favorecem a circulação de dons, entre os quais o apoio emocional, e expandem as redes de sociabilidade. É interessante observar o entrelaçamento das redes de apoio social, incluindo as redes primárias de pertencimento afetivo mais espontâneo, no caso tecidas a partir da amizade, e as que operam no plano da sociabilidade secundária.

Têm algumas pessoas da comunidade que eu tenho, assim... foi tanta amizade que eu converso coisas da minha vida particular e eles conversam. Aí, eles me... têm uns que me botam pra cima, me incentivam. Do mesmo modo que eu faço com eles, eles fazem comigo, então, criou um vínculo e uma amizade. Não é nem aquele negócio profissional, você passa a ter um afeto pela pessoa (Lena).

A separação que a ACS faz entre o afeto e a relação profissional reproduz a lógica do modelo hierárquico de atendimento na saúde, no qual as condutas profissionais exigem formalidade e distanciamento dos usuários e não há espaço para a dimensão afetiva. As visitas domiciliares, no entanto, revelam muitas vezes ações de cuidado em saúde que aproximam o cuidador e quem está sendo cuidado, redimensionando as relações intersubjetivas ao sair do distanciamento para a aproximação, com a entrada em novas redes de apoio social e a circulação de dons recíprocos. Esta associação entre trabalho real e vivência afetiva aponta para a força do dom na organização das redes sociais na saúde, o que inclui tanto as redes de saúde no trabalho, que têm sobretudo um caráter sócio-técnico, como as redes de apoio social construídas com ênfase no face-a-face e na dimensão sócio-humana.

A expressão dos afetos nas redes de apoio social no trabalho pode dar a sustentação emocional que os ACS precisam para enfrentar algumas dificuldades e se manterem mais motivados. Esses trabalhadores se tornam mais confiantes quando se sentem valorizados pelos usuários e conseguem ajudá-los com as ações de cuidado em saúde:

Por mais que algumas pessoas não valorizem o seu trabalho, você encontra pessoas que falam: “Meu deus, eu não imagino minha vida sem você!”. Então, é um trabalho que vale a pena se você ajuda as pessoas, se você orienta, se você escuta. Porque às vezes a pessoa não está doente fisicamente, mas está psicologicamente. E aí, só você sentar ali e ela falar, falar, falar, aí você ouve: “Muito obrigada, precisava muito falar, desabafar”. (...) É um trabalho árduo, cansativo, estressante, mas que vale muito a pena porque você pensa em tudo que aconteceu, nas coisas boas que você ouviu, aí te dá um ânimo, sabe? (Tábata).

O reconhecimento pelo valor profissional se revela quando são elogiados pelos usuários, tal como assinalou Tábata em seu depoimento. Os dons circulantes nas redes de apoio social realimentam os vínculos e beneficiam a todos, pois se por um lado os ACS ofertam ações de cuidado que ajudam os usuários, por outro, estes também retribuem com outros dons que podem ser uma demonstração de afeto como um agradecimento, um sorriso, um abraço. Nesse sentido, a fala da Lia, a seguir, aponta para a reciprocidade entre os trabalhadores da equipe e os usuários e reafirma o intervalo de tempo entre o dom e o contradom, haja vista que esses atores entram em “dívida” uns com outros e mantém o circuito contínuo de trocas afetivas e simbólicas:

Eu acho que o agente nunca deve desistir de ajudar ao próximo, porque o retorno é certo, independente de vir agora ou se for daqui para frente, e demorar um pouco mais, mas o retorno com certeza é uma coisa certa. Só através de um sorriso, um abraço, isso também é muito importante (Lia).

As atividades cotidianas do ACS, principalmente com a ida sistemática aos domicílios, pressupõem a dimensão relacional das tecnologias leves. Alguns trabalhadores nos relataram que são muito reservados, e que as suas principais relações de intimidade e apoio social acabam sendo construídas com os usuários que estão sob seu cuidado. Essas relações mais íntimas podem ser uma expressão do reconhecimento desse trabalhador no plano da afetividade, o que, por sua vez vai fortalecendo a sua autoconfiança:

Em relação aos moradores, eu sempre tive, é, contato, e sempre fui tratada com muito *respeito*, e acho que agora eles me tratam até com mais *intimidade*, antes não tinha tanto. Então eles tratam com mais abertura. Antes de ser agente de saúde ficava até sem jeito de falar, porque dependendo não vai me responder bem, mas aí, como agente de saúde, eu indo nas casas, conversando com as pessoas, via que não tinha nada a ver. Tenho mais *intimidade* agora com os outros moradores, lá da comunidade (Lia - grifos nossos).

O seu depoimento é muito significativo no que tange à diferença que atribui entre as relações de respeito e de intimidade com os usuários. Antes de ser ACS a relação com os moradores era mais distante e pautada pelo respeito, mas a partir do trabalho na comunidade os laços foram se estreitando e estabelecendo relações de proximidade e afeto. Aqui estão marcadas duas formas de reconhecimento: o respeito como uma dimensão do reconhecimento jurídico, que a nosso ver opera principalmente no plano da sociabilidade secundária, e a expressão do amor e da afetividade que se concretiza nas relações mais íntimas, ou seja, nas relações de sociabilidades primárias.

A passagem do respeito para a intimidade aponta para os impactos morais da circulação do dom sobre a vida social, emergindo os valores compartilhados entre ACS e usuários que permitem o reposicionamento desses atores implicados na trama das trocas. É interessante destacar, nessa transição, que as redes de apoio social inicialmente voltadas para a esfera pública, para a promoção da cidadania legal, se deslocam para esfera privada onde se constrói as relações de afeto, fortalecendo assim a estrutura emocional dos usuários em processo de inclusão. Evidentemente tal deslocamento

produz ambiguidades nas fronteiras do sistema público com a vida privada, o que revela novas reconfigurações do trabalho prescrito em sua relação com o trabalho real.

A afetividade entre ACS e usuários favorece as relações intersubjetivas e simbólicas, com a produção do cuidado ampliada que inclui os usuários em novas redes de apoio social. A escuta, o acolhimento e o diálogo são expressões do cuidado que ganham destaque quando a prática em saúde é usuária-centrada (Pinheiro & Martins, 2009), operando assim na lógica da integralidade. A perspectiva de sair da ação normativa do trabalho prescrito e redimensionar a práxis de cuidado em saúde pode se dar quando o trabalhador amplia o seu olhar na compreensão do processo saúde-doença-cuidado, tal como relata Hortênsia em seu depoimento:

Eu digo que eu olhava muito para o meu umbigo, sabe? Eu estava ali e não via o que estava a minha volta, o entorno. Eu só via a minha situação, pensava que o meu mundo era aquilo ali. Depois, o trabalho me fez abrir o horizonte, de enxergar além. Têm pessoas que precisam realmente. Que não é só atenção primária de saúde, não. É carente de atenção, de carinho, de um olhar (...). A gente chega, eles querem conversar, os idosos principalmente. (...) Então, é importante, é o nosso trabalho (Hortênsia).

Nesse mesmo sentido, outra ACS reafirma que com o trabalho de ACS aprendeu a olhar o outro e a ter uma nova compreensão sobre os problemas que muitos vivenciam:

Quando a gente não trabalha na saúde, a gente não vê [alguns] tipos de problema, eu acho que a gente olha muito pra frente e não olha muito para o próximo. Acho que como agente de saúde aprendi a olhar as outras pessoas e comecei a me colocar no lugar delas (Lia).

Se colocar no lugar do outro é reconhecê-lo como um sujeito de valor, o que muitas vezes significa encontrar ressonância com a dor alheia e buscar novas formas para a ressignificação do sofrimento. Isso fica presente quando Lia se emociona ao relatar sobre a solidão dos usuários, de modo que procura conversar e dar apoio emocional, assim como inserir os sujeitos mais isolados, com relações mais fragilizadas, em novas redes de apoio social, sejam os grupos de idosos, as rodas de conversa, entre outras atividades coletivas de cuidado:

O que mexe muito comigo é solidão que tem muito na minha área, porque muitos idosos moram sozinhos, têm filhos, têm família, mas ninguém procura. (...). Tem pessoas que **conversam** comigo, assim, de solidão, que às vezes eu até me identifico e guardo aquilo para mim, mas de certa forma

mexe comigo. (...) Eu tento **conversar**, colocar um pouco para cima (...) Quando tem os grupos focados mesmo, [e o profissional fala]: “quero tantas pessoa da tua área que necessitam **conversar** com alguém”, aí estou sempre colocando esse tipo de pessoa (Lia - grifos nossos).

A conversa na perspectiva dialógica é um dispositivo importante enfatizado pelos ACS em sua prática de cuidado, o que nos remete à dádiva da palavra apontada por Caillé (2002). Levando-se em conta que a palavra pode ser uma expressão da dádiva, a sua circulação, assim como acontece com outros bens simbólicos e materiais, permite construir alianças e alimentar os vínculos sociais. Por meio da conversação e da circulação de palavras de modo mais informal, os ACS e usuários vão reconstruindo os vínculos, se reconhecendo mutuamente e se inserindo em redes de apoio social, com benefício a todos os atores envolvidos, haja vista a reciprocidade entre doadores e donatários:

Às vezes, conversando, você fala uma palavra pra aquela pessoa que ajuda ela bastante, e ela fala “poxa, estou aliviada...” (...). Às vezes, você tá com um problema pessoal, precisa desabafar, falar... a pessoa fica falando e eu fico falando! Então, é assim, é uma troca. Porque a pessoa precisa falar, mas a gente também precisa ser ouvida. (...) E quem vai ouvir a gente? A família. A família que a gente tá ouvindo, muitas vezes ela mesmo que ouve a gente (Lena).

Os afetos são trocados pelas palavras, pela conversação entre ACS e usuários, expressando o desejo de se relacionar. Essa troca também se observa com a entrada de outros profissionais da equipe de saúde da família no circuito da dádiva, tal como nos relatou o médico - durante a observação participante - que ao fazer as visitas domiciliares sempre acompanhado do ACS, eles conversam sobre diversos assuntos no trajeto do Centro de Saúde para a comunidade e não costumam falar de trabalho. Desse modo, a afetividade e as relações de proximidade vão se construindo no encontro entre ACS e demais trabalhadores da equipe, por meio de conversas informais e da descontração fora do espaço formal do serviço de saúde.

Acompanhamos algumas idas ao domicílio para o médico avaliar alguns usuários que tinham dificuldade de se deslocar para o Centro de Saúde. Embora a visita domiciliar, naquele momento, se configurasse como uma consulta médica, a ACS participava ativamente, interagiu com os usuários, e esclarecia suas dúvidas com o médico. Este, por sua vez, fornecia as informações, perguntava a sua opinião em

algumas situações, e elogiava a sua conduta. Neste caso vemos o dom circular por mecanismos de reconhecimento entre usuário, ACS e médico.

Em uma das visitas nas quais o médico fez alterações na prescrição medicamentosa, a ACS pediu a receita para trazer os medicamentos do Centro de Saúde. O médico imediatamente sinalizou que essa não era a sua função, porém a ACS se prontificou a pegar os medicamentos justificando que o usuário não teria quem o fizesse. Temos aqui um exemplo de renormalização da atividade do ACS, tendo em vista que a relação dialética entre trabalho prescrito e trabalho real é revista pelos dons circulantes, no caso a empatia do agente comunitário pelo usuário, o que o leva a alargar o sistema de atendimento para uma ação de generosidade.

Alguns usuários se emocionavam ao falar de seus problemas de saúde, e se dirigiam tanto ao médico quanto ao ACS para tirar as dúvidas, não demonstrando, aparentemente, qualquer juízo de valor quanto à valorização do trabalho médico em detrimento do trabalho do ACS. A emoção dos usuários é interessante ser assinalada, pois ela revela um importante momento de inclusão que se processa na visita domiciliar. Em um plano macro, na dimensão da política pública, é o Estado que chega à sociedade civil, enquanto no cotidiano é a equipe de trabalhadores que chega ao morador.

A produção do cuidado, orientada pelas tecnologias leves, favoreceu, durante as visitas domiciliares, a articulação de ações especializadas próprias do saber médico com o acolhimento e as ações educativas que são comuns aos ACS e demais profissionais da equipe. Houve a integração do trabalho e, não obstante a hierarquia instituída entre médicos e ACS, se processaram as trocas, com a circulação de dons e o compartilhar de saberes, configurando-se como um trabalho em equipe na lógica da integralidade (Peduzzi, 2001). Cabe salientar que a hierarquia funcional - no caso entre os médicos e ACS - não elimina a circulação de dons, conforme já apontado por alguns autores (Martins, 2004) em contraposição aos que defendem que a dádiva só se processaria na esfera privada (Godbout, 1999) e não estaria presente no espaço de atuação do Estado.

Para Godbout (1999), com o surgimento das regulações formais como a estatal, o caráter espontâneo do dom teria sido substituído pelas regras burocráticas. Entretanto, ao analisarmos as redes de apoio social no cotidiano dos ACS na comunidade identificamos o contrario, ou seja, as hierarquias funcionais, as obrigações legais e burocráticas são permanentemente revistas por um jogo de trocas que amplia as prescrições do trabalho e refaz as normas, permitindo que estas sejam contextualizadas e reconfiguradas com as exigências da realidade local.

A dimensão da afetividade entre médico, ACS e usuários, durante as visitas domiciliares, favoreceu a constituição de uma rede de apoio social tecida pela dádiva, com a circulação de dons materiais e simbólicos, entre os quais o apoio emocional e o apoio informativo considerados relevantes na produção do cuidado integral em saúde (Lacerda, 2002). Nesse espaço potencial de encontro, o médico ao demonstrar afeto e elogiar o ACS foi valorizando-o como um trabalhador fundamental na saúde da família. O ACS, ao aceitar o reconhecimento, retribuiu o dom recebido sendo amável com os usuários e reconhecendo o valor do médico, o que o levou a se posicionar de modo mais confiante nas visitas domiciliares subsequentes. Os usuários, por sua vez, ao se sentirem valorizados e compartilharem os desejos e afetos, demonstraram gratidão e reconhecimento por ambos os profissionais e também puderam se sentir merecedores de atenção e cuidado, mantendo-se assim as redes de apoio social e o circuito da dádiva no trabalho em saúde.

Nessa dimensão do reconhecimento do amor, identificamos a afetividade entre médicos, ACS e usuários durante as visitas domiciliares na comunidade, nos espaços fora dos serviços públicos de saúde. Por sua vez, não observamos as relações amorosas e afetivas no interior da equipe e nem entre profissionais e usuários quando as consultas ou atividades eram realizadas no Centro de Saúde. Desse modo começa a ficar mais claro os espaços que favorecem as relações amorosas, o que nos leva a questionar porque a afetividade na produção do cuidado em saúde se expressa mais livremente nas relações fora dos espaços formais.

Sem dúvida, a dimensão do afeto e a expressão das emoções não é uma questão central nos modelos de saúde e até mesmo desvalorizada por alguns profissionais em suas práticas. A realização das visitas domiciliares, no entanto, implica em entrar no domínio do privado, estabelecer vínculos de intimidade e confiança mútua e, portanto, interagir com as redes de sociabilidade primária. Em contrapartida, nos espaços instituídos dos serviços públicos de saúde não há muito espaço para essas relações de intimidade, o que torna mais difícil a expressão da afetividade e o reconhecimento do amor. Sem dúvida, o funcionamento do serviço exige regras claras e obrigações hierárquicas instituídas e normalizadas, porém questionamos o déficit do de afetividade que acaba interferindo nos mecanismos de reconhecimento dos trabalhadores e, por conseguinte, no desempenho do sistema de redes de apoio social no trabalho em saúde.

O espaço instituído dos serviços, não obstante as renormalizações e as reconfigurações do prescrito, ainda predominam as ações assistenciais e as atividades

burocráticas, enquanto a comunidade é o *locus* que favorece as relações de proximidade e a constituição de vínculos afetivos. Nesses espaços públicos são as outras duas formas de reconhecimento - do direito e da solidariedade - que ganham mais visibilidade.

● **Reconhecimento do direito**

A luta por reconhecimento jurídico é um exercício de cidadania e de ações políticas e democráticas dos sujeitos e coletivos. Uma das dimensões do reconhecimento jurídico se processa na luta social e política dos ACS, por meio da CONACS, em prol das relações de trabalho e da qualificação profissional. Esses trabalhadores tiveram várias conquistas ao longo dos anos, no entanto, os direitos não têm sido assegurados, mantendo-se em muitos locais do país a precariedade das relações de trabalho e a qualificação profissional aquém da complexidade exigida ao exercício de suas atividades. No Rio de Janeiro existem algumas associações de ACS que atuam de modo isolado, mas ainda não tem federada filiada à CONACS.

Os ACS de Manguinhos, ao contrário da maioria dos ACS no país que ainda mantêm contratados irregulares de trabalho (Brasil, 2006c), são celetistas com os direitos sociais assegurados. A luta política das associações no Rio de Janeiro é para que a contratação seja realizada diretamente pela Secretaria Municipal, sem intermediação de empresa conveniada. Na pesquisa de campo não constatamos nenhum engajamento dos ACS de Manguinhos em qualquer forma de militância política ou de participação nas associações locais em defesa dos direitos da categoria profissional, apesar da insatisfação constante sobre as condições salariais.

Em contrapartida, evidenciamos outras formas de mobilização dos ACS, fora dos espaços instituídos de participação, na luta por reconhecimento do seu valor social e técnico no que se refere à qualificação profissional. Foi a partir da reivindicação de um grupo de ACS de Manguinhos aos professores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) que se tornou viável a realização, com o aval do Município do Rio de Janeiro, de um projeto piloto nessa Escola com as três etapas formativas do “Curso Técnico Agentes Comunitários de Saúde” para os ACS da região. O projeto piloto, com início em 2008, é uma das experiências pioneiras na formação técnica desses trabalhadores, e pode ser um dispositivo para os ACS exercerem a cidadania, haja vista que os demais profissionais da equipe de saúde têm nível técnico ou formação superior como requisito obrigatório para o exercício da profissão.

O curso técnico tem propiciado a aproximação dos trabalhadores de diferentes equipes que até o momento tinham pouco contato, pois atuam em comunidades distintas e não desenvolvem ações articuladas. Essa maior interação entre os atores tem favorecido a constituição de novas redes de apoio social, com a troca de informações que permite o compartilhar de problemas e soluções:

Com esse curso, a gente tá tendo mais contato até com outros agentes. (...) A gente não tinha um entrosamento e hoje em dia a gente conversa numa boa. A gente leva muitos problemas [para discutir no curso], então um agente conversa muito com o outro, e um acaba ajudando o outro, tanto no problema da família, da equipe, como no nosso mesmo (Lena).

O curso ao prever a qualificação técnica é uma efetivação do direito que expressa o reconhecimento, no plano jurídico, de um trabalhador que em suas atividades cotidianas realiza um trabalho complexo de produção do cuidado em saúde. A formação das redes de apoio social, nessa circunstância, foi fomentada em função do curso ter se construído como um espaço de encontro que propiciou a interação dos agentes comunitários e o reconhecimento do seu valor profissional.

A qualificação é importante, tendo em vista que durante muito tempo se preconizou como um dos requisitos para a seleção do ACS apenas saber ler e escrever (Brasil, 1997a), e apenas a partir do ano de 2002 que as legislações que se seguiram definiram que todos deveriam ter o ensino fundamental completo (Brasil, 2002a; 2006e). A associação entre a oportunidade de se qualificar e o reconhecimento do valor do seu trabalho fica evidenciada na fala abaixo:

Pela nossa equipe, há uma valorização sim ... a gente tem aqui o curso técnico, foi passado tudo direitinho para cada um em reunião. Quando há outro curso, eles também tentam estar passando as informações. (...) Eu acho que isso é uma forma de valorizar. Estão dando uma oportunidade (Lia).

O apoio informativo que os ACS recebem se revela como uma forma de reconhecimento e de inclusão desses trabalhadores, no entanto, quando a informação é hierarquizada, com o rebuscamento das palavras que impede a sua compreensão, os mesmos se sentem humilhados e excluídos. Os relatos da Hortênsia, a seguir, chamam atenção para esses diferentes modos de transmissão da informação, e o impacto que geram no cotidiano de trabalho e no reconhecimento profissional.

Alguns [profissionais] reconhecem, outros, não, vou te dizer porque: tem uma sessão científica toda semana, e a gente é obrigado a frequentar. Eu acho o máximo, frequentar. Agora, eu só fico chateada numa coisa: a

linguagem é muito técnica. A linguagem é, assim, surreal! É a linguagem que o ACS não tá acostumado, sabe? Então, eu só queria que eles fizessem uma linguagem que a gente pudesse entender porque é uma linguagem que é pra médico, mesmo, que estudou aqueles termos, que sabe da medicação (Hortênsia).

A linguagem técnico-científica e o saber estruturado provocaram distanciamento entre ACS e profissionais de saúde, impedindo a circulação de dons. Em contrapartida, o diálogo com os profissionais da equipe para esclarecer os termos técnicos, e compreender o que estava sendo dito, abriu espaço para as trocas e o compartilhar das informações, reafirmando assim a dádiva das palavras no registro da intersubjetividade (Caillé, 2002).

O que eu não sei, por exemplo, fica sempre a técnica ou o enfermeiro do meu lado. O que eu não entendo nessas reuniões científicas, eu anoto e depois eu pergunto. Ele vai e me explica “Eles quiseram dizer com isso, isso, isso”. Porque é uma linguagem assim que eu nunca ouvi falar, então eu fico, sabe, meio perdida. Eu não entendo mesmo, sou humilde, tenho humildade pra dizer que eu não sei (Hortênsia).

Em seu relato, a ACS se sente apoiada pela equipe e tece elogios, entrando em um circuito de dádiva, com a troca de bens simbólicos. O aprendizado que esses trabalhadores recebem dos demais profissionais da equipe de saúde, ao se processar por meio de relações mais horizontalizadas, favorece a consolidação de vínculos e a entrada nas redes de apoio social, com a circulação do dom-reconhecimento e das informações. É nessa perspectiva que Raio de Luz também elogia os profissionais e reforça o trabalho em equipe integrado, onde todos participam e compartilham as atribuições:

Meu médico é muito bom mesmo, tudo que nós aprendemos, aprendemos com ele. “Vocês vão fazer isso, dessa forma”, sempre deixando a gente fazer pra aprender. Aprendemos muito com ele, aprendemos a fazer grupos. (...) Ele dependia da gente e a gente dependia dele. (...) Até hoje, estou aprendendo com a enfermeira e os auxiliares (Raio de Luz).

O reconhecimento dos ACS implica, portanto, em legitimar os diferentes saberes e reconfigurar a divisão social e técnica do trabalho no interior da equipe de saúde da família. Isso não significa abrir mão das especificidades dos diferentes trabalhadores, mas preservar o conhecimento técnico e a expertise e agregar as ações de cuidado que devem ser realizadas por todos (Peduzzi, 2001; Fortuna *et al.*, 2005). O trabalho em equipe organizado desse modo, com um planejamento conjunto, no qual as ações

educativas de prevenção e promoção sejam tão valorizadas quanto as intervenções de domínio de cada profissional, favorece o respeito e o reconhecimento mútuo. Nesse processo de respeito social, cada um reconhece o valor do trabalho do outro e do seu próprio trabalho.

Outra expressão do reconhecimento no trabalho ocorre quando os profissionais de saúde apresentam os resultados de estudo para os gestores e mencionam que os dados foram coletados com a participação dos ACS. A compreensão desses trabalhadores é que eles passam todas as informações sobre o seu território de atuação, e devem ser reconhecidos institucionalmente pelo valor atribuído ao seu trabalho. Nesse sentido, Lena retrata a experiência de envolvimento dos agentes de sua equipe na preparação de um material para apresentação em evento científico, no qual os saberes foram valorizados por meio da construção compartilhada do conhecimento:

Teve uma época, com uma médica, que ela fez um *banner*. E tiramos foto! Nós sentamos juntos, ela falou assim: “Vou fazer um projeto, vocês estão interessados? Vamos sentar e vamos escrever isso aqui?”. Sentou todo mundo, todo mundo quis participar (...). Fizemos um trabalho legal. Então, entrou nosso nome, ela colocou o nome dos agentes todos (Lena).

No cotidiano do trabalho em equipe vão surgindo os conflitos inerentes às relações sociais, porém estes podem ser negociados e repactuados quando existe o respeito mútuo:

Cada um tem seu jeito de pensar, a sua maneira de ser, a sua personalidade, e eu respeito todo mundo (...). Nas reuniões da nossa equipe, o que tem para falar a gente fala na frente ali, e depois tá tudo bem (...). Porque tem certas coisas que a gente percebe que se não conversar naquela hora depois fica remoendo, às vezes aquilo ficava mal entendido (...). Eu acho que o respeito é legal, se eu quero ser respeitada, eu posso também passar o respeito para com os outros (Gina).

É interessante constatar que o reconhecimento recíproco entre os trabalhadores, por meio da troca de informações, da construção compartilhada de conhecimento e das conversas, propicia o respeito social, reafirmando - o que já sugerimos no reconhecimento do amor - que as relações nos espaços formais dos serviços tendem a operar mais na dimensão do respeito e menos da intimidade:

A minha relação com os ACS é boa, até quando chega um agente de saúde para poder assinar o ponto a gente tem até um diálogo. A gente fala mais sobre assunto mesmo da equipe, não fala muito sobre a vida pessoal. É raro.

(...) Com a equipe é uma relação de **respeito**, mas também não tem muita **intimidade**. É mais uma relação de trabalho mesmo (Lia - grifos nosso).

No que se refere às interações dos ACS com os usuários, no início predomina o respeito mas a partir do contato sistemático e das visitas domiciliares os vínculos se expandem para o plano da afetividade. Em geral os ACS se sentem reconhecidos pelos moradores da comunidade, sendo respeitados como trabalhadores da Fiocruz. O pertencimento a organizações formais e públicas como, por exemplo, a Fiocruz, favorece o sentimento de autorrespeito e autovalorização, o que nem sempre se processa nas organizações privadas.

A gente é...por alguns...a maioria...a grande maioria, nós somos muito respeitados na comunidade. Eu não posso falar o contrário, sabe? (...) [O respeito] mudou pelo fato de ser profissional da Fiocruz. Eu acho que a Fiocruz tem um grande peso, um grande nome (Hortênsia).

A partir da inserção no trabalho, os ACS apontam para as mudanças positivas e negativas em suas vidas, incluindo desde a aquisição de conhecimentos e a compreensão sobre as condições de vida e saúde da comunidade, até a perda de privacidade, a sobrecarga no trabalho e o sofrimento por absorver os problemas e não conseguir ajudar os usuários e famílias. A fala da Tábata resume algumas dessas mudanças referidas pelos ACS, indicando o ônus e o bônus:

Mudou o lado positivo e o negativo. (...) Mudou muita coisa. Acrescentou muitas coisas boas na minha vida, mas também muitas coisas ruins. No lado positivo foi porque eu adquiri bastante conhecimento, coisas que eu não tinha nem noção. Eu me sinto realizada, eu gosto porque a gente acaba ajudando as pessoas, mas em contrapartida também mexeu muito com o meu psicológico. Fiquei mais estressada porque é muita coisa, é muita cobrança. (...) Então mudou muita coisa. Acrescentou muitas coisas boas na minha vida, mas também muitas coisas ruins (Tábata).

Apesar das mudanças que se processam e do poder que os ACS passam a ter na comunidade - tanto por serem representantes do Estado como por terem um conhecimento que os demais moradores não possuem - esses trabalhadores, em seus discursos, afirmam que não se sentem diferentes dos seus vizinhos:

Então, como falo que estou no lugar deles, eu me sinto igual a eles, acho que não há diferença nenhuma. Até através do atendimento médico mesmo, quando o agente de saúde passa mal, tem que aguardar o atendimento, e sem essa de chegar e, “ah, sou agente de saúde”, não tem mesmo (Lia).

O respeito entre ACS e usuários deve se impor na prática cotidiana, sendo necessário identificar na ida ao domicílio se o momento é ou não apropriado para a visita domiciliar, e respeitar o espaço do outro em sua intimidade. Os ACS ressaltam que *“tem que ter esse cuidado de abordar a família. Não é porque ela mora em Manguinhos, é da equipe de saúde família, que tem que ser como eu quero, entendeu?”* (Gina). Na perspectiva da teoria do reconhecimento (Honneth, 2003), a produção do respeito é fundamental para haver cidadania, pois se trata de construir regras objetivadas de relacionamento entre o público e o privado. Isso se torna relevante na Estratégia Saúde da Família, haja vista a linha tênue entre o espaço público e privado e entre o *locus* de moradia na comunidade e do exercício da atividade profissional.

Embora exista a insatisfação por parte de alguns usuários, em geral os ACS se sentem reconhecidos, principalmente *“quando você consegue resolver uma coisa que eles mesmos não conseguem, aí você é tudo para eles”* [risos] (Raio de Luz). A expressão de contentamento da ACS ao mencionar sobre o seu reconhecimento sugere a dimensão do prazer presente na dádiva, ao saber que o bem dado foi recebido e devolvido pelo agradecimento do usuário. São essas relações nas quais circulam o dom-reconhecimento, entre outros bens simbólicos e materiais, que favorecem a constituição das redes de apoio social no trabalho em saúde.

Em suas atividades cotidianas, os ACS também identificam que são reconhecidos pelo valor do seu trabalho ao serem bem recebidos nas visitas domiciliares, ou quando os usuários falam de suas mudanças de hábitos e comportamentos.

Acho que (os usuários) acreditam assim na visita. (...). Da alimentação, antes comiam só besteira e a gente está sempre conversando e, aí, eles (usuários) falam: “já não tô usando mais disso, já não tô fazendo aquilo, ah, tô fazendo uma atividade física”. Assim, algumas pessoas a gente vê que reconhece (Lena).

Nessas circunstâncias, a circulação dos bens simbólicos nas redes de apoio social permitiu aos usuários de fato ressignificar seus hábitos e crenças, o que nos leva a inferir que a ação educativa se processou na lógica da mediação transformadora (Bornstein, 2007), e a ressignificação foi positiva, favorecendo o empoderamento individual e coletivo. No entanto, em determinadas situações a ressignificação é negativa, quando as trocas na conversação humilham os usuários e atingem os valores morais da confiança, do respeito e da estima, rompendo os vínculos e as redes de apoio.

A passagem da exclusão para a inclusão nas redes de apoio social pode gerar, por parte do usuário, o sentimento de gratidão que alimenta os vínculos e o reconhecimento jurídico do trabalhador. Os ACS identificam que eles passam a ser uma referência para os usuários e famílias, não só para os problemas específicos de saúde, mas para os problemas comunidade em geral, pois *“as pessoas vêem em você [ACS], assim, uma coisa em que elas podem se agarrar. O elo entre a Instituição... elas pensam que você pode resolver tudo”* (Hortênsia). Na perspectiva de inclusão dos usuários, e reafirmando os seus direitos, esses trabalhadores ressaltam a carência de equipamentos sociais na região, e apontam para as demandas de creches e escolas de qualidade e de um posto de saúde funcionando 24 horas na comunidade.

Só existe uma escola, que é particular, não existe escola da rede pública, uma escola da rede municipal (Malu).

Aqui falta uma boa escola porque a maior parte dessas crianças que a gente vê, eles estão na 5ª série mas não sabem ler. Falta também um posto de saúde 24 horas, porque nem todos aqui podem ir para a Maré ou para o outro lado, tem aquele problema de não poder circular (Lalica).

Uma questão importante a ser pensada pelos gestores da atenção básica é ampliar o horário de atendimento da Unidade de Saúde da Família na comunidade para garantir o acesso dos usuários que trabalham em horário comercial, evitando a ida desnecessária aos serviços de urgência e emergência. Além disso, o acesso à educação, entendido como uma dimensão da saúde em sua concepção ampliada, deve ser garantido mediante a articulação de ações intersetoriais na efetivação dos direitos de cidadania.

● **Reconhecimento da solidariedade**

Os valores de solidariedade são fundamentais para a integralidade no SUS e para a efetivação das políticas públicas de saúde na construção da cidadania. Tais valores devem permear a prática de todos os trabalhadores da saúde nos diversos níveis da atenção do sistema, principalmente na atenção básica, o que não significa que a solidariedade deva ser naturalizada e prescindida de uma qualificação para exercê-la, ao contrário dos que a defendem como um atributo inerente ao perfil social do ACS (Nogueira *et al.*, 2000). Na nossa pesquisa, identificamos diversas ações solidárias dos agentes comunitários na produção do cuidado, as quais muitas vezes extrapolam o trabalho prescrito e o reconfiguram de acordo com a situação apresentada e o tipo de relação que se estabelece com os usuários. É no cotidiano de trabalho que as vivências

afetivas vão propiciando ações solidárias na perspectiva do cuidado integral, conforme aponta Hortênsia em sua fala:

Eu saio da casa de um idoso... uma semana depois, quando eu volto, já volto receosa pra ver se ele tá legal, se ele tá bem (...). É uma coisa que nem é pra fazer, mas eu ligo pra ver os mais idosos mesmos. Eu tenho uma paciente de 92 anos, então, eu ligo pra filha: “Dona Maria tá bem?” [e a filha responde] “tá tudo bem, Hortênsia. Ela tá ótima, tá menina”. (...) Tem que ter esse cuidado, né (Hortênsia).

As ações solidárias, como o ato de dar um telefonema para saber notícias, vão além do trabalho prescrito dos ACS e reforçam os vínculos afetivos e as trocas com os usuários e famílias. Na leitura do apoio social, a circulação de bens tangíveis e intangíveis beneficia a todos os atores envolvidos. Isso fica implícito quando os trabalhadores identificam a contribuição que dão aos usuários e famílias, e estes se sentem acolhidos e cuidados diante da atenção e demonstração do afeto. Nesse cenário vão se construindo relações mais horizontalizadas, e os ACS de fato atuam como mediadores na constituição das redes de apoio social, favorecendo a solidariedade na esfera pública:

Eu acho que comecei a olhar as pessoas de uma forma mais diferente, eu comecei a olhar as pessoas me colocando no lugar delas. Vamos supor, quando a pessoa procura o posto para um atendimento, e às vezes já passou do horário de triagem, então eu me coloco no lugar dela e falo, “poxa e se fosse eu com o meu filho aqui, mesmo fora do horário de triagem”... Acho que eu comecei a olhar mais o próximo (Lia).

Se colocar no lugar do outro é respeitar os diferentes sujeitos em sua diversidade, livrando-se de preconceitos e estigmas que os desvalorizam e impedem o seu reconhecimento. Dentro dessa ótica, Gina traz à tona a discriminação que sofrem os moradores da comunidade, e aponta para a importância do respeito solidário dos profissionais da equipe de saúde com as classes populares na produção do cuidado integral:

Qualquer área, qualquer comunidade, as pessoas de alguma forma buscam a sua sobrevivência. Por ser complexo de Manguinhos, muitas pessoas não trabalham, têm dificuldades, porque muitas vezes, as pessoas são discriminadas. Só que têm pessoas vindo da escola, vão trabalhar, chegam a noite em casa, então nós temos que ter esse cuidado com cada família, de estar próxima das suas características (Gina).

O cuidado integral, na dimensão da solidariedade, é reafirmado na fala da Lu ao acionar as redes de sociabilidade primária para realizar atividades que ultrapassam o trabalho prescrito. Uma das situações em que isso ocorre é quando precisa entregar os medicamentos de usuários que têm dificuldades de se locomover até o Centro de Saúde:

Na minha área tenho mais idosos e tenho muito acamados. Tem uns que têm problemas, e eu tenho que pegar o remédio [no Centro de Saúde] e levar. Faço questão de levar, tudo bem. Mas tem dias que não dá, vou chegar atrasada no colégio, aí eu peço, peço meu esposo para levar. E eles me ajudam. A minha filha mesmo (Lu).

A ACS conta com o apoio da família para efetivar as ações de cuidado e solidariedade e aponta para seu papel de mediador no entrelaçamento das redes de apoio social no *locus* da comunidade, que incluem as redes secundárias na vida pública e as redes primárias afetivas dos parentes dos trabalhadores na vida privada. O mesmo se observa no relato da Lena ao pedir apoio à irmã para fazer curativos em um usuário idoso, em função de não ter conseguido um técnico na sua equipe de saúde que pudesse ir diariamente ao domicílio:

Um senhor que [tinha uma lesão] horrível na perna. (...) Ele chorava! Ele tinha vergonha... Eu levei pra equipe, não resolveu, aí eu conversei com a minha irmã que era técnica de enfermagem, expliquei a situação, e todo dia ela ia lá. (...) Toda vez eu ia lá ele chorava, aí apertava a minha mão, falava que queria morrer, mas... aí, era uma casa que eu ia direto. Conversava, conversava, com ele... Nossa! Eu vi assim a melhora que ele teve. Então, aquilo ali também pra mim faz muito bem. Ele é grato a mim, ele é grato a ela [irmã da ACS] (Lena).

A gratidão do usuário remete ao reconhecimento que se processa por meio das redes de apoio social, pois, conforme assinala Caillé (2008), dar o reconhecimento é demonstrar nossa gratidão e entrar no registro do dom e do contradom. Por um lado, o usuário reconhece a ACS e sua irmã pelas ações de cuidado e apoio social, e manifesta a gratidão e o afeto. Por outro, a ACS e sua irmã ao reconhecerem o valor do usuário e reafirmarem seu próprio valor estão realimentando os vínculos de afeto e respeito social, com fortalecimento da autoconfiança e a autoestima. A solidariedade, nesses casos, opera na construção da cidadania e da emancipação dos sujeitos, e se efetiva junto às duas outras formas de reconhecimento: o direito de acesso ao cuidado em saúde e o amor ou afetividade que perpassa as relações de apoio recíproco.

Os ACS ao se colocarem no lugar do outro tendem a se identificar com a dor e o sofrimento alheio, pois entram no domínio da vida privada e se deparam com as situações de precariedade em que muitos vivem, o que fica explícito quando Lia refere que *“além dos meus problemas eu ainda absorvo os das pessoas que conversam comigo”*. As dimensões da afetividade e solidariedade, nas interações sociais com os usuários, se revelam no reconhecimento recíproco e diante das experiências positivas ou de perdas no cotidiano do trabalho. O depoimento emocionado da Hortênsia demonstra a tristeza que vivenciou pela morte dos usuários:

Eu perdi três pacientes e eu chorei!... Eu cheguei acabada no Centro de Saúde de tanto chorar... Porque assim, uma, eu até levei a Assistente Social, ela foi comigo... era uma senhora que estava sendo negligenciada pela família. (...). A família tava vendo um abrigo pra colocá-la, pra interná-la, mas não deu tempo. Então, quer dizer, isso me entristeceu muito. A gente pensava, eu pensava, né, que eu poderia fazer mais do que eu posso. Que a gente tinha assim, autonomia pra mexer, pra conseguir uma internação... nesse caso... sabe? E não dá pra gente fazer muito (Hortênsia).

A fala da Lia e o depoimento da Hortênsia reafirmam a importância da qualificação profissional para lidar com a complexidade das demandas e necessidades em saúde dos usuários e compreender os seus limites de atuação. Além disso, apontam para a necessidade do trabalho integrado de equipe na produção do cuidado em saúde, com a cooperação entre os diversos trabalhadores. Em outras palavras, a solidariedade na atenção básica, e mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, implica nas ações da equipe de saúde articuladas em rede para garantir a integralidade da atenção e do cuidado enquanto direito dos usuários.

Os ACS realizam a maior parte das visitas domiciliares sozinhos, e são acompanhados pelo médico ou enfermeiro quando há necessidade. Estes profissionais nem sempre estão disponíveis, seja em função da sobrecarga de atividades no Centro de Saúde ou porque entendem que aquela visita não é prioridade no momento, o que leva os ACS a criarem estratégias para solucionar o impasse e “convencer” o profissional da relevância da visita. Observamos essa situação durante a ida ao domicílio de uma usuária idosa, com lesões no corpo e problemas articulares que dificultavam a deambulação, e que em outro momento o médico da equipe já havia encaminhado ao dermatologista. Ao identificar a piora do quadro da usuária, e sabendo que a mesma não contava com apoio da família para levá-la ao especialista, foi pedido permissão para fotografar a lesão e mostrar ao profissional. Ao retornar ao Centro de Saúde e mostrar as

fotos, o médico concordou em acompanhá-la na visita domiciliar no dia seguinte. A ACS ao reconfigurar o seu trabalho prescrito, dentro da lógica da solidariedade, pode exercer a mediação social no sentido de reforçar os laços entre o profissional e o usuário e garantir o atendimento médico.

A práxis de cuidado dos ACS, com suas ações solidárias, podem a primeira vista ter um caráter individual. Entretanto, observamos, no trabalho de campo, que essas ações envolvem a participação de diversos atores em redes, ampliando as ações de cuidado e a inclusão dos usuários e fomentando novas ações coletivas no exercício da cidadania. A participação dos usuários propicia a ação pública na perspectiva de promover mudanças individuais e coletivas na luta por reconhecimento dos direitos e do respeito social. Nesse sentido, identificamos - durante a observação participante em uma das comunidades de Manguinhos - que diversos moradores tinham uma postura mais ativa ao conversarem com os ACS e se mostrarem preocupados com a limpeza e o cuidado das caixas d'águas dos vizinhos, o que se justificava pelo fato de estarem em plena epidemia de dengue no Rio de Janeiro.

Levando-se em conta que a ação individual de descaso afeta o coletivo, a ação pública desses usuários, em prol da saúde da comunidade, revela a responsabilidade social e as atitudes de solidariedade que implicam no reconhecimento do outro como cidadão. Sem dúvida a questão da dengue envolve o saneamento e a coleta de lixo, obrigações do Estado, porém é por meio da consciência individual e coletiva que se torna possível sair da posição de receptor passivo para a mobilização e participação dos atores na garantia dos seus direitos e exercício de cidadania. Esses usuários solicitavam aos demais moradores que mantivessem os seus reservatórios de água protegidos e, ao mesmo tempo, cobravam as negociações feitas com o município para fornecer tampas ou proteções para as caixas d'água, já que as mesmas quando quebradas não eram vendidas separadamente.

A atuação política dos usuários e ACS nos remete ao que Valla (1999) defendia como o “duplo caminho” ao assinalar que na conjuntura de globalização é importante a reivindicação e a cobrança do papel do Estado, mas também a mobilização e participação social. Por meio da ação pública, os usuários e ACS vão processando o reconhecimento mútuo e fortalecendo a autoestima e o empoderamento individual e coletivo.

A mobilização dos atores sociais nas questões referentes à saúde individual e coletiva se contrapõe à postura passiva e acomodação de alguns usuários no que tange à

utilização dos serviços de saúde, gerando impasses no cotidiano de trabalho. Durante a observação participante, ao caminharmos na comunidade, evidenciamos a demanda de agendamento de consultas e exames no CSEGSF, embora essa não seja uma atribuição prescrita. Houve um tempo em que esses trabalhadores realizavam o agendamento, o que talvez se justificasse pela distância de algumas comunidades e pelo tempo despendido pelos usuários, haja vista ser preciso ir à unidade de saúde para fazer a marcação e retornar outro dia para o atendimento. Atualmente não se tem uma normatização para essa tarefa, e as próprias equipes definem como proceder:

Cada equipe trabalha de uma forma diferente, algumas equipes marcam as consultas e outras não (Raio de Luz).

Essa situação cria um impasse, pois pegar o cartão de saúde, marcar as consultas e depois entregar o cartão na residência parece ter sido incorporado pelos usuários como um direito adquirido e uma atribuição do ACS. A compreensão equivocada de que esse trabalhador deve marcar as consultas não ocorre somente em Manguinhos, sendo descrito na literatura em outras regiões do país, tal como demonstrado na experiência da saúde da família em uma comunidade na cidade do Recife (Martins *et al.*, 2009). Esses autores chamam atenção para o fato de que tais ações - marcar consultas e levar os encaminhamentos nos domicílios - estão pautadas em uma lógica assistencialista que negligencia o papel ativo dos usuários na efetivação da cidadania e da práxis pública. Dessa forma, os usuários transferem as ações de sua responsabilidade para os trabalhadores, e cobram agilidade na resolução das mesmas:

As pessoas começam a acostumar, eles acham que a gente é marcador de consulta. Eles não entendem que a gente entrega o cartão para o medico ou a enfermeira. Eles querem que a gente pegue o cartão e entregue amanhã, entendeu? (Tábata).

Os usuários, conforme assinalou Tábata, se acostumam com as políticas assistencialistas que vão de encontro à emancipação dos sujeitos e coletivos. O mesmo se procede com a entrega de medicamentos em casa, nas quais os ACS deixam claro que não é sua atribuição, que estão fazendo um favor, porém alguns usuários não vêm dessa maneira. Em geral, esses trabalhadores referem que não se incomodam em marcar as consultas, exames ou entregar medicamentos para os mais idosos, para os que têm dificuldade de locomoção ou que não podem faltar o dia de trabalho, mas discordam de fazê-los para os jovens ou os que têm tempo disponível.

Observamos que diante da cobrança e pressão dos usuários, os ACS têm dificuldades em dar limites e acabam cedendo às demandas. Nesse sentido, o que

poderia estar expressando uma ação de solidariedade e generosidade, que extrapola o seu trabalho prescrito, tende a ser vista pelos usuários como uma mera obrigação. Esses trabalhadores não são reconhecidos em suas ações de cuidado, e o que se processa é uma relação utilitarista por parte do usuário que deseja receber sem retribuir.

As relações entre trabalhadores e usuários pautadas na obrigação e na cobrança impedem a liberdade necessária para alimentar os vínculos e constituir as redes de redes de apoio social. Em contrapartida, é por meio de reconhecimento mútuo que se engendram novas redes de apoio com a circulação de dons e contradons. De um lado, os usuários se sentem gratos pelas ações dos ACS e retribuem com bens simbólicos e materiais, por outro, os ACS demonstram a sua satisfação por exercerem “*um trabalho gratificante, porque você vai na casa, chega uma pessoa, te dá um elogio, te bota lá em cima*” (Lena).

As alianças que os trabalhadores tecem com os usuários são favorecidas pelas visitas domiciliares sistemáticas e pelo fato de se residir na comunidade. A obrigatoriedade de morar onde atua traz elementos importantes para a efetivação do trabalho e da mediação social, o que não significa que os ACS tenham um conhecimento prévio da realidade local e das condições de vida e saúde de muitos usuários:

Eu morava na comunidade, mas não conhecia o outro lado. Eu só passei a conhecer depois. Assim, claro que todo mundo que mora na comunidade tem as suas necessidades, mas é uma carência muito grande (...). Pra mim aquilo era tudo muito novo, muito sofrimento, e aquilo me chocou muito. Eu não conhecia aquela realidade da vida (Lia).

A indignação ao identificar indivíduos em situações de pobreza absoluta dentro de um mesmo território revela a complexidade da dinâmica territorial e a estratificação social demarcada na favela, formadas por múltiplas comunidades (Valla, 1999), com áreas mais precárias onde se encontram as famílias em situações de maior vulnerabilidade social. É por meio das visitas domiciliares e pela circulação em outras áreas, fora do seu trajeto, que os ACS entram em contato com as situações adversas:

Mesmo você sendo morador, você não percebe a realidade das pessoas ali. Depois que você entra que você vê a realidade, você vê a sua que é um pouquinho melhor. Você quer ajudar de qualquer forma (Bárbara).

Esses moradores estão incluídos de forma perversa no sistema social, mas estão excluídos das redes de apoio. Em alguns casos, é possível a equipe de saúde atuar com ações efetivas de cuidado que se revertam em ações públicas, de modo a auxiliar os

usuários e famílias a sair da exclusão e se reinserir em novas redes de apoio social na luta por reconhecimento dos seus direitos. Quando as ações públicas não ocorrem, os ACS procuram outras estratégias de ajuda para os usuários empobrecidos em situações de precariedade, como, por exemplo, conseguir cesta básica, doação de leites para as crianças ou até mesmo doação de roupas:

Entre a nossa equipe, a gente faz uma cesta básica para poder pelo menos naquele dia matar a fome daquela pessoa (Lu).

Quando a gente vê uma situação, assim, muito complicada... de imediato aquela família tá precisando de comer (...), a gente leva o assunto pra equipe, né? Aí, foram [os profissionais da equipe] ver uma cesta básica... só pra conseguir uma cesta básica foi uma luta. Nós mesmo, agentes de saúde, formamos uma cesta básica, cada um deu um pouquinho (Lena).

As ações dos ACS visam uma contribuição imediata no sentido de prover o aqui e agora, o que parece ser a lógica de funcionamento das classes populares (Valla, 1998). Embora os usuários estejam vivendo sob condições de vergonha e humilhação, os trabalhadores demonstram que os reconhecem enquanto sujeitos de valor e portadores de direito. Esse tipo de solidariedade - doação de alimentos e roupas - tende a operar na lógica da caridade, e é criticada pelos intelectuais e técnicos da saúde em função de ser papel do Estado garantir os direitos básicos do cidadão, e não uma atribuição da equipe de saúde, o que nos leva a duas interpretações.

A primeira indica que as ações solidárias, com a doação de bens materiais e simbólicos, podem beneficiar os usuários ao ajudá-los a sair da crise imediata. Nesse sentido, a solidariedade não levaria a dependência ou passividade, mas seria um dispositivo para a reinserção em novas redes de apoio social e para ajudar os sujeitos e famílias a reconstruir seus caminhos de vida. A outra interpretação revela que essas ações solidárias como caridade, na dimensão da filantropia, reforçam a exclusão quando viram esmola, pois os usuários não podem retribuir a dádiva, o que os coloca em situações de inferioridade diante dos doadores (Laville, 2009). A doação sem possibilidades de retribuição gera humilhação para o donatário, fragilizando os vínculos sociais, o que leva os ACS, pautados no respeito solidário, a manterem sigilo sobre os usuários que são ajudados, de modo que os mesmos também desconhecem quem doa os alimentos ou as roupas. Isso fica evidenciado, no relato a seguir, quando Hortênsia refere que divide com o irmão a compra de alimentos para os que não têm o que comer, mas não comenta com ninguém sobre a doação para não expor o usuário e não criar vínculos de dependência:

Eles [os usuários] não sabem que sou eu não pra não criar um vínculo. Não, não falo [nem com a equipe, nem na igreja], pra não [expor]... porque as pessoas que precisam, elas ficam envergonhadas. Então, quer dizer, se eu posso ajudar... quando eu não puder mais, eu abro pra ver se alguém pode. Por enquanto, eu posso, eu faço (Hortênsia).

A caridade se confunde com o trabalho de cuidado dos ACS em função de sua dupla inserção, como trabalhador da saúde e como morador daquele território. Em geral, é a postura do ACS enquanto morador local que predomina na solidariedade filantrópica, tendo em vista que a equipe nem sempre fica ciente e as doações regulares são de sua exclusiva responsabilidade. Por sua vez, é a práxis de integralidade do cuidado ancorada na solidariedade democrática, de modo a fomentar as redes de apoio social entre a equipe de saúde e os usuários, que propicia a emancipação (Cattani, 2009) dos atores no sentido da autonomia e do empoderamento individual e coletivo.

De acordo com as falas e reivindicações dos ACS, as ações de solidariedade social, em uma perspectiva de cidadania ampliada, implicam em revitalizar as áreas de lazer nas comunidades para o encontro dos sujeitos e o desenvolvimento de atividades lúdicas; dar oportunidade aos usuários para se inserir no mercado de trabalho por meio da oferta de cursos profissionalizantes de qualidade nas escolas locais; concretizar parceiras dentro e fora da comunidade, entre outras ações políticas que apontam para o fortalecimento da esfera pública. No entanto, cabe ressaltar que esses trabalhadores muitas vezes têm dificuldades em tecer estratégias para se organizar na luta por reconhecimento do seu valor profissional e, conseqüentemente, de fomentar a mobilização e participação social dos usuários na luta por reconhecimento do direito e da solidariedade democrática:

Eu acho que os agentes também precisavam se unir mais, porque, às vezes, a gente marca uma reunião, vai meia dúzia, mas tem 48. Até pra gente se fortalecer no meio de todo mundo, um poder se defender, defender o outro. Mas não aparece. Eu acho que tinha que ter mais união entre os agentes (...). Só que você marca uma reunião pra gente conversar sobre trabalho, sobre salário, sobre tudo... e aparece meia dúzia. Eu não sei se é medo, porque as pessoas têm medo de falar e não aparece. Porque têm uns que é medo [e falam] “ah, mas a gente ganha tão pouco, vai reivindicar?” (Lena).

A crítica da Lena no que tange à desmobilização política dos ACS de Manguinhos para a reivindicação dos seus direitos e do respeito solidário pode estar expressando a dificuldade de interação dos agentes comunitários das diferentes equipes

de saúde da família. Ademais, também pode estar revelando a ausência de reconhecimento desse trabalhador, por parte dos gestores, com a perda da autoconfiança, haja vista que a motivação para a ação social se processa por meio das interações sociais (Melucci, 2001) e que o reconhecimento do outro é fundamental para a sua participação (Honneth, 2003).

Em contrapartida, dentro da própria equipe os ACS costumam se unir e fortalecer os laços de solidariedade, construindo redes de apoio social no trabalho que ampliam a oferta de cuidado. Esses trabalhadores são solicitados com frequência diante de algumas intercorrências na comunidade e, nessas situações, conforme relata Lia, é possível evidenciar as redes de apoio funcionando com a inserção dos usuários e a circulação das informações entre outros bens simbólicos:

As vezes a pessoa nem te conhece, mas alguém pede: “poxa! fulano está doente não tem como ir lá?” (...). Quando acontece alguma coisa em outras áreas, eles [os usuários] vêm falar: “fala com a agente de saúde tal que o fulano passou mal”. A gente leva recado para os agentes de saúde que não é da nossa área, mas que mora por perto, né. É um tentando realmente ajudar o outro (Lia).

As redes de apoio social são fundamentais no trabalho da equipe de saúde e na mediação dos ACS para fortalecer a esfera pública e a práxis do cuidado. A organização do trabalho por meio das redes traz à tona as relações de poder no interior da equipe, já que as relações mais horizontalizadas, com a cooperação dos trabalhadores, reduz as desigualdades e reconfigura a hierarquia social instituída. Não obstante a assimetria que se processa nas relações sociais, os trabalhadores se movem entre as posições de doador e donatário por meio do movimento de dar, receber e retribuir os dons, entre os quais as informações, a solidariedade, o reconhecimento e o apoio recíproco, de modo que a assimetria não se cristalice em hierarquia e poder.

A gente reconhece um o trabalho do outro, o médico, a enfermeira reconhecem o meu trabalho (Raio de Luz).

O reconhecimento dos ACS, no plano da solidariedade, fortalece a autoestima e o empoderamento individual e coletivo, favorecendo assim a mediação social, seja como um elo entre a equipe e as classes populares, seja como um mediador das redes de apoio que propicia a inclusão dos usuários e famílias. Cabe ressaltar que essas redes de apoio social solidárias, tecidas pelos atores sociais de modo mais espontâneo no cotidiano de trabalho, tendem a ser invisíveis para os gestores e demais profissionais de saúde por não serem institucionalizadas, o que não exclui a sua importância na agenda

das políticas públicas para se (re)pensar novas formas de gestão social mais democráticas no campo da saúde e no fortalecimento da ação pública dos trabalhadores na atenção básica e, a priori, na Estratégia Saúde da Família.

5.3.2 Experiências de desrespeito: os limites à constituição das redes de apoio social e à circulação do dom-reconhecimento

A ausência de reconhecimento nas dimensões do amor, do respeito e da solidariedade foi evidenciada nos relatos dos ACS, seja decorrente dos fatores internos às relações de trabalho que impactam negativamente nas redes de apoio social ou de fatores externos que interferem na vida cotidiana dos moradores da comunidade. Os ACS, em geral, se sentem reconhecidos pelos usuários, aliás esses são sempre referidos como os que mais reconhecem o seu valor profissional. No entanto, algumas situações de desrespeito se processam nas interações sociais, principalmente diante da falta de limite dos usuários na relação entre o público e o privado, e os ACS vivenciam o bônus de se tornar mais conhecido na comunidade e o ônus de perder a privacidade:

Tem o ônus e tem o bônus. Então, assim, eu perdi a minha privacidade. A gente perde porque tem gente que não tem noção, então bate na minha porta meia-noite, uma hora da manhã para pedir informações. (...) Eles [usuários] acham que até sábado e domingo você trabalha também, o que, de fato, não é mentira, porque, às vezes, eu trabalho sábado e domingo, né? Mas não é regra isso. A gente não é obrigado a trabalhar. O nosso horário é de 8 às 5, e de segunda a sexta-feira (Hortênsia).

A ida à casa do ACS na busca de solucionar algum problema, desde coisas mais simples até as mais urgentes, é frequente na Saúde da Família em função desse trabalhador ser morador da área onde atua, sendo difícil delimitar as relações de vizinhança e de trabalho. O ACS é considerado “*o referencial do Saúde da Família*” (Lena), o que faz com que os usuários os abordem em qualquer lugar e a todo o momento, inclusive em seu tempo livre e de lazer. São raros os trabalhadores que não são incomodados em suas casas, conforme nos relata Margarida ao assinalar que “*lá em casa também já foram tirar dúvidas, perguntar alguma coisa, mas nada assim que incomode muito não. E não é sempre*”. Podemos inferir que a demanda reduzida aconteça em comunidades mais estruturadas, onde os usuários tenham melhores condições de vida e saúde e acessibilidade aos serviços (Starfield, 2002) e as práticas de cuidado.

Em geral, os ACS comentam que não se importam quando são abordados na rua, mesmo fora do horário de trabalho, mas não gostam de ser incomodados em suas casas. A falta de limite dos usuários, com a invasão da privacidade, os desagrada e é vista como um desrespeito social, se configurando como um impeditivo à constituição dos vínculos e à formação das redes de apoio.

Têm pessoas abusadas mesmo que vão me chamar 11:30 da noite, me gritam (Tábata).

Eles [os usuários] sabem que sou agente de saúde, e ficam batendo na minha porta, só que eu não gosto, já deixei bem claro que eu não gosto disso (voz de indignação). (...) Só que eu falo: “eu não gosto que me procurem na minha casa, na minha área”, porque se não você perde o respeito! (Gisele).

Os ACS demonstram a insatisfação e indignação nessas circunstâncias e referem que os usuários que vão às suas casas não são necessariamente seus cadastrados, podendo ser de outras microáreas:

São todos [os usuários]. Até aqueles que descobriram onde eu moro e foram lá atrás de mim, entendeu? (...) Eles me respeitam porque assim, eu não brigo, falo: “Oh, eu não gosto, poxa, acho que não é legal, eu não trabalho aqui na minha casa”. Eu falo que eu não moro na área onde trabalho, eu moro na comunidade, mas não na minha microárea. (...), e se quiser falar comigo fale na comunidade ou no Posto de Saúde. Se deixar, eles vão repetir outras vezes (Gisele).

Embora alguns ACS consigam delimitar bem o seu espaço de trabalho e manter o respeito mútuo, tal como se evidencia no depoimento acima, em geral o que predomina é a dificuldade em dar limites e negar as demandas dos usuários:

Eu estava dormindo com meu marido, numa quinta feira 6:30 da manhã, uma cadastrada minha entrou na sala e ficou me gritando. Eu levantei tão irritada, coitada [da usuária] me deu pena, mas eu não falei nada, não consegui falar nada porque ela estava com cartão e me disse que queria marcar consulta. Eu estava na intenção de falar tanta coisa, só que eu não tive coragem. O pessoal é abusado mesmo, são muito abusados! (Tábata).

A passagem da ausência de reconhecimento para o reconhecimento recíproco pode produzir novas situações funcionalmente caóticas que precisam ser readequadas. A liberação da afetividade, favorecida pela ação do trabalhador no contexto da dádiva, muitas vezes gera nos usuários reações que extrapolam as regras sociais e profissionais, o que leva Tábata afirmar que eles “são muito abusados”, no sentido de não ter limites. Levando-se em conta que as redes de apoio social entre esses atores se misturam no

âmbito das sociabilidades primárias e secundárias (Caillé, 1998), e se fundam na relação ambivalente entre a norma e o afeto, com facilidade as fronteiras do convívio são atravessadas arbitrariamente. Nessas situações de falta de limite e de respeito configura-se uma dupla violência - da vida privada e da ação pública -, pois o ACS além de ser morador da comunidade é também representante do Estado. A violência é, sobretudo, simbólica, e impede o avanço na construção das redes.

O fato de o ACS morar na comunidade o diferencia dos demais trabalhadores, e consolida o seu trabalho de mediação social por compartilhar as linguagens simbólicas necessárias à aproximação de dois mundos apartados sob a ótica social, econômica, e cultural. Ser morador cria um pertencimento coletivo e traz a vantagem de favorecer a expansão das redes de apoio social, mas por outro lado também favorece a perda da privacidade. Desse modo, como forma de se preservar, os trabalhadores acabam desenvolvendo estratégias para manter o distanciamento necessário, como, por exemplo, ser responsável por uma microárea que não seja vizinha à sua residência, tendo em vista que desconhecem os usuários do local e passam a estabelecer outros tipos de relação:

Eu não quis trabalhar no local em que eu moro. (...). Fui trabalhar na parte bem mais baixa, que é uma parte onde têm aquelas pessoas bem carentes mesmo, que abrem a porta para você, que precisam mesmo, que aceitam você. E eu não conhecia, e eu moro ali há 15 anos e eu não conhecia aquelas pessoas da área em que eu trabalho hoje em dia. Então, eu preferi trabalhar lá embaixo por não conhecer mesmo, por não querer contato ali na área onde eu moro, porque ali eu ia ter dificuldades (Raio de Luz).

Raio de Luz reafirma a estratificação social na comunidade, com os usuários em diferentes condições de vida e saúde, desde os que ela se refere como sendo “mais empinados” até os excluídos do sistema social, ou melhor, conforme lembra Martins (2000), os que estão incluídos mas de forma desigual. Em sua fala duas questões, a primeira vista contraditórias, vêm à tona no que tange às interações sociais. A primeira é o desejo de trabalhar distante de sua moradia como estratégia para manter a privacidade em relação aos seus vizinhos, evitando a constituição de laços de intimidade e a circulação de dons. A segunda é a opção de trabalhar na área mais distante e empobrecida para ter acesso aos usuários e ser aceita, indicando assim o seu desejo de estabelecer vínculos e ser reconhecida na esfera do trabalho, o que acredita ser mais fácil com os sujeitos mais pobres e necessitados. A dificuldade de acesso aos usuários que têm uma condição melhor de vida é também compartilhada por Hortênsia, haja vista

que alguns desses usuários desqualificam os serviços públicos de saúde por terem acesso à saúde suplementar:

Têm áreas, assim, quando eu comecei, bateram a porta duas vezes na minha cara. (...). Eles falam: “eu tenho um plano de saúde que é muito melhor e eu não preciso do Posto” (Hortênsia).

Se por um lado os ACS não vêm com bons olhos quando o usuário vai à sua casa em seu tempo livre e de lazer, por outro, esses trabalhadores também vão aos domicílios dos usuários em horário comercial, porém, algumas vezes à noite ou nos finais de semana quando as famílias trabalham fora durante o dia. Dentro dessa ótica, entendemos que o limite entre a vida pública e privada na Saúde da Família deveria ser discutido com uma ação política dos gestores com a participação dos atores envolvidos - trabalhadores e usuários - no sentido de criar regras coletivas que definam melhor as relações entre público e privado, e assegurem a práxis do cuidado, o respeito social e o reconhecimento mútuo na construção da cidadania.

Os ACS expressam a sua insatisfação quando não são reconhecidos pelos usuários em suas ações de cuidado, gerando uma perda na autoconfiança e no seu valor pessoal. Essas situações ocorrem quando os usuários negam o dom recebido e não partilham das trocas.

Tem uma usuária que nunca está satisfeita com o que a gente faz, por mais que faça nunca está satisfeita. (...) Quer mais e mais, coisas que estão fora das nossas possibilidades (Lu).

Lu demonstra seu desagrado e refere que gostaria de manter certa distância desses usuários, embora seja obrigada a se relacionar com os mesmos. Aqui a dimensão conjunta da liberdade e obrigação na ação social da dádiva se desarticula diante do rompimento das redes de apoio social, predominando a obrigação que opera na lógica do Estado com suas normas interiorizadas (Godbout, 1999). Trata-se de situações que ficam demarcadas a postura egoísta e interessada dos usuários em querer receber cada vez mais sem retribuir. É nesse sentido que Martins (2008) aponta que o utilitarismo é um dos obstáculos à circulação do dom, ao substituir o dar-receber-retribuir pelo dar-tomar ou dar-pagar. Em contrapartida, entrar em relações de dádiva implica em aceitar o dom simbólico e material, colocando o donatário em uma dívida simbólica que o impulsiona a retribuir e, conseqüentemente, a alimentar os vínculos com a constituição de novas redes de apoio social.

A ausência de reconhecimento e circulação de dons fica evidenciada no relato a seguir, no qual a ACS demonstrou tristeza e indignação ao reviver a situação de conflito com uma usuária que não valoriza o seu trabalho e a expõe diante da equipe:

Por mais que você faça por ela, ela nunca está satisfeita com nada. Eu vou na casa dela, ela diz que não me viu. Mesmo eu tendo passado na casa dela ontem, ela diz que não sabe de mim, entendeu? Eu fico chateada. Vou lá e falo com ela: “Maria, você foi no Posto e falou que não me viu, poxa passei aqui ontem”. Ela briga com todo mundo (Gisele).

Essas situações de falta de respeito e ausência de reconhecimento fragilizam os vínculos necessários à integralidade do cuidado em saúde. Muitas vezes isso se processa com usuários que estão em situação de exclusão social ou incluídos precariamente, o que parece ser a situação relatada por Gisele, e não reconhecem o ACS em suas ações de cuidado, negando, portanto, a constituição de vínculos e a entrada nas redes de apoio social. Esse tipo de problema também é apontado por Raio de Luz ao trabalhar em uma área de maior vulnerabilidade social em sua comunidade:

O outro lado que eu não conhecia, que é uma área mais precária, têm coisas que eu via, que dá vontade de você pegar aqui e ajudar. Têm aquelas pessoas que não querem ser ajudadas, o que é pior, né? Você quer ajudar, e a própria pessoa não quer ajuda (Raio de Luz).

Muitos desses usuários são os excluídos estruturais e destituídos dos valores morais de cidadania, e no momento em que são assegurados os direitos de saúde eles recusam por não se sentirem pertencentes à sociedade, negando assim o apoio social dos trabalhadores e interrompendo a circulação dos dons. Tendo em vista que esses usuários se encontram em situação de inferioridade na qual o único retorno possível seria a gratidão sem limites (Laville, 2009), eles não constroem vínculos, o que, por sua vez, impacta negativamente sobre a autoconfiança e autoestima dos ACS ao se sentirem incapazes de realizar as ações de cuidado e solidariedade.

A ausência do dom-reconhecimento no trabalho perpassa o discurso dos ACS, o que na relação com os gestores fica externalizada pela baixa remuneração salarial e pela qualificação insuficiente diante da complexidade do trabalho. Os ACS ressaltam a sua importância na Saúde da Família e entendem que se o valor social do seu trabalho for de fato reconhecido, principalmente pelos gestores, eles terão uma remuneração mais adequada. Aqui a questão salarial assume uma dimensão simbólica que expressa o não reconhecimento desses trabalhadores:

O nosso trabalho não é um trabalho reconhecido, nem aqui dentro do Posto, como das pessoas que nos pagam. Nós trabalhamos dentro do Posto, mas não somos do Posto, somos pela FIOTEC. Então, quer dizer, nós não somos nem reconhecido aqui dentro pela nossa profissão. (...) Acho que nós deveríamos ser mais valorizados financeiramente. A solução é reconhecer o nosso trabalho primeiramente (Raio de Luz).

Ao referir que o “trabalho não é reconhecido no Posto”, fica clara a tensão nas relações com os demais funcionários do Centro de Saúde, reafirmando o discurso dos ACS sobre a separação que se configura entre os trabalhadores da atenção básica tradicional e da Saúde da Família nessa instituição, conforme já abordamos anteriormente. O depoimento a seguir corrobora essa visão, e destaca o sentimento de não pertencimento àquele grupo:

São poucos que dão um bom dia para gente, quando dão. E a gente para eles é indiferente. O pessoal dali [Centro de Saúde] é muito complicado, porque até para te responder uma pergunta, por mais que você faça com educação, a resposta não vem com a mesma educação. Sensação que dá é que nos estamos invadindo um espaço deles, e que você está ali incomodando alguém (Lia).

O relato dos ACS diante das situações em que sentem excluídos caminha em duas direções. A primeira vem associada à compreensão de que possuem as informações relevantes sobre a comunidade e os usuários, que as mesmas são levadas ao Centro de Saúde, e mais especificamente às equipes, mas que o seu saber não se traduz em valorização e reconhecimento do seu valor profissional. A outra direção indica que apesar do sentimento de não de ser valorizado, esses trabalhadores demonstram o desejo pelo reconhecimento na esfera do direito.

O agente de saúde leva tudo mastigadinho pra eles. (...) E a gente sente muito pouco valorizada. Não é nem da comunidade. Então, isso vai te desgastando, você faz o trabalho e acaba ficando desmotivada. (...) O agente que tá ali na comunidade, sabe das coisas que tá se passando, esgoto, tudo... e não tem valor (Lena).

Nós queríamos ser reconhecidos aqui [pelo Posto e gestores], porque na comunidade eles reconhecem da maneira deles. Mas aqui que eles têm que reconhecer mesmo, porque todo o nosso trabalho a gente traz para eles (Raio de Luz).

As relações de poder impedem o reconhecimento recíproco e a constituição das redes de apoio social e, conseqüentemente, repercutem nas dimensões morais da

confiança, do respeito e da estima dos trabalhadores. Os ACS relatam situações de poder em que se sentem desprezados no trabalho, sejam pelos gestores ou pelos demais profissionais da equipe, e vivenciam a ameaça de demissão a qualquer momento:

De um tempo pra cá nós nos consideramos um zero à esquerda, e isso fizeram questão de mostrar pra gente aqui dentro no Posto. Nós não temos vez! (...). Não querem saber porque o ACS não ta dando conta, porque o ACS tá desmotivado. (...) [Eles falam]: “se não quiser pode sair agora porque tem um montão lá querendo entrar”. Então, acho que não é por aí. Quando nós entramos foi falado pra gente que o trabalho é de formiguinha, que é um trabalho lento e do jeito que tava sendo feito tava bom (...), e agora a gente não é dada (Marina).

O relato da Marina sugere a falta de diálogo na busca de compreender o que gera a desmotivação, e aponta para importância de se superar os conflitos por meio de novas repactuações no trabalho e de reconfiguração dos vínculos sociais. A repactuação passa, entre outras considerações, por uma análise da relação entre trabalho prescrito e trabalho real do ACS e da equipe de saúde, de modo a se rever as metas e os objetivos da Saúde da Família em cada território de atuação e os meios viáveis para alcançá-los.

No que tange às relações com os demais profissionais da equipe de saúde as opiniões divergem. Em algumas equipes existe o reconhecimento recíproco, principalmente na dimensão do respeito, enquanto outros ACS se sentem pouco valorizados, porém a situação a varia em função da alta rotatividade dos profissionais, principalmente dos médicos. A ausência de reconhecimento fica bem delineada quando as ações assistenciais na produção do cuidado ganham centralidade e se processa a desqualificação do seu valor social e técnico. Esses trabalhadores sinalizam os impasses que vivenciam diante das situações em que não podem realizar ações que são da competência do técnico de enfermagem, mas também não recebem o apoio tangível da equipe para solucionar os problemas dos usuários:

Eu acho que [o nosso trabalho] deveria ser mais valorizado, pela equipe, pelo Centro de Saúde. Às vezes as pessoas não têm aquele comprometimento pra ir na casa [do usuário] fazer um curativo! (...) [Como técnica de enfermagem] você faz os teus cuidados de enfermagem, você tá vendo aquela solução, tá vendo a melhora. E o agente comunitário nem sempre tá vendo a melhora, porque eu acho que tem muita acomodação da equipe (...). Falta a cooperação, o comprometimento de fazer as coisas acontecerem, porque, como é um trabalho em equipe, você não trabalha

sozinho, você depende que a equipe chegue comprometida com o trabalho (Lena).

O comprometimento referido pela ACS implica em reconhecer o outro como um sujeito de valor e, conforme previsto na legislação (Brasil, 2006a), assegurar o trabalho em equipe na produção e continuidade do cuidado em saúde, evitando assim o descaso e desrespeito de muitos profissionais com os usuários. Os conflitos que emergem não são necessariamente negativos desde que, ao serem discutidos e ressignificados, a equipe passe a operar de modo mais cooperativo para assegurar a integralidade do cuidado enquanto direito dos usuários e famílias. Em contrapartida, os conflitos se agravam e tomam uma forma negativa quando a equipe não consegue fortalecer os vínculos e interrompe a circulação de dons. É nesse sentido que Tábata relata as dificuldades em superar conflitos vivenciados no interior da equipe, não conseguindo constituir uma rede de apoio social na esfera da sociabilidade secundária com os profissionais de saúde:

Cada probleminha que acontece, eles [profissionais da equipe técnica] fazem um estardalhaço. Qualquer coisa, por exemplo, se alguém [usuário] veio me procurar, eles não pensam que é porque estou trabalhando, que é porque estou em outra casa. Se alguém fala “essa menina está com meu cartão, esta demorando a me entregar”, eles não falam “vamos ver se esta aqui”. Não, eles vêm e brigam e eu falo, falo (...). O que parece é que a cada segundo eu tenho que provar o que eu estou fazendo (Tábata).

As situações estressantes são muitas vezes aliviadas pelo apoio que esses trabalhadores recebem por meio dos seus vínculos primários afetivos, com a circulação do apoio emocional, do carinho, das palavras afetivas, entre outros dons. É por meio do fortalecimento da confiança que conseguem suportar o conflito relacional no trabalho com mais tranquilidade.

Eles [os membros da família] me colocam para cima, eles falam “não desiste não, você vai conseguir” eles falam muita coisa legal para mim. (...). Minha mãe me ajuda muito. Ela conversa comigo, me escuta. Tudo que acontece eu falo para ela, que é uma forma de desabafar (Tábata).

A necessidade de desabafar, ser acolhido e cuidado é relatada pelos ACS, tendo em vista que esses trabalhadores entram em contato com situações de vulnerabilidade social dos usuários que até então desconheciam, situações estas que perpassam os vários ciclos de vida e repercutem diretamente no trabalho.

Aí dentro [na comunidade] você vê de tudo. Tem gente aqui dentro mesmo da Fundação, do Centro de Saúde que não conhece a nossa realidade. Você vê de tudo, criança de 11 anos grávida; idosa sozinha dentro de casa com 500 homens em cima da laje trocando tiro e a idosa não sabe onde se enfiar; criança de 1-2 anos meia noite na rua (Bárbara).

Diante das precárias condições de vida e saúde dos usuários, e ao se depararem com os limites de sua atuação profissional, alguns trabalhadores relatam sinais de desgastes físicos e emocionais, como dores de cabeça, ansiedade, angústia e até mesmo hipertensão arterial, porém o sofrimento pessoal nem sempre é compartilhado com a equipe de saúde. Carecem, portanto, os espaços de escuta e cuidado dos ACS, pois conforme assinala Lia: *“Eu procuro cuidar de tantos e quem cuida de mim?”*, o que reafirma a importância de ações políticas para implementar, no âmbito do SUS, projetos contínuos de cuidado integral e grupos de apoio social voltados para os trabalhadores que são cuidadores, fortalecendo assim as redes de apoio social no trabalho em saúde e o empoderamento individual e coletivo.

Esses trabalhadores também trazem experiências de desrespeito que extrapolam a esfera do trabalho e atingem outras áreas da vida pública, estando imersas por situações de preconceito que ocultam uma dimensão da violência simbólica na perspectiva territorial. Nesse caso, temos o olhar do ACS, na posição de usuário, apontando para as situações que revelam a ausência de reconhecimento entrelaçadas nas esferas da afetividade, do respeito e da solidariedade.

A pessoa fala comunidade pra não falar que é favela, porque geralmente as pessoas têm muito preconceito. “Ah, as pessoas moram em favela, então ninguém presta, todo mundo é favelado, todo mundo é bandido”. Então a questão da violência é uma coisa assim muito forte, não por ser em Manguinhos, mas a violência de um modo geral. (...) Eu digo que a violência não se limita só a questão do tiroteio, tem violência também doméstica, e uma violência às vezes agressiva assim com palavras. A violência de um modo geral atinge também Manguinhos, mas outras comunidades (Gina).

A violência é uma das patologias sociais presente na nossa sociedade e que produz a ausência de reconhecimento dos sujeitos na construção da cidadania (Honneth, 2003), gerando conflitos que muitas vezes se traduzem na mobilização coletiva e na luta por reconhecimento social. A violência não se reduz ao tiroteio, conforme assinala Gina, mas se revela por meio das palavras, dos maus tratos nas relações, da agressividade com o outro e dos preconceitos em suas diversas formas.

Se a pessoa for em um local público ou particular, o que for, você tratar mal a pessoa é uma violência, uma agressão. A violência não se limita só a tiroteio, à confusão toda. Eu acho também a questão do **respeito, da dignidade** influi na violência (Gina - grifos nossos).

É interessante quando Gina faz a associação entre violência, respeito e dignidade, haja vista que violência, como uma forma de desrespeito social, mantém os sujeitos excluídos, e perpassa todas as dimensões do reconhecimento apontadas por Honneth (2003), no plano da afetividade, do direito e da solidariedade cívica.

O estigma de ser morador da comunidade e o preconceito social está presente em vários momentos em que os usuários caminham em outros territórios. Os ACS relatam a dificuldade dos usuários em conseguir emprego ao revelar o local da moradia, sendo necessário muitas vezes dar outro endereço, pois o imaginário social é que se “*mora em manguinhos, ninguém presta*” (Gina). Trata-se de um desrespeito na esfera da solidariedade cívica que afeta a estima social, mas também no direito do sujeito enquanto trabalhador. A situação relatada a seguir reafirma a discriminação e preconceito que os atores vivenciam, e o impacto negativo na vida cotidiana.

Eu não ligo pode me chamar de favelada, eu não esquento a cabeça, mas a minha filha sofre muito. Porque? Porque mora na comunidade. (...) A minha filha estuda em um colégio particular (...) Durante dois anos ela parece que não aprendeu nada (...) Esses dois anos está sendo muito difícil pra ela. Teve aquela novela da Portelinha, chamavam ela de Portelinha, e sua favelada e não sei que, e fora o racial também. Então o preconceito é grande (Marina).

No depoimento da Marina, a sua filha é humilhada pelos colegas por ser moradora da comunidade e, conseqüentemente, não constrói relações de pertencimento com aquele grupo social. Ao ser chamada de “Portelinha, favelada” está presente a dádiva-veneno, pois as palavras trocadas, em sua dimensão simbólica, têm o potencial de “curar” ou “envenenar” (Caillé, 1998)⁴. Essas situações fragilizam o tecido social e impedem as redes de amizade na esfera da sociabilidade primária e a circulação de dons, afetando a confiança, o respeito, a estima social e a dignidade pessoal. Cada vez mais vai se criando o hiato entre os moradores da comunidade e do asfalto, interferindo na possibilidade de construção de uma cidadania emancipatória para as camadas mais pobres.

O preconceito e a discriminação excluem o outro em seu direito participar na construção da cidadania e ter os seus direitos assegurados, entretanto, chama atenção o

fato desses valores negativos muitas vezes serem reforçados pelo próprio morador da comunidade:

No ônibus a gente escuta coisas (...). Ouço até de próprio da comunidade, entendeu? Tem um trocador do ônibus que mora na comunidade, e ele virou e falou: “não para não motorista, não para não porque vai todo mundo virar vagabundo mesmo”. (...) Tem criança assim no ponto querendo ir pra escola, e ele não para, ficam tempos e tempos aqui no ponto do ônibus, e os motoristas não param (Marina).

Além das formas de desrespeito da cidadania, marcadas pelo preconceito e pela violência real e simbólica, outras formas clássicas de desrespeito, que não são novidades e estão associadas à redistribuição de bens na sociedade também foram mencionadas, as quais expressam a ausência de reconhecimento dos direitos básicos dos moradores da comunidade, por parte do Estado, no que se refere à moradia, transporte, coleta de lixo e área de lazer como espaço de convivência social.

O desrespeito social é um anti-dom que traduz a ausência do reconhecimento, e aponta para a exclusão do outro ou para a sua inclusão de modo precário e desigual (Martins, 2000). São essas situações de desrespeito e desprezo vivenciadas pelos ACS, na esfera do trabalho e na vida pública, que mobilizam os sujeitos e grupos sociais na construção de novas redes de apoio em prol da luta por reconhecimento. É nessa luta que esses atores fortalecem a autoconfiança, o autorrespeito e a autoestima, e vão se empoderando na dimensão individual e coletiva.

¹ No mês de abril de 2010, período em que já tínhamos terminado o trabalho de campo e a análise dos resultados, foi inaugurada a primeira Unidade de Saúde da Família de Manguinhos fora da sede da Fiocruz, denominada “Clínica de Saúde da Família Victor Valla”, com a expansão das equipes locais e aumento da cobertura da Saúde da Família da região. As equipes da Clínica de Saúde da Família e do CSEGSF estão sob a mesma gerência e integram o projeto do Território Integrado de Atenção à Saúde – TEIAS-Escola Manguinhos.

² Os documentos fazem referência ao trabalho em equipe utilizando os termos equipe de profissionais, equipe da unidade básica de saúde, equipes de saúde da família e equipe multiprofissional, incluindo todos os trabalhadores (Brasil, 1997a; 2006a).

³ As atribuições dos ACS na prevenção e controle da malária e da dengue, somente em áreas endêmicas, são definidas pela portaria nº 44 (Brasil, 2002c). Em relação à dengue, que se aplica aos ACS que atuam no Estado do Rio de Janeiro, esse documento normatiza as seguintes atribuições: informar à população sobre a doença; mobilizar a população para as ações de prevenção e controle da dengue; vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue; e encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde.

⁴ O termo *gift* em alemão pode significar tanto remédio como veneno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio social ganhou destaque no meio acadêmico desde a década de 1970 na literatura internacional, e a partir do final dos anos 1990 no contexto nacional, por meio de estudos que evidenciaram a importância das relações sociais para a saúde dos sujeitos e grupos. Existe atualmente uma vasta produção científica sobre o tema na saúde coletiva e em outras áreas do conhecimento, porém, a nosso ver, os estudos mais recentes avançaram pouco em relação às pesquisas da década de 1980.

Uma das nossas críticas na presente tese diz respeito ao modo como as pesquisas sobre apoio social e saúde vêm sendo conduzidas, medindo o apoio como se fosse um atributo individual e reduzindo-o a uma simples troca pautada por obrigações mútuas entre o doador e o receptor. Essas análises têm se mostrado insuficientes para compreender as ações de generosidade e solidariedade que movem os sujeitos e grupos a entrarem em circuitos de trocas, assim como para revelar a complexidade das relações sociais que traduzem as diversas formas de mobilização coletiva. O potencial do apoio social nas políticas de promoção da saúde, nas estratégias e táticas de enfrentamento da população, na participação social e nas práticas de integralidade do cuidado aponta para a necessidade de ampliar a sua concepção e operacionalização. É nessa perspectiva que propomos uma reconstrução teórico-metodológica do constructo do apoio social, utilizando a dádiva como referencial teórico.

A dádiva enquanto um sistema de ação social ancorado na obrigatoriedade de dar, receber e retribuir traz o entendimento crítico sobre como funcionam os vínculos sociais no cotidiano da vida e o modo de circulação dos bens simbólicos e materiais. A partir dessas reflexões teóricas inserimos o apoio social como uma modalidade de dádiva-partilha, cujas relações são mais horizontalizadas, e fizemos a desconstrução teórica do apoio como um modelo de ação de apenas dois movimentos, o dar-receber ou dar-retribuir, restritos a uma troca fixa entre o par da relação. Em seguida propusemos a sua reconstrução teórico-metodológica, compreendendo-o como um modelo triádico da ação social que inclui a doação, recepção e retribuição, de modo a se abrir para as trocas dinâmicas entre os atores e para a análise das relações triádicas, onde o apoio ganha novo sentido ao ser abordado por meio das redes de apoio social.

A reconstrução do apoio social a partir da dádiva redimensiona a reciprocidade, ao sair da equivalência ou simetria da troca para conjugar o componente da obrigação e liberdade dos atores em constituir vínculos e formar novas redes. A compreensão ampliada do apoio social nos parecia fundamental para aprofundar o objeto e os objetivos desse estudo. Para tal fim, no primeiro momento, foram necessários a reconstrução do apoio social e o percurso teórico que tecemos ao longo da tese ao aprofundarmos as relações entre trabalho prescrito e trabalho real, a temática das redes e a teoria do reconhecimento e, no segundo momento, a definição de uma metodologia adequada para mapear e dar visibilidade às redes tecidas na produção do cuidado em saúde. Revelava-se, portanto, o desafio de evidenciar se a proposta de reconstrução do apoio social de fato se viabilizaria na investigação de campo.

Optamos por utilizar a Metodologia de Análise de Redes Sociais no Cotidiano - MARES por ser uma metodologia qualitativa inovadora que desconstrói a idéia simplificada de rede e supera as abordagens tradicionais voltadas para as características estruturais das redes e dos vínculos. A perspectiva da rede social, e em particular da rede de apoio no cotidiano dos ACS, foi o nosso fio condutor na pesquisa documental, na observação participante, nos grupos focais e nas entrevistas.

Ao analisarmos o trabalho prescrito e trabalho real dos ACS concluímos que todas as atribuições remetem à dimensão relacional e apontam, de modo direto ou indireto, para os fundamentos legais das redes sociais, reafirmando a importância do trabalho em equipe articulado a outras redes na saúde. No entanto, nem sempre os trabalhadores atuam em equipe e fazem o planejamento conjunto, o que dificulta a integração das ações e aumenta a defasagem entre o prescrito e o real. Os ACS executam ações individuais que incluem o cadastramento e a maior parte das visitas domiciliares, cujo registro das informações é agregado às ações dos demais profissionais. Em contrapartida, as atribuições como o estímulo à participação social e as ações intersetoriais que exigem ações coletivas e articuladas às redes sócio-humanas, sócio-técnicas e sócio-institucionais não têm sido realizadas na Saúde da Família.

Em relação às visitas domiciliares, consideradas a base do trabalho do ACS, é frequente a mediação das tecnologias leves-duras, com ações mais normativas e orientações programáticas, tornando as visitas mais técnicas e reproduzindo a lógica dos serviços de saúde. Em contrapartida, algumas visitas desses trabalhadores também são mediadas pelas tecnologias leves, e se abrem para o diálogo, para o acolhimento, para o reconhecimento recíproco e para as trocas de afetos, emoções, confiança, entre outros

bens materiais e simbólicos importantes nas práticas de cuidado. Quando a tecnologia relacional predomina, a leve-dura pode estar presente que não impede a constituição de vínculos de proximidade e a circulação dos dons.

Se por um lado, a ida ao domicílio revela um momento delicado no sentido de articular a vida pública com a vida privada, ou seja, o ACS enquanto representante do Estado compartilha a intimidade dos moradores, por outro, tais visitas efetivam o potencial de encontro entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado, na expressão da afetividade, no reconhecimento recíproco e na formação de redes de apoio. Por meio da atuação no território, principalmente nas visitas domiciliares sistemáticas, os ACS vão tecendo redes de apoio social que dão sustentação às suas ações.

A dimensão relacional no trabalho propicia aos ACS produzirem novas reconfigurações na relação entre trabalho prescrito e trabalho real. Isso fica evidenciado quando esses trabalhadores, mediados pelas tecnologias leves, realizam ações de cuidado pautadas em valores que enfatizam os usuários e famílias. Tais ações de cuidado integral demandam tempo para a escuta e para a constituição de vínculos, operando a favor das redes de apoio social e das trocas dinâmicas, porém entram em conflito com a lógica de desempenho por produtividade que opera em prol do mercado e rompe com a dádiva. Tendo em vista que a Estratégia Saúde da Família defende em seus documentos a aproximação entre trabalhadores e usuários com o estabelecimento de vínculos e atendimento humanizado, torna-se um desafio para a gestão incorporar a dimensão das tecnologias relacionais e o fortalecimento das redes de apoio social nos seus processos de avaliação das práticas de integralidade do cuidado em saúde.

A análise dos dados empíricos reafirma o apoio social, no contexto da dádiva, como um modelo triádico da ação social, composto pelos três movimentos de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais, o que leva os usuários, ACS e demais trabalhadores da equipe a transitarem entre doadores e donatários e a se reconhecerem mutuamente. A dádiva, sobretudo na esfera pública, envolve diversos atores na construção da reciprocidade, e mesmo quando envolve dois atores - trabalhadores e usuários - em geral eles estão inseridos em redes de apoio social, as quais configuram um circuito de cuidado. São essas redes, por meio das quais a dádiva circula, que propiciam tirar muitas vezes os usuários de um processo de isolamento para a inclusão social, favorecendo o reconhecimento do seu valor enquanto sujeito.

A dimensão do reconhecimento na esfera da afetividade, do direito ou da solidariedade assume relevância nas redes de apoio social, tendo em vista que o

reconhecimento se processa nas interações sociais e se revelou, na nossa pesquisa, como uma condição fundamental para a constituição das redes de apoio. Em outras palavras, se os trabalhadores e usuários não se sentirem reconhecidos e legitimados como sujeitos de valor, eles não constroem os vínculos de confiança, de respeito e de estima relevantes para engendrar as redes de apoio social com a circulação de dons e contradons. Podemos concluir que ao mesmo tempo em que o reconhecimento recíproco é um dispositivo para a formação das redes de apoio social, tais redes também propiciam o reconhecimento dos atores, entrando-se assim em um ciclo contínuo de trocas dinâmicas que alimentam os vínculos, as redes e o sistema da dádiva.

O reconhecimento nas dimensões da afetividade, do respeito e da solidariedade foi evidenciado nas interações entre ACS, usuários e demais profissionais da equipe quando as práticas de cuidado se realizaram no *locus* da comunidade. Nesses espaços identificamos o entrelaçamento das redes de apoio social tecidas pelos vínculos primários mais espontâneos com as redes secundárias construídas no trabalho em saúde, de modo a ampliar o cuidado dos usuários e famílias. O dom-reconhecimento circula nas redes de apoio social, e as ações de generosidade que movem o apoio se misturam com as ações de afetividade e fortalecem a solidariedade social.

No Centro de Saúde, por sua vez, o reconhecimento dos trabalhadores e usuários se processou principalmente no plano jurídico e, em algumas situações, na dimensão da solidariedade. Não observamos, no entanto, o reconhecimento da afetividade, haja vista que no espaço dos serviços, pautados por regras e normatizações hierárquicas, as relações tendem a ser mais formais e distantes dificultando a troca de emoções e afetos no interior da equipe e nas ações de saúde. As redes de apoio social no cotidiano de trabalho se formaram de modo mais espontâneo e frequente na comunidade do que nos espaços instituídos dos serviços públicos, o que reafirma a importância da equipe de saúde sair dos muros da unidade e atuar de forma conjunta no território junto aos usuários e famílias.

Quanto aos impedimentos à constituição das redes de apoio social com a circulação dos dons, destacamos a ausência do reconhecimento nas diversas formas de violência tangível e simbólica que permeiam a vida social, no excesso de tarefas burocráticas no trabalho dos ACS com pouco tempo para o diálogo com os usuários e famílias, na falta de espaço físico na unidade para atender os usuários de modo adequado e na desvalorização do saber popular em detrimento do saber técnico. Outro aspecto a ser considerado é a separação entre ACS e equipe técnica, demarcando assim

a divisão social e técnica do trabalho em equipe de saúde e reforçando a separação entre trabalho simples e complexo, o que já deveria ter sido superado em vista da complexidade das atividades do ACS. Essa separação objetiva e simbólica quando fortalece o poder e a hierarquia instituída se torna um impeditivo ao reconhecimento social desse trabalhador e, conseqüentemente, à formação das redes de apoio no interior da equipe.

Cabe ressaltar que as redes de apoio social tendem a ser produtoras de saúde no sentido da autonomia dos sujeitos, do pertencimento ao grupo, da emancipação social e do empoderamento individual e coletivo, tendo em vista que as relações não se cristalizam em hierarquia e poder, pois os atores transitam constantemente pelas posições de doador e donatários. Sob essa ótica, revela-se o potencial de formação das redes de apoio social no trabalho em saúde na perspectiva de fortalecer a práxis de integralidade do cuidado, as relações entre os trabalhadores da saúde e a organização do trabalho em rede.

A perspectiva de explorar a análise das redes de apoio social no cotidiano dos ACS desvelou novos rumos a serem explorados, pois as pesquisas não têm a pretensão de se esgotar em si mesma. Uma temática que emergiu de forma mais sutil, mas não exploramos por não ser o nosso foco, foi o adoecimento ou o agravamento dos problemas de saúde dos ACS a partir da sua inserção como trabalhador da saúde. Esse tema ainda é pouco explorado nas investigações, porém vale estudá-lo por meio das redes de apoio social na intenção de identificar o impacto das redes no processo de saúde-doença-cuidado desses trabalhadores. Outro desdobramento que se aponta é investigar e mapear as redes de apoio social no trabalho dos demais profissionais da equipe de saúde da família, assim como nos demais níveis de atenção do sistema de saúde, a partir das dimensões do reconhecimento.

As redes de apoio social revelam novas formas de solidariedade e organização dos atores na luta por reconhecimento e exercício da cidadania, e propiciam um circuito de cuidado que vai além dos espaços institucionais. Embora as redes tecidas no cotidiano dos ACS nem sempre sejam suficientes para reorientar a ação pública, é possível pensar em sua potência como dispositivo fundamental para sinalizar novas formas de gestão social mais democráticas que contribuam para nortear as políticas públicas de saúde na atenção básica e, em particular, na Estratégia Saúde da Família. É nesse sentido que as redes de apoio que se (re)constroem no cotidiano devem ganhar visibilidade para os gestores e trabalhadores da saúde, e serem pensadas como

dispositivos para engendrar novas redes na efetivação da integralidade do cuidado e da saúde enquanto direito de cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrossi S. Apoyo social y salud mental en las ciudades del tercer mundo: algunas consideraciones para su análisis. *Medio ambiente y urbanización*. 1994 mar; 46:25-34.
- Barnes JA. Redes sociais e processo político. In: Feldman-Bianco B, organizador. *Antropologia das Sociedades Contemporâneas – Métodos*. São Paulo: Global Universitária; 1987; p. 159-93.
- Bastos NCB. *SESP/FSESP: 1942 - evolução histórica - 1991*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1996.
- Berkman LF, Syme L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of epidemiology*. 1979 fev; 109(2): 186-204.
- Berthet M, Cru D. Avec les évolutions de la prescription, comment se transforme le travail et comment enrichir nos démarches et instruments d'analyse? In: *Actes du Congrès de la Self, 37., Les évolutions de la prescription. Conférence Plénière, 2002; Aix-en-Provence*, p. 107-20.
- Blazer DG. Social Support and mortality in an elderly community population. *Am. J. Epidemiol.* 1982 mai; 115(5): 684 - 94.
- Bornstein VJ. *O agente comunitário de saúde na mediação de saberes [Tese de Doutorado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
- Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 259-268.
- Bott E. *Family and social network: roles, norms, and external relationships in ordinary urban families*. New York: Free Press; 1971.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. - relatório final da 8ª CNS*. Brasília: DF; 1986.
- Brasil. *Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o*

- funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 025, de 12 de dezembro de 1991 do Conselho Nacional de Saúde. Aprova o documento Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS; 1991.
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS. Diário Oficial da União 1996; 6 nov.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 1997a; 22 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997b.
- Brasil. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999a; 5 out.
- Brasil. Ministério da Educação. Resolução do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Básica nº 4, de 22 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico; 1999b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- Brasil. Lei 10507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2002a; 11jul.
- Brasil. Ministério da Saúde. Modalidade de contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 48 p. Brasília, DF; 2002b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 44/GM, de 03 de janeiro de 2002. Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde - ACS - na prevenção e no controle da malária e da dengue. DF 2002c.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

- para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006a; 29 mar.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
- Brasil. Ministério da Saúde Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, DF; 2006c; 32 p.
- Brasil. Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006. Brasília, Diário Oficial da União 2006d; 15 fev.
- Brasil. Lei nº 11350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5 do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006e; 6 out.
- Brasil. Portaria nº 2527, 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. 2006f; 20 out.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde); 2006g.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº154/ GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União 2008; 25 jan.
- Brito JC. Trabalho prescrito. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006; p. 282-85.
- Caillé A. Nem holismo nem individualismo metodológicos. Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. Rev. bras. Ci. Soc. 1998 out; 13(38):5-38.
- Caillé A. A dádiva das palavras - o que o dizer pretende dar. In: Martins, PH, organizador. A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Vozes; 2002; p. 99-136.
- Caillé A. Reconhecimento e sociologia. Rev. bras. Ci. Soc. 2008 fev; 23(66):151-163.
- Cassel J. Social science theory as a source of hypotheses in epidemiological research. Am J Public Health Nations Health. 1964 set; 54(9):1482-88.

- Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health*. 1974 nov; 64(11):1040-43.
- Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*. 1976; 104(2):107-123.
- Cassell, EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982 mar; 306:639-45.
- Cattani AD. Emancipação social. In: Cattani AD, Laville JL, Gaiger I, Hespanha, P. *Dicionário internacional da outra economia*. 1ª ed. Lisboa: ALMEDINA; 2009; p. 175-80.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001; p. 113-26.
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976 set-out; 38 (5): 300-314.
- Cohen S, Syme SL. *Social Support and Health*. London: Academic Press, Inc; 1985a.
- Cohen S, Syme SL. Issues in the study and application of social support. In: Cohen S, Syme SL, organizadores. *Social Support and Health*. London: Academic Press, Inc; 1985b; p. 3-22.
- Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM, Marins RS. *Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação*. Rio de Janeiro: Ficoruz; 2001.
- Cueto M. The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. *Am J Public Health*. 2004 nov; 94(11):1864-74.
- Dalgard OS, Haheim, LL. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *J Epidemiol Community Health*. 1998 aug; 52(8):476-81.
- Damásio, AR. *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- Daniellou F. Le travail des prescriptions. In: *Actes du Congrès de la Self, 37., Les évolutions de la prescription. Conférence Inaugural, 2002; Aix-en-Provence*, p. 9-16.

- David HMSL. Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
- Dawson. Report. Ministry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. London: His Majesty's Stationery Office; 1920.
- Duraffourg J. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007; p. 47-82.
- Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: Promoción de la Salud: Una antología, Publicación Científica 557, Washington, DC: OPS; 1986; p. 25-36,
- Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
- Ferreira JR, Buss PM. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde, organizador. As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2002; p. 7-17.
- Figueiredo M, Athayde, M, Brito, J, Alvarez, D. Apresentação. In: Figueiredo M, Athayde, M, Brito, J, Alvarez, D, organizadores. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004; p. 7-19.
- Fortuna CM, Mishima, SM, Matumoto, S, Pereira, MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(2):262-8.
- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008; p. 575-626.
- Godbout JT. O espírito da dádiva. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.
- Godbout JT. Homo donator versus homo oeconomicus. In: Martins, PH organizador. A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Vozes; 2002, p. 63-97.
- Godbout JT. Ce qui circule entre nous: donner, recevoir, rendre. Paris: Seuil, 2007.

- Gottlieb BH. Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications. *Health Educ Q.* 1985; 12(1):5-22.
- Guimarães MBL, Lima, CM, Savi EA, Cardoso E, Valla VV, Stotz, EM, Lacerda A, Santos MS. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina. *Ciênc. Saude Colet.* (online), 2008.
- Hall A, Wellman B. Social network and social support. In: Cohen S, Syme SL, organizadores. *Social Support and Health.* London: Academic Press, Inc; 1985; p. 23-41.
- Holanda AB. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.* São Paulo: Editora Nova Fronteira; 1995.
- Honneth A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais.* 1ª ed., São Paulo: Editora 34; 2003.
- House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, organizadores. *Social Support and Health.* London: Academic Press, Inc; 1985; p. 83-108.
- Kessler RC, McLeod JD. Social support and mental health in a community samples. In: Cohen S, Syme SL, organizadores. *Social Support and Health.* London: Academic Press, Inc; 1985; p. 219-40.
- Lacerda A. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública [Dissertação de Mestrado].* Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Hucitec-IMS/UERJ-ABRASCO, 2004; p. 91-102.
- Lacerda A, Valla VV. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005; p. 279-91.
- Lacerda A, Pinheiro R, Guizardi FL. Espaços Públicos e Saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: Martins P H, Campos, RBC, organizadores. *Polifonia do Dom.* Pernambuco: Editora Universitária UFPE, 2006a; p. 311-32.

- Lacerda A, Valla VV, Guimarães MB, Lima CMP. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. . In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006b; p. 445-57.
- Lacerda A, Martins PH. Metodologia de análise de redes do cotidiano - MARES: uma etnografia do grupo focal com agentes comunitários de saúde. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro/ Recife: CEPESC - IMS/UERJ - Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009; p. 271-83.
- Lalonde M. A new perspective on health of Canadians: a working document. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.
- Laville JL. Solidariedade. In: Cattani AD, Laville JL, Gaiger I, Hespanha, P. Dicionário internacional da outra economia. 1ª ed. Lisboa: ALMEDINA; 2009; p. 310-14.
- Leavitt J. Meaning and feeling in the anthropology of emotions. *American Ethnologist*. 1996; 23(3):514-39.
- Machado MHD. Formação do médico generalista, ampliação do mercado de trabalho e financiamento do programa de saúde da família. In: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CRM; 2002.
- Martins JS. A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Martins PH. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Martins PH. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: Martins PH, Fontes B, organizadores. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco; 2004; p. 21-48.
- Martins PH. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2005 dez; 73:45-66.
- Martins PH. De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S. - Movimento antiutilitarista nas ciências sociais: itinerários do dom. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2008 fev; 23(66):105-30.
- Martins PH. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro/ Recife:

- CEPESC- IMS/UERJ - Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009a; p. 131-37.
- Martins PH. Redes sociais: um novo paradigma no horizonte sociológico? In: Osório F, organizador. *Epistemologia na América Latina*. Santiago: Universidade Católica; 2009b.
- Martins PH. Cidadania. In: Cattani AD, Laville JL, Gaiger I, Hespanha, P. *Dicionário internacional da outra economia*. 1ª ed. Lisboa: ALMEDINA; 2009c; p. 55-9.
- Martins PH. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): Aspectos conceituais e operacionais. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Avaliação em Saúde na Perspectiva do Usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro/ Recife: CEPESC- IMS/UERJ - Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009d; p. 61-89.
- Martins PH, Fontes B. Construindo o conceito de rede de vigilância em saúde. In: Martins PH, Fontes B, organizadores. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco; 2004; p. 103-20.
- Martins PH, Bezerra, R, Nascimento, W. A cidadania como solidariedade cívica na esfera pública: a luta pela estima. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro/ Recife: CEPESC - IMS/UERJ - Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009; p. 159-70.
- Marx K. *O Capital: crítica da economia política*. 15ª ed. Vol. 1, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996.
- Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001; p. 39-64.
- Mauss Marcel. *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. In: *Sociologie et Anthropologie*. 9ª ed. Paris: Quadrige; 1985 [1923-1924]; p. 145-279.
- Melucci M. *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes; 2001.

- Mendes, EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. Trabalho, Educação e Saúde. 2004 set; 2(2): 353-65.
- Mercklé P. Sociologie des réseaux sociaux. Paris: La Découverte, 2004.
- Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta D, Reis A, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998; p. 103-20.
- Merhy EE. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy E, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 71-112.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ªed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Pública. 1993 jul-set; 9(3):239-62.
- Minkler M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. Health Educ Q. 1985; 12(4):303-314.
- Minkler M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. Int J Health Serv. 1992; 22(2):303-16.
- Moreira MN. Dádiva, reciprocidade e associação em rede na área da saúde. In: Polifonia do Dom, In: Martins PH, organizador. Polifonia do dom. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco; 2006a; p. 285-310.
- Moreira MN. A dimensão política do associativismo voluntário. In: Martins PH, organizador. Redes, práticas associativas e gestão pública. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco; 2006b; p. 247-66.
- Morosini MVGC. A Política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

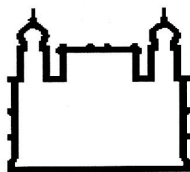
- Morosini MV, Corbo, ADA, Guimarães, CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2007; 5(2): 261-80.
- Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000.
- Noronha JC, Levcovitz E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães, R, Tavares, RAW, organizadores. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994; p.73-111.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: Buss PM, organizador *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP; 1986; p. 158-162,
- Pearlin LI. Social structure and process of social support. In: Cohen S, Syme SL, organizadores. *Social Support and Health*. London: Academic Press, Inc; 1985; p. 43-60.
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):103-09.
- Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001; p.65-112.
- Pinheiro R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *Boletim ABEM*. 2003; 31:8-11.
- Pinheiro R, Martins PH. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro/ Recife: CEPESC- IMS/UERJ - Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009.
- Pilisuk M, Minkler, M. Supportive ties: a political economy perspective. *Health Educ Q*. 1985; 12(1):93-106.
- Portugal S. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. In *Oficina do Centro de Estudos Sociais (CES)*, n. 271; 2007. Universidade de Coimbra.
- Ramos T. Entrevista. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2007 Jul; 5(2):329-37.

- Reddy W. Against Constructionism: the historical ethnography of emotions. *Current Anthropology*. 1997; 38(3): 327-351.
- Samaja J. A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
- Scherer-Warren I. Cidadania Sem Fronteiras: Ações Coletivas na Era da Globalização. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006; p. 248-57.
- Schwartz Y. Trabalho e ergologia. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007; p. 25-46.
- Sigaud L. As Vicissitudes do “Ensaio Sobre o Dom”. *Mana*. 1999 out; 5(2):89-124.
- Silva JA, Dalmaso, ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2002 Fev; 6(10):75-83.
- Silva JA, Dalmaso, ASW. Agente Comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006; 240p.
- Simmel G. Faithfulness and gratitude. In: Kurt W, organizador. *The Sociology of Georg Simmel*. Nova York/Londres: Free Press; 1964; p. 379-395.
- Simmel G. O problema na sociologia. In: Moraes Filho E, org.anizador. *George Simmel: Sociologia*, São Paulo: Ática; 1983; p.59-78.
- Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- Spiegel D. Apoio social; como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: Goleman D, Gurin J, organizador. *Equilíbrio Mente e Corpo: Como Usar sua Mente para uma Saúde Melhor*. Rio de Janeiro: Campus. 1997, p. 283-98.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
- Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- Telles AL, Alvarez D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito JC, Alvarez D,

- organizadores. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004; p. 63-90.
- Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*. 2002 Fev; 6 (10): 84-87.
- Valla, VV. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: Costa MV, organizado. *Educação Popular Hoje*. São Paulo: Loyola; 1998; p. 151-179.
- Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15 (sup. 2):7-14.
- Valla VV, Stotz, EM. *Participação popular e saúde*. Petrópolis: CDDH/CEPEL; 1991.
- Valla, VV, Guimarães, MBL, Lacerda, A. Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec-IMS/UERJ-ABRASCO, 2004; p. 103-17.
- Velho G, Kuschnir K. Biografia, trajetória e mediação. In: Velho G, Kuschnir K organizadores. *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano Editora; 2001. 14-28.
- Viana ALA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Physis* 1998; 8(2):11-48
- Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope CR, Hollis JF. Social Networks a predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *J Clin Epidemiol*. 1992 jun; 45(6):659-65.
- Waizbort L. Simmel no Brasil. *Dados - Revista de Ciências Sociais*. 2007; 50(1):11-48.
- Wills TA. Supportive functions of interpersonal relationships. In: Cohen S, Syme SL, organizadores. *Social Support and Health*. London: Academic Press, Inc; 1985; p. 61-82, London: Ed. Academic Press, Inc.
- Winnicott DW. Fear of breakdown. Tradução livre de Jorge Valadares. *International Review of Psycho-analysis*. 1974. 1:103-107.
- World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: World Health Organization; 1978.

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 27 de março de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº. 230/07 CAAE: 0021.0.031.000-08

Título do Projeto: “Os cuidadores precisam ser cuidados?: Um estudo sobre o cotidiano dos agentes comunitários de saúde”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Alda Maria Lacerda da Costa

Orientadores: Victor Valla e Paulo Henrique Martins

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 08 / 01 / 2008

Data de apreciação: 13 / 02 / 2008

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução*).

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes *CNS/MS Nº 196/96* de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet. (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Inês Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Os Cuidadores Precisam Ser Cuidados?: Um estudo sobre o cotidiano dos agentes comunitários de saúde” que será realizada com os agentes comunitários de saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF /ENSP/FIOCRUZ). Essa pesquisa faz parte do doutorado que está sendo realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ.

O critério de seleção foi por indicação devido a sua representatividade no grupo e pelo fato de poder contribuir para os objetivos da pesquisa. A sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com a equipe de Saúde da Família, ou com o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

O objetivo geral da pesquisa é Identificar como se constrói o apoio social entre os agentes comunitários de saúde (ACS), e se este apoio tem propiciado a emergência de redes sociais. Os objetivos específicos consistem em: Analisar a percepção dos ACS sobre as suas condições de trabalho, de vida e do seu processo de saúde-doença-cuidado; Identificar as dificuldades, impasses e soluções que enfrentam no seu cotidiano de trabalho; e Sistematizar as informações da pesquisa para subsidiar as políticas públicas de saúde para os agentes comunitários de saúde.

A sua participação, nesta pesquisa, se dará por meio da observação participante, na qual a pesquisadora acompanhará o seu trabalho diário, de entrevista individual e/ou do grupo focal. Não há risco em você participar, e os benefícios da sua participação consistem em fornecer informações que permitam discutir o cotidiano de trabalho, o

processo de saúde-doença-cuidado, a qualificação profissional e, desse modo, avançar nas políticas públicas de saúde para os ACS.

Todas as entrevistas e grupos focais serão gravados, caso haja consentimento. O material será transcrito e analisado. Guardaremos as fitas durante cinco anos, em caso de necessidade de se recorrer a esse material, e, em seguida, as mesmas serão destruídas.

Garantimos que as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Alda Lacerda – Pesquisadora responsável

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz

Av. Brasil, 4365 sala 310. Mangueiras - RJ 21040-900

Tel: 3865-9797 / 9745

Tel Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/ Fiocruz: 2598-2570 / 2723

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2009.

Participante _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

4. Principais dificuldades que enfrenta no dia-a-dia de trabalho.

→ Dificuldades e impasses, o que mais o mobiliza, e as estratégias e táticas de enfrentamento.

5. Relações com os usuários, com a equipe de saúde e demais profissionais do Centro de Saúde.

→ Identificar o apoio social no trabalho. Em caso positivo: Que tipo de ajuda? De quem?

→ Identificar parcerias e redes de apoio social na comunidade.

→ Reconhecimento.

→ Identificar as relações de poder e status.

6. Condições de saúde pessoal e dos demais ACS.

→ Identificar se começou a adoecer após exercer a atividade de ACS.

7. Expectativas profissionais.

ANEXO 4

MAPA DOS PROBLEMAS PRIORIZADOS PELOS ACS NO SEGUNDO GRUPO FOCAL



Obs: em verde estão problemas gerais da comunidade e em azul os problemas específicos.