

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Lidiane Abreu de Lacerda

Um olhar empírico sobre a dádiva: percepção do autocuidado por  
agentes comunitários de saúde a partir das práticas integrativas e  
complementares

Recife  
2013

Lidiane Abreu de Lacerda

Um olhar empírico sobre a dádiva: percepção do autocuidado por  
agentes comunitários de saúde a partir das práticas integrativas e  
complementares

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ-PE. Para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Islândia Maria Carvalho de Sousa

Recife

2013

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

L131o Lacerda, Lidiane Abreu de.

Um olhar empírico sobre a dádiva: percepção do autocuidado por agentes comunitários de saúde sobre as práticas integrativas e complementares. / Lidiane Abreu de Lacerda. — Recife: A autora, 2013.

33 p.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa.

1. 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Autocuidado. 3. Agentes Comunitários de Saúde. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Título.

CDU 614

---

LIDIANE ABREU DE LACERDA

Um olhar empírico sobre a dádiva: percepção do autocuidado por agentes comunitários de saúde a partir das práticas integrativas e complementares

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ-PE. Para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### **Banca Examinadora**

Dr.<sup>a</sup> Islândia Maria Carvalho de Sousa.

Orientadora \_\_\_\_\_

Departamento de Saúde Coletiva/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE

Dr.<sup>a</sup> Maria Beatriz Lisbôa Guimarães. Banca

Examinadora \_\_\_\_\_

Departamento de Medicina Social/Centro de Ciências da Saúde/UFPE.

## AGRADECIMENTOS

Esta monografia é fruto de minha inserção em um campo que me foi apresentado há pouco tempo, mas que logo me identifiquei: as medicinas contra hegemônicas ou medicinas alternativas. A princípio, a identificação veio não por suas finalidades, mas pelos meios. Por dar valor ao que realmente importa: as pessoas. E a elas teço um breve agradecimento por essa jornada:

Agradeço à minha família pelo amor incondicional e compreensão nos momentos distantes. Em especial, à minha mãe, mulher gentil e amada por todos!

À Islândia, orientadora deste trabalho e de outros tantos ensinamentos... Sua entrega às medicinas alternativas é inspirador e me inquietou. Muito obrigada pela paciência e parceria.

À Adriana Falangola, pela delicadeza na condução das orientações e inspiração como professora.

Às minha amigas e “companheiras de luta” Michelle e Juliana, pelas longas conversas e discussões, muito obrigada!

Dos amigos que conquistei na jornada da Residência, essa turma é especial: Carlos, Clarinha, Edivânia, Pedro, Luigi e Paulino, muito obrigada!

Às amadas preceptoras de estágio que tive o privilégio de conhecer e que hoje chamo de amigas: Luciana Pinheiro e Mauricéia Santana. Mulheres fortes que me inspiraram na luta em defesa do SUS e um mundo menos desigual.

Aos profissionais da Atenção Básica de Camaragibe por acreditarem na proposta do projeto “*Integrar-se*” e pela participação dos Agentes Comunitários de Saúde neste estudo.

*“... E é prá chegar  
Sabendo que a gente tem  
O sol na mão  
E o brilho das pessoas  
É bem maior  
Irá iluminar nossas manhãs...”.*  
Gonzaguinha (O Homem Falou)

**Um olhar empírico sobre a dádiva: percepção do autocuidado por agentes  
comunitários de saúde a partir das práticas integrativas e  
complementares**

**An empirical look on gift: perception of self-care of community health  
workers on complementary and integrative practices**

Lidiane Abreu de Lacerda\*

\*Residente de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Endereço para correspondência:

Av. Afonso Olindense, 1927, apt05. Várzea – Recife – Pernambuco- Brasil,  
50810-000. Telefone (81)99856638.

E-mail: [lidilacerda2@yahoo.com.br](mailto:lidilacerda2@yahoo.com.br)

Artigo a ser encaminhado para revista Interface – Comunicação e Saúde.

## **Um olhar empírico sobre a dádiva: percepção do autocuidado dos agentes comunitários de saúde a partir das práticas integrativas e complementares**

### **RESUMO**

Tendo em vista a circularidade da dádiva, buscou-se analisar a percepção do autocuidado, como dádivas, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhada durante oficinas com Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Buscamos nos relatos dos ACS, durante as oficinas de autocuidado, os sentimentos de transferir algo que possui: doar e se doar, tomar consciência do corpo, percepção de si e do autocuidado (“DAR”). Bem como, a recepção, o acolhimento do novo, a abertura para vivenciar novos conhecimentos (“RECEBER”). E a intenção, a vontade, o desejo de compartilhar os novos conhecimentos (“RETRIBUIR”). A partir dos relatos foi possível identificar que os ACS chegaram às oficinas referindo sentimentos de sofrimento, cansaço e desmotivação em relação a si mesmos e ao trabalho. As percepções dos agentes revelaram que o uso das PIC como ferramenta para o autocuidado proporcionou sentimentos de relaxamento, de leveza e integração. As vivências narradas pelos ACS demonstraram que as ações humanas estavam mediadas pela dádiva e orientadas pelos três movimentos: dar-receber-retribuir. Os profissionais estavam dispostos a se doar, abrir para novos conhecimentos e manifestaram o desejo de repassar ao outro os conhecimentos adquiridos. Os resultados apontam que a dádiva se fez presente na fala dos ACS do estudo, o que torna evidente o potencial das PIC em estimular a dádiva.

**DESCRITORES:** Atenção Primária à Saúde, Autocuidado e Agentes Comunitários de Saúde.

## **An empirical look on gift: perception of self-care of community health workers on complementary and integrative practices**

### **Abstract**

Given the circularity of the gift, we sought to analyze the perception of self-care, as gifts, by the Community Health Agents (CHA), during workshops worked with Integrative and Complementary Practices (ICP). We seek reports from ACS, during self-care workshops, feelings transfer of something that has: giving and giving, taking body awareness, self-perception and self-care ("GIVE"). As well as the reception, the host of the new openness to experience new knowledge ("GET"). And the intention, the will, the desire to share new knowledge ("RECOMPENSE"). From the reports, we found that the ACS arrived workshops referring to feelings of pain, fatigue and motivation in relation to themselves and to work. The perceptions of the agents revealed that the use of PIC as a tool for self-care provided feelings of relaxation, lightness and integration. The experiences narrated by the ACS demonstrated that human actions were mediated by the gift and guided by three movements: give-receive reciprocate. The professionals were willing to give, open to new knowledge and expressed a desire to pass on their knowledge to others. The results show that the gift was present in the speech of the ACS study, which makes clear the potential of the PIC to encourage gift.

**KEYWORDS:** Primary Care of Health, Self-care, Community Health Agent and Gift.

## INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares constituem-se instrumentos para o cuidado e autocuidado, pois favorecem maior autoconhecimento, com potencial de tornar o praticante um agente de cura de si mesmo. Utilizou-se neste artigo a terminologia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que denomina essas práticas como sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que:

[...] buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2011, p.2).

A teoria da dádiva, oriunda da sociologia, busca demonstrar que toda ação humana e social está baseada nos três movimentos: dar-receber e retribuir (CAILLÉ, 2001). Ou seja, quando um indivíduo recebe algo, há nele uma necessidade, obrigatória, de receber e retribuir o gesto. Este “algo” não tem valor material, mas simbólico.

Nesta perspectiva, tendo em vista a circularidade da dádiva, buscou-se neste artigo analisar a percepção do autocuidado, como dádivas, pelos Agentes Comunitários de Saúde, trabalhada durante oficinas com Práticas Integrativas e Complementares.

A investigação dessa temática (autocuidado) se deve à sua inserção nas políticas públicas de saúde. A partir da Carta de Ottawa<sup>1</sup> (OMS, 1986) o autocuidado, junto com o apoio social e o ambiente saudável, passou a ser considerado uma das estratégias de promoção da saúde.

---

<sup>1</sup>Em 1986 ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá. A sua Carta de Intenções, a “Carta de Otawa” representou uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, direcionada a capacitação das comunidades para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

O desenvolvimento deste estudo é oportuno e relevante, visto que a teoria da dádiva pode contribuir para a percepção do autocuidado pelos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica por meio do uso de oficinas em Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, que estimulem o autoconhecimento e autocuidado. O estudo também poderá subsidiar ações de desenvolvimento local de implantação de oficinas para o autocuidado para os profissionais da Atenção Básica em outras localidades.

Temos como pressuposto que as Práticas Integrativas e Complementares, usadas como ferramentas de autocuidado, podem contribuir para a resignificação do autocuidado pelos Agentes Comunitários de Saúde utilizando a teoria da dádiva.

Na perspectiva de refletir a dádiva nas ações humanas a partir dos sentidos e significados do autocuidado, este artigo buscará responder a seguinte pergunta: Qual a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o autocuidado, a partir da teoria da dádiva, ao participarem de oficinas em Práticas Integrativas e Complementares em Camaragibe-PE?

Assim, o objetivo deste artigo é descrever quais os significados do autocuidado, como dádivas, pelos Agentes Comunitários de Saúde em oficinas com Práticas Integrativas e Complementares de Saúde.

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Desde a Declaração de Alma Ata<sup>2</sup> em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido estimulada como a estratégia central para assegurar uma assistência adequada e efetiva no campo da saúde pública (PAIM et al., 2011). Um sistema de saúde fundamentado na APS tem como valores a equidade e a solidariedade social, no qual o direito a saúde pode ser alcançado independente de raça, religião, opinião política ou condição socioeconômica.

---

<sup>2</sup>Em 1978 a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância realizaram a I Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. Nesta conferência propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'.

Seus princípios visam responder de forma equitativa e eficiente as necessidades de saúde; monitorar a melhoria e renovação das intervenções garantindo qualidade, segurança, e intersetorialidade; responsabilizar os governos na prestação de contas com participação e sustentabilidade (MACINKO et al., 2006).

No Brasil, a Atenção Primária foi denominada como Atenção Básica e sua expansão foi impulsionada pelo processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro denominado Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, et al., 2011). A Atenção Básica tem como objetivo oferecer acesso universal aos cuidados primários de saúde, coordenar e expandir a cobertura para outros níveis de cuidado, além de ofertar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Na década de 90 o Ministério da Saúde implantou no SUS o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF) como proposta de expansão dos cuidados primários em saúde. Com a consolidação do programa, o PSF passou a ser uma Política de governo, e posto como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, denominada Estratégia de Saúde da Família (PAIM et al., 2011). A recém-publicada Política Nacional de Atenção Básica - PNAB refere que *a Estratégia de Saúde da Família deve ser o principal modelo de atuação na Atenção Básica e deve, também, reorientar o processo de trabalho a partir dos princípios e diretrizes do SUS* (BRASIL, 2011).

Dentre as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a equipe deve possuir território adscrito, que permita o planejamento das ações de saúde, equipe multidisciplinar, além de promover relações de vínculo entre profissional e usuário (BRASIL, 2011). A ESF busca o conhecimento individual e do contexto envolvendo atenção longitudinal com vistas à singularização do cuidado, com abordagem familiar e comunitária (TESSER; SOUSA, 2012). Difere do modelo centrado no hospital que visa intervenções médicas especializadas, fragmentadas, centradas na doença.

As equipes de saúde da família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários

de saúde. Algumas equipes passaram a incluir, desde 2004, as equipes de saúde bucal, com um dentista e um técnico de saúde bucal. Cabe às equipes definir o território de atuação, planejar as atividades que serão desenvolvidas, priorizar ações sobre os fatores de risco e minimizar o aparecimento de doenças preveníveis e realizar o acolhimento das demandas da população. Além de desenvolver ações intersetoriais que estimulem a participação da comunidade e a ampliação da rede de apoio social (BRASIL, 2011).

Dentre os profissionais, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que está presente no processo de cuidado e exerce papel importante na equipe, sofre mais a sensação de incapacidade para responder as demandas do sistema de saúde e, principalmente, as necessidades de saúde de sua comunidade (JARDIM et al., 2009; LOPES, 2012; MARTINES, 2007; UCHÔA, 2009;). Eles estão na ponta do sistema e ficam mais vulneráveis a vários tipos de pressão e estresse, em parte, pela proximidade e/ou convivência com a miséria e a violência, em muitas comunidades.

Para Matines e Chaves (2007), expectativas de diversas naturezas são depositadas no trabalho do ACS: como a observação e identificação das necessidades de saúde da comunidade, busca e difusão dos conhecimentos, produtividade, dentre outras, que, quando não correspondidas, podem deixá-lo exposto à vulnerabilidade e gerar sofrimento no trabalho.

Essa frustração em relação ao seu trabalho está relacionada, em parte, ao esgotamento do modelo biomédico em solucionar/aliviar os problemas de saúde da população. Visto que, as complexas relações entre a distribuição dos determinantes sociais, políticos e ambientais exigem que estratégias para melhorar a saúde sejam vistas considerando o contexto socioeconômico e político (MACINKO et al., 2006).

Os meios de trabalho do modelo biomédico (uso excessivo de especialistas, equipamentos e medicamentos) são limitados para enfrentar a complexidade e a modificação do processo saúde – doença, na modernidade, que envolve mais que uma doença específica, mas mudanças demográficas, econômicas e sociais (doenças crônicas, stress, obesidade, desnutrição, alcoolismo, depressão, uso de drogas entre outras).

Tendo em vista a diversidade de contexto no qual a Estratégia de Saúde da Família se insere, ela por si só não modifica a construção do cuidado. Além disto, suas atividades ainda estão centradas majoritariamente na produção de consultas, prescrição de medicamentos e exames diagnósticos, e para os agentes comunitários no número de visitas domiciliares. As consultas, exames e número de visitas são importantes, no entanto, insuficientes para dar conta da demanda no contexto da ESF. Porém, este também tem sido o principal parâmetro de avaliação utilizado para acompanhar e monitorar as ações dos profissionais. Assim, ao mesmo tempo em que resistem à pressão para *produzir mais*, os profissionais enfrentam no cotidiano as necessidades de cuidado da população que muitas vezes exigem *acolher melhor*, no que se refere ao ACS, produzir menos para garantir visitas com abordagem mais qualitativa, de escuta.

As estratégias e os dispositivos de trabalho dos ACS são, por vezes, incapazes de lidar com as demandas da comunidade que ele assiste. O que pode gerar um “sofrimento difuso” ou “mal-estar difuso”, que segundo Luz (2003) corresponde a um conjunto de síndromes e sinais mal definidos, e, problemas psicossociais, como estresse, depressão, angústia, entre outros.

Em outras palavras, por não conseguirem responder às demandas da população dentro deste contexto complexo, os ACS sentem-se com pouca capacidade de resolução das situações de saúde-doença da população, o que é gerador de sofrimento (LOPES, 2012; MARTINES, 2007). Assim, necessitam de um olhar diferenciado pela gestão de sistema de saúde, em especial, da Atenção Básica, que além de capacitá-los para cuidar dos outros é importante estimulá-los a cuidar de si mesmo.

Para despertar o autocuidado será necessário rever os conceitos de práticas de saúde e de cuidado que estão sendo desenvolvidas no cotidiano e trabalho destes profissionais e em suas vidas de modo geral.

## AS PRÁTICAS DE SAÚDE E O AUTOCUIDADO

As práticas de saúde, aquelas relacionadas ao cuidado, vêm encontrando limitações para responder às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações (AYRES, 2005). De modo geral, o cuidado tem sido abordado por dois modos diferentes, porém complementares, ora com ênfase nos procedimentos e nas intervenções técnicas, ora com foco na relação de vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (ANÉAS; AYRES, 2011).

A prática do cuidar pode ser definida como: tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social (LUZ, 2004). Já Gadamer (1991) apreende o cuidado como um encontro, uma interação entre quem cuida e quem é cuidado.

Para Ayres (2004; p.74), o cuidado pode ser entendido como:

*[...] uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.*

Entende-se que o autocuidado insere-se na categoria cuidado, visto que o alívio ao sofrimento e o alcance do bem estar parte também do autoconhecimento e do autocuidado.

A enfermagem tem como um de suas teorias mais influentes a teoria do autocuidado de Dorothea Orem (OREM, 2001). O autocuidado, para a autora, seria a prática de cuidados executados por uma pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem estar, diz respeito à ações dirigidas a si mesmo ou ao meio ambiente afim de regular o próprio funcionamento de acordo com os seus interesses na vida (BUB et al., 2006). Ou seja, o autocuidado está vinculado à manutenção das condições de saúde humana. Para Pereira e Costa (2006) o autocuidado faz parte de uma consciência ampla

do indivíduo, que engloba a preservação de si mesmo e o reconhecimento de si como sujeito de direito.

As práticas de cuidado e de autocuidado deparam-se com limitações colocadas pelo estilo de vida, carregado de individualismo e pelos entraves do modelo de cuidados biomédico que não valoriza o conhecimento do indivíduo em relação a si mesmo. Estes impasses tendem a dificultar o autoconhecimento, essencial para busca de maior autonomia em face de seu processo de adoecimento (LUZ, 2005).

A busca por tentar compreender como se dá o processo de autocuidado dentro de uma sociedade impregnada pelo individualismo e pelas noções de cunho utilitarista é o movimento que nos propomos a fazer neste texto. Para isto utilizaremos a teoria da dádiva, oriunda da sociologia para tentar nos aproximar das relações mais primitivas de cuidado.

## **A TEORIA DA DÁDIVA E O UTILITARISMO**

A teoria da dádiva ainda é um tema pouco explorado na saúde coletiva, embora já existam estudos relacionando essa teoria com o campo da saúde LACERDA et al., 2006; MARTINS, 2003; MARTINS; FONTES, 2004; MOREIRA, 2006). Nesse sentido serão necessários alguns esclarecimentos teóricos visando entendimento geral sobre essa teoria, para relacioná-la com o autocuidado.

Marcel Mauss foi quem sistematizou a teoria da dádiva, nos anos 1920, ao analisar diversas etnografias com objetivo de compreender os fenômenos que regiam as trocas e os direitos contratuais em algumas sociedades primitivas ou arcaicas. No ensaio intitulado: "*Ensaio sobre a Dádiva: forma e razão de troca nas sociedades arcaicas*" (MAUSS, 1985), Mauss descreve a complexidade do sistema de trocas através das relações sociais (LACERDA, 2010).

É através de três movimentos da ação humana e social: dar-receber e retribuir que se tecem as comunidades, as famílias, e que se formam as

identidades pessoais. O que, por si só se contrapõe a proposta do utilitarismo, de normatizar as ações sociais baseadas em cálculos racionais.

Entende-se o utilitarismo como conjunto de duas propostas. A proposta teórica refere que toda ação humana e social resulta de cálculos racionais e é quantificável. A proposta normativa refere que são justas as leis e normas (ou políticas) que buscam alcançar a felicidade do maior número de pessoas possível, baseado nos dados produzidos por essa quantificação da ação humana. A partir destes dois pressupostos justificam-se ações no campo da saúde sobre a vida e a morte, sobre o corpo e a saúde, sobre o pensamento e a ação, sobre a razão e a emoção (CAILLÉ, 2001; MARTINS, 2003).

Caillé (2001) adverte que as duas interpretações do utilitarismo estão pautadas 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 que o desejo de alcançar a própria felicidade.

A dívida enquanto uma das formas de explicação da ação social na constituição dos vínculos se revela, portanto, como uma crítica à filosofia moral do utilitarismo. A teoria da dívida busca compreender como se dá as relações entre os indivíduos e destes na sociedade, faz-se necessário pensar o autocuidado a partir da percepção desta ação a partir do sistema de dívidas. Ou seja, refletir sobre uma experiência na busca de encontrar a dívida nas ações humanas e sociais (CAILLÉ, 2001).

A crítica ao utilitarismo nos ajuda 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 dívida (LACERDA, 2010). 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 dívida foi evidenciado em algumas práticas integrativas e complementares (LACERDA; VALLA, 2005; MARTINS, 2003), em experiências com Agentes Comunitários de Saúde.

O modelo biomédico por possuir afinidade com a produtividade de consultas especializadas, exames diagnósticos e prescrição de medicamentos tende a ser mais vulnerável as pressões econômicas e, como consequência às ideias utilitaristas.

## **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO FERRAMENTA PARA O AUTOCUIDADO**

Luz (2005) chama atenção para o surgimento de novas práticas de saúde distintas tanto das racionalidades médicas quanto das práticas terapêuticas. A busca por outras fontes de cuidado demonstra, em parte, o esgotamento do modelo biomédico para o cuidado e o autocuidado. A busca por outras formas de cuidado têm evidenciado mecanismos mais humanizantes no que se refere às práticas de cuidado em saúde (MARTINS, 2011).

Nesta perspectiva faz-se necessário discutir quais seriam as novas estratégias de cuidado na saúde que possam ampliar ou reorientar o foco do modelo tradicional baseado numa abordagem por doença para um modelo de cuidado que tenha o foco nas pessoas (SOUSA, VIEIRA, 2005; PINHEIRO; MARTINS, 2011).

As Práticas Integrativas e Complementares tendem a propiciar um conhecimento maior do indivíduo em relação a si mesmo, de seu corpo e de seu psiquismo, com uma consequente busca de maior autonomia. Nota-se que o indivíduo passa a ser menos dependente de remédios e de médicos, tornando-se um agente de cura de si mesmo (LUZ, 2005).

Estudo que objetivou verificar a opinião de Agentes Comunitários de Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Goiânia, demonstrou que houve concordância no uso dessas práticas na Estratégia Saúde da Família pelo baixo custo, ausência de efeitos colaterais, satisfação e crença da população (PARANAGUÁ, 2009).

Em termos institucionais, foi sinalizada em 2006, uma possibilidade de rediscutir outras vias de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio

da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC). A PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, que envolvem abordagens para estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006).

A referida política estimula a expansão dos atendimentos em Práticas Integrativas no sistema público de saúde, principalmente na atenção primária por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como a valorização do autocuidado. Na descrição do campo das Práticas Integrativas diz-se que:

Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo (nas Práticas Integrativas e Complementares) são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (BRASIL, 2011).

Em seus preceitos, a Estratégia de Saúde da Família possui grande potencial para reorientação do modelo, alinhando-se à promoção da saúde e às práticas integrativas e complementares. No entanto, no cotidiano, a maioria dos profissionais tem poucas ferramentas para lidar com o sofrimento e com a complexidade da atenção básica.

As Práticas Integrativas e Complementares constituem-se uma tecnologia para o cuidado e de autocuidado que possui grande potencial para reorientação do modo de realizar o cuidado, um campo de autoconhecimento e promotora de troca de saberes (TESSER; SOUSA, 2012).

A teoria da dádiva pode contribuir para a percepção do autocuidado pelos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica por meio do uso das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, que estimulem o autoconhecimento e autocuidado.

## MÉTODO

Trata-se de estudo retrospectivo, baseado em dados compilados do relatório do projeto: “*Integrar-se: implantação e desenvolvimento das Medicinas e Práticas integrativas no cuidado em saúde na atenção primária no município de Camaragibe-PE: um olhar sobre o cuidador*”.

O município de Camaragibe- PE é dividido em quatro territórios de saúde. A cobertura da Atenção Básica é realizada por meio de 41 Equipes de Saúde da Família – ESF, e unidades básicas de saúde espalhadas por todo o território municipal (CAMARAGIBE, 2011). Nestas equipes atuam 425 profissionais, 41 médicos, 43 enfermeiros, 42 auxiliares de enfermagem, 8 dentistas, 11 auxiliares e técnicos de saúde bucal e 280 agentes comunitários de saúde.

No mês de setembro de 2011, no município de Camaragibe-PE, ocorreu o projeto *Integrar-se*, cujo objetivo foi capacitar os profissionais da Atenção Básica do referido município para a realização do autocuidado e autoconhecimento por meio do uso das práticas integrativas e complementares (PIC).

O projeto *Integrar-se* foi desenvolvido em quatro momentos: Diagnóstico Situacional, Seminário de Abertura, Oficinas de autocuidado e Seminário de encerramento. O primeiro momento, o diagnóstico situacional buscou identificar o interesse de formação em Práticas Integrativas e Complementares dos profissionais da Atenção Básica. Durante as reuniões da Atenção Básica, por meio de questionário, os profissionais elencaram três práticas, por ordem de prioridade, que gostariam de ter formação. As informações foram coletadas com apoio dos residentes da Fiocruz-PE entre os meses de abril a agosto de 2011.

Do total de profissionais (425) da Atenção Básica do município, 187 (44%) responderam ter interesse em formação complementar em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, destes 14 eram médicos, 33 enfermeiros, 4 dentistas e 136 agentes comunitários de saúde.

As práticas mais referidas como sendo de interesse em formação pelos profissionais foram: acupuntura com 20%, seguida de yoga com 17%, fitoterapia com 15%, shantala com 8%, automassagem e ou do – in, reflexologia / reflexoterapia dos pés, terapia comunitária e homeopatia todas com 7% e, por último, medicina popular e plantas medicinais (chás, lambedor, banhos) com 6%.

AS oficinas oferecidas, tendo em vista o diagnóstico e os objetivos do projeto foram: *yoga*, automassagem, fitoterapia, *Qi Gong*, *Tai Chi Chuan*, *Shantala*, *Alimentação Viva* e *Reiki*. Durante o Seminário de Abertura foram apresentados o diagnóstico situacional e a proposta de trabalho das oficinas, algumas práticas não foram contempladas, como a acupuntura, pois distanciava da proposta do projeto Integrar-se.

A carga horária das oficinas foi dividida em: atividades teórico-práticas (16 horas) e meditação (4 horas) – totalizando 20 horas -, realizadas na Fiocruz-PE; oficinas de autocuidado em PIC (16 horas), desenvolvidas em um espaço de eventos na área rural de Camaragibe.

Participaram das oficinas de autocuidado do projeto *Integrar-se* 164 profissionais da Atenção Básica de Camaragibe-PE, dos quais 130 (79%) eram Agentes Comunitários de Saúde.

Decorridos 30 dias após as oficinas de autocuidado foi realizado o seminário de encerramento do projeto no qual os profissionais responderam livremente a uma avaliação a cerca das técnicas/práticas oferecidas. A avaliação dos participantes do projeto com as impressões sobre as oficinas constam no relatório do projeto *Integrar-se*, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe-PE para realização deste trabalho.

Do total de participantes do projeto (164), 84 (51%) profissionais da Atenção Básica de Camaragibe responderam ao questionário de avaliação das oficinas de autocuidado, 30 dias após a realização das oficinas. Dentre os profissionais que responderam a avaliação, 55 (65,5%) eram Agentes Comunitários de Saúde, estes serão os sujeitos do estudo.

Para orientar a análise, tendo em vista a circularidade da dádiva buscamos no relato dos Agentes Comunitários de Saúde suas percepções sobre o autocuidado. Entendendo a teoria da dádiva como um sistema de ação social que envolve o movimento triplo de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais entre doadores e donatários (Mauss, 1985).

Neste estudo foram utilizados como instrumentos para análise os indicativos e as categorias listadas abaixo, tendo como base a teoria da dádiva. A expressão da dádiva se dá por meio de um único movimento, representado por três ações que não estão dissociados entre si. Contudo neste estudo buscamos nos relatos dos agentes a expressão destas ações como autopercepção do cuidado de si.

- ✓ MOVIMENTO DAR: Percepção e consciência do corpo, de si e do autocuidado;
- ✓ MOVIMENTO RECEBER: Descoberta de conhecimentos, abertura para o novo;
- ✓ MOVIMENTO RETRIBUIR: Desejo de compartilhar os conhecimentos e vivências.

Buscamos nos relatos dos Agentes Comunitários de Saúde, durante as oficinas de autocuidado, os sentimentos de transferir algo que possui: doar e se doar, tomar consciência do corpo, percepção de si e do autocuidado (“DAR”). Bem como, a recepção, o acolhimento do novo, a abertura para vivenciar novos conhecimentos (“RECEBER”). E a intenção, a vontade, o desejo de compartilhar os novos conhecimentos (“RETRIBUIR”). Procuramos a partir da experiência de autocuidado com as Práticas Integrativas e Complementares encontrar a dádiva a partir dos sentidos e significados do autocuidado dado pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Para orientar a análise, tendo em vista a circularidade da dádiva buscamos no relato dos Agentes Comunitários de Saúde suas percepções sobre o autocuidado. Entendendo a teoria da dádiva como um sistema de ação social que envolve o movimento triplo de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais entre doadores e donatários (Mauss, 1985).

Este artigo faz parte de uma pesquisa maior intitulada: “Produtivismo e Saúde Pública: Os rumos incertos do SUS no âmbito municipal” que recebeu financiamento do CNPQ através da Chamada MCTI /CNPq /MEC/CAPES N ° 07/2011. O projeto que deu origem a este artigo foi aprovado no comitê de ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães com parecer de aprovação nº 277.984.

Foi garantido o anonimato aos participantes deste estudo utilizando a simbologia ACSn, onde n será de um ao 55 (cinquenta e cinco), que corresponde ao número de ACS que participaram do projeto e responderam as avaliações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de participantes das oficinas de autocuidado no município de Camaragibe, 84 profissionais da Atenção Básica responderam livremente ao questionário de avaliação das oficinas de autocuidado. Destes, 55 eram Agentes Comunitários de Saúde. A avaliação das oficinas de autocuidado ocorreu durante o seminário de encerramento realizado em setembro de 2011 no auditório da FIOCRUZ-PE.

As características dos Agentes Comunitários de Saúde que responderam ao questionário e avaliaram as oficinas de autocuidado estão descritas abaixo. De um modo geral, são mulheres, com idade entre 35 e 55 anos, e que realizaram 100% da carga horária (teórica e prática) das oficinas de autocuidado (Tabela 1).

**Tabela 1**-Características dos Agentes Comunitários de Saúde que responderam ao questionário de avaliação das atividades, Camaragibe, 2011

| CARACTERÍSTICAS | N  | %  |
|-----------------|----|----|
| <b>Sexo</b>     |    |    |
| Feminino        | 54 | 98 |
| Masculino       | 1  | 2  |
| <b>Idade</b>    |    |    |
| < 35            | 3  | 5  |
| 35 – 55         | 51 | 93 |

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| >55  | 1         | 2          |
| <b>Religião/Crença</b>                         |           |            |
| Católica                                       | 24        | 44         |
| Protestante                                    | 27        | 49         |
| Espírita                                       | 2         | 3,5        |
| Outra  | 2         | 3,5        |
| <b>Percentual de participação nas oficinas</b> |           |            |
| 100%   | 43        | 78         |
| 75%  | 11        | 20         |
| 50%  | 1         | 2          |
| <b>Total</b>                                   | <b>55</b> | <b>100</b> |

Fonte: Camaragibe (2011).

Os relatos dos Agentes Comunitários de Saúde que seguem estão divididos entre as três categorias: DAR, RECEBER E RETRIBUIR, representando as três ações que compõem a expressão da dívida nas relações humanas.

Os Agentes Comunitários de Saúde referiram chegar ansiosos e curiosos (35%) para as oficinas de autocuidado. A ansiedade foi referida por um número significativo dos participantes (Tabela 2).

Entendida como um mal da vida moderna, a ansiedade está presente nas relações interpessoais e pode gerar sofrimento. Estudo realizado com 116 Agentes Comunitários de Saúde de Minas Gerais identificou que a maioria apresentou grau de ansiedade moderado, sugerindo uma provável interferência de características específicas da profissão (RESENDE, et al., 2011).

Os ACS relataram estar curiosos com as atividades que seriam desenvolvidas. É comum na gestão da Atenção Básica ofertar aos profissionais capacitações sobre determinados temas, em sua maioria, sinais e sintomas e modos de prevenção de determinadas doenças. Diferente deste contexto, as oficinas oferecidas dentro do projeto *Integrar-se* trazia o intuito de oferecer práticas de autocuidado para os profissionais da Atenção Básica, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde. A curiosidade relatada pelos ACS pode estar relacionada com a estranheza, ao invés de aprender como cuidar do outro, estas oficinas objetivaram cuidar de si.

Alguns relatos, como os que seguem mostram como os agentes de saúde estavam se sentindo estressados, desamparados e até deprimidos.

*“Falar como cheguei é muito fácil: muito estressada, cansada e doente diante de tudo isso” ACS 9.*

*“Estressada, sobrecarregada com o dia a dia” ACS 14.*

*“Cheguei deprimida, cansada, sem animo, sem saber o que eu queria da minha vida” ACS 24.*

*“Cheguei cansada e com muitas dores” ACS 37.*

Estudo com agentes de saúde de uma unidade de Saúde da Família identificou que há situações que caracterizam sobrecarga de trabalho do ACS. Diante desta situação, duas consequências foram apontadas, uma relacionada com a perda das especificidades da profissão e a outra associada à insalubridade das condições e relações de trabalho. Ambas parecem estar relacionadas com a produção de sofrimento psíquico nos agentes comunitários de saúde (ROSA et al., 2012)

Nas falas dos agentes de saúde deste estudo foi possível perceber a presença de sofrimento físico e psíquico. Contudo, não foi possível identificar neste trabalho se o sofrimento relatado pelos agentes de saúde está relacionado ao trabalho ou às relações sociais de uma maneira geral.

**Tabela 2-** Percepção do autocuidado, como dádiva (movimento DAR), pelos Agentes Comunitários de Saúde em oficinas com Práticas Integrativas e Complementares, Camaragibe, 2011

| <b>CATEGORIA DAR: Percepção e consciência do corpo, de si e do autocuidado</b> | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|--|----------|------------|
| Estar curiosos e ansiosos  | 19       | (35)       |
| Estar cansados e estressados   | 16       | (30)       |
| Percepção e consciência do corpo   | 11       | (20)       |

Fonte: Elaboração própria.

Os relatos mostram como os agentes de saúde estão se sentindo cansados, desamparados e doentes diante das situações vivenciadas no seu trabalho e que estas condições estão repercutindo em sua vida pessoal. As percepções relacionadas ao seu corpo demonstram que os agentes estão em sofrimento físico e mental.

Nos relatos encontrados por Martines e Chaves (2007) em estudo sobre a vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, foram encontradas descrições de vivências depressivas, de angústia, frustração e desamparo.

Situações de vulnerabilidade, às quais agentes de saúde estão expostos, foram estudadas por Camelo et al. (2004). O estudo foi realizado em equipes de Saúde da Família em Ribeirão Preto e identificou que duas categorias profissionais estão em situação de risco para estresse causado pelo trabalho, são eles: enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. Para os autores do referido trabalho, os agentes comunitários possuem uma situação singular na equipe, uma vez que, obrigatoriamente, devem residir na sua área de atuação, o que faz com que eles vivam o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros membros da equipe.

Lopes et al. (2012) identificaram as situações geradoras de prazer e sofrimento no trabalho de 24 Agentes Comunitários de Saúde de um município do Rio Grande do Sul. Dentre as situações geradoras de sofrimento destaca-se, a deficiências nos serviços de saúde; falta de reconhecimento; a obrigatoriedade de morar e trabalhar no mesmo local; convivência e envolvimento com os problemas sociais da comunidade e a exposição à violência.

No nosso estudo, alguns agentes relataram que após as oficinas de autocuidado despertaram para o corpo, tomando uma consciência de si, estabelecendo um equilíbrio. Podemos perceber que o imaginário de corpo e de saúde relatado pelos profissionais que participaram das oficinas faz parte do movimento das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, como os relatos demonstram:

*“Pude ter o conhecimento do cuidado ao meu corpo” ACS 20.*

*“Bem mais leve e mais relaxada” ACS 14.*

*“Renovada e sentindo melhoras em meu corpo e espírito” ACS 37.*

*“Leve, feliz autoconfiante” ACS 54.*

Houve entre os Agentes Comunitários de Saúde sentimentos de descoberta e curiosidade com o novo, o despertar para o novo conhecimento (18%) (Tabela 3). Este movimento de estar aberto para outras possibilidades é importante para identificar outras vias de cuidado distintas da biomedicina. Como nos relatos a seguir:

*“Disposta e aprender com um novo olhar” ACS 15.*

*“Com a mente aberta para o conhecimento de novas ideias, para a busca do bem estar” ACS 16.*

*“Com vontade de aprender” ACS 22.*

*“Autoestima levantada, relaxada, animada com outras possibilidades” ACS 46.*

A aceitação das Práticas Integrativas e Complementares por médicos e enfermeiros da Atenção Básica foi estudada por Thiago e Tesser (2011), os pesquisadores identificaram que existe aceitação e que está associada ao contato prévio com elas e possivelmente relacionada à residência/especialização em medicina de família e comunidade/saúde da família.

Os agentes de saúde deste estudo demonstraram aceitar o uso das práticas para o autocuidado, ampliando assim o seu potencial de cuidador e para o cuidado de si.

Outros relatos mostraram sentimentos de acolhimento e integração com o grupo e com as atividades de autocuidado propostas nas oficinas (16%). Este sentimento de grupo é fundamental para o desenvolvimento do trabalho em equipe, bem como, para criar no grupo sentimentos de confiança.

Estudo com uma equipe de saúde da família de um município baiano buscou identificar evidências de articulação entre ações e interação entre os profissionais da equipe. A partilha de algumas decisões referentes à dinâmica da unidade foi identificada como aspecto positivo (SILVA, 2005).

Ressalta-se a necessidade de buscar a integração da equipe com ponto fundamental para o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Os relatos a seguir demonstram este aspecto:

*“Acolhida por todos, pelo local cheio de coisas maravilhosas, com muito verde e fiquei realmente em verdadeira paz interior” ACS 11.*

*“... conciliar eu e o outro, todos somos uma equipe, um todo” ACS 2.*

*“Me senti integrada com o grupo e disposta ao conhecimento do cuidado e do autocuidado” ACS 16.*

As Práticas Integrativas e Complementares tem potencial de estimular o uso de métodos naturais de prevenção e recuperação, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico (BRASIL, 2006). A construção deste vínculo no contexto da Estratégia de Saúde da Família perpassa pela integração da equipe, visão ampliada do processo saúde doença e a posição de autonomia dada ao usuário nas relações de cuidado.

**Tabela 3-** Percepção do autocuidado, como dádiva (movimento RECEBER), pelos Agentes Comunitários de Saúde em oficinas com Práticas Integrativas e Complementares

| <b>CATEGORIA RECEBER:</b> Descoberta de conhecimentos, abertura para o novo | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|---|----------|------------|
| Sentimentos de estar aberto para novo conhecimento                          | 10       | 18         |
| Acolhimento e integração com o grupo  | 9        | 16         |

Fonte: Elaboração própria.

Os agentes mostraram em seus relatos potencialidade para cuidar de si após a aproximação e descoberta do seu corpo, dos seus sentimentos, a tomada de consciência.

Estudo realizado com mulheres portadoras da AIDS buscou refletir sobre o autocuidado e encontrou que o cuidar de si demonstra uma valorização pessoal, uma consciência da própria existência, de seu valor no mundo e na família (PEREIRA, 2006).

Houve ainda relatos de seguimento das práticas apreendidas e uma necessidade de continuidade dos novos conhecimentos adquiridos (36%)

(Tabela 4). O desejo de partilhar e a necessidade de retribuir faz parte do sistema de ação que caracteriza a dádiva: dar-receber-retribuir.

*“Aprofundar todo conteúdo visando passar a diante” ACS 19.*

*“Desejo passar para minha equipe e comunidade” ACS 15*

*“Levar o que cada um aprendeu para a USF e tentar poder inserir esse cuidado com a comunidade” ACS 16.*

**Tabela 4-** Percepção do autocuidado, como dádiva (movimento RETRIBUIR), pelos Agentes Comunitários de Saúde em oficinas com Práticas Integrativa e Complementares

| <b>CATEGORIA RETRIBUIR:</b> Desejo de compartilhar os conhecimentos e vivências | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|---|----------|------------|
| Necessidade de continuidade   | 20       | 36         |
| Desejo de incorporação das práticas nos serviços de saúde                       | 14       | 25         |

Fonte: Elaboração própria.

Nos relatos dos agentes podemos perceber que há um desejo de incorporação das práticas nos serviços de saúde (25%). Os agentes relataram o desejo de que as práticas possam estar presentes na Estratégia de Saúde da Família, inclusive referindo que algumas experiências já haviam sido iniciadas.

*“Eu proponho que (as práticas) deveria também ser integrada nas USF” ACS 12.*

*“Incluir as técnicas no programa de saúde da família” ACS34*

*“Implantação de uma terapia no programa saúde da Família” ACS 49.*

*“Estamos tentando implementar em nosso posto de saúde, a fitoterapia” ACS 23.*

Estudo que objetivou identificar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde frente às práticas integrativas utilizadas pelos usuários, demonstrou que houve concordância no uso dessas práticas na Estratégia Saúde da Família pelo baixo custo, ausência de efeitos colaterais, satisfação e crença da população (PARANAGUÁ et al., 2009). Vale destacar que o uso das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica deu-se, inicialmente, pelo

protagonismo dos profissionais, antes mesmo de se instituir uma Política Nacional ou mesmo municipal.

## **CONSIDERAÇÕES**

A partir dos relatos colocados pelos Agentes Comunitários de Saúde, a percepção do autocuidado esteve relacionada à tomada de conhecimento de si, suas capacidades e potencialidades.

Foi possível identificar que os Agentes Comunitários de Saúde chegaram às oficinas relatando sentimentos de sofrimento, cansaço e desmotivação em relação a si mesmos e ao trabalho. A partir das experiências, as percepções relatadas pelos agentes mostraram que o uso das Práticas Integrativas e Complementares como ferramenta para o autocuidado proporcionou sentimentos de relaxamento, de leveza e integração.

As vivências relatadas pelos Agentes Comunitários de Saúde demonstraram que as ações humanas estavam mediadas pela dádiva e orientadas pelos três movimentos: dar-receber-retribuir. Os profissionais estavam dispostos a se doar, abrir para novos conhecimentos e manifestaram o desejo de repassar ao outro os conhecimentos adquiridos.

Este estudo foi baseado nas avaliações que os Agentes Comunitários de Saúde fizeram 30 (trinta) dias após realizarem oficinas de autocuidado. Esta avaliação ocorreu de modo livre e voluntário, porém todos os profissionais avaliaram positivamente as oficinas. Sendo assim, o método mostrou algumas limitações, isto é, não conseguimos saber exatamente porque os demais participantes não realizaram a avaliação, se faltaram à atividade no momento da avaliação, se avaliaram negativamente e não desejaram escrever ou se simplesmente não tiveram interesse em avaliar as oficinas de autocuidado.

O instrumento utilizado na análise dos dados, de avaliação das oficinas, também representou uma limitação para o estudo, pois este foi construído com o intuito de avaliar as oficinas e a percepção sobre o autocuidado foi encontrada de forma secundária nos relatos.

Recomenda-se o planejamento de ações para a inserção e estímulo do uso das Práticas Integrativas/Complementares na Atenção Primária à Saúde, no intuito de ampliar as alternativas de cuidar e possibilitar ao usuário a escolha do tratamento que julgar melhor para si. Os resultados demonstram que a dádiva se fez presente na fala dos Agentes Comunitários de Saúde do estudo. O que torna evidente o potencial das Práticas Integrativas e Complementares em estimular a dádiva.

## REFERÊNCIAS

ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n.38, p. 651-62, 2011.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003/fev. 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.92, 3 mai 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 out. 2011. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em 20 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In:\_\_\_\_\_. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, 2001, p. 33-35.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Declaração de Otawa. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In:\_\_\_\_\_. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santa Fé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, 2001, p. 19-28.

BUB, M.B.C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto da Enfermagem**, Florianópolis, v.15, p.152-157, set. 2006.

CAILLE, A. O princípio de razão, o utilitarismo e o antiutilitarismo. **Sociedade, Estado**, v.16, n1-2, p.26-56, dez. 2001.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe. **Relatório do Projeto “Integrar-se: implantação e desenvolvimento das Medicinas e Práticas integrativas no cuidado em saúde na atenção primária no município de Camaragibe-PE: um olhar sobre o cuidador”**. Camaragibe, 2011.

CAMELO S.H.H.; ANGERAMI E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p.14-21, 2004.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.28, p. 123-135, 2009.

LACERDA A. et.al. Espaços Públicos e Saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS P. H., CAMPOS, R.B.C. (Org.). **Polifonia do dom**. Recife: Ed. Da UFPE, 2006.

LACERDA, A. **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**. 2010.201f. Tese (Doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública), Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

LOPES D.M.Q. et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.46, n.3, p.633-640, 2012.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudo sobre práticas corporais e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Natural, Racional, Social: Razão médica e racionalidade científica moderna**, São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 13-43, 1997.

MACINKO J., et al. Grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de La Organización Panamericana de Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.21, n-2-3, p.73-84, 2007.

MARTINES, W.R.V. **Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família.** 2005. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MARTINES W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.41, n.3, p. 426-433, 2011.

MARTINS, P.H. **Contra a desumanização da medicina. Crítica sociológica das práticas médicas modernas.** Petrópoles: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para se entender o cuidado como mediação In PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.** Recife: Ed. da UFPE; Rio de Janeiro: Abrasco, 2011.

MARTINS PH, FONTES B. Construindo o conceito de rede de vigilância em saúde. In: MARTINS P.H.; FONTES B., organizadores. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas.** Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco; 2004.

MAUSS M.. Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: **Sociologie et Anthropologie.** 9 ed. Paris: Quadrige, 1985.

OREM D.E. **Nursing: concepts of practice.** 6th ed. St Louis: Mosby, 2001.

PAIM, J. et.al. O sistema de saúde brasileiro, avanços e desafios. **The Lancet.** London, p.11-31, 2011.

PARANAGUÁ T.T.B. et al. As Práticas Integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, p. 75-80, 2009.

PEREIRA M.H.G.; COSTA F. O. autocuidado em mulheres portadoras de HIV/AIDS . **Psicologia, Saúde & Doenças [online]**, v.7, n.2, p. 255-269, 2006.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

RESENDE, M.C. de et al .Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2115-2122, 2011.

ROSA, A.J.; BONFANTI, A.L.; CARVALHO, C.S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.21, n.1, p. 141-152, 2012.

SILVA, I.Z.Q.; TRAD L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

SOUSA, I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 255-266, 2005.

TESSER, C.D.; Sousa, I.M.C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.2, p. 336-350, jun. 2012.

THIAGO, S. de C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.2, p. 249-257, 2011.

UCHOA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.29, p.299-311, 2009.