



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Deyvyd Manoel Condé Andrade**

**Redes sociais e a mediação de saberes: implicações no processo  
de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Niterói - RJ**

Rio de Janeiro

2015

Deyvyd Manoel Condé Andrade

**Redes sociais e a mediação de saberes: implicações no processo de trabalho  
dos agentes comunitários de saúde de Niterói - RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

A553 Andrade, Deyvyd Manoel Condé.  
Redes sociais e a mediação de saberes : implicações no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Niterói - RJ / Deyvyd Manoel Condé Andrade. – 2015.  
134 f.

Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem em saúde comunitária. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Redes sociais. 4. Educação em saúde. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

Deyvyd Manoel Condé Andrade

**Redes sociais e a mediação de saberes: implicações no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Niterói - RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2015.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sonia Acioli de Oliveira  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Regina Maria Marteleto  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os agentes comunitários de saúde do país, especialmente os de Niterói - RJ, pois o trabalho de vocês é, sem dúvidas, essencial para a construção de um sistema de saúde de qualidade.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais esta conquista. Ele tem sido fundamental em minha caminhada, iluminando-a com amor, sabedoria e serenidade para que eu possa concretizar todos os meus sonhos.

A minha família, que desde a minha entrada na escola, vem investindo todo seu amor, confiança e acreditando, a cada dia, no meu potencial.

A minha querida orientadora Helena David, pela confiança em meu trabalho, paciência, acolhida generosa e amizade. Nesse tempo de convivência só tenho que lhe agradecer pelas excelentes oportunidades de participação em seus projetos, os quais me trouxeram importante aprendizado e me permitiram conhecer novas possibilidades de pesquisa.

Aos meus amados e queridos amigos, especialmente, Ariane Pires, Kelly Fernanda, Juliana Roza, Maria Regina Pimentel, Thais Vidaurre, Cynthia Braz, Juliana Amorim, Leoana Marques, Daniester Braga e Elaine López. Todas vocês contribuíram, sobremaneira, para a concretização de mais esta etapa em minha vida. Sempre serei muito grato pelas boas vibrações, palavras de carinho e apoio. Agradecido!

A querida professora Regina Marteleto, que com sua generosa acolhida mineira e carinho, permitiu a minha participação em sua disciplina sobre Redes Sociais e me aproximou dessa temática complexa e intrigante. E, confesso, quero muito aprofundá-la no doutorado. Além disso, trouxe importantes contribuições para a concretização deste trabalho.

À querida professora Sônia Acioli, seu sorriso e delicadeza me transmitiram serenidade e confiança para continuar nesse trabalho. Agradecido pelas valiosas contribuições neste estudo.

Às acadêmicas de enfermagem Vanessa Queli, Jaqueline Freitas e Lyana Moura, que colaboraram na etapa de transcrição das entrevistas. Agradecido pelo apoio e trabalho de vocês.

Aos funcionários da Coordenação do Programa de Pós - Graduação da Faculdade de Enfermagem, em especial a Glaucia, Fabíola e Anderson. Gents, eficientes e acolhedores! Agradecido.

A todos os professores do Mestrado, especialmente à professora Norma Souza, sempre com uma energia vibrante e positiva. Todo meu carinho e admiração pelo maravilhoso ser humano que você é.

À Secretária de Saúde de Leopoldina - MG, Lúcia Gama, e a coordenadora de Atenção Básica do município de Leopoldina, Maria Emília, que foram solidárias e compreensivas e, nos momentos finais de realização deste estudo, me transmitiram tranquilidade para a concretização dele.

A minha mais nova amiga e colega de trabalho, Ivy Montenari, agradeço pela paciência em me ouvir, por respeitar as minhas ausências, pelas palavras de apoio e carinho.

Aos meus novos e queridos colegas de trabalho da Unidade ESF 1 - Quinta Residência, que me receberam com grande generosidade e carinho, auxiliando-me no processo de trabalho e, em meus momentos de ausência, conduziram o trabalho brilhantemente. Agradeço pelas vibrações positivas, meus queridos.

À coordenadora do Programa Médico de Família de Niterói, Fernanda Quintão, pela sua disponibilidade em me ajudar no processo de coleta de dados.

E, em especial, aos agentes comunitários de saúde e a enfermeira, participantes deste estudo. Emociono-me a cada leitura das entrevistas. A cada ACS, agradeço pelas palavras de conforto que pronuncia nos momentos de incertezas. Agradeço pela disponibilidade e amabilidade. Agradeço por ser atencioso, cortês e realista diante dos fatos. Por cuidar com destreza desta coisa tão frágil que carregamos - a vida! Pelas vezes em que é despertado no meio da noite, para mitigar um problema inesperado. Agradeço quando, vence o seu cansaço, domina a dor e angústia, no desespero por uma ajuda. Pelo seu olhar magnânimo e pela vontade de ajudar e transpor obstáculos. Quando nos últimos recursos é encontrado em suas mãos o calor humano. Agradeço pela sua coragem que contagia as dificuldades encontradas em seu trabalho. Seu amor pelo outro consegue transformar o impossível em tantas outras possibilidades. Sim, vocês são fundamentais para a construção do SUS. Sem o trabalho de vocês, não se teria alcançado tantas conquistas e inovações no processo de trabalho, em saúde, principalmente na atenção primária em saúde. Só tenho mesmo que lhes agradecer e reconhecer o valor inestimável do trabalho realizado por vocês.

## RESUMO

ANDRADE, Deyvyd Manoel Condé. **Redes sociais e a mediação de saberes:** implicações no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Niterói - RJ. 2015. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O objeto deste estudo é o processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a mediação e compartilhamento de saberes, com base na análise das redes sociais em dois módulos do Programa Médico de Família de Niterói – RJ, cujos objetivos foram: a) identificar os atores envolvidos nas redes sociais dos ACS; b) descrever as redes sociais construídas no processo de trabalho do ACS dentro e fora do módulo; c) analisar, no processo de trabalho do ACS, a mediação e as redes sociais presentes no processo. Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, a qual contou com a participação de 14 ACS e uma enfermeira de dois módulos do PMF. A coleta dos dados ocorreu nos meses de outubro de abril a junho de 2014 por meio de entrevista semiestruturada. A técnica utilizada para o tratamento dos dados ocorreu por meio da Análise Temática de Conteúdo, complementada pela Análise de Redes Sociais, da qual se obteve o desenho estrutural da rede de interações dos dois módulos e suas medidas de centralidade. A partir da análise de conteúdo, emergiram três categorias empíricas: as redes sociais dos ACS como corresponsáveis no diagnóstico da situação de saúde local e suas repercussões no processo saúde-doença-cuidado; tensões e potencialidades na mediação de saberes no processo de trabalho do ACS e o ACS na formação de elos: desafios e possibilidades para a promoção da saúde. Concluiu-se, na perspectiva dos objetivos deste estudo, que os participantes fazem uso de suas redes sociais não apenas para a mediação do conhecimento, mas para aumentar seus círculos sociais e conquistar novos laços com usuários e outros profissionais de saúde. Além disso, as redes podem contribuir para mediações e práticas numa perspectiva ampliada de saúde que inclui, além de aspectos físicos do processo saúde-doença-cuidado, os sociais, culturais, econômicos e históricos, valorizando o atendimento aos usuários, no sentido da integralidade e territorialidade.

Palavras-chave: Trabalho em saúde. Educação. Redes sociais. Agentes comunitários de saúde. Enfermagem.



## ABSTRACT

ANDRADE, Deyvyd Manoel Condé. **Social networks and the mediation of knowledge**: implications for the work processes of community health agents, from Niterói – RJ. 2015. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The object of this study is the process of work of the community health agent and mediation and sharing of knowledge, based on the analysis of social networks in two modules of Niterói Family Medical Program - RJ, whose objectives were: a) identify actors involved in the social networks of the ACS; b) describe the social networks built in the ACS work process inside and outside the module; c) review, in the ACS work process, mediation and social networks present in the process. Search qualitative, descriptive and exploratory nature and with the participation of 14 ACS and 01 nurse two modules of the PMF. Data collection occurred from October April to June 2014 through semi-structured interview. The technique used for the treatment of data was by means of Content thematic analysis, complemented by Social Networks Analysis which gave the structural design of the network of interactions of the two modules and their centrality measures. Content analysis revealed three empirical categories: social networks of ACS as co in the diagnosis of the local health situation and its effects on the health-disease-care process; tensions and potential knowledge in mediation in the ACS work process and the ACS in forming links: challenges and possibilities for the promotion of health. It was concluded in the context of the objectives of this study, the participants make use of their social networks not only for the mediation of knowledge, but to increase their social circles and win new ties with users and other health professionals. In addition, networks can contribute to mediation and practices in a larger health perspective that includes not only physical aspects of the health-disease-care, social, cultural, economic and historical, valuing the service to users, improving the comprehensiveness and territoriality.

Keywords: Work in health. Education. Social networks. Community health agents. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Rede estrutural de relações dos agentes comunitários de saúde do Programa Médico de Família do Cantagalo .....	69
Figura 2 -	Rede estrutural de relações dos agentes comunitários de saúde do Programa Médico de Família do Maceió .....	70
Quadro 1 -	Centralidade de grau do módulo do Programa Médico de Família de Cantagalo .....	71
Quadro 2 –	Centralidade de Grau do módulo do Programa Médico de Família do Maceió .....	72
Quadro 3 –	Estatísticas descritivas gerais da centralidade de grau do módulo do Programa Médico de Família de Cantagalo .....	73
Quadro 4 –	Estatísticas descritivas gerais da centralidade de grau do módulo do Programa Médico de Família de Maceió .....	73
Quadro 5 –	Grau de centralidade de informação do módulo do Programa Médico de Família do Cantagalo .....	74
Quadro 6 -	Grau de centralidade de informação do módulo do Programa Médico de Família do Maceió .....	75
Quadro 7 -	Estatísticas descritivas gerais do grau de centralidade de informação do módulo do Programa Médico de Família do Cantagalo .....	76
Quadro 8 -	Estatísticas descritivas gerais do grau de centralidade de informação do módulo do Programa Médico de Família do Maceió .....	76
Quadro 9 -	Grau de Proximidade da rede de interações por atores do módulo do Programa Médico de Família do Cantagalo .....	77
Quadro 10 -	Grau de Proximidade da rede de interações por atores do módulo do Programa Médico de Família do Maceió .....	77
Quadro 11 -	Grau de intermediação do módulo do Programa Médico Família do Cantagalo .....	78
Quadro 12 -	Grau de intermediação do módulo do Programa Médico de Família do Maceió .....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
ARS	Análise de Redes Sociais
CIEP	Centros Integrados de Educação Pública
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
EEAAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FENF	Faculdade de Enfermagem
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundação Municipal de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMF	Programa Médico de Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Política Nacional de Agentes Comunitário de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UMF	Unidade Médico de Família
UR	Unidade de Registro
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

US	Unidade de Significação
VD	Visita Domiciliar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO</b> .....	23
1.1	<b>Atenção primária à saúde: conceitos e abordagens</b> .....	23
1.2	<b>O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua atuação na atenção primária em saúde</b> .....	30
1.3	<b>O ACS como mediador e educador</b> .....	37
1.4	<b>Redes sociais e saúde</b> .....	48
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	57
2.1	<b>Caracterização do estudo</b> .....	57
2.2	<b>Cenário do estudo - Breve Histórico do Programa Médico de Família em Niterói – RJ</b> .....	58
2.3	<b>Sujeitos do estudo</b> .....	61
2.4	<b>Procedimento e instrumento de coleta dos dados</b> .....	61
2.5	<b>Análise dos dados</b> .....	63
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	67
3.1	<b>Breve caracterização dos sujeitos do estudo</b> .....	67
3.2	<b>Análise estrutural da rede do módulo do PMF Cantagalo e do Maceió</b> .....	68
3.3	<b>Categoria A: As redes sociais dos ACS como corresponsáveis no diagnóstico da situação de saúde local e suas repercussões no processo saúde-doença-cuidado</b> .....	80
3.3.1	<u>Os laços fortes como fortalecimento ou limitadores do trabalho em equipe</u> .....	80
3.3.2	<u>Os laços fracos presentes no processo de trabalho do ACS e da equipe de saúde</u> .....	86
3.4	<b>Categoria B: Tensões e potencialidades na mediação de saberes no processo de trabalho do ACS</b> .....	92
3.4.1	<u>A prevenção como forma de controle do processo saúde-doença-cuidado</u> .....	92

3.4.2	<u>O saber popular e técnico-científico presente na rede de relações dos ACS</u> .....	96
3.5	<b>Categoria C: O agente comunitário de saúde na formação de elos: desafios e possibilidades para a promoção da saúde</b> .....	102
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	109
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115
	<b>APENDICE A</b> - Roteiro de Entrevista I .....	124
	<b>APÊNDICE B</b> - Roteiro de Entrevista II .....	125
	<b>APÊNDICE C</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	126
	<b>ANEXO A</b> - Parecer consubstanciado do CEP .....	127
	<b>ANEXO B</b> - Perfil dos ACS do Estado do Rio de Janeiro: análise comparativa entre municípios e regiões .....	130

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde do Programa Médico de Família do município de Niterói, Rio de Janeiro. Ele é parte de um projeto institucional intitulado “Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: análise comparativa entre municípios e regiões”, que propõe analisar o perfil de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) a partir de uma abordagem interdisciplinar que leva em consideração dimensões materiais e simbólicas, objetivas e subjetivas, macro e microestruturais. Este projeto está pautado em sete eixos, os quais referem-se a temas disciplinares, a saber: a) perfil sociodemográfico e de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS); b) trabalho do ACS e as políticas nacionais e internacionais de atenção primária (AP); c) qualificação profissional e acesso à escolarização; d) condições e gestão do trabalho; e) as práticas profissionais na atenção básica e suas repercussões para a mudança de modelo assistencial; f) as questões de gênero no trabalho; g) redes sociais no cotidiano de trabalho do ACS (DAVID, 2013).

O interesse pelo tema ocorreu a partir das discussões e trocas de experiências em uma disciplina do mestrado acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), “Educação Popular e Construção Partilhada do Conhecimento em Saúde”, em que pude compartilhar minha experiência vivenciada durante a residência em Saúde Coletiva e com o grupo de pesquisadores e estudantes que participavam do projeto institucional.

Durante minha atuação como residente em saúde coletiva pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF), tive a oportunidade de transitar por diversos cenários na rede de saúde de Niterói durante, aproximadamente, um ano e três meses. Um desses cenários foi a Atenção Básica, que tem o Programa Médico de Família (PMF) como principal porta de entrada para ações e serviços de nível básico/primário e como coordenador da gestão do cuidado nos territórios do município.

Uma questão que me instigava na rede básica de saúde de Niterói foi o modo como se deu a inserção do agente comunitário de saúde (ACS) e do enfermeiro.

À época de implantação do PMF, estes atores não foram considerados membros das equipes. Quem realizava o trabalho dentro e fora dos módulos eram os auxiliares de enfermagem, e estes não tinham a supervisão direta/indireta de um enfermeiro. Quem ‘supervisionava’ seu trabalho era o médico clínico geral, com o apoio do presidente da associação de moradores (TEIXEIRA; MONTEIRO; MIRANDA, 1999).

Com o tempo e com as mudanças na gestão da saúde, além da complexidade das necessidades de saúde, outros profissionais foram aderindo às equipes básicas. Em meados de 2012, os ACS e os enfermeiros foram inseridos nas equipes básicas, porém, essa inserção se deu sem planejamento prévio pelo gestor municipal e não contemplou o preconizado na Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

Essa Portaria destaca as principais atribuições do ACS desde a organização e planejamento das ações em saúde até a implementação e avaliação destas ações e suas repercussões na saúde da comunidade (BRASIL, 2011). No momento, o município está passando por um processo de reestruturação desse nível de atenção, principalmente após a inserção do enfermeiro e do ACS na composição das equipes.

É importante destacar que, das ações preconizadas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), algumas eram desenvolvidas pelas equipes básicas do PMF na época de sua implantação. Grande parte dos auxiliares de enfermagem que compõem estas equipes são moradores das comunidades onde os módulos estão inseridos. Com a inserção dos ACS e as mudanças que vem ocorrendo na organização e no processo de trabalho em saúde, principalmente as implicações advindas das complexas relações com o território, essa situação tem sinalizado questões relevantes para o processo saúde-doença-cuidado.

Estas podem ser traduzidas a partir de três pontos fundamentais encontrados no processo de trabalho do ACS e que não estão contemplados nos documentos oficiais: a primeira se refere a sua diversificada e complexa experiência vivenciada em territórios, muitas vezes, marcados pelas dificuldades socioeconômicas e a limitada ação das políticas públicas sobre as necessidades humanas (saúde, educação, saneamento básico, transporte e moradia); a segunda aponta para sua capacidade de desconstruir redes de relações com a comunidade na qual trabalha e está inserido como morador e usuário; e, por último, o conhecimento acumulado a



partir de suas experiências e sua capacidade em traduzir, simultaneamente, o conhecimento científico e o do senso comum na sua prática (BORNSTEIN, 2007; CUNHA; FRIGOTTO, 2010).

Desde a graduação, já atuava com esse profissional, observando seu processo de trabalho dentro e fora dos serviços de saúde. Neste período, já percebia a complexidade do seu trabalho e o modo como articulava o conhecimento técnico científico e o do senso comum, assim como a interação com os indivíduos que prestava assistência.

Durante os trabalhos que desenvolvi nos módulos do PMF, onde atuei como enfermeiro de saúde coletiva, tive a oportunidade de trabalhar com os ACS dentro e fora do módulo. Nas visitas domiciliares, fui observando a relação destes trabalhadores (e também moradores das comunidades e usuários do sistema público de saúde) com os usuários, além do modo como atuavam para atender as necessidades de saúde da comunidade.

Percorrendo o território e entrando nos domicílios, pude perceber o tamanho da complexidade das diversas situações (socioeconômicas, culturais, geográficas, dentre outras) que se relacionam, direta ou indiretamente, com o processo saúde doença e com as condições de vida e trabalho das comunidades.

Assim, em muitas situações, esse trabalhador, usuário e morador da comunidade, tem formas peculiares de ação e intervenção. Destas, uma que me chamou a atenção foi sua capacidade de atuação como mediador/facilitador, além do seu papel de educador em saúde.

Bornstein (2007) destacou em seu estudo que o ACS é reconhecido, por unanimidade, como importante mediador entre o serviço de saúde e a comunidade, além de sua atuação como mediador de saberes. Esse processo depende da forma de como se dá a mediação e as interferências que atravessam as ações dos ACS nesse processo. No que se refere à forma, as ações podem assumir um caráter vertical ao priorizarem orientações à comunidade, com intuito de convencimento da população sobre a importância e o valor do saber científico. O caráter transformador desse processo se daria pelo maior compartilhamento, com maior permeabilidade dos serviços de saúde em absorver as necessidades de saúde da população (BORNSTEIN, 2007).

No contexto de Niterói, as tensões na equipe e as relações de poder bem delimitadas dos profissionais, com maior tempo de atuação no PMF, têm dificultado

o trabalho do ACS e contribuído, em alguns casos, na mediação reprodutora. David (2011) considera que essa mediação possibilita a continuidade de um modelo de saúde tecnicista, no qual as relações são delimitadas pela hierarquização e a não valorização da capacidade dos usuários construírem, ao seu modo e baseado em sua vivência, um saber válido que contribua para a saúde e vida da coletividade. Nesse sentido, o ACS tem sido apenas mais um membro da equipe que transmite a informação e /ou o conhecimento para a comunidade, levando à compreensão de que ou os usuários não possuem conhecimento ou o escasso conhecimento que possuem é inadequado, podendo ser prejudicial à saúde e vida.

Em algumas circunstâncias, observei intervenções e ações de prevenção de agravos/doença realizadas pelos ACS, as quais eram de cunho imediatista e sem qualquer reflexão crítica sobre estas. Orientações sobre mudança de hábitos de vida e risco de doenças fazem parte do rol de ações reproduzidas pelos ACS e profissionais de saúde.

Tais ações não levaram em conta a complexidade do processo de produção social da saúde-doença, além do restrito alcance de resultados positivos, quando centrado em medidas dessa natureza (SANTANA et al., 2012).

Isso reflete o modo como o processo de trabalho em saúde tem sido planejado e imposto aos ACS e aos outros profissionais que compõem as equipes de saúde, corroborando com a afirmação de que, em raras exceções, a fala do ACS é levada em consideração na organização e planejamento do trabalho em saúde. Apenas o estritamente técnico tem importância (ÁVILA, 2011).

O mecanicismo nas ações dos ACS (muitas vezes decididas sem a participação ativa dos ACS) e, em algumas circunstâncias, a apatia e passividade encontrados no seu trabalho, podem ser decorrentes da falta de uma reforma política nas práticas em saúde dos profissionais de saúde. Isso se reflete historicamente nas práticas de saúde brasileira através do não questionamento e reflexão crítica sobre as práticas tradicionais, pois é mais cômodo fazer observações superficiais e apontar os limites técnicos de determinada política de saúde do que criticarmos construtivamente seus propósitos políticos e econômicos que contemplem práticas transformadoras (ÁVILA, 2011).

Por outro lado, tive a oportunidade de vivenciar situações onde os ACS são importantes “agenciadores de encontro entre os territórios” (COSTA; CARVALHO, 2012, p. 2931) atuando também na fronteira com outro território. Nessas

circunstancias, pude observar como essa relação se desdobrava em ações que facilitavam o acesso do usuário aos serviços de saúde. Ao se relacionarem com ACS de outros territórios, havia o compartilhamento de conhecimentos e informações sobre a necessidade de saúde dos usuários daquela comunidade. A partir de então, havia essa troca. E nessa relação era formado um peculiar “sistema” de referência e contrarreferência.

A experiência vivenciada por um ACS em determinada situação do processo-saúde-cuidado de um território contribuía com o trabalho que o outro ACS realizava naquele momento. Por esse motivo, o ACS tem se tornado elo fundamental entre os usuários e os serviços de saúde em que atua. Isso tem contribuído com o processo de territorialização do Sistema Único de Saúde (SUS) e materializando ações de cidadania que assegurem o direito de acesso do usuário aos serviços de saúde, vindo a produzir a uma nova perspectiva de saúde e trabalho nas comunidades onde atua (COSTA; CARVALHO, 2012).

Portanto, é importante destacar a relevância do trabalho dos ACS, pois são profissionais que conseguem estabelecer laços essenciais entre as equipes de saúde e a população adscrita. Além disso, são capazes de identificar necessidades de saúde e possibilidades de intervenção junto aos outros profissionais da equipe (NASCIMENTO; CORREA, 2012; PINTO; FRACOLLI, 2012).

No que se refere a relação interpessoal com os usuários, a introdução do ACS nas equipes básicas de saúde (no caso, do município de Niterói) é determinante na identificação das limitações e dificuldades dos usuários em ter acesso aos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, partindo das demandas que são solicitadas aos ACS.

Refletindo sobre essas questões, comecei a compreender a importância do ACS como agente social e não como mero sujeito (BOURDIEU, 2012). Segundo Bourdieu (2012), na filosofia do sujeito, este é concebido como um ser estático, fora do jogo de interesses do campo. Bourdieu (2012) supera essa concepção de filosofia do sujeito quando diz que o sujeito dá-se na medida em que indivíduos e coletividades (pessoas, classes ou instituições) disputam entre si alguma coisa de interesse comum. Ao trabalhar na concepção de agente social, ele sinaliza que o agente é o ser que age e luta dentro do campo social de interesses e quem muda as estruturas através do embate externo e interno dos campos.

Pensando nisso e trazendo para o campo de discussão sobre o tema redes sociais, admite-se que tais redes são ancoradas a partir de um capital social em constante movimento, constituídas a partir de relações vinculadas a um grupo de agentes que não são apenas dotados de propriedades comuns, mas unidos por ligações permanentes e úteis. Estas ligações não se reduzem às relações de proximidade, em termos de espaço geográfico ou no espaço econômico e social em que estão submetidos, por exemplo, elas se dão a partir de trocas materiais e simbólicas inseparáveis. Estas permitem a instauração e perpetuação do (re) conhecimento dessa proximidade (BOURDIEU, 2007). Sob este aspecto, e levando em consideração o processo de trabalho do ACS e sua relação com a comunidade, o “[...] capital social que esse agente possui, dependerá da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar e do volume do capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada um daqueles a quem está ligado” (BOURDIEU, 2007, p. 67).

Assim, o capital social, segundo Marteleto (2004), pode ser entendido como a totalidade de recursos decorrentes de uma rede de relações de reconhecimento mútuo demarcados em campos sociais. Esses recursos são empregados pelos agentes através de uma estratégia de progresso dentro da hierarquia social do campo, prática que resulta da interação do indivíduo com a estrutura e vice-versa. Cada campo pode ser caracterizado como espaço de manifestação de relações de poder; assim, esses campos vão se estruturando a partir de relações desiguais de um *quantum* (capital social) social determinando, pois a posição de cada agente vai de acordo com o poder que concentra (MARTELETO, 2004).

E nesse processo de interação entre os campos e a dinâmica das relações de poder aí encontradas é que se configuram as redes sociais no trabalho do ACS. Estas se expressam a partir do reconhecimento social vivenciado em seus múltiplos vínculos através do movimento das informações técnicas, científicas e do senso comum, resultado da articulação entre os saberes. As redes oportunizam uma compreensão da dinâmica social em suas potencialidades e limitações, pois possibilitam a exploração da riqueza que o capital social proporciona. Para uma teoria de capital social e de mudanças sociais, o conceito de redes sociais é central no contexto atual de desenvolvimento do capitalismo, marcado pela lógica de mercado na área da saúde, fragmentação do mundo do trabalho e domínio do capital financeiro em suas diversas facetas (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

Interessou-nos, portanto, focalizar o tema deste estudo no trabalho dos agentes comunitários de saúde a partir das suas redes sociais e, dentro destas, o compartilhamento de saberes e informações.

Através da contextualização acerca do objeto, emergiram três questões norteadoras descritas a seguir:

- a) Quais os atores estão presentes nas interações em rede que o ACS estabelece no seu trabalho?
- b) Como as redes sociais se estruturam no seu processo de trabalho?
- c) Como os ACS se relacionam, em sua prática, dentro das redes sociais para mediação e compartilhamento de saberes e informações?

Este estudo se estrutura em quatro capítulos, os quais dão suporte metodológico e teórico para a etapa de análise e discussão dos resultados:

- a) Atenção Primária à Saúde: conceitos e abordagens;
- b) O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua atuação na Atenção Primária em Saúde;
- c) O agente comunitário de saúde como mediador e educador;
- d) Redes sociais e saúde.

O primeiro capítulo apresentará um breve histórico da atenção primária à saúde, iniciando as discussões com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde como proposta de convidar todos os países a orientarem os seus sistemas de saúde. E foi com a Declaração de Alma-Ata que essa proposta ganhou maior concretude, ao sinalizar os impactos pela adoção da atenção primária à saúde e as possíveis melhorias que esse modelo poderia trazer para os sistemas de saúde locais. Em seguida, são discutidos os marcos históricos da Reforma Sanitária no Brasil e as propostas de reorientação do modelo através da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, da adoção dos princípios da APS.

O segundo capítulo pontuará a importância da APS para o advento de duas importantes estratégias de reorientação do modelo de saúde no Brasil: a estratégia

de saúde da família (ESF) e a de agentes comunitários de saúde (EACS). A seguir, será discutido o papel do ACS na ESF e os desdobramentos do seu processo de trabalho por meio de ações que proporcionam a consolidação do SUS como uma política de saúde que garante o direito ao acesso aos serviços de saúde. Além disso, trata das contradições e limitações que esse trabalhador atravessa em seu processo de trabalho: o grande desafio em ser tradutor das necessidades de saúde da comunidade onde vive e trabalha; promover e/ou limitar o acesso aos serviços de saúde e seu papel de educador em saúde atrelado às limitações em sua formação.

O terceiro capítulo é uma continuidade das atribuições do ACS na atenção primária em saúde (APS) e seu foco está voltado para o papel do ACS como mediador entre os serviços de saúde e as necessidades de saúde da comunidade em que vive e trabalha, além da educação em saúde que perpassa todo esse processo de mediação. Aqui será tratado como ocorre esse processo de mediação e como o ACS e os outros membros de sua equipe lidam com o conhecimento técnico – científico e o saber popular. Serão pontuados, também, os tipos de mediações e como elas aparecem no processo de trabalho do ACS.

E, por fim, o quarto capítulo trabalhará o conceito de redes sociais, o marco histórico na construção desse conceito e os estudos aí implicados. Será discutido o papel dessas redes a partir dos capitais (social, econômico, cultural, simbólico) construídos e os desfechos das interações sociais para formação de elos e laços. Cabe destacar aqui a discussão das redes sociais na área da saúde e os desdobramentos que essas redes trazem para as políticas públicas, sinalizando a importância das redes e os impactos delas na organização e planejamento em saúde dos diferentes níveis de atenção e, principalmente, para a APS.

## **Objetivos do Estudo**

### **Objetivo Geral**

O objetivo geral desse estudo é analisar as redes sociais no trabalho dos ACS do Programa Médico de Família de Niterói.

### **Objetivos específicos**

- a) Identificar os atores envolvidos nas redes sociais dos ACS;
- b) Escrever as redes sociais construídas no processo de trabalho do ACS dentro e fora do PMF;
- c) Analisar, nas redes sociais do trabalho do ACS, a mediação e o compartilhamento de saberes.

### **Justificativa e contribuições do estudo**

A apreensão do objeto de estudo aqui apresentado e o alcance dos objetivos possibilitam conhecer e aprofundar o processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a mediação do conhecimento, através dos usos das redes sociais. A Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) terá acesso às informações a respeito de como o agente comunitário de saúde realiza a mediação do conhecimento a partir das interações que ele constrói ao longo do seu percurso no território. Neste sentido, vislumbra-se um impacto positivo desta pesquisa: elencar algumas situações em que, no processo de trabalho do agente comunitário, este faça uso das redes sociais para mediar o conhecimento e a informação nos territórios em que atuam.

Os achados deste estudo são ricos e podem ser utilizados em favor da qualidade do ensino da FENF/UERJ, pois essa proposta de trabalho permitirá reflexões acerca do trabalho do agente comunitário de saúde, sinalizando sua

importância como um agente de mudanças que possibilita novas configurações nas redes de atenção à saúde a começar de suas interações sociais no território.

Após apreensão do objeto e alcance dos objetivos, os dados obtidos poderão auxiliar os formuladores de políticas de saúde do papel desempenhado pelo agente comunitário e como ele faz uso das redes sociais (formais e informais) para garantir direitos ao acesso à saúde e integralidade no processo saúde-doença-cuidado. Essa pesquisa também poderá contribuir para a equipe de enfermagem, principalmente para os enfermeiros que compõem equipes de saúde onde o agente comunitário está inserido e, também, é responsável pela supervisão do seu trabalho.

A presente pesquisa pode ainda incentivar outras escolas a investigarem outras possibilidades de estudo com redes sociais seja no trabalho do agente comunitário e na Atenção Primária à Saúde e em outros espaços de interação entre saúde, conhecimento e informação.

Outra contribuição da pesquisa é sua busca pelo fortalecimento e aumento da produção científica de uma das linhas de pesquisa da ENF/UERJ, denominada “O trabalho e a formação em saúde e enfermagem”, que se propõe a estudar a formação em enfermagem e a saúde do trabalhador, assim como o processo de trabalho em saúde, tanto no contexto das políticas governamentais para os setores públicos e privados quanto no da organização dos sistemas de saúde, segurança e trabalho.



## 1 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO

### 1.1 Atenção primária à saúde: conceitos e abordagens

Antes de trazermos, neste capítulo, os conceitos e abordagens da Atenção Primária em Saúde (APS), é fundamental resgatarmos, historicamente, as origens desse modelo de atenção à saúde e pontuarmos os principais fatos que marcaram a sua construção.

Internacionalmente, no ano de 1978 foi realizada, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde foi idealizada a Declaração de Alma-Ata. Essa conferência, à época, conclamou todos os países que trouxessem novo direcionamento dos seus sistemas de saúde a fim de proporcionar atenção sistematizada e de qualidade para a população. Em seu relatório final, a APS foi considerada como o primeiro nível de atenção à saúde, com a responsabilidade de desenvolver ações prioritárias e estratégicas, com grande impacto sobre a saúde da população (RIBEIRO, 2007). Compareceram nessa Conferência representações de 134 governos, além de mais de três mil delegados. O Brasil foi um dos países ausentes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2011).

Importante destacar que antes da Conferência Internacional de Alma-Ata, outros movimentos internacionais já apontavam interesses em torno das ideias de atenção primária. Alguns exemplos podem ser mencionados, como a experiência chinesa dos Médicos Pés Descalços, as consequências advindas do processo de descolonização dos países africanos e as Missões da Comissão Médica Cristã, que atuam em alguns países, inclusive no continente africano (FONSECA, 2013).

Porém, a Conferência Internacional de Alma-Ata foi um marco significativo em torno da história da APS, pois foi nesse momento que se produziu uma conceituação de atenção primária em saúde internacionalmente conhecida (FONSECA, 2013).

A Declaração de Alma – Ata enfatiza que a saúde é um direito essencial, incorporando o mais alto nível de saúde para a população, requerendo a participação de outros setores, sociais e econômicos, além do setor saúde. Aponta ainda que a promoção e proteção da saúde são cruciais para o desenvolvimento

econômico e social contínuo e salienta a participação coletiva dos povos no planejamento e execução dos cuidados. Sobre os cuidados primários de saúde, estes são essenciais para o desenvolvimento pleno de uma vida social e economicamente ativa e produtiva, sendo o primeiro contato do indivíduo e comunidade com o sistema de saúde. Sinaliza para os governos o esforço de cooperação entre si, no intuito de assegurar os cuidados à saúde de todos os povos (BRASIL, 2002).

Ribeiro (2007) salienta que a Declaração de Alma – Ata trouxe em seu bojo a especificação de oito elementos fundamentais para serem contemplados nos serviços e ações de cuidados primários, a saber: a educação em saúde; o saneamento ambiental, principalmente água e alimentos; o programa de ações materno-infantil, que inclui a imunização e o planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; o tratamento adequado e oportuno das doenças comuns; o fornecimento de medicamentos essenciais; a promoção da saúde mental e de boa alimentação.

Com o intuito de atingir progressiva expansão na cobertura de serviços, essa Declaração pontuou algumas importantes ações de saúde que merecem destaque: cobertura universal das necessidades de saúde da população; investimento em ações que contemplem a prevenção de agravos/doenças, promoção da saúde, assistência oportuna e reabilitação; ações contextualizadas a partir das condições de vida e trabalho, incluindo os valores, crenças, cultura, recursos financeiros e capacidade de gestão; ações articuladas com a participação da comunidade; integração de uma rede hierarquizada de serviços de saúde; planejamento a partir das necessidades de saúde da população; e a participação de outros setores que mantém relação com os serviços de saúde (OMS, 1991; VERAS, 1991).

Posteriormente, os governos deveriam seguir fielmente os princípios básicos da APS, com o intuito de orientar mudanças nos sistemas nacionais de saúde. E para que esses princípios fossem efetivados, os governos tinham a obrigação de se comprometer politicamente com o acordado pela Declaração, reformulando suas políticas públicas de saúde e planos nacionais, integrando a APS como elemento fundante das atividades de desenvolvimento desse setor (OMS, 1991).

Como marco histórico mundial da APS, a declaração enfatiza a responsabilidade dos governos sobre a saúde dos povos por meio de medidas sanitárias e sociais, enfatizando a saúde como direito fundamental e como meta

social primordial. O texto denuncia as desigualdades existentes no estado de saúde dos povos e convida as agências internacionais e os governos a empenharem-se na redução da lacuna que separa o estado de saúde dos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, bem como ater-se à meta Saúde para todos no ano 2000, a qual pretende alcançar um nível de saúde que permita uma vida social e econômica mais produtiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2011).

Segundo Ribeiro (2007), houve discordâncias entre as nações com distintas realidades socioeconômicas e culturais sobre a noção de APS apresentada na Declaração. Em países subdesenvolvidos, as discussões em torno dos pontos levantados na conferência ficaram pautadas apenas nos oito elementos citados acima, limitando somente nos cuidados primários de saúde, sendo compreendido como nível de atenção voltada apenas para as “classes subalternas” (VALLA, 1996, p. 177) que não tinham acesso aos serviços de saúde. Tais países apontavam que essa proposta apresentava generalizações e que não eram condizentes com a realidade social e cultural, além do pouco avanço dos serviços de saúde desses países (RIBEIRO, 2007).

Esse foi o marco histórico e político da saúde no contexto internacional, que teve repercussões importantes para diversas nações, já sinalizando a necessidade de uma reorientação do modelo de saúde, até então atuante, focando nas reais necessidades de saúde de seu povo. Não pretendemos fazer um resgate aprofundado sobre esse momento histórico e nem avançar na ordem dos acontecimentos que marcam a consolidação da APS no mundo. Vamos examinar, brevemente, a relação desse marco fundamental da APS num período mais recente da construção histórica da saúde no Brasil, não perdendo de vista outros fatos históricos internacionais que influenciaram a construção do modelo de APS no Brasil.

Starfield (2002) foi uma das pesquisadoras que se dedicou aos estudos sobre a APS e desenvolveu uma abordagem que caracteriza a APS em sua abrangência nos países desenvolvidos, detalhando importantes atributos para os serviços de atenção primária. Tal abordagem também se encontra inserida no contexto de saúde do Brasil e ressalta características específicas da APS: a prestação de serviços de primeiro contato do usuário; cuidado longitudinal e integral ao longo da vida, considerando especificidades de ordem física, psíquica e social da saúde nos limites de atuação do profissional de saúde; e a coordenação de serviços que contemplem

ações que atendam a necessidades de saúde menos frequentes e mais complexas. Esta pesquisadora destaca ainda que os serviços de APS devem estar orientados para as necessidades de saúde da comunidade e da família, centrando suas ações em cada membro, de modo singular. Além disso, os serviços e profissionais da APS devem ter competência cultural para lidar com as diferenças que surgem das necessidades dos diversos grupos populacionais.

A primeira característica da APS é ser um serviço de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, sendo solicitado a cada vez que o usuário necessita de atenção, em caso de adoecimento ou acompanhamento de rotina de suas condições de saúde. Como serviço de primeiro contato, é considerada a porta de entrada obrigatória no sistema, devendo ser acessível à população, extinguindo barreiras de ordem geográfica, financeira, organizacional e cultural, possibilitando entrada e saída do usuário a cada necessidade de saúde a ser atendida. O papel dos serviços de APS, como coordenadores do acesso aos outros níveis de atenção à saúde, deve envolver responsabilização pela saúde da população, independente das barreiras existentes, outorgando das necessárias autoridades administrativas e financeiras, além de reconhecimento quanto à importância e essencialidade das ações e funções exercidas pelas equipes que atuam nos serviços de APS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2011; STARFIELD, 2002).

Assim, como porta de entrada no sistema de saúde, a APS tem importante destaque no acesso e acessibilidade do usuário aos serviços de saúde. Segundo Travassos e Martins (2004), acessibilidade corresponde à oferta de serviço e acesso é o modo como as pessoas percebem a acessibilidade. Por esse motivo, na APS, o planejamento das ações e organização dos serviços de saúde deve detalhar e ter claro as limitações que o usuário pode enfrentar no acesso aos serviços disponíveis e, conseqüentemente, o desdobramento dessas ações para os outros níveis de atenção (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Outro atributo conferido à APS é o cuidado longitudinal. Pelo fato dos serviços de APS estarem inseridos em comunidades e estabelecerem vínculos com estas, no decurso da vida, o acompanhamento das necessidades de saúde e outras demandas que se relacionam, direta ou indiretamente, com a saúde e vida das pessoas, ganham concretude a partir da regularidade de atenção conferida pelos serviços e na relação interpessoal com os profissionais de saúde (CUNHA;

GIOVANELLA, 2011). Esse processo permite não só a criação de vínculo e um cuidado longitudinal, como também o contato com o processo social e econômico vivenciado pela comunidade, permitindo se aproximar do modo de sentir, pensar e agir dos moradores com relação a si mesmos ou a outros.

Os outros atributos, a adscrição de usuários e a abrangência dos serviços de saúde permitem identificar a população que utilizará os serviços de saúde, definindo a população de referência ao serviço de APS correspondente e a integralidade das ações que considera o atendimento das necessidades de saúde nos âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da atuação, dentro dos limites de atuação do profissional e da capacidade dos serviços em atender estas necessidades, respectivamente (BRASIL, 2012; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2011).

Com relação ao Brasil, a APS incorporou os princípios da Reforma Sanitária, o que levou o SUS a adotar outra nomenclatura, Atenção Básica à Saúde (ABS), com o intuito de enfatizar uma reorientação do modelo assistencial, partindo da ideia de um sistema universal e integrado a uma rede de atenção à saúde (BRASIL, 1997).

Com relação à nomenclatura adotada no Brasil, esta ganhou contornos especiais. Diferente da adotada internacionalmente (Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde), a expressão “Atenção Básica em Saúde” tornou-se oficial, sendo adotada pelo governo brasileiro, passando essa denominação para as secretarias e documentos oficiais. Outros pesquisadores têm um olhar diferente e analisam essa terminologia em outro enfoque. O termo “básica”, nesse caso, pode ser entendido como algo que sustenta, que dá base, que é fundamental e básico, dá um sentido oposto, entendido como algo simples; outros compreendem o termo “primário” como primeiro, principal e não como algo elementar (MATTA; MOROSINI, 2008; MELLO; FONTANELLA; DERMAZO, 2009).

Segundo Mello, Fontanella e Dermazo (2009, p. 205),

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao ‘complexíssimo’ princípio da APS, o do primeiro contacto.

Ainda, no que se refere ao conceito adotado pelo Brasil, podemos observar em seus documentos oficiais o uso tanto de Atenção Básica em Saúde (ABS), quanto APS ou apenas uma das terminologias. Um exemplo desses “conflitos” de morfologia e significados é o aparecimento deles em documentos oficiais. Segundo Mello, Fontanella e Dermazo (2009), alguns documentos oficiais apresentam incertezas em qual terminologia usar. Ele relata que nas “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, há passagens que citam a expressão Atenção Básica (AB) como prioridade do Pacto em Defesa da Vida. Nesse documento, em momento algum, aparece o termo APS ou AP. Porém, em outro documento oficial (Nota Técnica 06/2006 editada pelo Conass) há alternância no uso dessas expressões. Outro dado curioso, em relação ao uso dessas nomenclaturas, é a pouca utilização da expressão APS, originada a partir da Declaração de Alma-Ata. Essa seria a expressão que melhor se enquadraria à proposta de universalidade e participação social no SUS (MELLO; FONTANELLA; DERMAZO, 2009).

Porém, mesmo com esse conflito de terminologias, os documentos oficiais vêm trazendo os princípios fundamentais que foram debatidos e pactuados durante a Conferência de Alma – Ata e, claro, se adaptando ao longo da trajetória histórica, política e cultural dos movimentos de construção do modelo de saúde do país.

A APS, no Brasil, conforme mencionado, realinhou os princípios fundamentais pactuados em Alma – Ata, adequando-os à situação de saúde encontrada no país. De acordo com a realidade brasileira, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - (BRASIL, 2012) traz em seu conteúdo, princípios e diretrizes que norteiam o modelo de saúde adotado no Brasil (1990) (também em acordo com a Lei Orgânica 8080/90 e a lei 8142/90), sendo caracterizada por um rol de ações de saúde,

no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo

ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 19).

Além disso, tal política é ancorada numa gestão do trabalho e do cuidado com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida da comunidade, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada para o sistema e transversaliza suas ações pela Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se nos princípios de integralidade do cuidado, universalidade, acessibilidade, na criação de vínculos, na longitudinalidade/continuidade do cuidado (BRASIL, 2012; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2011), na responsabilização mútua, na humanização do cuidado, na equidade e na participação social.

A APS foca suas ações no sujeito e em sua inserção sociocultural, tendo como meta produzir um cuidado integral (BRASIL, 2012).

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a APS colabora sobremaneira pelo fluxo do usuário na rede e na organização dos serviços de saúde, possibilitando cuidados mais equitativos e integrais a uma população definida, sendo apta a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, assim como pelo estado de saúde da população a que presta assistência e cuidado. A APS, como coordenadora da rede, tem quatorze atributos dispostos em quatro âmbitos de abordagem dentro da RAS: “modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de recursos financeiros e incentivos” (OMS, OPAS, 2011, p. 18).

No que concerne ao eixo “modelo assistencial”, há seis atributos dentre os quais: população e territórios definidos, com seus conhecimentos, necessidades e preferências nas questões de saúde; rede que integra uma extensa rede de saúde com serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos, com programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; primeiro de nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população, com porta de entrada que integra e coordena a atenção à saúde; prestação de serviços especializados; mecanismos de coordenação assistencial; e atenção centrada no indivíduo, família e na comunidade; e em seus aspectos culturais e de gênero. No eixo “governança e estratégia”, considera como primeiro atributo um sistema de governança único em toda a rede; o segundo seria participação social e, por fim, ações intersetoriais com abordagem

nos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde. O eixo “organização e gestão” traz como atributos: gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico; recursos humanos suficientes e qualificados para a rede; sistema de informação integrado em toda a rede; e gestão baseada em resultados. E o último eixo, “alocação de recursos financeiros e insensitivos”, cita como último atributo o financiamento adequado e alinhado com as metas da rede (OMS, OPAS, 2011).

Observando atentamente esses atributos, coordenados pela APS, fica evidente a complexidade das ações empreendidas pelos serviços de saúde e pelos profissionais das equipes de APS em gerir e conduzir cada um desses atributos, sem perder de vista os princípios fundamentais e diretrizes do modelo de saúde adotado no país. Para isso, a Saúde da Família (ESF) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) entram em cena, como políticas estratégicas que darão sustentabilidade e solidez para a gestão do cuidado e do trabalho na APS.

## **1.2 O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua atuação na atenção primária em saúde**

No processo de mudança do modelo assistencial à saúde no Brasil, as duas estratégias, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) têm sido amplamente utilizadas pelo Ministério da Saúde (MS). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi uma das primeiras estratégias a serem implementadas no país, criado para auxiliar nas ações de promoção e prevenção no nível local e domiciliar a partir de ações simplificadas e em acordo com os princípios fundamentais pactuados na Conferência de Alma-Ata. Inicialmente, teve como prioridade ações voltadas o público materno-infantil, vindo a cumprir uma importante etapa do processo de reorganização da AB, com um trabalho fundamentado nas noções de área de cobertura e ações de prevenção de doenças e agravos à saúde. Nesse sentido, propôs sua ênfase em ações de promoção da saúde, ainda que de modo rudimentar. O principal profissional dessa estratégia foi o agente de saúde (ÁVILA, 2011).



A experiência do PACS teve início no Ceará com o Programa de Agentes de Saúde (PAS), inspirado no projeto integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado na década de 70 pela Universidade de Brasília, Fundação Hospitalar do Distrito Federal e Fundação de Serviço Social do Distrito Federal. O trabalho dos agentes, de fato, originou-se em 1987, a partir de uma experiência com agentes de saúde como parte do Programa de emergência, em resposta à forte seca que ocorreu na década de 80 nesta região. Esse programa, como medida emergencial, selecionou apenas as mulheres que habitavam o sertão. Os critérios de seleção se basearam no nível socioeconômico, ou seja, as mulheres mais pobres, independentemente do nível escolar que se encontravam, garantindo-lhes um salário mensal durante esse período; que fossem capazes para esse trabalho, sendo também conhecidas e respeitadas pela comunidade. Fica evidente, nessa relação, que o programa acabou surgindo a partir de uma mão de obra sem capacitação e que pudesse suprir, de um lado, as necessidades de sobrevivência de muitas famílias e, de outro, a urgência em melhorar os indicadores de saúde das crianças a partir de ações simplificadas. Com o término do Programa Emergencial, esse trabalho ganhou visibilidade pelo governo do estado, onde este institucionalizou o PAS pelo Decreto nº 19945 de janeiro de 1989, regulamentando, posteriormente, pela Portaria nº 232/92 e pelo Decreto nº 23079 de fevereiro de 1994 (ÁVILA, 2011).

A partir dessa exitosa experiência no Ceará e a repercussão dessa estratégia no estado, na década de 90, o governo federal institucionaliza e universaliza o PAS, mesmo sabendo que já existia o trabalho dos agentes em outros países. Assim, para implantar o PAS, era preciso contratar outro profissional de saúde que pudesse supervisionar o programa. Gradualmente, o profissional de enfermagem foi assumindo essa função, o que possibilitou a interiorização do (a) enfermeiro (a) pelo PAS. No mesmo período, o MS, em parceria com os gestores das secretarias estaduais e municipais de saúde, institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) e, mais tarde, o PACS (ÁVILA, 2011; BARROS et al., 2010).

Com o avanço do PACS e a inserção de outras categorias profissionais para compor essas equipes - como médicos, enfermeiros e, em menor escala, dentistas e farmacêuticos, ainda na década de 90, é lançado oficialmente no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), vindo mais tarde a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ÁVILA, 2011).

Assim como o PACS, o ESF vem contribuir para a construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias e da comunidade. São estratégias que se fundamentam em uma nova perspectiva ética, política e institucional (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A SF tem como pilares essenciais a territorialização, com a adscrição de usuários a partir de uma área definida de atuação e, para isso, utiliza princípios geográficos em sua moderna concepção para definir os territórios que serão atendidos pelas equipes de saúde. Além desses princípios, há outros que merecem destaque: a ESF possui um caráter substitutivo ao modelo biomédico, centrado prioritariamente na cura e na doença e, por isso, trabalha com uma concepção mais ampliada de saúde, focando em ações de prevenção de doenças/agravos e promoção da saúde; busca atenção integral e requer articulação com outros setores sociais, traduzidos pela integralidade e intersectorialidade, respectivamente; trabalho realizado a partir de equipe multiprofissional, já que esta possibilita a troca compartilhada de saberes e práticas; responsabilização e criação de vínculos entre comunidade e serviço de saúde, que remete ao compromisso da equipe e dos gestores em ofertar atenção humanizada à população local; e estímulo à participação dos usuários e ao controle social (NEPOMUCENO; QUEIROZ; PAIVA, 2010).

Dentro dessa lógica do cuidado e de reorganização do modelo de saúde proposto pela APS, o PACS traz em seu arcabouço programático as ações e funções que devem ser empreendidas pelos ACS a começar dessa complexa trama de princípios, diretrizes, objetivos e metas propostos pela APS.

O exercício da profissão de ACS deve observar a Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2002a), que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, o Decreto nº 3.189/1999 (BRASIL, 1999), que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, e a Portaria nº 1.886/1997 (BRASIL, 1997a) (do Ministro de Estado da Saúde), que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família. Nestas, há uma série de considerações sobre o trabalho do ACS sinalizando, sobretudo, seu papel e suas atribuições dentro da esfera de cuidado da APS. Sob este aspecto, no processo de trabalho do ACS, há algumas tensões na mediação entre o serviço de saúde e as necessidades de saúde da comunidade sinalizando, com isso, possíveis

“fragilidades” e “potencialidades” desse trabalho para a saúde do território onde atua e para si.

Como componente chave, o ACS é o elo entre o cotidiano da vida na comunidade, com suas necessidades de saúde, e os componentes do sistema de saúde (GOLDSTEIN et al., 2013). O novo manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) intitulado “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” vem qualificando o ACS como um “agente de mudanças” (ÁVILA, 2011).

Além disso, ele pontua a proximidade desse trabalhador com a comunidade onde atua, destacando seu trabalho como extensão dos serviços de saúde, dada sua característica fundamental para ser ACS: ser membro da comunidade e ter envolvimento pessoal com ela. Sendo assim, nesse cenário, ele está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade e tem maior facilidade de interação e comunicação com os seus membros. Seu trabalho, conforme encontrado nesse manual,

favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc. (BRASIL, 2009, p. 24)

Esse manual ressalta que, para a realização de um trabalho de qualidade, é preciso vasto conhecimento sobre as situações-problemas do seu território; conhecer não apenas os problemas enfrentados pela comunidade, mas as potencialidades existentes para lidar com eles e a capacidade de crescimento social e econômico; ser um agente ativo e ter iniciativa; gostar de aprender coisas novas; observar atentamente as pessoas, as coisas, os ambientes; e em sua relação com a equipe e usuários, agir com respeito e ética. Além de todos esses atributos, ainda deve ser capaz de: identificar áreas em situação de risco para a saúde e vida do indivíduo e da coletividade; encaminhar as pessoas para os serviços de saúde, sempre que julgar necessário; orientar as pessoas de acordo com o estabelecido pela equipe de saúde; e acompanhar a situação de saúde da comunidade, fazendo as intervenções e encaminhamentos com a intenção de conseguir bons resultados (BRASIL, 2009; COSTA et al., 2013).

Ante a complexidade do trabalho em saúde, é importante destacar que esse trabalho tem sempre um destinatário, e nele há processos suscetíveis a situações

inesperadas, as quais não cabem, quando se pensa o trabalho apenas na lógica da objetividade, ou seja, que se vise uma padronização das ações, exclusivamente orientada pelo trabalho prescrito (SILVA-ROSLI; ATHAYDE, 2011).

O trabalho prescrito em saúde pode ser compreendido pelo trabalho que atende normas, diretrizes e princípios, muitas vezes, idealizados por uma minoria de trabalhadores que não vivenciam a realidade do trabalho em saúde. Geralmente, ele está impresso em cartilhas, manuais, linhas-guias que ora orientam o planejamento, ora impõem uma única forma de pensar e gerir a saúde. Todavia, a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde diverge do modo de fazer/saber proposto nessas políticas.

Mas, em algumas situações, as prescrições oficiais não são as únicas presentes no processo de trabalho em saúde. Elas também podem ser oficiosas, o que permite flexibilizar as ações dos trabalhadores, planejando e organizando o trabalho para fazer ou não o que está normatizado. Pensando na lógica dos serviços de saúde que atendem às necessidades complexas e variadas, as ações não podem ser padronizadas. Os profissionais de saúde necessitam de autonomia para traduzir regras destinadas a eventos particulares, decidindo como e qual serviço prestar para atender às necessidades de saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Assim, pensando por essa lógica, o trabalho prescrito cede lugar ao trabalho real, que se configura na atividade realizada e no que é avaliado na incerteza, possibilitando o constante debate de normas (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Desta forma, o ACS pode ser visto como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhes atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Além disso, sua identidade comunitária e a importância do seu papel social os diferenciam dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao atuarem como mediadores entre as distintas esferas de organização da vida social, ajudando a abrir as portas da solidariedade comunitária e facilitando o acesso aos direitos sociais (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Muitas vezes, as demandas que aparecem para esse trabalhador não são apenas as relacionadas à saúde básica ou ao campo da saúde. Por atuarem em um órgão público e pela maior facilidade de comunicação com os usuários da comunidade, esses profissionais acabam sendo solicitados no auxílio de ações

sociais básicas. Situações de violência urbana, doméstica, das drogas, falta de saneamento básico, fome, miséria, dentre outros, são alguns exemplos onde esse trabalhador é convidado a intervir, todavia, sem qualquer respaldo por parte dos serviços de saúde e dos gestores. Em resposta a essas situações, os agentes se sentem impotentes, já que esses problemas demandam a participação de outros setores, integrando ações que, de fato, possam vislumbrar a promoção da saúde (ÁVILA, 2011; MALFITANO; LOPES, 2009).

Um dos pontos de destaque, no processo de trabalho do ACS, é a visita domiciliar (VD). Durante as VD, o ACS faz o cadastro das famílias e esse momento possibilita, tanto o agente quanto sua equipe, uma aproximação do real conhecimento das condições de vida das pessoas que residem na área. A partir disso, serão os ACS os responsáveis por manter o contato direto dos usuários com o sistema de saúde. Essa aproximação com a realidade da comunidade torna possível o levantamento das principais necessidades dos usuários, permitindo aos serviços de saúde o oferecimento de uma atenção voltada para as demandas e o respeito aos problemas da comunidade (COSTA et al., 2013).

A VD é uma oportunidade de trocas de informações que se dá no contexto de vida de cada pessoa e da família, já que cada domicílio apresenta uma realidade. Assim, ao identificar a realidade da família, seus problemas e necessidades, o ACS poderá consolidar um diagnóstico de saúde da comunidade, repassando as informações coletadas à equipe para o planejamento de ações (COSTA et al., 2013)

Nesse processo de mediação das necessidades, se o ACS faz a VD, identifica estas situações e não tem suporte que dê conta de resolver esse problema, acaba produzindo demandas. O usuário, muitas vezes insatisfeito com a visita do ACS, vai à procura de outros profissionais nos serviços de saúde; estes não atendendo às demandas sociais que se confundem, em alguns casos, com situações de saúde, acabam produzindo uma sobrecarga do processo de trabalho no serviço de saúde (CUNHA; FRIGOTTO, 2010) e o ciclo se reinicia com novas necessidades de saúde.

O usuário sem o atendimento devido retorna à sua residência e, com o tempo, essa demanda não atendida pode ou não se transformar em uma nova demanda, mais complexa e de difícil intervenção. E como a VD é uma das atribuições do ACS, este retorna à casa do usuário e acompanha dia a dia os desdobramentos do não atendimento da demanda inicial. Além disso, o ACS poderá acompanhar o

atendimento de diversos usuários que podem ou não se encontrar na mesma situação.

Como um dos pré-requisitos durante a seleção para a vaga de ACS é morar na comunidade, essa dupla entrada no território – morar e trabalhar – os levam a assumir dois papéis: o de agente e o de sujeito. Essa relação, ao longo do tempo, cria uma porosidade no cotidiano de trabalho e de morador da comunidade, pois tais situações acontecem no mesmo espaço e na relação com a mesma comunidade. Sob este aspecto, o ACS está exposto a situações de desgaste excessivo, que podem levar ao sofrimento psíquico e, conseqüentemente, um transtorno mental (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Essa situação de desgaste, presente no trabalho do ACS, está relacionada à presença de duas dimensões: uma dimensão tecnológica (que envolve as técnicas e instrumentos de avaliação da saúde) e outra solidária e social. Daí a possibilidade de potenciais zonas de tensão e conflito entre essas dimensões e sua relação com o planejamento em saúde, muitas vezes planejado apenas pelos gestores, não havendo a participação dos profissionais de saúde. Possivelmente, essas dimensões expressam os polos político e técnico do EACS. Daí se configura, na prática cotidiana, o grande dilema desse profissional: a dimensão social em convívio com a dimensão técnica e assistencial (SILVA; DALMASO, 2002).

Em algumas situações, o ACS não participa do planejamento das atividades do serviço de saúde em que atua e, assim, não compartilha com os demais profissionais as reais demandas e necessidades de saúde da comunidade. A sua capacidade de mediação, ao longo do tempo, é desgastada pelas excessivas exigências por metas quantitativas pré-estabelecidas pelo gestor local (meta para VD, por exemplo), estimuladas a partir de objetivos propostos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), focalizando em prioridades que se distanciam da realidade encontrada na comunidade, além de condutas técnicas que ocupam boa parte de sua jornada de trabalho (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

Quando o ACS tem a oportunidade de falar sobre situações que não estão contempladas no trabalho prescrito, alguns profissionais não veem essa fala como algo que possa contribuir com o planejamento, já que o que importa são os dados contidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Assim, essas situações, identificadas pelos ACS, não seriam contempladas nos indicadores de saúde e não gerariam recursos financeiros para o município.

Sob esse aspecto, fica evidente a grande contribuição do paradigma dominante (SANTOS, 2010) no modo de agir dos profissionais de saúde, os quais limitam suas ações ao trabalho normativo e prescritivo. Assim, pode-se falar

[...] de um modelo global de racionalidade científica que admite variedade interna, mas que se distingue e defende, por via de fronteiras ostensivas e ostensivamente policiadas, de duas formas de conhecimento não científico (e, portanto, irracional) potencialmente perturbadoras e intrusas: o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos (em que se incluíram, entre outros, estudo históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos). [...] a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas (SANTOS, 2010, p. 21).

Através desse modo de fazer e saber imposto ao processo de trabalho do ACS, Bornstein e Stotz (2009) nos alertam para o risco dos ACS terem uma participação passiva na sua relação com o território e com a comunidade à medida que vão assimilando esses discursos tecnicistas vindo dos “especialistas” de dentro e fora do serviço, reproduzindo esse conhecimento de forma mecânica.

Destarte, as tensões e limitações no processo de trabalho do ACS nos permite compreender a gênese social desse modo de fazer do trabalhador, procurando as razões que o sustenta, do jogo de linguagens, de coisas materiais e simbólicas que nele se geram.

### **1.3 O ACS como mediador e educador**

De um modo geral, as políticas públicas voltadas para a APS tendem a busca pela “normalidade” e pela “vida saudável” (DAVID, 2013, p. 220) e acabam trazendo no escopo de seus princípios e diretrizes um discurso que se distancia da realidade vivida pela população. Algumas descrições são homogêneas e não levam em consideração a diversidade de situações/problemas enfrentados pelos Estados e municípios brasileiros. O cotidiano da vida da população se dá em condições adversas e concretas. E estas condições estão enraizadas na vida da comunidade e na lida do dia a dia entre os indivíduos, o que possibilita a construção de uma identidade própria (LOTTA, 2012).

Diante desse fato, no cotidiano de trabalho das equipes, conforme mencionado, o ACS é um dos atores fundamentais na APS, pois como morador, ele compartilha da construção desta identidade no território. Daí uma de suas principais características no processo saúde-doença-cuidado: ser mediador entre o serviço e as necessidades de saúde do indivíduo, família e do território. Por viver a realidade cotidiana do local onde vive e trabalha, no processo de mediação, encontra importantes tensões, limitações e potencialidades nessa complexa trama entre os objetivos das políticas públicas, dos serviços de saúde e as necessidades de saúde locais.

Transitando junto com o ACS pelas comunidades, pode-se identificar situações que distanciam os usuários dos serviços de saúde. Barreiras geográficas; credences populares; tradições de família; violência urbana (principalmente motivada pelo tráfico); incompatibilidade de horário dos serviços com o horário de trabalho dos usuários; desconhecimento, por parte do usuário, de serviços de saúde disponibilizados e outras tantas situações, interferem no processo de trabalho do ACS.

Assim, o ACS ganha destaque na equipe, pois detém maior conhecimento empírico sobre a realidade onde atua, o que envolve a dinâmica local, os valores e o conhecimento que circula na comunidade. Isto possibilita maior fluidez à organização e ao processo de trabalho em saúde, criando parcerias e articulações locais. Ante a estas características, o processo de mediação pode adquirir variadas formas e ângulos: a garantia do acesso aos serviços de saúde; o acompanhamento das necessidades de saúde da comunidade, facilitando o atendimento de metas de produtividade e controle sanitário; e a mediação do conhecimento técnico-científico e do saber popular.

O conceito de mediação ganha maior amplitude, quando comparamos à ideia de ponte, esta interligando duas realidades: comunidade e serviços de saúde. No plano das práticas de saúde mediadas pelo ACS, essa ponte permite a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de um modo geral. Uma importante ação empreendida pelo ACS que interliga essas realidades e facilita o acesso é a VD. Nela, o ACS tem a possibilidade de visitar o local de moradia das pessoas da comunidade e a oportunidade de ouvir seus relatos, histórias além de, muitas vezes, ter acesso às informações que não são específicas da área de saúde, o que estende



seu papel de mediação nas distintas esferas da organização da vida social (BORNSTEIN, 2007).

Esse papel mediador do ACS e sua intervenção no modo de andar a vida da comunidade também exigem da equipe de saúde, onde esse trabalhador se situa, o exercício do seu potencial educativo para lidar com as mais diversas situações de saúde, ou não, encontradas no território.

Segundo Brandão (2007), a educação é uma parte do modo de vida dos grupos sociais que a recriam, entre tantas invenções de sua cultura, em sua sociedade. Assim,

Formas de educação que produzem e praticam, para que elas reproduzam, entre todos os que ensinam-e-aprendem, o saber que atravessa as palavras da tribo, os códigos sociais de conduta, as regras do trabalho, os segredos da arte ou da religião, do artesanato ou da tecnologia que qualquer povo precisa para reinventar, todos os dias, a vida do grupo e a de cada um de seus sujeitos, através de trocas sem fim com a natureza e entre os homens, trocas que existem dentro do mundo social onde a própria educação habita, e desde onde ajuda a explicar - às vezes a ocultar, às vezes a inculcar - de geração em geração, a necessidade da existência de sua ordem (BRANDÃO, 2007, p. 10-11).

Por transitar entre “fixos” (como exemplo, os serviços de saúde e a residência dos usuários) e “fluxos” (os caminhos realizados na rede de saúde, as ações empreendidas para garantir o acesso dos usuários) (MONKEN et al., 2008), o ACS tem capacidade de identificar a posição social (medida por indicadores de classe social) dos indivíduos adscritos ao serviço onde será atendido (através da ficha A, por exemplo), a partir de variáveis isoladas como escolaridade e ocupação ou, até mesmo, pelas condições de vida de determinados indivíduos situados em um dado espaço do território (BARATA, 2009).

Ao identificar essas características, que podem influenciar nas desigualdades de acesso e utilização dos serviços de saúde, ele consegue mensurar (muitas vezes sem conhecimento técnico específico) o estado de saúde da população que presta cuidado (BARATA, 2009).

Assim, como é responsabilidade do ACS transitar pela comunidade e ter o conhecimento de fixos e fluxos, a ESF prevê que todos os membros da equipe também devem circular, conhecer e atuar no território onde se encontram. Porém, segundo David (2013), é o ACS que assume total responsabilidade neste papel, atuando como autêntico “vigilante” (BRASIL, 2009, p. 24).

Nesse processo de mediação e do seu papel educador, há oscilação entre condutas de dominação e transformação presentes no cotidiano de trabalho dos ACS. Vários fatores contribuem para essa oscilação e interferência no processo de trabalho: as diretrizes adotadas pelos serviços de saúde; as metas de produtividade e de atendimento dos indicadores de saúde; o modo de organização dos serviços e sua permeabilidade; a formação dos ACS e dos demais profissionais de saúde; isso, de algum modo, tem repercussão na facilitação/mediação existente no processo de trabalho do ACS, potencializando e/ou limitando sua atuação (BORNSTEIN, 2007).

Ainda, segundo Bornstein (2007), dentro do processo de mediação, pode-se encontrar propostas que contemplem ações de educação em saúde empreendidas no cotidiano de trabalho: a mediação educativa. Esta pode ser conceituada de três maneiras: a primeira, educação redentora, a sociedade pode ser compreendida a partir de um conjunto de seres humanos que se inter-relacionam de modo orgânico e harmonioso, podendo existir grupos que se desviam, ficando à margem dessa totalidade. Nesse sentido, o papel do mediador seria integrar ações que contemplassem a harmonia entre todos os indivíduos e corrigir os desvios que aí surgissem. A educação como reprodução está condicionada à reprodução de meios materiais e culturais inseridos na sociedade, tendo a força de trabalho como um de seus elementos potencializadores, possuindo, desta forma, uma vertente biológica e outra cultural. Nessa abordagem, a reprodução da força de trabalho parte de uma concepção quantitativa, que inclui aspectos biológicos e uma concepção qualitativa, que se ocupa de aspectos culturais. E, por último, tem-se a educação como meio de transformação, tendo “uma instância dialética que serve a um projeto, a um modelo, a um ideal de sociedade” (BORNSTEIN, 2007, p. 25). Esta concepção parte da ideia de que a mediação educativa pode ser uma instância social que estará empenhada na luta pela transformação da sociedade (BORNSTEIN, 2007).

Sob esse aspecto, em vários momentos do processo de trabalho do ACS e de acordo com o tipo de necessidade de saúde, essas formas de mediação estarão permeando suas ações, seja a partir da organização do processo de trabalho em saúde ou pelo modo como lida com o cotidiano da vida no território.

David (2013) entende que a prática educativa mais presente, no processo de trabalho do ACS, é a mediação convencidora. Ela tem como marco central a ideia de que os “novos” conhecimentos aí difundidos seriam levados para indivíduos ignorantes, o que permite uniformizar hábitos e condutas de acordo com os

preceitos de vida saudável. Tal mediação, articulada com a reprodutora, não busca problematizar as situações de saúde da comunidade e, conseqüentemente, deixam o usuário na periferia das decisões e, até mesmo, fora delas. Assim, na sua interação com o usuário, o ACS adota uma postura convencencedora/reprodutora de hábitos ideais, marcado pela “culpabilização dos sujeitos quanto ao seu comportamento ou hábito de saúde, sem sinalizar o contexto em que esta situação se produz” (DAVID, 2013, p. 221).

Assim, Valla (1996, p. 179) ressalta que

É provável que dentro da concepção de que os saberes dos profissionais e da população são iguais esteja implícita a ideia de que o saber popular mimetiza o dos profissionais. Se a referência para o saber é o profissional, tal postura dificulta a chegada ao saber do outro. Os saberes da população são bem elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente.

Bornstein, Lopes e David (2014) sinalizam que, na Portaria nº 648, entre as atribuições específicas do ACS, também se incluem atividades educativas dirigidas ao indivíduo e coletividades. No processo de trabalho do ACS, a dimensão educativa ganha centralidade, principalmente quando consideramos seu foco na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

Contrapondo ao descrito na Portaria nº 648, através de pesquisa realizada por Bornstein, Matta e David (2009), as equipes de saúde pesquisadas no município do Rio de Janeiro desenvolviam poucos trabalhos de educação em saúde na comunidade, assim, as práticas estavam focadas apenas nas recomendações de prevenção de doenças, abordadas pelos programas do Ministério da Saúde. Nesses achados, as orientações fornecidas aos usuários, pelas equipes de saúde, estavam permeadas pela prática do convencimento.

A prática do ACS, guiada apenas por ações de prevenção, que inclui posturas e condutas imediatistas e normativo/prescritivas, como os agendamentos de consultas, entrega de exames, encaminhamentos para equipamentos assistenciais, pode fragmentar o cuidado prestado, além de criar novas demandas, não levando em conta a complexidade do processo de produção social da saúde-doença-cuidado, além da limitação conferida pela centralidade de ações dessa natureza. Assim, em sua prática, os ACS pode perpetuar condutas centradas na queixa-

conduta, na medicalização do sofrimento social e na naturalização do adoecimento (DAVID, 2011; SANTANA et al., 2012).

Como postura e prática nas ações, tanto na atenção quanto na gestão, nas unidades de saúde, o acolhimento possibilita a criação de relações de confiança e compromisso mútuos dos serviços para com a comunidade, favorecendo a promoção da cultura de solidariedade e legitimação do SUS. Promove avanços e fortalecimento entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde na defesa pelo SUS, como política pública em consonância do que é essencial para a população brasileira (BRASIL, 2010).

O acolhimento também se estrutura a partir da mudança de conduta na organização do processo de trabalho em saúde e o foco dessa mudança deve priorizar ações que atendam todos os usuários que procuram o serviço. Para que esse acolhimento se desdobre em ações de cuidado, educação e compromisso com o outro, o profissional deve ter uma postura capaz de acolher, escutar e fornecer a informação mais adequada à realidade do usuário, atentando para sua capacidade de compreensão e o cuidado no uso de uma linguagem de fácil entendimento. Isso demonstra responsabilização com a saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos (e) afetivos entre profissionais e usuários (DAMASCENO et al., 2012).

Nessa perspectiva, “[...] acolher é ter uma rede de confiança e solidariedade entre cidadãos, usuários, profissionais e equipes de saúde, tornando a produção da saúde um encontro de paz” (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009, p. 442).

Através de práticas que priorizam, o acolhimento e a educação em saúde, o ACS tem maiores possibilidades de estabelecer com a comunidade parcerias para superação de dificuldades por meio de ações que se focalizam nas origens e significados do problema apresentado, bem como as possíveis formas de enfrentamento. Logo, ao vivenciarem situações de abandono social na comunidade, o ACS tem a possibilidade de ampliar sua concepção de saúde e buscar, ao seu modo, conscientizar-se da necessidade do desenvolvimento de práticas integradas entre os serviços e a gestão local a fim de complementar as orientações gerais do acompanhamento dos usuários pela rede de serviços demonstrando, assim, uma visão ampliada, fenomenológica e dialética da realidade (GOMES et al., 2010). Pela sua facilidade de relação com os usuários e mobilidade pela comunidade, mas ao

mesmo tempo, pelas dificuldades institucionais e limitações do seu processo de trabalho,

faz-se necessária a identificação e definição não só das necessidades e demandas em saúde, mas também das condições institucionais para viabilização das ações e dos caminhos a serem percorridos — o que inclui a formação adequada dos profissionais de saúde para atuar no SUS e nos seus diferentes níveis, especialmente na atenção básica, de modo a torna-los capazes de enfrentar os problemas resultantes da pobreza e da desigualdade social tão presentes no cotidiano brasileiro (GOMES et al., 2010, p. 1152).

Outro ponto de destaque no processo de trabalho do ACS é sua capacidade de estabelecer vínculos, sob as mais diversas circunstâncias, que podem contribuir na aproximação dos usuários nos espaços de participação social. Mesmo que o modelo biomédico possa representar uma grande barreira nessa relação, principalmente pela cultura rigidamente científica, pelo autoritarismo e pela verticalidade na comunicação que limite a construção de espaços participativos, o ACS pode contribuir para essa mudança de paradigma já que

O potencial de atuação política e educativa do ACS denota a importância de reconhecer o saber, as vivências e as experiências que esse profissional traz acerca do processo saúde-doença e da dinâmica de vida e trabalho da coletividade em que vive. Todavia, esse saber não normatizado tem sido desvalorizado pelas equipes ou no contexto dos conhecimentos disciplinares que são oferecidos pelos cursos de capacitação (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013, p. 417).

As contradições impostas pela ordem social e que excluem os indivíduos são percebidas pelos ACS que também sofrem com esta situação, pois são moradores da comunidade onde atuam e vivem as mesmas contradições em suas relações de trabalho. No entanto, ao mesmo tempo em que seu trabalho deve atender ao proposto nas políticas de controle sanitário das populações, o ACS se percebe como agente transformador e potencializador de mudanças. Porém, seu papel de mediação é marcado pela ambiguidade e contradições na comunidade onde vive e trabalha, de ser os olhos dos serviços na comunidade e também alvo desse olhar (DAVID, 2013).

Vale destacar também que, apesar dessas contradições, tensões e limitações no processo de mediação realizado pelo ACS, esse agente é fundamental na construção compartilhada do conhecimento, por lidar e promove e/ou limitar a circulação de diferentes saberes pelas redes que são construídas no território.

No cotidiano de trabalho do ACS, as redes de interações construídas no território possibilitam a esse ator social o acesso a uma pluralidade de informações, conhecimentos e saberes. Estes, ora são produzidos pelos serviços de saúde, a partir das políticas de saúde, ora são construídos no cotidiano da vida em comunidade.

No que se refere à construção compartilhada do conhecimento, Carvalho, Acioli e Stotz (2001) apontam que essa metodologia, construída nas práticas de Educação e Saúde, considera a experiência vivenciada no cotidiano dos atores envolvidos, tendo por finalidade o poder e a conquista de intervenção nas relações sociais implicadas na qualidade de suas vidas. Esse conceito é elaborado no decorrer de uma experiência, tendo a prática como ponto fundamental na construção da teoria. Assim, a dinâmica e o processo na construção do conhecimento vão delineando o caminho conceitual e teórico a partir da realidade e da prática (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

A começar da interação entre os conhecimentos teórico e prático, temos a consolidação do “saber social” (VALLA; MARTELETO, 2003, p.11). Ele nasce através do diálogo entre os saberes popular/cultural (ligado à experiência) e o saber técnico-científico. Assim, se este último é capaz de sistematizar o conhecimento, o saber popular/cultural tem maior impacto na transformação da cultura, tida aqui como vivência. A partir desta ideia, Valla e Marteleto (2003, p. 12) enfatizam que o conhecimento social pode ser definido a partir dos “saberes, práticas, destrezas, procedimentos, valores, símbolos, ritos e sentidos” que dão sentido à vida.

A construção compartilhada do conhecimento é fruto da relação existente entre o conhecimento técnico científico e o senso comum (saber popular). Essa construção de baseia na interação comunicacional em que indivíduos, com saberes distintos e não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns. A partir da circulação dos saberes é que se tem a possibilidade de enfrentamento coletivo ou individual dos problemas concretos (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

No âmago do conhecimento científico, o senso comum é a opinião, o conhecimento desprovido de uma teoria sistematizada, um conhecimento não verdadeiro.

Assim, Santos (1994) traz o senso comum não como uma contraposição referida ao conhecimento científico. Em sua concepção, há uma relação dinâmica entre o senso comum e a ciência moderna configurando-se, assim, como uma “dupla ruptura epistemológica” (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001, p. 103), a qual possibilita a construção de um novo senso comum, em que todos os indivíduos são docentes no compartilhamento de diferentes saberes. Como expressão do modo de vida de sujeitos dominados, sob esse aspecto, o senso comum contém elementos de resistência e pontos de bom senso (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

Valla (1996) assinala duas importantes questões no processo de construção compartilhada do conhecimento: a primeira se refere a nossa dificuldade em compreender o que as classes subalternas estão nos dizendo, dificuldade esta muito mais relacionada a nossa postura do que com as questões técnicas, nesse caso a linguística, por exemplo. Tal postura se refere aos nossos julgamentos, o fato de acharmos que as pessoas pobres não são capazes de produzir conhecimento, organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade (VALLA, 1996).

Sob esse aspecto, Valla e Marteleto (2003) reforçam a ideia de que o saber popular, com seus diversos grupos e atores, produz informações com propostas de incentivo ou modificação das políticas públicas. Nesse processo de compartilhamento de saberes, tem-se o movimento de educação popular, que além de ter uma relação profunda com a população, cria possibilidades de redefinição crítica da prática técnica nos serviços de saúde e permite um modelo de atendimento mais integrado às necessidades de saúde do indivíduo.

A educação popular parte do pressuposto de que todos possuem um saber prévio, adquirido da história de vida, das práticas sociais e culturais. Este é o ponto inicial para a troca de conhecimentos. A relação entre os indivíduos nesse processo se dá, necessariamente, de forma dialógica, calcado na existência de diferentes saberes e a possibilidade de aprendizagem mútua (BORNSTEIN; STOTZ, 2008a).

Pensando nisso, ao observarmos a interação e o movimento do ACS pelo território, fica evidente que em seu processo de trabalho há uma troca incessante de saberes entre os serviços de saúde e a comunidade. Além disso, ele também vive as mesmas dificuldades no território onde vive.

O ACS, ao inserir-se no serviço de saúde, passa a ter um domínio relativo sobre as políticas públicas de saúde. Estas acumulam um grande volume de dados sistematizados em complexos sistemas de informação sobre as condições de saúde da população. Esse conhecimento, estruturado a partir de uma lógica universalista e positivista, leva à ruptura com o senso comum, o que leva ao rompimento entre conhecimento científico e ação social (VALLA; MARTELETO, 2003).

A partir dessa reflexão, David (2013) assinala que o papel de mediador de saberes, realizado pelo ACS, ocorre de diferentes maneiras e, assim, outras formas de mediação e produção do conhecimento vão se construindo de acordo com o contexto local. Ele passa a ser visto como “mediador de mediações” (DAVID, 2013, p. 224) e, dentro dessas formas, são construídos as redes sociais e os saberes que são produzidos na dinâmica da vida em comunidade.

É nesse complexo contexto em que o ACS se encontra imerso: ser profissional de um serviço de saúde que produz um determinado tipo de conhecimento e, ao mesmo, atuar e morar na comunidade onde há um saber construído, dia a dia, e que faz parte da identidade local. Quando está no campo, realizando suas atribuições, o ACS tem a oportunidade de ressignificar o conhecimento técnico científico traduzindo termos e conceitos para uma linguagem mais acessível ou pode reproduzir a mesma fala técnica, normatizadora e prescritiva.

Nestas circunstâncias, ele se torna um autêntico tradutor do universo científico ao popular, o que possibilita a facilitação do acesso da população aos cuidados de saúde (MIALHE; DAVID, 2011).

No entanto, observando o processo de trabalho em saúde no âmbito da APS, os profissionais que estão dentro dos serviços de saúde possuem um considerável desconhecimento das reais necessidades de saúde da população e o modo como esta enfrenta problemas relativos à saúde e doença, o que é indispensável para o planejamento e organização dos serviços de saúde (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

David (2013) destaca que, nesse contexto, emerge o papel educativo do ACS, pois é ele quem consegue mediar os distintos saberes, ajudando e ensinando as pessoas a terem mais saúde. Em situações específicas, como o caso de surtos epidêmicos da dengue, importantes reflexões são realizadas ao observar o processo



de trabalho do ACS, o que tornam visíveis as formas de produção, compartilhamento e circulação das informações (DAVID, 2013).

Em sua interação com a equipe, principalmente em reuniões para discussão de problemas encontrados na comunidade, a fala do ACS pode não ter o valor esperado para os profissionais. Geralmente, ela está impregnada pela fala do senso comum, das falas do saber popular e do conhecimento construído pela comunidade. Assim, os profissionais só querem o essencial, a objetividade, ou seja, se o usuário está tomando a medicação conforme prescrita; se está seguindo a dieta recomendada pelo médico; se está com o cartão de vacina em dia dentre tantas outras orientações prescritivas e normativas impostas pelos serviços.

Valla (1996) ressalta que a forma de relatar uma determinada experiência pode indicar a concepção de mundo de quem está relatando. Então, observando a interação dos profissionais com a comunidade, fica evidente que ambos não vivenciam as experiências da mesma maneira. O modo como o planejamento em saúde é elaborado não contempla essa peculiaridade porque o projeto que se quer é anterior ao contato com a população.

É nesse contexto de trabalho que o ACS se encontra: ora sendo obrigado a reproduzir um conhecimento sistematizado e técnico, ora tendo que lidar com o saber popular e a identidade local e, dentre tantas responsabilidades, equilibrar o peso das duas medidas.

Portanto, ainda que o ACS seja visto como importante mediador entre os saberes e com forte tendência para a promoção da saúde, a começar de um trabalho educativo e transformador, infelizmente, ele ainda reproduz a manutenção de um modelo calcado no tecnicismo, na hierarquização de relações entre os membros da equipe e a negação de que os sujeitos sejam capazes de construir um saber importante para a saúde. Então, a tendência das políticas públicas em saúde é incluir, cada vez mais, essa mediação reprodutora de compartilhar saberes, de modo não crítico, ainda que apareçam em seus textos temas de mudança de paradigma, transformação e educação popular em saúde (DAVID, 2013; VALLA, MARTELETO, 2001).

## 1.4 Redes sociais e saúde

O termo redes vem sendo utilizado há algum tempo e, frequentemente, verifica-se uma associação com a área da informação e comunicação. Com o advento da globalização e o uso maciço da internet, novos padrões de interação passaram a produzir formas distintas de informação e comunicação, o que possibilita a criação de novos laços sociais e novas redes de comunicação.

De acordo com Fontes (2012), a análise de redes sociais surge a partir da década de 70 do século XX, porém, não há um consenso sobre a existência de filiações teórico-conceituais importantes e nem um consenso sobre o corpus teórico-metológico. Também não existem relatos de como essa especialidade se desenvolveu dentro da Sociologia. Provavelmente, não há um movimento linear, originado de um ponto e, conseqüentemente, de uma escola com seus idealizadores e seguidores.

Logo, redes podem sugerir o fato de que as pessoas estabelecem interações/conexões entre si, assim, esse mecanismo, através de um movimento ativo e complexo, traz o entendimento de funcionamento da sociedade. Esse autor cita ainda que se pode buscar diversos significados da ideia de redes sociais na Sociologia entre os clássicos e sugerir prováveis fontes fundadoras desta especialidade ou, ainda, investigar a trajetória de formação intelectual dos estudiosos sobre esse tema. Daí a origem das duas principais orientações para a “construção” das redes sociais.

Uma história no sentido mais convencional, tentando inventariar na literatura os diversos momentos (épocas, lugares, filiações institucionais) do discurso sobre redes, e outro de conteúdo mais sociológico, na tentativa de reconstruir os caminhos, os processos de estruturação do conhecimento (FONTES, 2012, p. 50).

Segundo Acioli (2007), os primeiros conceitos de redes sociais nascem a partir da Antropologia Social, cuja a primeira aproximação se remonta à Claude Lévi-Strauss, ao analisar, etnograficamente, as estruturas elementares de parentesco. Na década de 70, Barnes já se preocupava com a heterogeneidade do uso da noção de redes, sem uma definição clara e uso específico.

Fontes (2012), em seu livro “Redes Sociais e Poder Local”, apresenta as filiações acadêmico-institucionais e as escolas que trabalharam na teoria de Rede. Inicialmente, a Teoria da Gestalt e a Antropologia Estrutural Funcionalista forneceram os primeiros “esboços” que catalisariam uma série de outros estudos de observação da realidade. Na Universidade de Manchester, antropólogos influenciados pela antropologia estruturalista de Radcliffe – Brown utilizaram, em seus estudos, alguns *insights* metafóricos sobre redes sociais e não um instrumental teórico-conceitual mais refinado. Both (1957), em seu estudo sobre famílias, oferece, de modo sistematizado, alguns importantes conceitos utilizados hoje, para aqueles que trabalham com redes, a saber: densidade, centralidade, multiplexidade, dentre outros (FONTES, 2012).

Pensando nas redes sociais e na interação entre indivíduo e sociedade, Elias (1994) afirma que não existe uma separação entre o conceito de indivíduo e sociedade, já que no âmbito das interações, esses conceitos se inter-relacionam a fim de provocar análises sobre a sucessão de eventos que se desdobram na relação do indivíduo com a sociedade e vice-versa.

Sob este ponto de vista, este mesmo autor assinala que não há dúvidas de que os indivíduos formam a sociedade e de que toda sociedade é composta por uma sociedade de indivíduos. Neste sentido, a partir de um exemplo de Aristóteles sobre a relação entre as pedras e a casa e a teoria da Gestalt, Elias afirma que estes já nos proporcionam uma compreensão, a partir de uma simples situação: a junção de muitos elementos individuais tem a capacidade de formar uma unidade, cuja estrutura não pode ser explicada a partir de seus elementos isolados. Assim,

na vida social de hoje, somos incessantemente confrontados pela questão de como é possível criar uma ordem social que permita uma melhor harmonização entre as necessidades e inclinações pessoais dos indivíduos, de um lado, e, de outro, as exigências feitas a cada indivíduo pelo trabalho cooperativo de muitos, pela manutenção e eficiência do todo social. Não há dúvida de que isso - o desenvolvimento da sociedade de maneira a que não apenas alguns, mas a totalidade de seus membros tivesse a oportunidade de alcançar essa harmonia - é o que criaríamos se nossos desejos tivessem poder suficiente sobre a realidade. Mas, ao pensarmos calmamente no assunto, logo se evidencia que as duas coisas só são possíveis juntas: só pode haver uma vida comunitária mais livre de perturbações e tensões se todos os indivíduos dentro dela gozarem de satisfação suficiente; e só pode haver uma existência individual mais satisfatória se a estrutura social pertinente for mais livre de tensão, perturbação e conflito. A dificuldade parece estar em que, nas ordens sociais que se nos apresentam, uma das duas coisas sempre leva a pior. Entre as necessidades e inclinações pessoais e as exigências da vida social, parece haver sempre, nas

sociedades que nos são familiares, um conflito considerável, um abismo quase intransponível para a maioria das pessoas implicadas (ELIAS, 1994, p. 18).

Não há dúvidas de que cada ser humano é fruto de relações que existiram antes dele; ele cresce e vive como parte de uma associação de um grupo, de um todo social. E isso não reflete que ele (o indivíduo) seja menos importante do que a sociedade, nem que ele seja o “meio” e a sociedade o produto acabado. A relação entre as partes e o todo já é, de algum modo, uma forma de relacionamento e nesse jogo de interações há momentos de harmonia e/ou desequilíbrio (ELIAS, 1994).

Tais contribuições, levando em consideração os conceitos de rede, permitem a superação de possíveis fronteiras entre indivíduos x sociedade, conteúdo x forma, entre perto x longe; entre essas divergências que não levam a lugar algum e que dificultam a construção de uma aproximação concreta sobre o real funcionamento da vida em sociedade (SIMMEL, 2006).

Segundo Marteleto e Tomaél (2013), as interações entre os indivíduos acontecem a partir de ações de reciprocidade e, nessa relação, há ações de cooperação e colaboração. Assim, quando os indivíduos produzem ações que influenciam outros, acontece esse movimento em razão de propósitos e impulsos. Pensado nos processos de sociação (que contrapõe-se à socialização), estes configuram-se quando a

coexistência isolada dos indivíduos adota formas determinadas de cooperação e de colaboração, que caem sob o conceito geral de interação. [...] é, assim, a forma, realizada de diversas maneiras, na qual os indivíduos constituem uma unidade dentro da qual realizam seus interesses (SIMMEL, 1983, p. 60).

Dessa forma, as diversas maneiras de sociação podem ser entendidas a partir das relações de aproximação/distanciamento, dominação/subordinação, divergências/convergências, dentre outras. Nos processos de sociação, a interação ocorre, no mínimo, entre duas pessoas caracterizando uma díade, unidade elementar da sociação (SANCHIS, 2011).

E é por meio dessas interações que se pode observar a formação dos círculos sociais, que ligam distintos indivíduos e grupos, dentro ou fora destes círculos. Para Tomaél e Marteleto (2013), essas interações permitem o desenvolvimento de ligações que dão origem a tantos outros círculos sociais,

possibilitando o cruzamento de diferentes contatos, sob os mais diferentes ângulos. Desse modo, o indivíduo integra-se a uma multiplicidade de círculos sociais, desde seu nascimento, inicialmente com a família, depois com o trabalho, amigos; e vai constituindo uma rede de contatos sociais ao longo da vida.

Assim, nesse jogo de interações, entre indivíduo e sociedade, se formam as redes sociais, que são expressões do mundo em constante movimento. Há diferentes conceitos para essa expressão e não é o objetivo desse capítulo fazer uma análise detalhada dessas diferentes abordagens. Para o referido estudo, o conceito proposto por Tomaél e Marteleto (2006) parece bem adequado.

Tomaél e Marteleto (2006, p. 75) referem-se às redes sociais como

um conjunto de pessoas (ou organizações ou outras entidades sociais) conectadas por relacionamentos sociais, motivados pela amizade e por relações de trabalho ou compartilhamento de informações e, por meio dessas ligações, vão construindo e reconstruindo a estrutura social.

O compartilhamento de informações, de saberes e conhecimentos entre os indivíduos são constantes, pois as pessoas sentem necessidade de compartilhar o que sabem, ou seja, a partir de alguma vivência significativa ou de uma opinião geral que possa enriquecer a construção de um propósito comum. Para que essa situação se concretize, é preciso criar condições que tragam algum benefício pessoal. Cada ator envolvido nesse entrelaçamento de interações tem muita informação sobre sua situação, mas não tem conhecimento de outras tantas situações, informações. E para reduzir as incertezas e criar uma atmosfera mais equilibrada nessa rede, os atores precisam de informações confiáveis. Desse modo, todos saem ganhando, porque cada um vai construindo seus alicerces e desenvolvendo novas ações a partir do compartilhamento de informações (TOMAÉL; MARTELETO, 2006).

E o que sustenta essas redes é o capital social construindo por cada um dos indivíduos envolvidos nessa trama. Segundo Marteleto e Silva (2004), a participação em redes está atrelada ao capital social estrutural, sendo relevante a compreensão do tipo de rede observada, seja pela diversidade de participantes, pelo uso de normas de decisão, área geográfica etc. A confiança e as expectativas dos indivíduos na rede estão relacionadas ao capital cognitivo, que poderá influenciar a ação coletiva do grupo. Isso se relaciona, por exemplo, com o acesso à informação, tanto no nível macrossocial quanto no local, àquele voltado para os meios de

comunicação de massa ou, em outro entendimento, às fontes pessoais e impessoais (MARTELETO; SILVA, 2004).

Segundo Marteleto e Silva (2004), o capital social é definido como o conjunto de normas, instituições e relacionamentos que permitem a cooperação dentro ou entre os diversos grupos sociais. Para isso, é necessário, pelo menos, a interação entre dois indivíduos. Fica evidenciada, então, a estrutura que está por trás do conceito de capital social, sendo um recurso construído pela comunidade, a partir de suas redes de conexões e relações. A construção das redes e o desenvolvimento desse capital social estão condicionados a fatores de ordem cultural, política e social. As redes são os canais onde circulam a informação e o conhecimento. Logo, “entender sua constituição pode levar à sua utilização, como mais um recurso, em favor do desenvolvimento e da inclusão social, especialmente das comunidades” (MARTELETO; SILVA, 2004, p. 44).

O capital social é multidimensional. Numa visão mais estreita, pode ser definido a partir de um conjunto de normas e redes sociais que podem afetar o “equilíbrio” da comunidade, facilitando a cooperação entre os agentes. As relações de base, para a formação de redes, ocorrem entre os pares, indivíduos que possuem ponto de vista similar, dado pelas características demográficas (capital social de ligação). Porém, as redes solidamente construídas não permitem que a comunidade rompa seus limites, mesmo sabendo que essa ruptura é importante para a construção e compartilhamento de novas formas de conhecimento e confiança entre seus membros. Portanto, as redes devem ampliar-se com o intuito de criar ligações com outras comunidades semelhantes estendendo as ações (capital social de ponte). A rede ainda possui horizontalidade para permitir seu alcance aos mais diferentes espaços identificando, pois, os laços com indivíduos em posição de autoridade, ou seja, aqueles que podem intermediar outros tantos recursos para o desenvolvimento da comunidade (capital social de conexão) (MARTELETO; SILVA, 2004).

As redes sociais são construídas a partir de interações sociais e formadas por 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). Essas unidades, na estrutura de uma rede, são representadas por “nós”, que podem ser formados por instituições, indivíduos, movimentos sociais e tantas

outras coletividades, que estabelecem entre si vínculos de onde se processam trocas.

Ao analisar as interações e os elos nas redes sociais, pode se encontrar dois tipos de redes: as redes primárias e as redes secundárias. As redes primárias são aquelas compostas por relações de proximidade, como a família, vizinhos, amigos etc. e estão compondo os processos de socialização primários dos indivíduos. Já as redes secundárias são as formadas pelas interações coletivas entre movimentos, organizações e grupos que se voltam para um interesse comum. Quando se pensa no campo dos serviços, as redes primárias estão em destaque, pois possibilitam a solução de problemas das políticas públicas, como forma de ajustar os usuários aos serviços de social. Porém, as redes sociais são construídas a partir de ações coletivas, motivadas pela construção de processos coletivos mais amplos, que possibilitam novas propostas de relação entre indivíduos e a estrutura social das quais compartilham (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

Dentro desse mesmo contexto, as ligações entre os elos podem ser representadas por laços – aqui entendidos como ligações que possuem densidade, relações de poder. Esses laços, que são construídos a partir do fluxo da informação e da interação entre os indivíduos nas redes sociais, podem ser caracterizados pelos laços fortes e pelos laços fracos.

[...] os chamados “Laços Fracos” são fundamentais para a disseminação da inovação, por serem redes constituídas de indivíduos com experiências e formações diversas. Nas redes de “Laços Fortes” há uma identidade comum, as dinâmicas geradas nessas interações não se estendem além dos *clusters*, por isso mesmo, nas referidas redes procuramos referências para a tomada de decisão; são relações com alto nível de credibilidade e influência. Indivíduos que compartilham “Laços Fortes” comumente participam de um mesmo círculo social, ao passo que os indivíduos com os quais temos relações de “Laços Fracos” são importantes porque nos conectam com vários outros grupos, rompendo a configuração de “ilhas isoladas” dos *clusters* e assumindo a configuração de rede social. Nesse sentido, as relações baseadas em “Laços Fortes” levam a uma topologia da rede, isto é, definem a configuração dos nós da rede de conexões entre os indivíduos no ciberespaço, no qual as relações de “Laços Fracos” funcionam como *bridges* desses *clusters*. Quanto menos relações de “Laços Fracos” existirem numa sociedade estruturada em *clusters* (“Laços Fortes”), menos *bridges* e menos inovação (KAUFMAN, 2012, p. 208).

Na área da saúde, esses nós podem ser representados pelas instituições, serviços de saúde, gestores, profissionais de saúde e usuários que são ligados por elos, que podem estabelecer laços fortes e/ou fracos. Isso irá depender do tipo de

interação entre estas instâncias e o desdobramento dessas interações para o estabelecimento de redes no território.

Em seu estudo, Lacerda (2010), ao analisar documentos oficiais, aponta que as políticas públicas de saúde no Brasil, após a Reforma Sanitária e implementação do SUS, usam o termo “redes” apenas em sua dimensão técnica, ou seja, as redes que estão presentes nas estruturas dos serviços e que articulam ações nos diversos níveis de atenção do sistema; mas as redes sociais não estão presentes nestes documentos.

Em 2006, a “rede social” passa a ser abordada de forma mais explícita, porém, sem uma análise mais aprofundada da expressão. Ela está inscrita na Política Nacional de Promoção da Saúde e “sinaliza que a participação e a efetivação da cidadania se concretizam por meio da mobilização e articulação dos atores sociais em redes” (LACERDA, 2010, p. 79).

Assim, Lacerda (2010, p.80) pontua que “o trabalho em rede implica na participação de atores de diversos segmentos nas ações institucionais do SUS, conformando, portanto, diferentes práticas sociais”.

Pensando nas redes sociais, voltadas ao campo da saúde, Martins e Fontes (2004) teceram três tipologias para as redes sociais, a saber: redes sociotécnica, socioinstitucional e sócio-humana. Elas foram pensadas para subsidiar a construção de uma Rede de Vigilância, que possibilite a avaliação das redes sociais na gestão da APS e os possíveis avanços e/ou limitações da participação da comunidade no desenvolvimento de ações coletivas e intersetoriais.

As redes sociotécnicas são planejadas dentro de sistemas organizacionais formais e regulamentados, com a participação de um grupo interdisciplinar composto por especialistas e pesquisadores da área, de órgãos do governo e instituições de ensino/pesquisa. Tais redes são criadas através de demandas sociais de ações intersetoriais e interdisciplinares, sendo mais flexíveis que as redes burocráticas, o que permite a possibilidade de uma gestão participativa. As redes socioinstitucionais se constroem a partir de sistemas menos regulamentados, nos quais há a participação de organizações governamentais e não governamentais, lideranças comunitárias, associações locais, academia e instituições religiosas. Tais redes favorecem ações de cooperação e governança no nível local e trazem possibilidades para o delineamento de políticas sociais e de saúde. E, por fim, as redes sociohumanas, na quais se constroem os vínculos e as interações entre vizinhos,



amigos, familiares, situadas nas redes primárias. Esse tipo de rede forma os pilares da vida social e possibilita a socialização dos indivíduos para formação de grupos de pertencimento (MARTINS; FONTES, 2004).

Ainda em relação ao papel das redes sociais no âmbito das políticas de saúde, o SUS traz em seu arcabouço o princípio doutrinário da integralidade. À luz das redes sociais, ele pode ser conceituado como um ato social, produzido a partir de interações democráticas entre serviços, gestores, profissionais de saúde e usuários no cotidiano do trabalho em saúde e no processo de saúde – doença – cuidado. Assim, sob esse enfoque, há a necessidade de um olhar sobre o espaço que é construído nas instituições de saúde; espaço este que permite a construção coletiva de práticas em saúde, com a participação de diversos atores envolvidos no processo de cuidado (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Pinheiro e Luz (2003) ressaltam ainda que no cotidiano das práticas em saúde, as experiências individuais e as relações sociais são evidenciadas. Nessa proposta, as autoras salientam que a interação entre serviços de saúde e usuários possibilitam o trabalho coletivo a começar das redes envolvidas no processo de cuidado, que é construído a partir dessas interações sociais.

Essas interações são alimentadas por um intenso processo de trocas. Em seu Ensaio sobre a Dádiva, Marcel Mauss (1950) salienta que nas relações onde há trocas, há interações baseadas em obrigações de dar, receber e retribuir simbolicamente representadas. Há uma valorização do simbólico, trazendo certo estranhamento numa visão mais racional. E essa valorização parte de uma compreensão expressiva e não casual do vínculo social, não concebendo o antagonismo entre indivíduo e social, mas situando-os em planos paralelos através de uma relação regulada e decifrável. Assim, para esse sistema, tudo que acontece em sociedade tem relevância para compreensão dos fatos que julgamos banais e/ou irrisórios, como algumas falas, modos de se expressar, rituais, além dos serviços e bens materiais. No entanto, os fatos sociais são complexos e o social, por esse motivo, acaba aparecendo como um sistema que no simbólico ganha complexidade dentro de uma totalidade.

No âmbito da Atenção Primária, a dádiva nos possibilita entender que, para que o cuidado seja efetivamente atingido com sucesso, é preciso que o profissional de saúde fixe sua atenção no usuário, inserindo-o num sistema horizontal de trocas. Assim, ao voltar sua atenção para o usuário, permitindo essa interação, o

profissional, imbuído pelo sentido do dom, desencadeia um mecanismo de doações (através do gesto, das palavras, das orientações etc.) que gera uma relação mútua de solidariedade na mediação do ato de cuidar. É importante frisar que tanto o profissional quanto o usuário não são categorias que se excluem. Nesse processo de mediação da dádiva, a técnica, os vínculos afetivos e os elementos funcionais presentes no momento, são reconfigurados pela experiência da troca dos bens simbólicos e materiais (MARTINS, 2011). Neste sentido,

o agente social, em cada movimento de realização da ação – na doação, na recepção ou na retribuição -, se defronta com o dilema insolúvel de ter que tomar decisões voluntárias – ou não – dentro de contextos coercitivos que limitam mais ou menos sua capacidade de agir, que é, ao mesmo tempo, livre e obrigatória (MARTINS, 2011, p. 44).

Ao articular as práticas em saúde com as redes construídas no território de atuação dos profissionais da APS, criam-se espaços que propiciam a construção de projetos coletivos, numa perspectiva que propicia a participação social, engendrando novas formas de relação com as redes sociotécnicas e socioinstitucionais. Assim, as equipes que atuam na APS, juntamente com usuários, lideranças comunitárias etc podem assumir posturas de coparticipantes nos processos que envolvem a saúde.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Caracterização do estudo

O método é o percurso pelo qual o pesquisador irá trilhar no delineamento do estudo. É importante ressaltar que, além desse estudo fazer parte de um Projeto institucional, ele também é fruto de minha trajetória profissional e de minhas vivências e do compartilhamento de experiências com os ACS. Sob esse aspecto, Minayo afirma que “os pesquisadores são, dialeticamente, autores e frutos de seu tempo histórico” (MINAYO, 2010, p. 41).

Como o estudo envolve a compreensão dos ACS sobre seu processo de trabalho e as redes sociais encontradas nesse processo, além de outras percepções relacionadas a valores, à cultura local, às experiências pessoais, considera-se oportuno um estudo qualitativo, pois, neste, a dimensão subjetiva remonta às expectativas, aspirações e leituras particulares do mundo no qual estão inseridos, portanto, essa proposta metodológica está adequada ao que se pretendeu investigar (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2010, p. 22), incorpora particularidades da realidade que não podem ser quantificadas, ou seja, do “significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Este estudo é de natureza descritiva e exploratória, pois, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), as pesquisas descritivas buscam compreender a realidade estudada, pois permitem o aprofundamento de determinada realidade, possibilitando descrever com exatidão os fatos e fenômenos investigados. E é de caráter exploratório, já que permite desvelar as diferentes formas que um determinado fenômeno se manifesta, assim como o que está por detrás desse fenômeno.

## 2.2 Cenário do estudo - Breve Histórico do Programa Médico de Família em Niterói – RJ

O Programa Médico de Família (PMF) teve início no final da década de 80 através de contatos sucessivos e intercâmbios de experiências entre profissionais de Cuba e Niterói, quando o município vivenciou duas epidemias de dengue e uma de meningite. Nesse momento, consolidou-se o intercâmbio técnico-científico que reavaliou a atenção primária em Niterói, dando início à elaboração desse projeto. (HÜBNER; FRANCO, 2007; TEIXEIRA; MONTEIRO; MIRANDA, 1999).

O foco inicial do Programa foi na APS, sendo sustentado pelo conceito de distritalização da saúde, onde o território foi dividido em setores. Assim, o município de Niterói foi separado em distritos sanitários onde cada um é responsável por cuidar do seu território, criando ações que contemplem a realidade de cada local. Essa divisão visa unir os usuários aos serviços e às equipes de saúde. Esse modelo visou conferir maior agilidade ao sistema de saúde, permitindo ao governo municipal dirigir o modelo de acordo com as necessidades de saúde locais. Para isso, foi criado o Fundo Municipal de Saúde em 1989 e, em seguida, a Fundação Municipal de Saúde (FMS) em 1992, que é a responsável pela gestão dos recursos e política do setor saúde (FONSECA, 2013).

Uma peculiaridade do PMF é sua gestão. A FMS tem uma relação contratual, na forma de cogestão, com as associações de moradores. Conforme previsto no Decreto Legislativo 17/92 – DO RJ, de 16 de agosto de 1992, a associação de moradores é a responsável pelo pagamento do salário das equipes de saúde, com verbas da Prefeitura; auxilia na coordenação e na carga horária dos funcionários, agenda as férias dos profissionais, observa o atendimento prestado pelos módulos e encaminha problemas e reivindicações da população e dos profissionais de saúde à coordenação. As associações têm autonomia para indicar profissionais aptos a atuarem nos módulos e também propor sua demissão. Porém, quem realiza a contratação dos profissionais é a coordenação do programa, através de seleção e, no caso de demissão, ocorre após a avaliação técnica das equipes de supervisão (FONSECA, 2013).

Nessa época, as equipes de trabalho do PMF eram compostas por coordenação, equipe de supervisão e equipes básicas. As equipes básicas eram

compostas de médico clínico e auxiliares/técnicos de enfermagem; as equipes de supervisão são multiprofissionais e cada uma pode trabalhar com até 20 equipes básicas. Cada equipe básica é responsável por uma microárea (setor) que cobre 1200 pessoas. Os módulos do PMF estão localizados em bairros ou aglomerações populacionais que possuem baixa renda, não sendo contemplados com equipamentos sociais (HÜBNER; FRANCO, 2007; TEIXEIRA; MONTEIRO; MIRANDA, 1999).

Atualmente, o modelo vem sofrendo algumas alterações. Em meados de 2011, houve a inserção, nas equipes básicas, do ACS e do enfermeiro, a qual se deu sem planejamento prévio da gestão local e a seleção destes profissionais também ocorreu do mesmo modo como no início. Hoje, cada módulo contém, em média, dois enfermeiros, dois médicos, dois técnicos de enfermagem e oito ACS. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico e quatro ACS responsáveis por mais de 3500 pessoas. Cada equipe básica é responsável por mais de um setor.

O município vem passando por um processo de mudança do modelo e, aos poucos, vem sendo inserido dispositivos da Estratégia de Saúde da Família. Há o financiamento para a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e para a Saúde da Família, porém, ainda se mantém a mesma estrutura e gestão inicial do PMF.

Com uma população estimada em 491.807 habitantes, o município de Niterói hoje conta com 40 módulos de PMF e seis em construção. Estes são responsáveis pela cobertura de 343.700 usuários (70,49%). Possui 88 equipes básicas de saúde da família e, aproximadamente, 177 ACS (BRASIL, 2014).

Este estudo foi realizado em módulos do Programa Médico de Família / Unidades de Médico de Família (UMF), no município de Niterói - RJ, como recorte do projeto intitulado “Perfil dos agentes comunitários de saúde do Estado do Rio de Janeiro: análise comparativa entre municípios e regiões”. Para o referido projeto, entre outubro de 2013 e fevereiro de 2014, foi aplicado um questionário com os ACS de cinco módulos do PMF nos seguintes bairros: Cantagalo, Maceió, Viradouro, Palácio e Viçoso Jardim. Participaram deste projeto 29 ACS.

Para o meu estudo, foram escolhidos os módulos do Cantagalo e do Maceió, pois, ao contrário dos outros, eles não sofreram alterações da equipe, ou seja, todos os profissionais ainda estavam atuando no serviço, no período da aplicação do meu instrumento de coleta de dados.

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o módulo do Maceió está subdividido em oito setores, onde cada ACS é responsável por um setor que possui, em média, 200 famílias. Esse módulo é responsável por cobrir dois bairros: o Maceió e o Igrejinha. No total, segundo estimativas, até o momento, foram cadastrados 9000 usuários neste módulo. Mas ainda não se tem o quantitativo total, pois com a recente inserção dos ACS, estes ainda não conseguiram cadastrar todos os usuários.

Segundo informações da gestão local e dos próprios ACS, o módulo foi inaugurado em dezembro de 2013. Antes dessa inauguração, os usuários eram atendidos na Policlínica do Largo da Batalha, que era uma unidade mista: nela funcionavam serviços de baixa, média e alta complexidade. Em relação aos de baixa e média complexidade, o serviço oferece vacinação, encontros de educação em saúde (gestante, hipertensão) e consultas especializadas. Ainda nessa ocasião, já havia uma equipe do PMF atuando no bairro, entretanto, sem uma estrutura física definida para acolhê-los. Toda a equipe se reunia na rua ou na casa de algum dos ACS para realização do planejamento das atividades. Havia também pontos estratégicos de encontro da equipe, como nos bares, portas de supermercados e afins. Nesse momento, havia as trocas de informações e definição de algumas atribuições para os membros da equipe. Basicamente, nessa ocasião, era realizado o cadastramento das famílias e algumas orientações sobre cuidados com a saúde.

Em relação ao módulo do Cantagalo, este está subdividido em três setores. Cada dois ACS são responsáveis por assistir um setor. Esse módulo está localizado na região de Pendotiba e atende, aproximadamente, mais de 6000 pessoas em três comunidades (Morro do Cantagalo, Frei Orlando e Biquinha).

Conforme relatos dos ACS, antes da inauguração do referido módulo, este funcionava na mesma estrutura física de uma escola, conhecida como Centros Integrados de Educação Pública (CIEP). Segundo relatos, pelo fato de funcionar dentro de uma escola, muitas atividades de educação em saúde eram ofertadas para os escolares e, além disso, o acesso era facilitado para os usuários cadastrados nele. Segundo o relato de um ACS, havia dois módulos do Cantagalo: I e II. Até o ano de 2005, estes módulos funcionavam integrados a uma única estrutura física, de modo deficiente e com reduzido espaço físico, principalmente, o espaço destinado às acomodações dos usuários.

[...] o pessoal da gestão falou com a gente que antes os dois módulos ficavam no mesmo espaço. Era uma bagunça. Mais ou menos até 2005 era assim mesmo. Os pacientes ficavam em pé, porque tinha pouca cadeira pra sentar. Nessa época eu era paciente (risos) e já passei uns bocados quando meu pai estava doente. [...] coitado, toda vez que ele vinha, tinha que ficar em pé. (ACS3 – Cantagalo)

Esse módulo tem como referência para ações de média complexidade a Policlínica Comunitária Cantagalo, a Policlínica Regional e o Serviço de Pronto Atendimento do Largo da Batalha.

### **2.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos participantes desse estudo foram 14 agentes comunitários de saúde dos módulos do PMF do Maceió (oito ACS) e Cantagalo (seis ACS) e uma enfermeira do município de Niterói. Com relação às entrevistas com os ACS, como critérios de inclusão ficou estabelecido que estes deveriam residir na comunidade, possuir vínculo empregatício formal, atuar há, no mínimo, um ano no módulo e dar a anuência para participar do estudo. Como critério de exclusão, ACS que esteja há menos de um ano no módulo, tenha outro vínculo formal ou informal de trabalho e que esteja em equipe incompleta.

Durante a coleta dos dados, não houve recusa de nenhum participante de se retirar do estudo.

### **2.4 Procedimento e instrumento de coleta dos dados**

Inicialmente, o processo de coleta de dados se deu, como parte do Projeto institucional mencionado, a partir do questionário aplicado nos PMF do Cantagalo, Maceió e nos demais. Com relação ao presente estudo, utilizamos dados fornecidos pelos ACS do questionário do Projeto Institucional, já aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) (ANEXO A). Nosso interesse se voltou para a questão de número 30 do referido instrumento (ANEXO B). Nela, é perguntado ao ACS o nome

ou apelido de cinco pessoas com as quais ele se relaciona dentro e fora do trabalho. Além disso, é solicitado que indique a função e o local onde mora ou trabalha. A coleta dos dados, dessa pesquisa institucional, se deu no transcorrer dos meses de outubro de 2013 a fevereiro de 2014.

A partir desta questão e das respostas dos ACS, foi elaborado o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) para a presente pesquisa.

Para este estudo, a coleta de dados ocorreu entre abril a junho de 2014. Antes da coleta, foi realizado um pré-teste com o instrumento para três ACS a fim de verificar se o instrumento estava adequado aos objetivos propostos na pesquisa e se estava de fácil compreensão para os participantes. Não houve necessidade de mudanças e as três entrevistas-testes não fizeram parte da análise dos dados.

Ele consistiu em um roteiro de entrevista semiestruturada, que combina perguntas estruturadas (ou fechadas) e abertas através das quais o entrevistado poderá discorrer sobre o tema proposto, sem condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2010) e este foi aplicado para os ACS dos PMF de Cantagalo e Maceió. Nesta etapa, foram entrevistados 14 ACS.

De acordo com Minayo (2010), o roteiro objetiva a compreensão do ponto de vista dos atores sociais, encarados como sujeitos/objetos do estudo e, geralmente, possui poucas perguntas. O roteiro é um guia, não necessariamente devendo prever todas as situações e condições do trabalho de campo e, sob esse aspecto, ele deve permitir a emergência de novos temas durante a investigação, o que possibilita outros questionamentos.

Na terceira etapa da coleta de dados, foi elaborado outro instrumento (APÊNDICE B), o qual foi aplicado a um ACS e uma enfermeira. Sua construção se deu a partir dos achados na pergunta de número 30 do questionário do projeto institucional. Mais detalhes sobre esse instrumento serão tratados no tópico sobre a análise dos dados.

Os ACS foram entrevistados em sua unidade de trabalho e no horário de serviço. O enfermeiro, responsável pela unidade, foi comunicado previamente e orientado sobre os procedimentos que seriam adotados nas entrevistas. As entrevistas ocorriam na sala de reuniões de ambas as unidades, onde permaneciam somente o entrevistador e os ACS. Todos os ACS entrevistados já haviam sido informados sobre essa pesquisa, na ocasião da aplicação do questionário do Projeto institucional. Antes da entrevista, foi realizada uma breve explanação sobre este



estudo visando responder dúvidas e ressaltar que a participação de cada um era voluntária.

Para a coleta das falas dos entrevistados, foi utilizado um gravador do tipo mp4, que permitiu a captura de detalhes de informações. Após, cada entrevista será transcrita e feita leitura e releitura exaustiva do material a fim de obter dessas falas elementos que respondam às propostas deste estudo.

Como parte de um projeto institucional, esta pesquisa já tinha garantida a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) - (APÊNDICE C).

## 2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com a técnica de análise temática de conteúdo e complementada por alguns elementos da Análise de Redes Sociais.

Em relação à análise temática de conteúdo, Bardin (2011) assinala que ela se caracteriza pela organização das informações, a partir de frases ou etapas, que conduzem a um resultado estruturado e organizado do conteúdo.

A técnica, quando compreendida, permite tratar os achados de forma sistemática, através da codificação em unidades, que possibilita uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados (OLIVEIRA, 2008).

Segundo Minayo (2010, p. 316), fazer análise temática de conteúdo “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Para Bardin (2011, p. 44), a análise de conteúdo pode ser definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos, e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Operacionalmente, a análise de conteúdo pode ser sintetizada em três fases: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise pode ser decomposta em três subfases: leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. A leitura flutuante permite que o pesquisador tenha contato direto e intenso com o material a ser analisado, impregnando-se com o conteúdo. Posteriormente, a análise foca no corpus, ou seja, o universo estudado em sua totalidade. Aqui o material é tratado com algumas normas de validade qualitativa: a exaustividade, em que o material analisado contemple o proposto no roteiro; a representatividade, que contenha o essencial do universo pretendido; a homogeneidade, que obedeça a critérios de escolha dos temas, técnicas e atributos dos interlocutores; pertinência, em que a análise responda aos objetivos do trabalho (MINAYO, 2010).

Para essa primeira etapa, as entrevistas com os ACS e a enfermeira foram gravadas no MP4, ouvidas e digitadas. Posteriormente, elas foram lidas atentiva e exaustivamente.

Após, realizou a fase de exploração do material, que consiste em codificar, a partir da compreensão dos dados brutos, visando alcançar a compreensão do texto (BARDIN, 2011). Foram criadas codificações do material, a partir da delimitação de trechos importantes e condizentes com os objetivos propostos. Tais recortes formam as Unidades de Registro (UR) que são definidas por Bardin (2011) como uma palavra, uma expressão ou frase de texto, trecho de gravação, a partir do qual se faz uma segmentação do conjunto para facilitar a análise.

Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados brutos são analisados, de modo a serem válidos e significativos (BARDIN, 2011).

Nessa fase, emergiram 998 UR. A partir da análise dessas UR, formulou-se 102 Temas/Unidades de Significação (US). A compilação desses 102 temas propiciou a construção de três categorias, denominadas como:

- a) as redes sociais dos ACS como corresponsáveis no diagnóstico da situação de saúde local e suas repercussões no processo saúde-doença-cuidado;

- b) tensões e potencialidades na mediação de saberes no processo de trabalho do ACS;
- c) o agente comunitário de saúde na formação de elos: desafios e possibilidades para a promoção da saúde.

Após reflexões acerca das categorias empíricas construídas, optou-se por fragmentar em quatro subcategorias a fim de facilitar a compreensão do processo de análise e discussão dos dados. Essa estratégia possibilita destacar e sistematizar os achados mais relevantes (OLIVEIRA, 2008).

Sendo assim, as subcategorias foram criadas e intituladas da seguinte forma:

- a) os laços fortes como fortalecimento ou limitadores do trabalho em equipe;
- b) os laços fracos presentes no processo de trabalho do ACS e da equipe de saúde;
- c) a prevenção como forma de controle do processo saúde-doença-cuidado;
- d) o saber popular e técnico - científico presente na rede de relações dos ACS.

Como complemento à análise de conteúdo, optou-se por utilizar elementos da metodologia de Análise de Redes Sociais. Esta metodologia, de abordagem quantitativa, foca sua análise nos padrões de comportamento, destacando a objetividade das relações, bem como possibilita mapear o fluxo da informação, os padrões de comunicação existentes e a percepção de indivíduos importantes nesses processos (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Assim, segundo Marteleto e Tomaél (2005, p. 84),

A combinação de métodos de coleta e interpretação dos dados na análise das redes sociais permite configurar o traçado das redes e a apresentação de medidas que especifiquem os padrões de relacionamento entre indivíduos, empregando-se as técnicas quantitativas. Já o emprego das ferramentas qualitativas, sobretudo as entrevistas, está apoiado no interesse em “dar voz” aos atores, que no sociograma e medidas das redes aparecem como pontos ou elos, ouvindo-se e interpretando-se os seus desejos, opiniões e representações.

Para isso, foi construído dois sociogramas (ou a rede estrutural) dos dois módulos do PMF estudados utilizando os programas *Ucinet6* versão 6.531 e *Netdraw* 2.28. Os dados lançados nesses programas foram as respostas encontradas na questão de número 30, do questionário da pesquisa institucional.

Os dados lançados no Ucinet6 possibilitaram a construção de matrizes com a finalidade de analisar os dados e poder ilustrá-los através do sociograma. Na matriz quadrada (em que todos os atores aparecem na linha e na coluna) e normal (com fluxos unidirecionais), cada dado foi representado pelos algarismos zero (0) – ausência de relação e um (1) – existência de relação (ALEJANDRO; NORMAN, 2005).

Os dados pré-analisados, através do Ucinet6, foram lançados no *Netdraw* 2.28 e, conseqüentemente, esse recurso nos apresentou o desenho da rede dos módulos do PMF do Maceió e Cantagalo, com seus diferentes elos (ou vínculos) e os nós (representado pelos profissionais que compõem, direta ou indiretamente, as equipes dos módulos) (ALEJANDRO; NORMAN, 2005).

Após a análise estrutural da rede e diante dos resultados encontrados, foi elaborado um segundo roteiro de entrevista (APÊNDICE C). Com o resultado evidenciado na rede, ou seja, a partir do número de citações dadas a determinado indivíduo da rede, seguiu-se a aplicação do referido instrumento. Assim, nesta etapa, participaram um ACS e uma enfermeira do PMF Maceió e um ACS do PMF Cantagalo.

Para a análise da rede, além da análise de conteúdo, foram utilizadas as medidas de centralidade. Segundo Marteleto e Tomaél (2005), existem quatro tipos de medida de centralidade para a ARS, a saber: centralidade de grau (*degree centrality*), centralidade de informação (*information centrality*); centralidade de proximidade (*closeness centrality*); centralidade de intermediação (*betweenness centrality*)

Essas medidas foram apresentadas, juntamente com o sociograma dos dois módulos e, a seguir, esses achados foram discutidos, sistematicamente, dentro das três categorias propostas.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Antes de desenvolver a análise e discussão referente às perguntas do roteiro de entrevista, estritamente implicadas com o objeto de estudo, é apropriado apresentar uma breve caracterização dos participantes, o que pode auxiliar na compreensão das análises, que resultam em reflexões e considerações mais ricas. Posteriormente, serão apresentados os sociogramas com suas respectivas medidas de centralidade e a análise das categorias propostas.

#### **3.1 Breve caracterização dos sujeitos do estudo**

Conforme mencionado anteriormente, participaram deste estudo 14 ACS e um profissional de enfermagem. Dos ACS, quatro eram do sexo masculino e 10 eram do sexo feminino; um profissional de enfermagem do sexo feminino. Apesar de a profissão de ACS ter iniciado com mulheres e mantida assim por um tempo, pode-se observar a recente inserção dos homens nesta profissão.

Em relação às idades, a menor foi de 19 anos e a maior de 55 anos. Todos os ACS são residentes na área de adscrição do módulo do PMF. Conforme a legislação brasileira, a idade mínima para se ingressar na carreira de ACS é ter, no mínimo, 18 anos de idade e ser morador na comunidade onde trabalha.

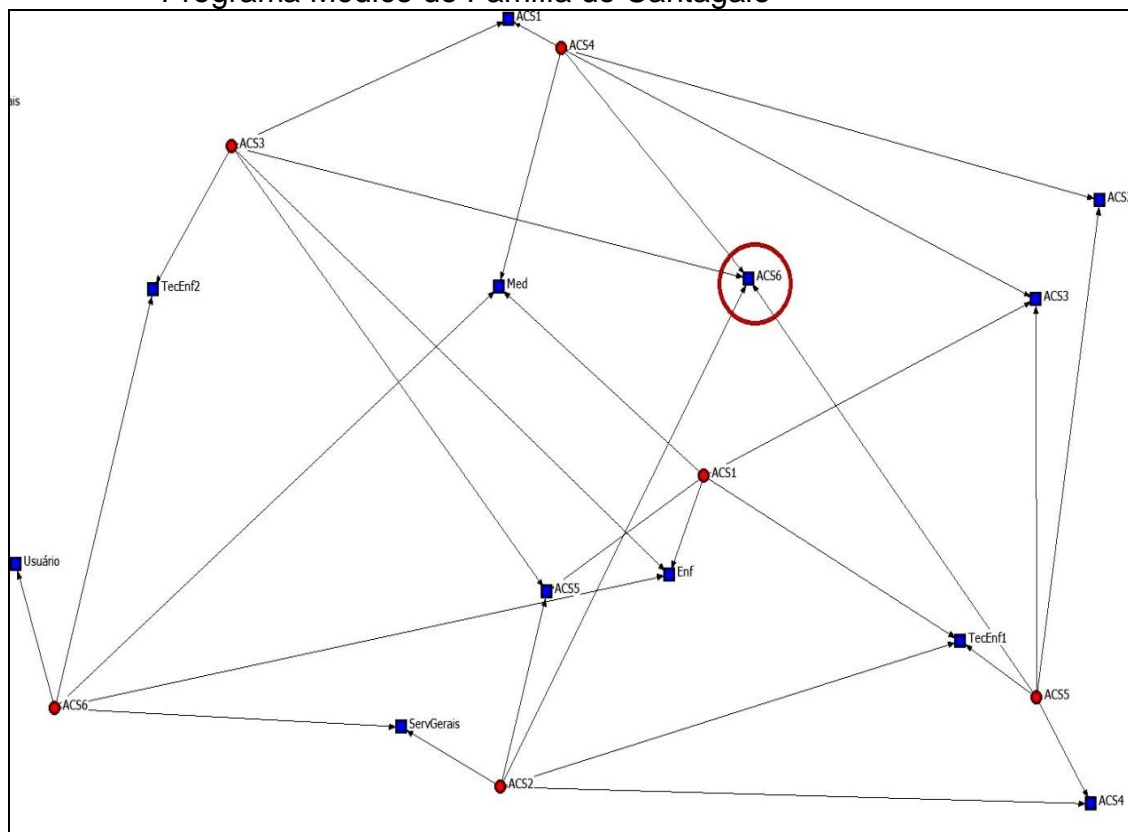
Quanto ao grau de escolaridade, 12 ACS possuem o ensino médio completo e dois ACS possuem curso superior completo. Em relação ao tipo de vínculo empregatício, todos estão regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Do total de participantes deste estudo, oito indivíduos são casados, quatro solteiros, um separado e um divorciado. E, por fim, todos os profissionais, tanto os ACS quanto a enfermeira, possuem o mesmo tempo de trabalho em ambos os módulos do PMF, 18 meses, a contar do mês em que os dados foram coletados.

### 3.2 Análise estrutural da rede do módulo do PMF Cantagalo e do Maceió

Conforme a proposta deste estudo, que tem como objeto as redes sociais e mediações presentes no processo de trabalho do ACS, foram construídas as redes de relações/interações dos ACS com pessoas dentro e fora do trabalho. Todos os ACS citaram cinco pessoas com as quais se relacionam no trabalho, bem como sua função (profissão) e o local onde moram.

Inicialmente, está apresentada abaixo a rede de relações dos módulos do PMF de Cantagalo (Figura 1) e Maceió (Figura 2). Os nós, formados por círculos vermelhos, estão representados pelos ACS, participantes tanto da pesquisa institucional quanto do presente estudo. Os nós, em forma de quadrado azul, são as pessoas citadas e que fazem parte do círculo de interações dentro e fora do trabalho do ACS.

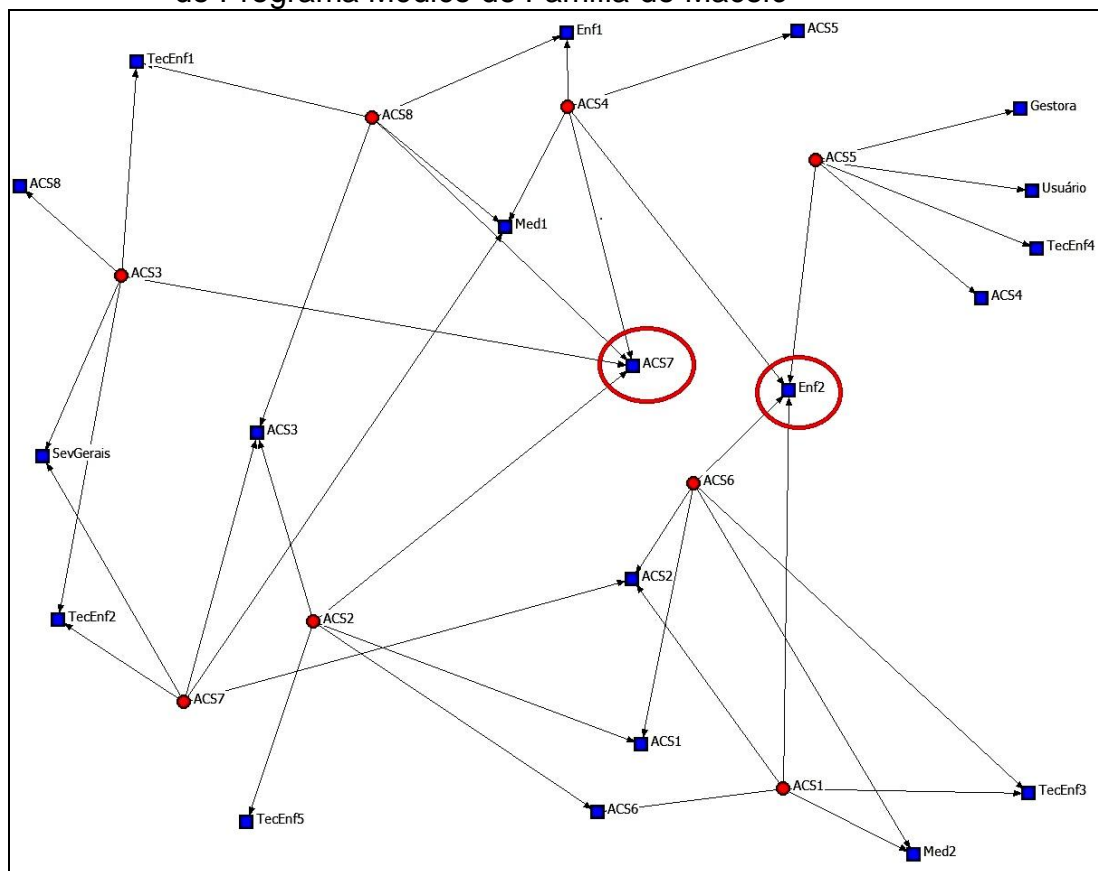
Figura 1 - Rede estrutural de relações dos agentes comunitários de saúde do Programa Médico de Família do Cantagalo



Legenda: Os círculos vermelhos se referem aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que citaram as cinco pessoas com as quais se relacionam dentro e fora do trabalho: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6, e os quadrados azuis são as pessoas citadas pelos ACS: TecEnf1 e TecEnf2 (Técnico/a de Enfermagem), Enf (Enfermeiro/a), Med (Médico/a), ServGerais (Serviços gerais) e usuário. O ACS6, circunscrito em vermelho, foi o mais citado na rede.

Fonte: O autor, 2014.

Figura 2 – Rede estrutural de relações dos agentes comunitários de saúde do Programa Médico de Família do Maceió



Legenda: Os círculos vermelhos se referem aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que citaram as cinco pessoas com as quais se relacionam dentro e fora do trabalho: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6, ACS7 e ACS8, e os quadrados azuis são as pessoas citadas pelos ACS: TecEnf1, TecEnf2, TecEnf3, TecEnf4 e TecEnf5 (Técnico/a de Enfermagem); Med1 e Med2 (Médico/a); Enf1 e Enf2 (Enfermeiro/a); Med1 e Med2 (Médico/a); SevGerais (Serviços gerais); Gestora; Usuário. O ACS7 e o Enf2, circunscritos em vermelho, foram os mais citados na rede.

Fonte: O autor, 2014.

Conforme se pode observar (Figura 1), na rede relativa à Unidade de Cantagalo, o ACS6 foi a pessoa mais citada e encontra-se em destaque circunscrito com um círculo vermelho. Na unidade de Maceió, foram mais citados os ACS7 e a Enf2 (Figura 2) e encontram-se em destaque. Isso permite situá-los como os atores mais centrais, sinalizando que estes se comunicam diretamente com outros atores, sendo uma possível referência para seus pares.

A medida de centralidade foi calculada e estão apresentados os graus de saída e de entrada; grau de saída normalizado e de entrada normalizado de ambas as redes, respectivamente. Aqui interessa-nos os valores referentes ao grau de entrada e grau de entrada normalizado, sendo este último medido em termos



percentuais. Deste modo, o ACS6 do módulo do PMF do Cantagalo (Quadro 1) por ser o ator mais central é o que possui maior interação recebida, tendo um grau de entrada 4 e um grau de entrada normalizado de 36%. Os ACS1, ACS2 e ACS4 possuem menor grau de entrada (4) e grau de entrada normalizado de 18%. Em relação ao ACS7 e Enf2 do módulo do PMF do Maceió (Quadro 2), ambos possuem grau de entrada 4 e grau de entrada normalizado de 21%. É importante destacar que o Enf2 não respondeu ao questionário da pesquisa institucional e, por esse motivo, ela apresentou grau de saída 0 e grau de saída normalizado 0%. Isso também ocorre com Enf1, TecEnf1, TecEnf2, TecEnf3, TecEnf4, TecEnf5, Med1, Med2, Gestora, SevGerais e Usuário.

Assim, o ator que possui a maior centralidade de grau, nesse caso o ACS6 (Quadro 1) e o ACS7/Enf2 (Quadro 2), é considerado aquele que recebe maior quantidade de informações – ligações diretas a ele –, sendo proeminentes ou possuindo algum prestígio social nessa rede. Conseqüentemente é o ator referência para a busca no compartilhamento da informação pelos outros atores que o indicaram, por isso o destaque para sua importância. Aqueles atores que indicam outros – que possuem alto grau de saída – normalmente são atores influentes. Nessa rede, todos os atores possuem grau de saída 5, pois todos indicaram o mesmo número de atores-referência. Apenas Enf2 (Quadro 2) possui grau de saída zero, já que não participou do preenchimento do questionário institucional.

Quadro 1 – Centralidade de grau do módulo do Programa Médico de Família de Cantagalo

<b>Atores</b>	<b>Grau de Saída</b>	<b>Grau de Entrada</b>	<b>Grau de Saída Normalizado</b>	<b>Grau de Entrada Normalizado</b>
ACS1	5.000	2.000	45.455	18.182
ACS2	5.000	2.000	45.455	18.182
ACS3	5.000	3.000	45.455	27.273
ACS4	5.000	2.000	45.455	18.182
ACS5	5.000	3.000	45.455	27.273
ACS6	5.000	4.000	45.455	36.364
TecEnf1	0.000	3.000	0.000	27.273
TecEnf2	0.000	2.000	0.000	18.182
Med	0.000	3.000	0.000	27.273
Enf	0.000	3.000	0.000	27.273
ServGerais	0.000	2.000	0.000	18.182
Usuário	0.000	1.000	0.000	9.091

Legenda: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6 (agentes comunitários de saúde); TecEnf1, TecEnf2 (técnicos de enfermagem); Med (médico), Enf (enfermeiro); ServGerais (serviços gerais); Usuário (usuário do SUS).

Fonte: O autor, 2014.

Quadro 2 – Centralidade de Grau do módulo do Programa Médico de Família do Maceió

<b>Atores</b>	<b>Grau de Saída</b>	<b>Grau de Entrada</b>	<b>Grau de Saída Normalizado</b>	<b>Grau de Entrada Normalizado</b>
ACS1	5.000	2.000	26.316	10.526
ACS2	5.000	3.000	26.316	15.789
ACS3	5.000	3.000	26.316	15.789
ACS4	5.000	1.000	26.316	5.263
ACS5	5.000	1.000	26.316	5.263
ACS6	5.000	2.000	26.316	10.526
ACS7	5.000	4.000	26.316	21.053
ACS8	5.000	1.000	26.316	5.263
Enf1	0.000	1.000	0.000	5.263
Enf2	0.000	4.000	0.000	21.053
TecEnf1	0.000	2.000	0.000	10.526
TecEnf2	0.000	3.000	0.000	15.789
TecEnf3	0.000	2.000	0.000	10.526
TecEnf4	0.000	1.000	0.000	5.263
TecEnf5	0.000	1.000	0.000	5.263
Med1	0.000	3.000	0.000	15.789
Med2	0.000	2.000	0.000	10.526
Gestora	0.000	1.000	0.000	5.263
Usuário	0.000	1.000	0.000	5.263
ServGerai	0.000	2.000	0.000	10.526

Legenda: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6, ACS7, ACS8 (agentes comunitários de saúde); Enf1, Enf2 (enfermeiros); TecEnf1, Tec Enf2, TecEnf3, TecEnf4, TecEnf5 (técnicos de enfermagem); Med1, Med2 (médico); Gestora (coordenadora da rede básica); Usuário (usuário do SUS); ServGerai (serviços gerais).

Fonte: O autor, 2014.

Para a centralidade de grau estão apresentados os indicadores gerais da rede, Quadro 3 e Quadro 4, onde é observada a média de todas as relações; o desvio padrão, que indica a variação da média; a soma de todas as relações; e o mínimo e máximo que indicam os graus de interações que os atores têm dentro da rede, ou seja, seu grau de entrada normalizado mínimo e o máximo. A média de centralização é baixa e isso indica que o fluxo da informação acontece de maneira igual para todos os participantes, denotando acesso à informação por todos na rede.

Quadro 3 – Estatísticas descritivas gerais da centralidade de grau do módulo do Programa Médico de Família de Cantagalo

<b>Estatísticas Descritivas</b>	<b>Grau de Saída</b>	<b>Grau de Entrada</b>	<b>Grau de Saída Normalizado</b>	<b>Grau de Entrada Normalizado</b>
Média	2.500	2.500	22.727	22.727
Desvio Padrão	2.500	0.764	22.727	6.943
Soma	30.000	30.000	272.727	272.727
Variância	6.250	0.583	516.529	48.209
Mínimo	0.000	1.000	0.000	9.091
Máximo	10.000	5.000	45.455	36.364

Fonte: O autor, 2014.

Quadro 4 – Estatísticas descritivas gerais da centralidade de grau do módulo do Programa Médico de Família de Maceió

<b>Estatísticas Descritivas</b>	<b>Grau de Saída</b>	<b>Grau de Entrada</b>	<b>Grau de Saída Normalizado</b>	<b>Grau de Entrada Normalizado</b>
Média	2.000	2.000	10.526	10.526
Desvio Padrão	2.449	1.000	12.892	5.263
Soma	40.000	40.000	210.526	210.526
Variância	6.000	1.000	166.205	27.701
Mínimo	0.000	1.000	0.000	5.263
Máximo	5.000	4.000	26.316	21.053

Fonte: O autor, 2014.

Outra medida calculada para as redes foi a centralidade de informação. Esta medida nos possibilita analisar quando um agente detém a maior parte das informações que circulam na rede (MARTELETO; TOMÁEL, 2005). Essa medida é uma combinação que analisa os caminhos entre os atores. Assim, para cada percurso, considera-se a informação contida no caminho correspondente. Para a análise deste estudo, não foi considerado quem transmite a informação a quem, mas a existência ou não de um caminho para a informação fluir.

Em relação ao módulo do PMF do Cantagalo (Quadro 5), fica evidenciado que o ACS6 possui maior grau de informação (2,383%) e no módulo do PMF do Maceió (Quadro 6) o ACS7 apresenta 1,241%. Nota-se que os valores são baixos, pois ambas as redes possuem grau de centralidade de informação baixo. Esses atores dispõem de canais de informação em maior quantidade, sendo superior a de todos a possibilidade de este ator receber informações de toda a rede. Nas análises, de fato, esses atores são os mais respeitados na rede, dada a sua inserção no módulo e o modo como articulam seus saberes no processo de trabalho em saúde. Estas análises foram apresentadas, com maior riqueza de detalhes, na análise das

categorias qualitativas. Não se pode desconsiderar os outros atores que receberam menor grau, já que no fluxo da informação eles também apresentam importância considerável.

Quadro 5 – Grau de centralidade de informação do módulo do Programa Médico de Família do Cantagalo

<b>Ator</b>	<b>Grau de Informação</b>
ACS1	2.032
ACS2	1.906
ACS3	2.054
ACS4	2.071
ACS5	2.062
ACS6	2.383
TecEnf1	1.517
TecEnf2	1.249
Med	1.559
Enf	1.558
ServGerais	1.237
Usuário	0.798

Legenda: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6 (agentes comunitários de saúde); TecEnf1, TecEnf2 (técnicos de enfermagem); Med (médico), Enf (enfermeiro); ServGerais (serviços gerais); Usuário (usuário do SUS).

Fonte: O autor, 2014.

Quadro 6 - Grau de centralidade de informação do módulo do Programa Médico de Família do Maceió

<b>Ator</b>	<b>Grau de informação</b>
ACS1	1.074
ACS2	1.098
ACS3	1.208
ACS4	1.130
ACS5	0.931
ACS6	1.126
ACS7	1.241
ACS8	1.196
Enf1	0.560
Enf2	1.131
TecEnf1	0.833
TecEnf2	0.981
TecEnf3	0.831
TecEnf4	0.507
TecEnf5	0.552
Med1	1.003
Med2	0.790
Gestora	0.507
Usuário	0.507
ServGerai	0.836

Legenda: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6, ACS7, ACS8 (agentes comunitários de saúde); Enf1, Enf2 (enfermeiros); TecEnf1, TecEnf2, TecEnf3, TecEnf4, TecEnf5 (técnicos de enfermagem); Med1, Med2 (médico); Gestora (coordenadora da rede básica); Usuário (usuário do SUS); ServGerai (serviços gerais).

Fonte: O autor, 2014.

Para a centralidade de informação estão apresentados os indicadores gerais da rede, Quadro 7 e Quadro 8, em que está apresentada a média de todos os fluxos de informação; o desvio padrão, que indica a variação da média; a soma de todos os fluxos; e o mínimo e máximo que indicam os graus de centralidade de informação que os atores têm dentro da rede. A média é de 1.7, índice baixo, que a rede poderia aumentar seus números de canais para melhor fluxo da informação, o que manteria a rede melhor conectada.

Quadro 7 - Estatísticas descritivas gerais do grau de centralidade de informação do módulo do Programa Médico de Família do Cantagalo

<b>Estatísticas descritivas</b>	<b>Grau de Informação</b>
Média	1.702
Desvio padrão	0.440
Soma	20.427
Variância	0.193
Mínimo	0.798
Máximo	2.383

Fonte: O autor, 2014.

Quadro 8 - Estatísticas descritivas gerais do grau de centralidade de informação do módulo do Programa Médico de Família do Maceió

<b>Estatísticas Descritivas</b>	<b>Grau de informação</b>
Média	0.902
Desvio padrão	0.252
Soma	18.042
Variância	0.064
Mínimo	0.507
Máximo	1.241

Fonte: O autor, 2014.

A outra medida calculada para as redes foi a centralidade de proximidade que se refere à independência de um indivíduo em relação ao controle de outros (MARTELETO; TOMÁEL, 2005). Assim, os menores valores para esta medida indicam uma melhor capacidade dos atores se ligarem a tantos outros atores da rede (ALEJANDRO; NORMAN, 2005). No módulo do PMF do Cantagalo, os atores ACS1, ACS2 e ACS4 possuem menor grau de proximidade de 12.222 (Quadro 9) e no módulo do PMF do Maceió os atores ACS4 e ACS5 apresentaram menor grau de proximidade 5.263 (Quadro 10).

Quadro 9 – Grau de Proximidade da rede de interações por atores do módulo do Programa Médico de Família do Cantagalo

<b>Ator</b>	<b>Grau de Proximidade</b>
Enf	15.942
Med	15.942
TecEnf2	15.714
ServGerai	15.493
Usuário	15.278
ACS6	14.103
TecEnf1	13.924
ACS5	12.360
ACS3	12.360
ACS1	12.222
ACS4	12.222
ACS2	12.222

Legenda: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6 (agentes comunitários de saúde); TecEnf1, TecEnf2 (técnicos de enfermagem); Med (médico), Enf (enfermeiro); ServGerai (serviços gerais); Usuário (usuário do SUS).

Fonte: O autor, 2014.

Quadro 10 – Grau de Proximidade da rede de interações por atores do módulo do Programa Médico de Família do Maceió

<b>Ator</b>	<b>Grau de Proximidade</b>
Enf2	8.155
TecEnf2	8.120
Med1	8.085
ServGerai	8.051
TecEnf1	7.983
TecEnf3	7.917
TecEnf5	7.917
Med2	7.787
ACS7	7.600
ACS3	7.540
ACS2	7.540
ACS6	7.393
ACS1	7.393
ACS8	7.393
TecEnf4	5.539
Usuário	5.539
Enf1	5.539
Gestora	5.539
ACS4	5.263
ACS5	5.263

Legenda: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6, ACS7, ACS8 (agentes comunitários de saúde); Enf1, Enf2 (enfermeiros); TecEnf1, TecEnf2, TecEnf3, TecEnf4, TecEnf5 (técnicos de enfermagem); Med1, Med2 (médico); Gestora (coordenadora da rede básica); Usuário (usuário do SUS); ServGerai (serviços gerais).

Fonte: O autor, 2014.

E, por fim, foi calculado o grau de centralidade de intermediação. Essa medida expressa o controle da comunicação e prioriza as medidas de potencial dos indivíduos que servem de intermediários (MARTELETO; TOMAÉL, 2005), possibilitando um determinado nó da rede intermediar comunicações entre outros nós (ALEJANDRO; NORMAN, 2005). Tomaél, Marteleto (2006) afirmam que um indivíduo pode ter poucos contatos diretos exercendo um importante papel de intermediador de informações. O papel do mediador traz a marca do poder de controlar as informações que circulam, bem como seu trajeto.

Para o módulo do PMF do Cantagalo, o ACS6 (Quadro 11) possui grau de intermediação de 13 e grau de intermediação normalizado de 11.818%. Como os atores TecEnf1, TecEnf2, Med. Enf, ServGerais e Usuário não responderam ao questionário da pesquisa institucional, eles apresentaram grau de intermediação de 0 e grau de intermediação normalizado de 0.000%.

Quadro 11 – Grau de intermediação do módulo do Programa Médico Família do Cantagalo

<b>Ator</b>	<b>Grau de Intermediação</b>	<b>Grau de Intermediação Normalizado</b>
ACS6	13.000	11.818
ACS5	6.667	6.061
ACS3	5.000	4.545
ACS4	3.000	2.727
ACS1	2.167	1.970
ACS2	2.167	1.970
TecEnf1	0.000	0.000
TecEnf2	0.000	0.000
Med	0.000	0.000
Enf	0.000	0.000
ServGerais	0.000	0.000
Usuário	0.000	0.000

Legenda: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6 (agentes comunitários de saúde); TecEnf1, TecEnf2 (técnicos de enfermagem); Med (médico), Enf (enfermeiro); ServGerais (serviços gerais); Usuário (usuário do SUS).

Fonte: O autor, 2014.

Para o módulo do PMF do Maceió, o ACS7 (Quadro 14) apresentou o maior grau de intermediação (39) e grau de intermediação normalizado de 11.818%.



Quadro 12 – Grau de intermediação do módulo do Programa Médico de Família do Maceió

<b>Ator</b>	<b>Grau de intermediação</b>	<b>Grau de Intermediação Normalizado</b>
ACS7	39.333	11.501
ACS2	29.000	8.480
ACS3	18.167	5.312
ACS4	14.000	4.094
ACS1	7.333	2.144
ACS6	7.333	2.144
ACS8	4.833	1.413
ACS5	3.000	0.877
Enf1	0.000	0.000
Enf2	0.000	0.000
TecEnf1	0.000	0.000
TecEnf2	0.000	0.000
TecEnf3	0.000	0.000
TecEnf4	0.000	0.000
TecEnf5	0.000	0.000
Med1	0.000	0.000
Med2	0.000	0.000
Gestora	0.000	0.000
Usuário	0.000	0.000
ServGerai	0.000	0.000

Legenda: ACS1, ACS2, ACS3, ACS4, ACS5, ACS6, ACS7, ACS8 (agentes comunitários de saúde); Enf1, Enf2 (enfermeiros); TecEnf1, Tec Enf2, TecEnf3, TecEnf4, TecEnf5 (técnicos de enfermagem); Med1, Med2 (médico); Gestora (coordenadora da rede básica); Usuário (usuário do SUS); ServGerai (serviços gerais).

Fonte: O autor, 2014.

Portanto, até o presente, foram apresentadas as quatro medidas de centralidade e os atores envolvidos nessa rede de relações. Essas medidas possibilitaram situar os atores na rede e o modo como se relacionam uns com os outros, destacando a importância daqueles que potencializam o fluxo da informação e do conhecimento nessa rede de interações. Porém, esses achados serão analisados em maior profundidade e detalhamento, a seguir, a partir das categorias encontradas na análise de conteúdo temática. Os achados da ARS serão retomados na discussão das categorias com a finalidade de responder aos objetivos propostos e trazer melhor compreensão sobre o papel de cada ator envolvido em sua rede de relações dentro e fora do trabalho.

### **3.3 Categoria A: As redes sociais dos ACS como corresponsáveis no diagnóstico da situação de saúde local e suas repercussões no processo saúde-doença-cuidado**

A presente categoria trouxe como base para a discussão os atores envolvidos no processo de trabalho do ACS e o modo como se dão as interações dentro e fora do trabalho, evidenciando a dinâmica do trabalho em equipe com seus laços e elos formados nesse processo. Além disso, sinalizam as limitações e as possibilidades que as interações trazem ao processo de saúde-doença-cuidado.

Essa categoria contou com duas subcategorias para desenvolver a análise com mais clareza e fidedignidade: 3.3.1 Os laços fortes como fortalecimento ou limitadores do trabalho em equipe; 3.3.2 Os laços fracos presentes no processo de trabalho do ACS e da equipe de saúde.

#### **3.3.1 Os laços fortes como fortalecimento ou limitadores do trabalho em equipe**

Quando solicitado aos ACS que citassem cinco pessoas com as quais eles se relacionam, emergiram de suas falas atores de diversas categorias profissionais e, o mais importante, as contribuições que cada um desses trazem ao processo de trabalho do ACS e de saúde como um todo. Nas respostas dadas pelos ACS, apareceram enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, outros ACS, gestores da rede, profissionais de serviços gerais e usuário.

As falas enfatizaram o trabalho em equipe e o modo como as atividades são planejadas entre os profissionais. O planejamento das ações é construído com base nas necessidades de saúde local e, com a recente inserção do enfermeiro e do ACS nas equipes básicas, a prática de reuniões de equipe se tornou uma rotina no trabalho. Nas reuniões, os ACS trazem as demandas encontradas no território para serem debatidas na equipe e, posteriormente, as ações são planejadas em conjunto. As falas apresentadas a seguir caracterizam essa análise.

[...] a gente costuma fazer sempre nossas reuniões, a gente vai planejando dessa forma. Os agentes trazem pra gente, a gente planeja e executa, junto com a equipe. A gente senta, faz reuniões nos setores, pega agenda e planeja nossas ações. (Enf2 – PMF Maceió)

Outra coisa que ele colocou foi essa questão das reuniões na quarta-feira pra facilitar. A gente senta, a gente expõe ai ele fala as colocações, uma das vezes agente faz dinâmica pra gente mesmo escrever, preencher como a gente acha tal trabalho. Depois ele vem trazendo em cima daquilo o que a gente pode melhorar. (ACS8 – PMF Maceió)

Nós estamos sempre reunindo a equipe pra discutir os problemas da comunidade. Sentamos com a enfermagem e os médicos para discutir e planejar o serviço, né. A gente traz a demanda e resolve no grupo. (ACS4 – PMF Cantagalo)

Assim, pensando no trabalho em equipe, seu principal objetivo é obter os impactos sobre os diferentes fatores que estão presentes no processo saúde-doença-cuidado. Para isso, as ações multiprofissionais trazem a possibilidade da prática de um profissional reconstruir a prática do outro, em que os atores envolvidos nesse processo sejam transformados, mutuamente, a partir das intervenções na realidade na qual estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Apesar de cada profissão ter seu campo de atuação e seu saber específico, é preciso ter um campo de competências e responsabilidades compartilhadas. As reuniões em equipe, além de possibilitarem o fortalecimento das relações interprofissionais, são também um espaço onde ocorrem trocas de conhecimento e habilidades, que se refletem na assistência individual ou coletiva. Com essa proposta, é possível trazer possíveis transformações no território adscrito, não só pelo ponto de vista sanitário, mas que também deem conta de aspectos ligados às questões sociais, culturais e econômicas (ARAÚJO; ROCHA, 2007; CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Essa etapa do planejamento em saúde é de suma importância para a formação de uma Rede de Vigilância, pois, conforme Martins e Fontes (2004), as redes sócio-humanas também estão presentes nesse processo. Estas possibilitam a formação de laços, que também podem ser construídas nos espaços de trabalho.

As referências citadas pelos ACS e pelos indivíduos mais centrais no sociograma demonstram relações de parceria, amizade, comprometimento com o trabalho e solidariedade entres os pares, o que possibilita o fortalecimento dos laços fortes na rede de relações desses atores. As falas a seguir demonstram o poder

desses laços dentro do grupo e sinalizam os desdobramentos para o processo de trabalho da equipe:

Quando a gente para pra conversar sobre alguns assuntos, a idéia é quase sempre a mesma, não tem muita divergência, então a gente para pra somar e aí fica uma coisa muito legal. (ACS4 – PMF Cantagalo)

A cumplicidade começa é no campo, lá na comunidade ela se fortalece. Tanto que, na microárea dela, a microárea 01, alguns usuários eu respondo, e outros que a responsabilidade é minha ela responde [...] Ela é coração. Ela ao mesmo tempo em que é cabeça, é mais coração do que cabeça. Nossa parceria é perfeita aqui dentro. (ACS3 – PMF Cantagalo)

A maioria desses agentes de saúde aqui, que eu citei estão sempre assim, desde o início comigo, e a gente se entende, e a gente briga, a gente discute, a gente discorda em algumas coisas, mas nesse período todo, desses anos, eu vejo que são pessoas assim sérias no trabalho, são pessoas que levam o nome do ACS ali, que chega junto, chega junto com a comunidade, sabe? (ACS2 – PMF Maceió)

[...] eu sempre pergunto: o que a gente pode fazer, qual é a melhor maneira. Eu nunca chego impondo nada. Eu sempre procuro conversar. Vamos fazer desse jeito, assim é melhor?! O que você acha? Eu não trabalho impondo, aqui dentro, eu sempre procuro trabalhar em conjunto. Isso cria uma amizade e um respeito na equipe. (Enf2 – PMF Maceió)

Em relação a esses laços fortes, Prates (2009, p. 1122) ressalta que o capital social também pode ser construído a partir do “fechamento das relações sociais”, ou seja, da sociabilidade intragrupo. Pode-se observar que os laços fortes construídos facilitam a articulação da ação coletiva, diminuindo os efeitos do “dilema do carona” (PRATES, 2009, p.1122).

Tal conceito – “dilema do carona” ou “dilema da ação coletiva” – tem a ver com aqueles indivíduos que embarcam nas ideias de um grupo, sem ao menos contribuir com sugestões, propostas. Assim, ações dessa natureza tendem a desmotivar alguns indivíduos engajados, levando a uma queda de interesse quanto ao esforço coletivo (MAGALHÃES, 2000).

Sob esse aspecto, Fontes (2012) destaca que as redes podem ser analisadas a partir do ponto de vista do tipo de processo interativo que os agentes mantêm e dos laços construídos. As redes podem ser instrumentais ou de solidariedade. As redes instrumentais se caracterizam por relações que se estruturam a partir de ações sociais racionais, com finalidade estratégica, para fins racionalmente planejados, sendo predominante na esfera pública. Já as redes de solidariedade estão situadas na esfera privada, não se percebendo a predominância de ações

sociais pontualmente racionais; estas redes se articulam com ações sociais definidas como tradicionais e/ou afetivas.

Nos módulos estudados, tanto as redes instrumentais quanto as de solidariedade estão presentes no processo de trabalho dos ACS e dos outros profissionais de saúde. No planejamento das ações, as redes instrumentais encontram-se representadas pelos sistemas de referência e contrarreferência, pelos indicadores epidemiológicos do município, na alimentação dos sistemas de saúde estaduais e federais e todo o serviço burocrático/administrativo encontrado no processo de trabalho em saúde destes profissionais. Os dados gerados pelas interações encontradas nestas redes norteiam o planejamento das ações no serviço, demarcando as principais necessidades de saúde da população assistida e os encaminhamentos na rede de saúde do município. Alguns participantes pontuaram a importância da existência dessa rede sinalizando o seu impacto no processo saúde-doença-cuidado:

Nas reuniões de equipe, o enfermeiro senta com a gente e traz um monte de informações vindas da gestão. São coisas aqui da nossa área, sobre a dengue, a AIDS. Dados muito importantes. Aí a gente planeja nosso trabalho com base nesses dados. Fazemos nossas buscas ativas e trazemos o usuário pra perto da unidade. Aí o médico e o enfermeiro dá os devidos encaminhamentos para o caso. (ACS7 – PMF Maceió)

A gestão cobra o tempo todos os dados que a gente produz aqui no serviço. Todos têm que contribuir e dar conta das informações que eles pedem [...] eu até aprendo a importância disso para o trabalho e como isso pode ajudar aqui no serviço, ajudando a planejar as atividades. Aí a gente vai fazendo de acordo com a necessidade e vendo se aquela informação está igual o que a gente vê. (ACS5 – PMF Cantagalo)

Agora a gente está substituindo o SIAB pelo E-SUS. Os profissionais devem alimentar o sistema e aí lá na gestão tem uma pessoa que consolida de cada módulo do município. Dá para ter um controle melhor sobre a produção de cada unidade e como está o funcionamento. Aí a gente vê aqui o que precisa melhorar, o que já está bom. (Enf2 – PMF Maceió)

Em relação às redes de solidariedade, destacou-se na fala de alguns participantes do estudo não só a formação dos laços fortes dentro da equipe, mas as suas interações com a comunidade em um todo. Por estarem cotidianamente vivendo a realidade da comunidade, em que vivem e trabalham, muitas vezes são criadas redes informais, nas interações individuais e coletivas, que possibilitam o melhor acesso à informação e permitem a aproximação e o conhecimento, para os profissionais, dos mecanismos/estratégias desenvolvidas por alguns indivíduos para

se contornar determinado problema, seja de saúde, educação, de infraestrutura urbana etc. Essas redes de solidariedade são motivadas por ações afetivas e efetivas, pois, diante das dificuldades encontradas no território, o compartilhamento de informações entre usuários e profissionais de saúde possibilita a estes últimos um “diagnóstico” real do vivido. Tais trocas se materializam em possíveis ações de saúde que não estão contempladas nas políticas públicas de saúde, mas que no território, elas possibilitam resultados positivos e enriquecem o processo de trabalho em saúde. Abaixo estão algumas falas que caracterizam o exposto:

[...] de tão próximo da vida das pessoas, a gente cria um vínculo que fica fácil perceber os problemas que tem aqui. Teve uma usuária que ajudou muito meu trabalho com uma família que tinha uma escadinha de crianças. Ela me falou da Pastoral da Criança e dos serviços que tem lá; de nutrição, que tem um pediatra que vai duas vezes atender as crianças. Depois disso, passei a orientar as mães que tem dificuldade de marcar uma consulta na rede [...] essa aproximação com as pessoas ajuda bem nosso trabalho e a gente pode ajudar outras pessoas [...]. (ACS1 – PMF Cantagalo)

Como cada um é responsável por um setor diferente, a gente sempre troca informações sobre o que acontece na comunidade. Muita coisa é ali na relação com o paciente, na casa dele [...] aí você observa um jeito de fazer uma coisa, observa outro e com isso a gente também pode ajudar outros pacientes com aquilo que aprendemos no nosso dia a dia. [...] o amor, o carinho também faz parte do nosso trabalho. Em nossas reuniões sempre que podemos, falamos sobre isso. (ACS8 – PMF Maceió)

Assim, os laços fortes, também como produto das ações sociais afetivas dentro de um grupo de agentes implicados em um determinado processo, configuram-se como dispositivo que também agem na vida fora do trabalho, ou seja, na vida afetiva das pessoas, na vida pessoal. Assim como na família, em que os indivíduos estão fortemente ligados por relações de parentesco, pessoas que estão boa parte de seu tempo juntas no trabalho criam laços tão fortes e importantes quanto aqueles encontrados entre os membros de uma família. As situações pessoais vividas fora do ambiente de trabalho, de algum modo, também se relacionam com este, o que possibilita o fortalecimento das relações de cooperação e de valorização dos vínculos afetivos criados, seja com outros membros da equipe, seja com os próprios usuários da comunidade.

Ela sabe de tudo da minha vida, quando eu tô com problema no trabalho. Ela me dá uma estabilidade. Ótima companhia. [...] A gente teve isso aqui dentro, a gente criou isso aqui dentro. A gente meio que se entende, fala a mesma linguagem; o cuidado com o usuário, nós temos essa preocupação. Também, quando eu tenho um problema em minha casa, eu divido com

meus amigos de trabalho daqui. Já são como alguém da minha família e isso eu não posso negar. (ACS5 – PMF Maceió)

Kaufman (2012) ressalta que os laços fortes, comumente encontrados no grupo de indivíduos que participam de um mesmo círculo social, possibilitam a criação de uma identidade comum ao grupo e as dinâmicas geradas nessas interações não se estendem além dos *clusters*. Dessa forma, tais relações possuem alto nível de credibilidade e influência.

Por serem moradores da comunidade e trabalharem em prol dela, o ACS conhece bem o círculo social no qual está inserido e vive, cotidianamente, os problemas do território. Sob esse aspecto, suas necessidades de saúde, muitas vezes, coincidem com as necessidades de saúde do usuário que está sob sua responsabilidade (DAVID, 2011). Assim, sob a influência das redes primárias (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009), os ACS têm, no seu colega de trabalho, uma referência para atendimento de suas demandas e necessidades de saúde, bem como dos indivíduos que estão envolvidos no seu círculo social. Por esse motivo, estes atores fortalecem as redes primárias já existentes e criam novas redes de interações entre outros profissionais de saúde e usuários da comunidade.

No sociograma de ambos, nos módulos do PMF, o usuário aparece como referência na rede de relações. Mesmo que estes usuários não sejam os mais centrais, eles estão inseridos no contexto da realidade vivida no território e também fazem parte do mesmo círculo social do ACS e, certamente, possuem laços fortes que se traduzem através dos impactos socioeconômicos e culturais no processo saúde-doença-cuidado da comunidade.

Esses laços, presentes nas relações dos ACS com usuários da comunidade, também trazem tensões no trabalho da equipe. Segundo Bornstein (2006), o ACS possui maior conhecimento empírico da área onde atua, reconhecendo com mais exatidão a dinâmica social, os valores, as formas de organização da comunidade e o saber que lá circula. De um lado, espera-se do profissional o papel de controlador da situação de saúde da população, de outro os moradores esperam que o ACS facilite o acesso aos serviços de saúde.

Como força de trabalho que está no serviço público, os laços fortes criados com os usuários permitem a estes acesso mais rápido aos serviços de saúde. Por esse motivo, alguns usuários transferem a responsabilidade de suas necessidades para os profissionais do serviço e que, ao mesmo tempo, essa transferência inspira

uma sensação de confiança em caso de algum problema (PORTUGAL, 2006). Essa análise pode ser exemplificada nas fala que se seguem.

Por exemplo, a pessoa quer um exame pra amanhã. Aí ela vem e diz: “Vou te entregar minha carteirinha e você marca meu exame e estou há seis meses aqui e quero meu cadastro. Pode fazer no final de semana?” Não entendem que nos finais de semana eu não trabalho. Marco com ela num dia da semana, mas ela não quer; aí a pessoa fica de cara feia, reclama. (ACS1 – PMF Cantagalo)

Eles colocam uma responsabilidade em suas mãos que não tem jeito. Tem usuário, que por ter afinidade com a gente, aproveita da situação. Eu passo o mesmo que os agentes. Você está no mercado, tem usuário pedindo informação, querendo exame, consulta. Já teve momento, ali mesmo, de eu resolver uma situação para o usuário. (Enf2 – PMF Maceió)

Muitas vezes, esses laços presentes na equipe e nas interações com os usuários possibilitam acessos mais rápidos às consultas médicas. Dentro da própria equipe, os ACS costumam se unir e fortalecer seus laços de solidariedade, construindo redes primárias no trabalho e fora dele, que possibilitam a oferta do cuidado (LACERDA, 2010). Essa prática, porém, pensando no processo de trabalho do ACS, acarreta distorções sobre suas reais funções dentro do processo de trabalho em saúde. Conforme pontua David (2013, p. 218), essas ações podem acabar sendo ‘categorizadas’ como expressão de sua “vocaçãõ” para o cuidado e a solidariedade.

Essa reflexão se traduz nas “mil e uma utilidades” (DAVID, 2013, p. 218), sempre pronto e disposto a mudar seu planejamento diário, reintroduzindo novas tarefas e demandas para dar conta de uma variedade de ações (DAVID, 2013).

### 3.3.2 Os laços fracos presentes no processo de trabalho do ACS e da equipe de saúde

Nesta subcategoria, são apresentadas e analisadas, na fala dos atores participantes, as implicações que os laços fracos trazem ao processo de trabalho em saúde no âmbito da APS e suas repercussões no complexo processo saúde-doença-cuidado das comunidades onde os módulos estão inseridos.



As interações que os profissionais de saúde estabelecem com o território possibilitam o acesso às mais variadas situações que podem, direta ou indiretamente, influenciar o processo saúde-doença-cuidado. Pelo fato de estar imerso na realidade do território, o ACS consegue “diagnosticar” problemas enfrentados pela comunidade que dizem respeito às questões culturais, socioeconômicas, de infraestrutura urbana, de violência etc. Essas questões, em algum momento da vida, esbarram nas necessidades de saúde dos usuários, trazendo demandas importantes para os profissionais de saúde. A fala dos participantes a seguir caracterizam tal análise:

Quando estamos na rua, estamos em contato com a realidade e são muitos problemas que eu vejo. Conversando com o povo, você vai descobrindo situações que mexem muito com você. O povo é meu guia, pois meu setor é muito grande e cheio de problemas. Sempre estou perguntando pra um, pra outro sobre determinada situação que aconteceu. Isso adianta muito o meu trabalho. (ACS5 – PMF Maceió)

A gente tá diagnosticando toda hora. A gente não diagnostica só doença. A gente faz diagnostico de problemas da vida da pessoa. Na comunidade a gente tá meio que fazendo laços. Toda hora. E eles ajudam a gente a entender o problema que as pessoas enfrentam. Isso é rico e nem sempre chega da mesma forma aqui no posto. Eu que sei, pois é eu que vivo isso. (ACS4 – PMF Cantagalo)

Nesse contexto, Prates (2009) cita que alguns pesquisadores defendem a ideia de que os laços fracos possibilitam contatos superficiais e não permitem o envolvimento emocional e psicológico; estes mesmos pesquisadores enfatizam que os laços fracos possibilitam maior porosidade cultural e ideológica para os grupos sociais.

Pensado na oferta de serviços, os laços fracos adquirem importância vital ao sistema de saúde, visto que além de possibilitarem o acesso aos serviços, também possibilitam o acesso à informação e ao conhecimento.

Em realidades complexas, nas quais as questões socioeconômicas, culturais, políticas e de violência urbana provocam mudanças constantes no processo de trabalho dos profissionais de saúde da APS, o maior número de laços/vínculos pode ser um diferencial na superação de algumas dificuldades, seja para o processo de trabalho em saúde em si, seja na resolução de algum problema de saúde individual e/ou coletivo, por exemplo.

Conforme apontado por Freire (1992), essas dificuldades podem ser entendidas como situações limites, em que os atores envolvidos encontram-se impedidos, naquele momento, de transpor as dificuldades e se orientar em outros caminhos para a resolução do problema.

Sob esse aspecto, entra a importância da criação de laços de fraternidade e compromisso, esses compreendidos a partir de uma perspectiva que se contrapõe a uma tendência desumanizadora, imposta pelos poderes já instituídos (PIVETTA; GUIMARÃES, 2005).

Diante das dificuldades, esses laços podem possibilitar uma releitura do mundo, que tenderá à decifração cada vez mais crítica das situações-limite que se impõem à realidade, além das quais se encontra o “inédito viável” (FREIRE, 1992, p. 106).

Na concepção de Freire (1992), o inédito viável é uma coisa inédita, que ainda não está concretamente conhecido e vivido. Quando se torna percebido, o problema já não é mais um sonho, pois indivíduos conscientes refletem, querem e agem sobre as situações-limite que dificultaram a resolução de algum problema. Assim, o inédito viável passa a não ser ele mesmo, mas a concretização dele.

Para isso, os laços fracos formados nas interações dos ACS e profissionais de saúde com o território podem contribuir para romper com as limitações encontradas no processo de trabalho e possibilitar o enfrentamento de problemas, a partir de ações viáveis e inéditas que não estão descritas nas políticas públicas em saúde. Alguns ACS e a enfermeira entrevistada mencionaram situações em que os laços fracos foram fundamentações para a transformação de situações-limite em ações inéditas e viáveis. As falas abaixo caracterizam o exposto:

É muito importante a gente ter várias referências no nosso trabalho, mesmo que elas não estejam o tempo todo com a gente. Tenho até mais que cinco. Já vivemos situações difíceis aqui, mas aí conversando com um e com outro na rede, a gente foi vendo que é possível superar algumas dificuldades [...] eu mesmo já lancei uma ideia na reunião que tem dado muito certo: como esse serviço é novo, o pessoal acha que aqui é igual à Policlínica. Isso estava dificultando o nosso trabalho. Aí na reunião e dei a ideia de fazer sala de espera todo dia explicando como esse serviço funciona agora. A gente percebeu que as pessoas estão com menos dúvidas. (ACS5 – PMF Maceió)

[...] não é fácil trabalhar em uma equipe pequena que tem que atender um número grande de pessoas. Dificuldades a gente tem o tempo todo sim. Mas aqui todo mundo tem uma experiência diferente, coisas da vida, sabe?

Aí a gente divide com o colega e tenta chegar numa finalidade. (ACS6 – PMF Cantagalo)

Com o tempo de trabalho de ACS você acaba conhecendo muita gente e aprende como lidar com as dificuldades do trabalho também. Numa situação que a gente vê que aquela pessoa tá com dificuldade de conseguir uma consulta, por exemplo, a gente tenta procurar uma maneira de contornar o problema e ajudar [...]. (ACS4 – PMF Cantagalo)

É na dificuldade e naquela sensação de que está tudo dando errado é que aparece uma solução [...] hoje mesmo eu consegui resolver o problema pra dar entrada no INSS de uma senhora muito pobre. Há mais de três anos tentando aposentar. Ela não acreditou: foi através de uma ligação e conhecer alguma coisa sobre aposentadoria, que consegui resolver isso pra ela. Passei isso com meu pai há quinze dias. (Enf2 – PMF Maceió)

O acesso mais rápido e fácil, o menor tempo de espera para o atendimento das demandas e o melhor atendimento disponibilizado são possibilidades, quando se acionam os laços fracos no interior do setor público de saúde. Por esse motivo, os laços fracos são melhores que os laços fortes, uma vez que possibilitam maior ampliação do capital social dos indivíduos, permitindo a multiplicação de contatos e interações na rede, além do acesso a novas informações, grupos e recursos sociais distintos (PORTUGAL, 2006).

As novas interações promovem a construção de novos círculos sociais, que se configuram em novas redes, possibilitando a ligação dos atores a novas possibilidades de interação social. A atuação multifacetada do ACS ganha relevo em novos espaços da vida, que os colocam em relações face a face, atuando como pontes que servem de apoio para construção de novos laços de sociabilidade e reforçam seu capital social e do grupo ao qual pertencem (SILVEIRA, 2010). As falas seguintes apontam a importância dos laços fracos no processo saúde-doença-cuidado.

[...] quando eu preciso de alguma informação, assim, para arranjar uma consulta na Policlínica, falo com conhecida técnica que trabalha lá. Passo o caso pra ela e ela transmite para o enfermeiro de plantão. As vezes demora um pouco, mas bem mais rápido quando eu faço essa ligação. As vezes o pessoal de lá me orienta em algumas coisas que eu não sabia que podiam ser feitas. Isso melhora a rapidez pro paciente conseguir a consulta. O médico daqui já fala: vamos agilizar o processo daquele jeito (risos). (ACS7 – PMF Cantagalo)

A gente sabe das dificuldades também. A gente vive os dois lados da moeda (risos). Nas horas de dificuldade a gente sabe onde pode recorrer [...] nessas andanças a gente acaba conhecendo um monte de gente e no caminho a gente esbarra nas certas. Meu colega da aula de música é medico lá no posto da Engenhoca. Às vezes peço ajuda ele para o caso de

um paciente, tipo algum exame, consulta no especialista. Ele sempre dá um jeitinho e a coisa sai (risos). (ACS6 – PMF Cantagalo)

Eu citei as quatro porque são as pessoas onde busco apoio. Elas não fazem parte aqui da equipe, mas ajudam pra caramba. Eu faço contato com elas, elas fazem contatos com outros até a gente resolver o problema. Alguns fazem isso aqui também, pois tem vez que só o que a gente tem aqui não adianta. (AC5 – PMF Maceió)

Os meninos me ajudam muito. Eu tenho muitos contatos fora e até uns usuários me ajudam aqui. Nosso trabalho é complexo e a gente tem que ter “cartas na manga” (risos). Isso facilita o acesso dos pacientes nas consultas com a médica. É nisso que eu foco com eles aqui, não ficar só no nosso mundinho. (Enf2 – PMF Maceió)

Pensando na perspectiva de rede, aqueles indivíduos que possuem maior número de interações ou laços ocupam posições vantajosas em relação a outros. O número de laços que esses indivíduos possuem dá a estes vias alternativas para satisfazer suas necessidades e, como desdobramento desse processo, serão menos dependentes que outros indivíduos. Por possuírem muitos laços, eles têm mais acesso a recursos, laçando mão destes na rede como um todo (HANNEMAN, 2005).

Segundo Simmel (1993), os indivíduos, nas sociedades modernas, têm sido influenciados pela formação de círculos sociais, resultantes da intensidade de laços, de um número, cada vez maior, de relações sociais que se constituem na vida cotidiana. Essas interações interferem na formação dos indivíduos, estes cada vez mais multifacetados, sendo mediados pela ampliação da racionalização de relações socioeconômicas e pelo processo expansivo de domínio do mercado e do Estado sobre a vida das pessoas em espaços urbanos.

Esses círculos sociais tendem a aumentar durante a adscrição do usuário no território. O cadastramento das famílias é um dispositivo que possibilita ao ACS conhecer a realidade do usuário, a partir da perspectiva do olhar do outro, auxiliando-o na compreensão dos problemas enfrentados pela comunidade. Ao observar as necessidades e demandas produzidas pela complexidade de interações políticas, sociais, de saúde, econômicas encontradas na comunidade o ACS, junto com a equipe, planeja ações voltadas para demandas coletivas (COSTA et al., 2013).

Durante as entrevistas, ficou evidente a importância dos laços fracos nas interações dos ACS e da enfermeira participante do estudo. A inserção desses profissionais na rede de atenção primária local trouxe um diferencial para o processo de trabalho no PMF, que até então era composto apenas por médico e

auxiliar/técnico de enfermagem. Nas entrevistas são apontadas outras pessoas e profissionais que trazem contribuições para o processo de trabalho nos módulos, principalmente na aquisição de recursos vários para a realização de atividades educativas nas comunidades. Além disso, os laços fracos têm contribuído para o enriquecimento dos círculos sociais desses profissionais e, com isso, aumentando suas redes de interações, o que tem propiciado o reconhecimento do trabalho realizado, seja pela comunidade, seja pelos gestores. As falas abaixo caracterizam a importância dos laços fracos e seus desdobramentos para o processo de trabalho em saúde.

Nosso trabalho trouxe um diferencial sim. Antes quase não tinha grupos educativos e com nossa chegada, procuramos inovar no serviço. Temos dificuldades, mas muitos parceiros nos ajudam: a comunidade está sempre disposta a trazer uma contribuição para cá. É a gente vai conseguindo tudo assim, pede aqui, pede lá. Eu tenho outros contatos fora, como eu te falei, e não economizo. (Enf2 – PMF Maceió)

Quando a gente chegou aqui, o povo meio que estranhou [...] com o tempo as coisas foram aparecendo e o povo começou a ver nosso trabalho. Criamos uma parceria legal. Agora conheço um monte de gente que nem tinha contato e essas pessoas fazem parte do meu trabalho. [...] fizemos um grupo de gestante aqui e conseguimos muitos presentes para as nossas gestantes. Tudo porque a gente foi atrás, pedindo para um, pedindo para outro. E assim é que a gente vai fazendo nossos trabalhos educativos. (ACS4 – PMF Cantagalo)

O bom é que temos mais contatos. Eu mesmo conheço muita gente fora daqui e isso traz uma satisfação muito grande, pois tenho reconhecimento do meu trabalho. Quando tem atividade educativa, fico que nem carrapato no Facebook pedindo ajuda para os amigos. [...] Tudo nós conseguimos, mesmo com toda dificuldade. (ACS8 – PMF Maceió)

Pensando nesses laços e nos círculos sociais aí formados, as intervenções que levam em consideração as redes sociais possibilitam melhor distribuição das responsabilidades de cuidados, extrapolando o campo individual e oportunizando ações coletivas. Pensando nisso, os profissionais de saúde na busca por parcerias na comunidade devem exercer a função de catalisador de recursos e habilidades de cuidado. Isso aponta para um cuidado menos medicalizado e hierarquizado, pois considera o indivíduo como participante ativo nesse processo (PINHEIRO, 2012).

Assim, pode-se inferir que o trabalho do ACS ou de outro profissional da equipe não consegue, sozinho, sustentar a complexidade das questões que surgem no processo de trabalho cotidiano. Nesse sentido, é preciso que o trabalho dos diferentes atores seja valorizado, já que possuem diferentes funções que se

complementam no atendimento à comunidade e suas ações, independente de posições hierárquicas, devem estar voltadas na busca de um objetivo comum. Essa visão, por exemplo, seria importante para que o ACS se percebesse como um importante membro no trabalho em equipe (PINHEIRO, 2012).

### **3.4 Categoria B: Tensões e potencialidades na mediação de saberes no processo de trabalho do ACS**

A análise efetuada nesta categoria possibilitou apreender dos ACS seu papel de mediadores de saberes/conhecimentos entre os serviços e a comunidade, bem como as implicações dessa mediação na sua rede de relações.

Essa categoria foi dividida em outras suas subcategorias: 3.4.1 A prevenção como forma de controle do processo saúde-doença-cuidado; 3.4.2 O saber popular e técnico - científico presente na rede de relações dos ACS.

#### **3.4.1 A prevenção como forma de controle do processo saúde-doença-cuidado**

As discussões nesta subcategoria envolve o modo como os profissionais de saúde, juntamente com os ACS, lidam com o conhecimento produzido pelos indicadores de saúde, os manuais técnicos e as necessidades e demandas de saúde da comunidade. Os participantes citam que a prevenção é predominante nas ações em saúde, tendo o caráter de colocar o indivíduo dentro de padrões preestabelecidos pelas políticas de saúde.

Sendo assim, alguns participantes se veem, no processo de educação em saúde, responsáveis por levar informações que tratam da prevenção dos agravos e da não exposição aos riscos. A prevenção se tornou um lema de trabalho, compreendido como algo que não pode ser desviado dos parâmetros, dos valores-padrão. Não seguir determinado tratamento pode representar risco para a saúde e vida do indivíduo e, ao prevenir esses riscos, praticamente o indivíduo conseguirá se

livrar dessa situação e poderá ter uma vida plena. As falas a seguir revelam o exposto:

[...] na atenção básica o principal é a prevenção. [...] Tem que tentar mostrar para eles que não é assim, que a gente trabalha com prevenção. (ACS4 – PMF Cantagalo)

Eu sigo bem o que o medico fala. Sigo as orientações para o hipertenso e para o diabético. O medico fala da prevenção, de não fumar, não beber, não comer açúcar, não comer gordura. Aí eu tento trabalhar a prevenção para o paciente não sofrer um derrame, um infarto. (ACS3 – PMF Maceió)

É uma balança, porque assim, às vezes você tem uma capacitação; nós fomos treinados, mas assim eu levo muito conhecimento técnico para o campo de trabalho. [...] o agente de saúde é para orientar, prevenção [...] a prevenção das doenças é essencial pra saúde do paciente. (ACS2 – PMF Maceió)

Acho que se todos trabalhassem a prevenção bem, não teríamos tantas pessoas doentes e tanta gente correndo risco. Acho que a vida seria melhor, sem tantos problemas. (ACS4 – PMF Cantagalo)

Ayres (2008) destaca que o preventivismo é considerado uma doutrina médica que retraduz a concepção ampliada de determinação do processo saúde-doença, assim como contido nas disciplinas ligadas ao campo da higiene e da saúde pública do século XIX, com práticas voltadas apenas ao seu caráter técnico, individual e ações assistenciais/educativas simplificadas, com baixa densidade tecnológica. Assim, as medidas preventivas tendem a situar seu campo de ação em práticas que minimizem os padecimentos de saúde e carecimentos de assistência especializada (AYRES, 2008).

Assim como a ideia de prevenção, segundo Bornstein, David e Araújo (2010), a ideia de risco e arriscado fazem parte de um mesmo discurso, seja a veiculada pelo conhecimento popular, seja pelo discurso técnico. No entendimento popular, o risco pode ser compreendido através de uma “ameaça, perigo, prejuízo, e com a conotação de algo mais negativo do que propriamente desastroso” (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010, p. 95). O risco é uma construção móvel e se caracteriza como um código de perigo constante e ameaça a vida. Por se tratar de uma construção social criada pelo conhecimento técnico-científico, acabou se tornando um discurso carregado de soberania, instrumento arbitrário e de intenso controle social. Ele vem ganhando cada vez mais adeptos, a partir do aumento de influência das decisões relacionadas ao futuro da sociedade e, paradoxalmente, nessa busca incessante, pelos profissionais e serviços de saúde em querer controlar o risco,

estamos cada vez mais próximos do imprevisível (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010).

Aqui a ideia central é transmitir a informação sobre os comportamentos mais adequados, corrigindo os principais desvios. Geralmente, essa situação é acompanhada de posturas arbitrárias e verticalizadas, em um tom altamente prescritivo e rígido (BORNSTEIN, 2007).

Sobre essa reflexão, F. Lefevre e A. Lefevre (2009, p. 37) destacam que os serviços de saúde são espaços de onde ecoam a fala da lógica sanitária e é nesse espaço onde a fala do profissional é considerada legal, “socialmente autorizada”, porque advém de um espaço técnico e científico. E é a fala revestida de verdade, pois provém de espaços que foram se constituindo, historicamente, como lugares revestidos de autoridade. A fala do profissional de saúde tem valor e poder, resultado do conhecimento produzido pela ciência e tecnologia. Dessa forma, a sociedade confere autoridade à fala de um especialista, que acaba se impondo como verdade, dada pela autorização social; trata-se de uma fala que tem poder para a produção de saúde.

Desde a década de 90, as equipes básicas de saúde do Programa Médico de Família já vinham sendo formadas apenas por dois profissionais: um médico clínico geral e o técnico de enfermagem. Com o tempo, os ideais de saúde preconizados por esse modelo foram se modificando e algumas adaptações tiveram de ser feitas, já que a ESF passou a ser o modelo reorientador da APS no Brasil. Com isso, os gestores introduziram o enfermeiro e o ACS na composição dessas equipes, sem planejamento prévio e capacitação desta mão de obra. Assim, esses profissionais já chegam no trabalho encontrando relações de poder e hierárquicas muito bem demarcadas. A figura do médico, nesse modelo, representa bem as reflexões de F. Lefevre e A. Lefevre (2009), pois sua fala é socialmente autorizada. E o técnico de enfermagem, até então sem a supervisão de um enfermeiro, acabou reproduzindo essa postura dentro dos territórios onde se encontram os módulos do PMF. Essa situação tem gerado alguns conflitos entre enfermeiros, ACS e técnicos de enfermagem. Tais conflitos são motivados pelas diferenças de conhecimento e de formação, em que um quer se sobrepor ao outro, quando se trata de ações de educação em saúde. As falas seguintes caracterizam essa análise.



Quando eu cheguei aqui, já tinha um jeito para trabalhar. Os técnicos já tinham a norma deles e a gente seguia. Sempre orientava a gente com relação a algum usuário: “Olha ele tem que tomar a medicação na hora certa e mudar os hábitos, para prevenir as complicações e não correr o risco de morrer”. Isso ficava na minha cabeça quando eu ia pra rua. A gente ficou sem enfermeiro uns 3 meses. Só o técnico e o médico com a gente. Eles falavam um pouco sobre as doenças, como prevenir algumas coisas. Daí a gente levava isso pra comunidade. (ACS8 – PMF Maceió)

O técnico e o médico têm poder aqui e o que eles falam é o que vale. As vezes a gente entra em conflito, porque algumas coisas eu não concordo. Sei que a gente tem que orientar educar o paciente, trabalhar com a prevenção. Mas é a gente que tá na rua o tempo todo e não eles. Minha enfermeira é que me dá uma ajuda aqui. (ACS2 – PMF Cantagalo)

Ainda tenho situações que ficam difíceis pra trabalhar na educação em saúde. Eu sei que a gente tem que trabalhar com a prevenção, com os riscos, mas de outro jeito. Não do jeito do médico e nem da minha técnica. Eu falo uma coisa com meu ACS, o médico e o técnico falam outra. (Enf2 – PMF Maceió)

Em um trabalho realizado por David e Marteleto (2012), estas afirmam que as relações que são produzidas no cotidiano do trabalho do ACS, assim como dos demais profissionais de saúde, são afetadas por tensões e disputas produzidas por projetos terapêuticos e questões políticas, motivadas pela implementação de políticas públicas em nível local. Como consequência, suas atribuições e atividades tendem a sofrer mudanças e adaptações em curto período, em função de demandas da organização do trabalho das equipes, o que os qualifica como “auxiliares de serviços gerais da saúde” (DAVID; MARTELETO, 2012, p. 92).

Essa reflexão corrobora com a realidade vivida pelos profissionais de saúde que atuam no PMF. Diante das propostas de mudança na organização do trabalho da rede básica do município e do crescimento e complexidade das demandas e necessidades de saúde nas comunidades, os profissionais de saúde se veem imersos em problemas que são decorrentes da falta de planejamento da gestão local. Com isso, sentem dificuldades em realizar atividades que contemplem as necessidades de saúde da população.

A rede de relações que são construídas pelos ACS permite a eles trabalhar sob a lógica da prevenção e do risco, já que possuem laços bem estruturados com a realidade da comunidade, com a história de vida de alguns indivíduos e com os seus hábitos culturais. Por não possuírem capacitações em seu processo de formação, eles reproduzem, com certa liberdade, as orientações “socialmente autorizadas”.

Isso, em algum momento do processo saúde-doença-cuidado, gera tensões em sua rede de relações, visto que a imposição de valores e o domínio de ruídos,

ecos do conhecimento técnico-científico, muitas vezes, não se adequam à realidade vivida pela comunidade.

### 3.4.2 O saber popular e técnico-científico presente na rede de relações dos ACS

A segunda subcategoria, que emergiu da análise dos depoimentos dos participantes, relaciona-se com a mediação dos saberes difundidos pelos serviços de saúde e aqueles encontrados no cotidiano da vida da comunidade. As interações sociais presentes nesses espaços favorecem e/ou limitam essa mediação, principalmente no contexto de mudanças na rede básica de saúde local.

Dessa forma, na fala dos participantes, são evidenciadas algumas falhas no processo de contratação dos ACS e enfermeiros, principalmente no que se refere à formação e capacitação desta mão de obra. Os ACS e enfermeiros, no processo de admissão, não foram esclarecidos sobre seu papel e suas atribuições no trabalho em saúde e na APS, respectivamente. As falas seguintes retratam essa realidade .

Não tinha experiência na atenção básica. Emergência não é assim. Eu não tive experiência quando eu vim pra cá. Eu fiquei um tempinho aqui sozinha. Na atenção básica você tem que planejar, planejar grupos, ações, você faz administrativo. Na emergência a gente não faz isso. É muito diferente. (Enf2 – PMF Maceió)

Tem horas que a gente fica meio perdido aqui no trabalho. As vezes são situações muito simples, mas que a gente não consegue resolver. O paciente chega com uma fala, mas na verdade não é assim. A gente não foi capacitado pra lidar com isso e eu tenho muita dificuldade com coisas que os pacientes trazem. Passei na prova sem saber o que era um ACS. (ACS2 – PMF Cantagalo)

São muitas demandas do paciente e o nosso trabalho é muito complexo. Lá fora você tem uma visão, aqui no serviço tem outra. São dois mundos que as vezes não se encaixam (risos). Eu mesmo entrei sem saber como lidar com isso e até hoje sinto muita dificuldade. (ACS5 – PMF Maceió)

A gente fez uma capacitação sim, mas ela não serviu para aquilo que a gente precisava. Foi coisa de um dia apenas e depois disso a gente tem que fazer sozinho mesmo, não tem outro jeito. (ACS5 – PMF Cantagalo)

Assim, no contexto das políticas públicas, o Ministério da Saúde pontua atribuições específicas ao trabalho do ACS como agente tradutor da dinâmica social da comunidade, que engloba suas necessidades, potencialidades e limites;

identificar, na comunidade, atores e recursos que possam ser otimizados pelas equipes. Além disso, seu trabalho engloba a promoção da educação em saúde e a mobilização de atores sociais para o desenvolvimento de ações coletivas (DUARTE, 2011).

Ao contrário, o que se vê no processo de trabalho do ACS e dos demais profissionais é o inverso daquilo que seria o ideal. Segundo Duarte (2011), para se transformar os ACS em sujeitos pró-ativos, é preciso investimento em programas de capacitação através de processos educativos que os façam reconhecer como responsáveis do seu saber, que os possibilite desenvolver seu poder de compreender o mundo, estabelecendo formas autênticas de pensamento, em que as ideias possam ser compartilhadas.

Ademais, capacitações que focam apenas em conceitos, “modos de fazer” e princípios às práticas estabelecidas, tanto de gestão como de atenção e controle social, quando trabalhadas de maneira descontextualizada e se basearem apenas na transmissão de conhecimentos, não se mostram eficazes na incorporação de novos saberes (CECCIM, 2005).

Nesse contexto, os participantes além de pontuarem essa lacuna em seu processo de formação, relataram dificuldades entre mediar o conhecimento técnico – muito difundido nas reuniões de equipe – com o conhecimento popular. Verificou-se que poucos conseguem identificar parceiros ou recursos na comunidade, bem como a mobilização desta para a conquista de ambientes e condições de melhoria favoráveis à saúde. Observando a realidade onde esses serviços estão inseridos, esse achado chama atenção, pois os laços criados com usuários poderiam favorecer a mobilização comunitária, como ponto de partida para ações que, efetivamente, possibilitem melhorias nas condições de saúde.

Pessoal traz certas coisas que não dá pra fazer. Você tem que seguir normas e não é do jeito que as pessoas querem e a gente que trabalha em comunidade, pessoas com pouco conhecimento fica mais difícil. (ACS1 – PMF Maceió)

Educar é muito difícil porque cada um tem um jeito de ser. A gente mostra o que é certo, que não pode fazer isso ou aquilo, mas eles insistem. E com certeza eles sabem que não pode. Mas fico pensando: será que sabem mesmo? Bem, se soubessem não colocaria tanta coisa em risco, né? (ACS3 – PMF Cantagalo)

Estamos aqui para orientar, fazer visitas e mostra para as pessoas que queremos ajudar. A gente fala pra eles não usarem chá, ervas porque a

pressão só abaixa com captopril. Fazer essa ponte do nosso conhecimento com o deles é bem complicado. (ACS5 – PMF Cantagalo)

Sob este aspecto, Mialhe e David (2011) assinalam que as ações empreendidas pelos ACS têm se tornado mais impositivas e menos reflexivas, dadas por orientações mais prescritivas do que reflexivas, tratando o saber popular como objeto passivo de intervenções. Tais atitudes reproduzem o conhecimento rico em normas técnico-científicas e agem sempre com caráter impositivo, vertical, já que os serviços priorizam orientações para a comunidade, com enfoque no convencimento da superioridade do saber técnico-científico.

Em um outro sentido, os mesmos ACS apontam que o conhecimento popular tem contribuído para a identificação de problemas de saúde na comunidade, descoberta de novas formas de intervir no espaço familiar e de famílias que ainda não têm acesso aos serviços prestados pelo módulo. E por conhecerem todo o território e sua dinâmica, os usuários sinalizam, por exemplo, até aonde os ACS e profissionais de saúde podem transitar pela comunidade, já que alguns serviços prestados pelo setor público não podem adentrar as áreas de tráfico. As falas abaixo retratam o exposto:

No meu setor a questão do tráfico é um problema e nem sabia que naquele lugar era assim. Foi andando aqui na comunidade que fui descobrindo e nisso a população me ajudou muito. Eu não sabia nada! Aquelas pessoas que já moram muito tempo foi me dando as dicas. (ACS1 – PMF Maceió)

Então eu acho que essa questão da solidariedade a gente vê muito na comunidade. Teve um paciente que mora lá pra cima na mata, numa área que assim, eu não vou muito né? Só posso ir se for com alguém, que é uma parte deserta; mas tinha um senhor que tava lá em cima, e estava quase morrendo, passando mal, não estava se sentindo bem, botando sangue pra fora. Aí eu andando, na parte né, fui fazer VD e uma outra quando me viu ela: “- poxa eu queria muito te ver!” Eu falei: “- o que aconteceu?” Ela disse:” - ah, fulano tá lá em cima, tá passando mal e ninguém consegue tirar ele, ele não quer ir ao médico de jeito nenhum, tá sem forças pra andar, acho que tá quase morrendo”. Aí eu voltei no posto, cheguei aqui falei com as meninas. (ACS5 – PMF Maceió)

Corroborando com Valla (1996), o saber do povo é bem elaborado, perante às experiências concretas, pois ele vive situações distintas do vivido pelo profissional. Logo, o profissional, ao oferecer o seu saber, pensa que o do outro é inferior e na realidade é apenas diferente.

Ao respeitar a legitimidade do saber do outro, os laços se fortalecem e o profissional também ganha nessa troca. Em um contexto de trabalho – no qual a

gestão local tem seus problemas de organização do trabalho e dificuldades em fazer um planejamento flexível, que atenda às reais necessidades dos territórios, é oportuno que tanto os profissionais de saúde quanto os usuários da comunidade possam compartilhar, com mais liberdade e democracia, suas vivências, experiências de vida e saberes. Suas redes não se limitam apenas aos espaços onde vivem e/ou trabalham. Elas são amplas, complexas, cheias de tramas e nós. E é nessa direção que cada ator envolvido no processo saúde-doença-cuidado deve lançar mão.

Porém é preciso que se tomem algumas cautelas, pois ao mediar conhecimentos, principalmente o técnico-científico, o ACS domina alguns ecos, ruídos desse conhecimento. Mas, por detrás dessa visão, também se pode encontrar tantas outras possibilidades que fogem a esse conhecimento e ao trabalho meramente prescritivo. O dia a dia com usuários da comunidade possibilita, por exemplo, o uso de uma linguagem menos técnica e de fácil compreensão pelo indivíduo; as ações empreendidas no território não ficam restritas apenas ao preconizado pelas políticas públicas de saúde, sociais, o que permite maiores oportunidades na identificação de necessidades de saúde, até então camufladas por ações investigativas impregnadas de conhecimento técnico e a formação de vínculos, em que a escuta e a observação fazem grande diferença no processo de trabalho desses profissionais e dos demais.

Por estar vivendo dois mundos diferentes, o ACS é um ouvinte atento e, sob esse cuidado, utiliza os recursos disponíveis no momento para acolher as demandas e resolver problemas. Tais recursos incluem a facilidade de acesso aos profissionais, o conhecimento sobre as pessoas e seus familiares e sobre a dinâmica da vida na comunidade. Assim, por trás do discurso prescritivo, pode estar escondido outras maneiras de fazer educação em saúde que os ACS não consideram importantes, ante à hegemonia do saber técnico-científico e por ser a categoria profissional menos valorizada dentro das equipes de saúde (MIALHE; DAVID, 2011). Essa reflexão pode ser caracterizada pelas falas a seguir.

Eu vivi a realidade da vida e ver a pessoa viver (choro). E a gente está aqui pra ajudar as pessoas, mas em relação às drogas a gente não pode ajudar se o usuário não quiser. Eu vi um paciente, mesmo não sendo do meu setor, me pedindo ajuda. Nossa! É muito bom, que você vai poder entrar na vida da pessoa e vai poder fazer a diferença. (ACS5 – PMF Maceió)

Estou sempre ai pra ajudar, muita das vezes eu ate me ponho no lugar do paciente pra poder correr atrás, pois às vezes eu vejo que é um paciente que precisa daquele exame, que precisa daquele remédio e não tem dinheiro pra comprar. Entendeu? Eu sempre procuro fazer de um tudo, “dou minhas tripas aos corações”. Paciente que é gestante que não tem condições, eu procuro correr atrás de roupinha, disso e daquilo. Se for um hipertenso eu tento ver lá com a farmácia popular eu procuro, ligo para o módulo, ligo pra outro, às vezes ligo até pra farmácia lá embaixo pra ver se tem a medicação do paciente. (ACS3 – PMF Maceió)

Durante a análise das entrevistas, foi possível identificar muitos relatos sobre o compartilhamento de saberes através da educação em saúde. O ato de educar representou um importante desafio no processo saúde-doença-cuidado, pois coloca o profissional diante de situações que, em muitos casos, os manuais, protocolos e afins não conseguem trazer uma resposta imediata. É daí que emergem as vivências e experiências da vida, traduzindo-se em redes informais que auxiliam na resolução de problemas vividos pela comunidade. Esse é o momento em que os profissionais de saúde têm a oportunidade de traduzir, para uma linguagem acessível, termos técnicos e conhecimentos específicos de difícil compreensão pela comunidade.

Assim, pensando no campo da Educação Popular, Vasconcelos (2013) diz que ela amplia os espaços de interação cultural e negociação entre os atores envolvidos em determinados problemas sociais, o que permite a construção compartilhada do conhecimento e da organização política para a superação destes problemas. Ao invés de difundir conceitos e comportamentos corretos, o ato de educar via Educação Popular possibilita a problematização das situações vividas, a partir de discussões abertas, do que está incomodando o oprimido. Os depoimentos a seguir revelam o supracitado.

Então, eu gosto disso, eu gosto dessa parte de educar, de compartilhar o que eu sei, né? [...] eu acho muito importante essa parte da educação em saúde. Poder passar alguma coisa que pra muitas pessoas é um tabu, é um bicho de sete cabeças, conversar sobre sexo, conversar sobre os métodos, então eu acho bem, é, como se diz, bem válido. Mesmo que seja um pouquinho - um pouquinho - uma sementinha que a gente vai conseguindo espalhar. (ACS5 – PMF Cantagalo)

Eu entendo que eu sou agente o tempo todo, e eu educo o tempo todo, porque as vezes, se eu tenho uma informação; como eu vou guardar aquilo para mim se eu aprendi a passar isso adiante? Se eu estou fazendo um trabalho com uma pessoa, uma pessoa apresenta uma dúvida, se eu posso buscar, se eu perguntar a uma pessoa mais experiente para responder aquilo também. Porque a dúvida daquela pessoa pode ser a minha dúvida também. (ACS6 – PMF Cantagalo)

É uma troca de saber que acontece toda hora e eu com meus colegas aprendemos muito. O paciente fala: “a eu comecei a fazer sim e está dando muito certo. Posso te ensinar quando você for lá em casa”. (Enf2 – PMF Maceió)

Nos grupos o aprendizado é maior. É uma oportunidade de sair um pouco daquela rotina e aprender com o povo também, o modo como eles conseguem resolver seus problemas, a cultura deles, a visão deles. (ACS6 – PMF Maceió)

As ‘estratégias’ de mediação de saberes são aprendidas com a vivência no trabalho. Assim, são utilizadas ‘estratégias’ fundamentais da ordem dos sentidos: o diálogo, a importância de saber ouvir e mostrar interesse pelo problema do usuário. Isso permite compreender a ação educativa como um processo no qual os resultados nem sempre são imediatamente percebidos e saber aguardar o momento adequado para desenvolver seu trabalho (BORNSTEIN; STOTZ, 2009).

Pensando na perspectiva de redes, tal situação nos remete às redes de sentido, em que o foco é voltado para as representações e as ações que os agentes elaboram e acionam em função de seus objetivos práticos. Assim, entram em cena os mitos, as tradições, os tipos de linguagens, os sentimentos e percepções dos agentes, individualmente – a partir de suas subjetividades e nas relações com outros. Sob esse entendimento, são gerados os sentidos que realinham as representações e organizam as ações que serão empreendidas pelos agentes (MARTELETO, 2000).

Ademais, os saberes dos ACS variam entre os conhecimentos adquiridos, enquanto profissional de saúde, e aqueles construídos a partir de suas vivências na comunidade. Nesse sentido, há uma intercalação de saberes que permitem o ACS legitimar sua prática, tanto com a população como as políticas de saúde locais. Essa intercalação permite ao ACS o estabelecimento de elos, pontes entre diferentes atores, o que possibilita diálogo aberto, troca de saberes e de conhecimento (LOTTA, 2012).

### 3.5 Categoria C: O agente comunitário de saúde na formação de elos: desafios e possibilidades para a promoção da saúde

Nessa categoria, após análise das entrevistas, pode-se identificar dois temas prevalentes na fala dos participantes: a) o ACS como elo entre as necessidades de saúde da comunidade e a oferta de ações no serviço de saúde; b) as trocas entre os agentes como possibilidade de promoção da saúde.

Quanto ao primeiro tema, os participantes enfatizaram que o ACS, além de mediar conhecimentos produzidos pela comunidade e os serviços de saúde, são responsáveis por levar as demandas e necessidades de saúde da comunidade para os outros membros da equipe. Ao fazer essa ponte, essa conexão, os ACS também estão promovendo a facilitação do acesso, não só a uma rede de serviços e cuidados mas também a possibilidade de novas interações com novas redes formais e informais. As falas a seguir apontam essa reflexão.

[...] esse elo, este primeiro contato, vejo o ACS como isso aí, um agente da promoção da saúde, um ser móvel, não estático, entendeu? Você que entra na casa dos usuários, você que cria este vínculo com a população, entendeu, é isso aí, eu vejo o ACS com este papel aí [...]. (ACS1 – PMF Cantagalo)

As políticas falam que a atenção básica é a porta de entrada. Na verdade nós somos a porta de entrada. Nós é que colocamos o paciente pra dentro da unidade (risos). Eu é que facilito o paciente ter acesso. Essa nossa ligação com a população e o serviço é muito importante, pois a gente identifica as coisas e trás aqui para o posto. (ACS4 – PMF Maceió)

Se eu tenho domínio do setor, se eu tenho conhecimento sobre os pacientes, é graças ao ACS. Porque é ele que passa tudo pra gente, leva a gente lá e a gente tem domínio do território por causa deles. Eles são a porta de entrada do médico de família. Eu acho isso. Eu acho que o papel deles, aqui dentro é muito importante. Eles conhecem a comunidade, eles conhecem todas as vielas. Eles conhecem tudo. Tem comunidade carente, eu não conheço a Igreja, mas quando eu vou com minha ACS ela diz: “- Não, não vamos passar por aqui não, porque aqui é perigoso. Os meninos ficam aqui, vamos dar a volta por aqui”. Eles têm domínio do setor. Então pra mim eles são muito importantes, muita coisa. (Enf2 – PMF Maceió)

Essa coisa da ponte (pausa) é através do olhar do ACS é que são traçados as estratégias. De vez em quando o programa muda um negocinho (pausa) porque é a demanda que vem, porque é o ACS que traz. Cada comunidade tem seus problemas, né?! (ACS1- PMF Maceió)

Como se pode perceber, os participantes qualificaram essa relação e interface com o território e a comunidade, a partir de algumas expressões bastante



difundidas, quando se pensa no trabalho dos ACS e dos outros profissionais de saúde da APS: “elo”, “ligação”, “porta de entrada”, “ponte”. São expressões que, dentro da perspectiva de análise de redes sociais, interligam uma coisa na outra. Porém, esse sentido simbólico, representado por estas expressões, vai bem além da facilitação do acesso aos serviços de saúde.

A questão do acesso aos serviços de saúde é o primeiro elemento, dentro do processo de trabalho do ACS, que confere centralidade a esse ator, dada pela sua capacidade de agenciar processos que facilitem o acesso. Tal postura, diante da comunidade, confere ao ACS uma forma de se legitimar, pois até então ele era apenas um morador ou vizinho, e essa nova posição (morador e trabalhador na comunidade) pode causar um estranhamento (DAVID, 2013).

Entretanto, a entrada do ACS e do enfermeiro nas equipes de saúde causou não só um estranhamento, por parte do usuário, como trouxe algumas tensões no processo de trabalho em equipe. Em relação ao acesso, os participantes trouxeram algumas reflexões, porém em uma perspectiva mais ampliada. Nessa perspectiva, eles foram capazes de identificar indicadores importantes, como o aumento da população nas comunidades, a complexidade das necessidades de saúde e problemas outros enfrentados pelas comunidades e a inexistência de uma rede de apoio para auxiliá-los na resolução de problemas. Ainda vão além, indagando como uma equipe composta por um auxiliar/técnico de enfermagem e um médico dava conta das atividades assistenciais, burocráticas e administrativas. Segue o relato de um dos participantes sobre essa situação no contexto do trabalho no módulo:

Há uma rejeição dos técnicos em relação aos ACS e enfermeiro. Tem essa fala. Eles vão citar, que antigamente era melhor, que eles davam conta de tudo. Essa fala que eu ouço. Como davam conta, eu não sei, porque a população cresceu e os problemas também. Mas teve um impacto quando teve nossa chegada e do ACS e não foi muito receptiva pelos técnicos. (Enf2 – PMF Maceió)

Cadastrei um paciente que não tinha nada, marca uma consulta ai ele vem e descobre uma doença. E foi importante pra ele aquela descoberta que se não ele nunca teria descoberto a doença. Numa conversa: - então vai lá amanhã vamos conseguir um. É uma forma de você ajudar. Uma forma de você passar a informação. Às vezes agente está na rua, ai o paciente teve problema a gente entra na internet e fala com a médica, a doutora já pede pra vir no mesmo horário, no mesmo dia. Então assim é uma forma de se ajudar que antes eles não tinham isso. Esse contato direto com o posto. Marcava ai ia lá falar com o médico ai depois de 6 meses voltava. Aqui não o paciente, às vezes, volta no mês seguinte quando tem problema, já sai da sala do médico com todos os exames passados pra poder fazer. (ACS7 – PMF Maceió)

Outra característica apontada pelos participantes foi a formação de vínculo, muito motivada pelo processo de facilitação do acesso. Conforme as características acima identificadas pelos participantes, o vínculo com a comunidade se mostrou fundamental para o trabalho no módulo. Ele permitiu a formação dos círculos sociais (SIMMEL, 1993). Estes são formados a partir de vínculos sociais entre os indivíduos e seus grupos, contribuindo para que os atores possam participar de novos espaços de sociabilidade. As relações constituídas nesses novos espaços (círculos sociais) extrapolam os contatos já estabelecidos, através das ações sanitárias, e possibilitam ao indivíduo transitar em outros contextos de vida, de acordo com a posição que ocupam na estrutura (SILVEIRA, 2010).

Conforme apontado na rede de ambos os módulos do PMF (Figuras 1 e 2), fica em destaque a centralidade dos ACS e da enfermeira participante do estudo. Além do alto grau de centralidade, em termos quantitativos, na entrevista com esses participantes, fica evidente o papel de elos fortes no processo de trabalho da equipe e o quanto a participação desses profissionais tem agregado conquistas para os módulos estudados. Mais do que referências para os outros profissionais das equipes, em suas falas, pode-se perceber questões relacionadas ao domínio de peculiares formas de mediar o conhecimento técnico-científico com o senso comum e a capacidade de interagir com outras redes a fim de agregar novas propostas ao processo de trabalho.

Outro ponto de destaque desses elos centrais são suas redes de conhecimento. Essas redes têm possibilitado maior conhecimento sobre a realidade local. Segundo Marteleto (2000), os agentes implicados nessas redes têm diferentes papéis, posições e inserções institucionais, sendo unidos e orientados por objetivos comuns. Isso repercute na mobilização de recursos que promovem, de algum modo, mudanças sociais. O confronto entre o conhecimento científico e o do senso comum são complementares em situações práticas do cotidiano, gerando, conforme mencionado pela autora, as comunidades interpretativas. Nestas há o estabelecimento de variedade de ideias que possibilitam a integração de diferentes formas de conhecimento. A fala desses participantes caracteriza essa reflexão.

Eu procuro compreender a necessidade do outro, até porque eu também moro aqui na comunidade. Represento o serviço público, então minha responsabilidade é do tamanho de minha vontade para resolver os problemas daqui. Não é fácil, mas vai criando uma tal rede que te favorece. [...] com jeitinho a gente vai acertando os pontos e questionando algumas

ações da gestão. Por que não, né? A realidade é a que eu vivo e só eu sei o que é melhor junto com o paciente. (ACS6 – PMF Cantagalo)

O tempo todo me sinto na obrigação de equilibrar a balança. Não posso ir com tudo na minha equipe, tenho que ir aos poucos com os meninos, os meus ACS. Ao mesmo tempo tenho que ter o cuidado como vou falar com o paciente. Essa relação cotidiana com várias realidades vai te deixando mais madura. Nos grupos eu aproveito muita coisa que o paciente traz, tento não ficar presa só no que o Ministério fala. A atenção básica te permite isso e facilita muito você ter uma rede. (Enf2 – PMF Maceió)

Interessante eu ser uma referência para meus colegas, mesmo sendo a mais nova e com menos experiência. Teve uma época que três setores ficou sem ACS. Tive que cobrir essas áreas e não sei como dei conta. Também adquiri um conhecimento gigante. Deve ser por causa disso que eles me citaram. Até hoje eles. (Enf7 – PMF Maceió)

Sob o olhar da vigilância em saúde, a formação de vínculos decorrentes da facilitação de acesso e seu desdobramento, bem como a formação de novas interações com diferentes grupos sociais, possibilita práticas sociais que são oriundas da vida em sociedade, através da formação de sociabilidades primárias, secundárias para a organização da vida política dos sujeitos, ao contrário de práticas atreladas apenas ao modelo médico centrado que, de um lado, é significativo seus avanços para o processo saúde-doença-cuidado e, em uma outra direção, deixou de lado a compreensão dos fenômenos sociais, políticos e econômicos que acontecem nas redes sociais (SILVEIRA, 2010).

Outra característica apontada pelos participantes foi o modo como ocorre o acolhimento do usuário. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.6), através da Política Nacional de Humanização (PNH), refere-se ao acolhimento como o “ato ou efeito de acolher que expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”. E afirma que o acolhimento como uma diretriz de relevância em termos éticos, estéticos e políticos.

O diálogo e a conversa se expressam como a “substância” no trabalho em saúde. As redes se constituem como redes de conversações, permeando os momentos de encontro dos trabalhadores-usuários e os fluxos por onde percorrem a informação. Assim, o acolhimento - diálogo tornou-se uma prática cotidiana, pois articulam diferentes sujeitos, espaços e amplia o trânsito de possibilidades na rede. Em decorrência disso, a abordagem relacional ganha espaço, priorizando a materialidade e substancialidade do encontro. Assim, o diálogo se apresenta como elemento que media sujeitos e as redes. A partir desta postura, a compreensão do

acolhimento se amplia e oportuniza o encontro entre trabalhadores e usuários, que pode ocorrer tanto no espaço físico de cuidados à saúde ou em um espaço simbólico de relações com suas diferentes demandas e percepções de cuidado (GUERRERO et al., 2013). As falas seguintes caracterizam o exposto:

Mas que eu acho que é muito complicado você ter o contato que tem hoje o ACS com o que o paciente traz o problema para o módulo é muito diferente. Não é o mesmo contato. Não é a mesma intimidade que o paciente tem aqui, de o paciente falar aqui. A gente entra na casa do paciente, a gente entra, tem paciente que chora, que conta problemas pessoais. Você acaba tendo muito contato com o paciente. Não é a mesma coisa que o paciente vir ao módulo e pegar uma referência. Que o paciente vem aqui, você manda ele assinar o papel e depois vai embora. Você não tem o contato que o ACS tem com o paciente, entendeu?! Têm pacientes que contam problemas pessoais para o ACS. (ACS7 – PMF Maceió)

Claro que com a entrada do ACS e dos enfermeiros o acolhimento melhorou muito. Antes o paciente não tinha a oportunidade que a gente troca junto. Você ver a demanda dele, no local onde ele vive, consegue acolher ele na rua, no barzinho aqui no bairro. O vínculo é outro, o acolhimento tem mais qualidade. (Enf2 – PMF Maceió)

[...] eu fui fazer um cadastro numa casa, essa pessoa assim, vivia com muito pouco e o filho dela tinha falecido. Na troca de olhares nos entendemos. Ai eu falei para ela: fulana de tal você permite que eu te de um abraço? Ela disse sim. Ela chorou muito. Eu disse: não quero que você fique triste assim, você tem que sim guardar a lembrança boa dele [...] Só uma palavra. Ouvir ela falar um pouco dele. Ela precisava falar, precisava desabafar. Depois de um tempo ela veio e me procurou, até fora de horário de trabalho, ai ela veio me agradecer: - “Vim falar com você e o seu amigo, muito obrigada naquele dia foi muito importante”. (ACS6 – PMF Cantagalo)

O outro tema abordado para essa categoria - as trocas entre os agentes como possibilidade de promoção da saúde – se refere às trocas como oportunidade para os encontros de educação em saúde e à busca de parcerias com outros setores para melhoria nas ações de promoção da saúde. Os participantes mencionaram o valor das trocas, compreendido como o ato de dar e receber, e, nesse ato, também citaram o reconhecimento, por parte do usuário e dos membros da equipe, como ação que gera prazer no trabalho.

Através do reconhecimento, como um dom, o sentimento de gratidão é significativo, pois solda laços e gera novas solidariedades e associações. E isso se torna real quando os usuários agradecem pelo bom acolhimento dos trabalhadores da saúde, no espírito da dádiva e do reconhecimento (MARTINS, 2011).

A compreensão do trabalho realizado pelo ACS e pelos outros profissionais de saúde da APS, em face da complexidade das ações desenvolvidas, implica em

considerar a dimensão relacional com suas diversas oportunidades de trocas de afeto, de conhecimento, saberes, poder, entre tantos outros valores simbólicos que se dão nas interações sociais com os usuários. Essas trocas nem sempre são valorizadas na relação entre o prescrito e o real, porém cabe investigar seu impacto na constituição dos vínculos, na organização e processo de trabalho e nas práticas de cuidado. Assim, as interações sociais – compreendidas na perspectiva de redes sociais e dádiva – contribuem ao trazer um novo modo de olhar para a intersubjetividade na prática dos ACS e profissionais de saúde, com suas trocas simbólicas e matérias, seja dentro do grupo, seja com o usuário (LACERDA, 2010).

[...] a gente aprende muito com os pacientes, dia a dia a gente aprende muito. Porque agente vai com um saber. Quando chega lá a gente vê que não é bem aquilo. Porque você quer por Para o paciente as coisas exatamente, tem que ser assim, mas não é. Não é assim que funciona. Quando você chega lá você se depara com uma outra realidade. Com uma outra coisa que eles ensinam muito. A porque como algumas pessoas mais antigas no bairro. [...] Cada paciente que você vai é uma historia. Cada um tem um jeito de ver a vida. [...] Todo dia a gente está trocando alguma coisa, algum jeito, algum dialeto, alguma coisa a gente está trocando com eles. (ACS4 – PMF Maceió)

Quando há essa troca, esse dar e receber, a gente aprende e ensina aqui para o pessoal do posto. Tem situações que parecem bobas, mas a gente traz para a reunião propõe para a enfermeira e quando vê aquilo que parecia simples e sem graça, se transforma numa ação. Isso dá prazer aqui, porque a gente acaba sendo reconhecido. (ACS4 – PMF Cantagalo)

Temos que ter criatividade: quando vemos uma situação que um número de pacientes fala ou a gente vê no território, a gente faz uma roda de conversa e trocamos coisas com aqueles que nem sabiam. Isso porque é coisa de paciente que aqueles que nem sabiam que existia, vive aquilo também. (ACS7 – PMF Maceió)

Pensando no contexto da promoção da saúde, esta ocorre sob três condições importantes: a participação social, com a ajuda mútua e o fortalecimento das redes comunitárias; o autocuidado e ambientes que proporcionem espaços para o lazer. Faz-se necessário destacar que a ação da comunidade e o fortalecimento das redes locais, sob o ponto de vista da participação social, resultam no acesso às informações e ações de educação em saúde, subsidiando agentes em prol da saúde enquanto direito (LACERDA, 2010).

Com essa proposta é possível identificar outros modos de organização do coletivo, que revelam suas redes de interações, a partir dos elos formados, tecidas no seu cotidiano. Isso depreende que, como tais iniciativas estão pautadas por

relações de solidariedade, muitas vezes extrapolam os mecanismos tradicionais de participação e possibilitam o adensamento dos laços para enfrentamento e resistência das precárias condições de vida, saúde e trabalho. Ao observar atentivamente esses dispositivos, pode se compreender melhor os itinerários terapêuticos dos usuários, suas demandas e necessidades de saúde a fim de planejar ações de integralidade do cuidado (LACERDA, 2010).

Portanto, as ações empreendidas no trabalho dos ACS e dos profissionais de saúde se dão em um campo de disputas políticas, cognitivas e simbólicas, entre diferentes esferas do conhecimento, dos usos e apropriação das informações. Seus alicerces culturais e cognitivos são alimentados pelas experiências do cotidiano da comunidade, das habilidades vivenciadas na prática e na apropriação do conhecimento difundido por profissionais técnicos e gestores. Agregado a essa perspectiva levam, ainda, o conhecimento histórico advindo de suas memórias, de relatos biográficos, que retratam a vida cotidiana da comunidade na lida com suas necessidades de saúde e com seu mundo vivido (DAVID; MARTELETO, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, pôde-se fazer uma (re)leitura do processo de trabalho do agente comunitário de saúde e como este ator faz a mediação do conhecimento a partir das redes de interações que ele constrói com os serviços de saúde e a comunidade. Em síntese, constata-se que a maioria dos participantes desta pesquisa é do gênero feminino, o que aponta o resultado de alguns estudos e a própria gênese da profissão, que se iniciou com mulheres de classes sociais mais baixas e moradoras do local.

Na realidade do município estudado, a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde e do enfermeiro é recente, o que vem possibilitando uma mudança de configuração na rede básica do município, até então com uma equipe de saúde limitada ao trabalho do médico e do auxiliar/técnico de enfermagem. É apontado pelos participantes desta pesquisa um comparativo de como era a saúde antes da inserção destes atores, no qual são enfatizadas as dificuldades que a equipe básica tinha que enfrentar em seu processo de trabalho: conseguir atender às demandas assistenciais, burocráticas e administrativas. Ainda nessa análise, é mencionada outra dificuldade e talvez a que tem motivado, também, a inserção do agente comunitário de saúde e do enfermeiro: o aumento populacional das comunidades e, como consequência, a complexidade das demandas e necessidades de saúde encontradas em ambas as realidades estudadas.

Assim, no que se refere à inserção desses atores nas equipes básicas de saúde de ambos os PMF, a análise das redes estruturais desses serviços evidenciou a importância desse trabalhador para a realidade local. As medidas de centralidade da ARS encontradas demonstram que tanto o ACS quanto o enfermeiro estão em lugar de destaque no processo de trabalho e são referências entre os membros de suas equipes.

No que se refere à mediação de saberes, no contexto das redes sociais, os resultados apontados não estão focados apenas na análise estrutural ou nas funções desempenhadas pelos atores pertencentes às redes aqui estudadas, mas na relação entre seus membros, de modo que o foco de análise não fique estancado apenas nos indivíduos, isoladamente, mas nas relações que estes estabelecem, a partir do fluxo de informações que engendram em seus processos de trabalho.

O primeiro eixo de discussão trouxe como resultado a rede de relações dos ACS e o modo como essas interações possibilitam a formação de laços, que os auxiliam na identificação de necessidades de saúde nas comunidades. Aqui pontuaram a importância do trabalho em equipe, como fundamental para o fortalecimento dos laços fortes, já que assim como nas relações entre amigos, familiares, nas relações interpessoais de trabalho, esses laços se fazem primordiais para a construção de uma proposta em que todos contribuam e, mais que isso, que essas relações possibilitem o reconhecimento e respeito pelo trabalho desempenhado pelos atores envolvidos. Uma das ferramentas que os auxiliam no fortalecimento desses laços, conforme apontado pelos participantes, foram as reuniões de equipe que ocorrem regularmente e nelas o planejamento das ações ganham sentidos. Aqui os ACS têm a oportunidade de trazer para as discussões as situações vivenciadas no território e, por compor uma equipe na qual há diferentes categorias profissionais, a troca e o compartilhamento de informações ocorrem com fluidez e riqueza. A densidade dos laços formados, nessas interações, tem como um de seus resultados nas relações de trabalho, e fora dele, parceria, amizade, comprometimento com o trabalho e solidariedade entre seus pares. Assim, isso possibilita a diminuição dos efeitos do “dilema do carona”, em que alguns atores envolvidos em um trabalho não contribuem com o coletivo, podendo causar tensões e dificuldades na implementação das propostas.

Por vivenciarem a realidade do território e estarem em constante interação com diferentes realidades, histórias de vida, questões políticas, sociais e econômicas, os laços fortes ganham densidade na relação entre ACS, os outros profissionais de saúde e usuários da comunidade. Eles permitem não só a identificação de necessidades de saúde, como possibilitam a formação de novos círculos sociais, através do maior acesso a diferentes informações e infinitas possibilidades de trocas.

Os laços fortes também podem gerar tensões no processo de trabalho do ACS. Por morarem e atuarem na comunidade, alguns usuários, pela maior proximidade a esses atores, transferem algumas de suas responsabilidades (suas questões de saúde, por exemplo) para o profissional, dadas pelas relações de confiança construídas nesse processo. Situações como marcação de consultas médicas, entrega de resultados de exame, visitas domiciliares toda semana, visitas nos finais de semana são questões que acarretam conflitos na relação e dificultam



alguns processos, como a identificação de outras necessidades de saúde mais urgentes, sejam individuais ou coletivas.

Em um outro sentido, a formação de novos círculos sociais também possibilita aos profissionais de saúde da APS e, em particular, ao ACS, na constituição de novos laços, aqui qualificados como laços fracos. Por estar em constante movimento entre fixos e fluxos, os ACS têm a oportunidade de identificar uma série de dificuldades e potencialidades no território de atuação. Devido à sua recente inserção nas equipes de saúde dos serviços pesquisados, os laços fracos têm importância vital para o seu processo de trabalho, já que, com eles, é possível maior porosidade cultural e ideológica entre os grupos formados nessas comunidades. O acesso aos serviços de saúde, por exemplo, torna-se mais rápido quando se conhece seus meandros e caminhos alternativos. Os laços fracos também trazem para o processo de trabalho em saúde na APS a oportunidades de conhecer formas, maneiras de como os usuários, individual e coletivamente, conseguem lidar com os problemas do cotidiano e as estratégias utilizadas para a resolução destes. Muitas vezes, sem auxílio dos serviços públicos, os usuários tendem a traçar seus próprios itinerários terapêuticos e essa atitude pode ser uma oportunidade para o ACS e sua equipe identificar falhas no processo de trabalho e propor, em parceria com a comunidade, melhorias no atendimento das principais questões que limitam o uso dos serviços de saúde.

O segundo eixo de discussão deste estudo pontuou a capacidade do ACS em mediar os diferentes saberes presentes em seu processo de trabalho. Em suas interações com os serviços de saúde (principalmente com a organização do trabalho em saúde na APS), o ACS tem “acesso” a uma gama de conhecimentos, dentre eles o técnico-científico. Porém esse acesso mostra-se limitado, ante às deficiências em sua formação e, conseqüentemente, ele domina ecos, ruídos desse conhecimento. Quando, em suas ações, ele lança mão dos recursos produzidos por essa vertente, acaba reproduzindo ações médicas centradas e focadas apenas no tratamento de agravos, fatores de risco e prevenção de doenças. Seu discurso, para que seja aceito pelos demais membros da equipe, deve estar enquadrado em padrões socialmente autorizados, ou seja, o conhecimento científico é a fala que ecoa a verdade, o comprovadamente correto. Conforme ressaltado neste trabalho, a figura do médico está presente desde o início da implantação do PMF em Niterói, assim como no auxiliar/técnico de enfermagem. Assim, era o médico quem ditava as

ordens dentro dos serviços de saúde, impondo ao auxiliar/técnico de enfermagem a verdade do discurso científico, socialmente autorizada.

Ao longo do tempo, com a mudança dos indicadores epidemiológicos e aumento das necessidades de saúde da população, esse discurso foi ganhando força e, mesmo com a entrada do ACS e do enfermeiro, ele ainda continua fazendo parte das ações dos profissionais de saúde da rede básica. A entrada do enfermeiro na rede vem causando alguns incômodos aos técnicos de enfermagem, pois antes eles não tinham a supervisão direta desse profissional no serviço. Agora, o enfermeiro se tornou referência para este profissional e para o ACS, o que tem gerado disputas de poder e de campo de atuação, já que o auxiliar/técnico de enfermagem fazia o trabalho que hoje é executado pelo ACS. Por outro lado, o ACS quando de se vê em dificuldade para lidar com alguma situação nova, em algumas circunstâncias, não busca o enfermeiro para ajudá-los, mas o técnico e o médico da equipe, já que estão há mais tempo no módulo e conhecem a população local. Assim, observa-se que nas interações sociais dos ACS com seus diferentes círculos sociais há ainda a predominância desse discurso polido e “limpo” como forma de corrigir o errado e normalizar o fora do padrão.

Outro ponto de destaque focado pelos participantes diz respeito à formação do ACS. Como a entrada desses profissionais na rede básica do município se deu sem planejamento prévio, assim como o enfermeiro, muitos não receberam curso de formação, capacitação e já foram assumindo seus postos de trabalho sem ao menos ter uma aproximação prévia com o campo, seus possíveis indicadores epidemiológicos e de saúde, e a realidade e dinâmica da vida local. Assim, a partir das interações sociais com o território, os participantes foram observando o modo de vida da comunidade e, nos encontros, foram tendo acesso ao fluxo de informações e conhecimentos que percorrem os meandros da comunidade. Em se tratando de comunidades onde o tráfico e a violência estão presentes no dia a dia, o compartilhamento de informações se faz necessário nesses encontros entre usuários e ACS. Além disso, o próprio saber popular, aquele vinculado às raízes históricas e culturais de uma comunidade, não são produzidos pelos serviços de saúde, e sim vivenciados na concretude da vida dos usuários e, também, dos próprios ACS que vivem e trabalham nessas comunidades.

O próprio campo da Educação Popular em Saúde possibilita as trocas que se dão entre os diferentes conhecimentos, vivências e experiências de vida, no intuito

de problematizar situações vividas, favorecidas por discussões abertas e críticas. Ao utilizar o diálogo aberto, no saber ouvir e estar disposto a compreender o problema do outro, a ação educativa vai acontecendo, respeitando o tempo e o modo de olhar o mundo da vida na perspectiva do outro.

Em relação à formação dos elos, no presente estudo ficou bem delimitada essa ação no processo de trabalho do ACS. A maioria destacou a sua importância como “elo”, “ponte”, “porta de entrada”, “ligação”, que qualifica um dos seus principais papéis no âmbito da APS: aproximar realidades e permitir o acesso à informação e os serviços de saúde disponíveis. Nesse processo de facilitação do acesso, os ACS puderam identificar situações que, de um lado, permitiu ao usuário ter acesso com mais rapidez aos serviços de saúde e, de outro, o acesso “permitido” pelo usuário à sua realidade de vida: aqui os ACS sinalizaram os impactos causados pelo aumento da população, a complexidade das necessidades de saúde e a falta de uma rede de apoio para a solução de algumas de situações.

O vínculo e o acolhimento também foram apontados como ações de destaque no processo de trabalho dos participantes, pois em suas falas ficou subentendido que essas ações só acontecem a partir de uma rede de conversações que se dá nos encontros entre os profissionais de saúde e usuários. É nessa trama, cheia de sentidos e significados, que ocorrem as trocas. O dom de dar, receber e retribuir traz ao processo de trabalho do ACS diversas possibilidades de intervenção no território, que permitem o aumento dos laços, o fortalecimento dos elos que resulte em caminhos, alternativas para o enfrentamento dos desafios e obstáculos postos no processo saúde-doença-cuidado.

Não se tem, nesta pesquisa, a finalidade de tratar de todas as situações vivenciadas no processo de trabalho em saúde dos ACS do município de Niterói e o modo como eles se articulam na mediação do conhecimento sob um olhar das redes sociais. A partir das reflexões e questionamentos, é possível apontar que esse trabalho traz algumas possibilidades de instrumentalização para os ACS e profissionais de saúde da APS. Entende-se que esta investigação possibilita a realização de outros estudos que tragam, em maior detalhamento e sistematização, as teorias sobre as redes sociais e sua interface com os processos de trabalho em saúde.

Para as políticas públicas em saúde no SUS, principalmente para a EACS, o papel de tradutor, que qualifica o trabalho do ACS, diferente do preconizado em tal

política, não é algo dado. Este estudo reforça que esse papel vem se (re)produzindo cotidianamente, principalmente quando se leva em consideração as redes sociais no processo de mediação do conhecimento. A não valorização dessa característica do trabalho do ACS, como legítimos produtores de ações em saúde (e não como meros repetidores), implica em diminuição na capacidade de resposta da APS.

Ademais, procurou-se aqui trazer contribuições para a organização do trabalho e do planejamento em saúde sob o enfoque das redes sociais, ao considerar o ACS como figura privilegiada para atuar nesse sentido, dada a sua inserção no território, como morador e trabalhador, compartilhando as mesmas dificuldades e limitações dos serviços públicos de saúde e, ao mesmo tempo, tendo acesso a uma gama de informações e conhecimentos no seu percurso pelas histórias de vida de indivíduos e coletividades. Nesse enfoque da mediação do conhecimento e das redes sociais, faz-se necessário entender que o intuito desta pesquisa não limitou as formas predefinidas, mas possibilitou a construção de ideias que nos aproxima da constituição de diferentes redes e encontros.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. O. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Informação e Informação**, Londrina, v. 12, n. 1 esp, dez. 2007.
- ALEJANDRO, V. A. O.; NORMAN, A.G. **Manual introdutório de análise de redes sociais**. Medidas de centralidade: exemplos práticos com UCINET 6.85 e NETDRAW 1.48, 2005.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, DC, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007.
- AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia do risco: a necessidade absoluta (1946-1965). In: \_\_\_\_\_. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2008.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades em sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 2011.
- BARROS, D.F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 7884, jan./mar. 2010.
- BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- \_\_\_\_\_. Experimentando a construção do conhecimento com base em diferentes saberes. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 9, n.2, p. 175-179, 2006.
- BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAÚJO, J. W. G. Community health agents: reconstruction of the risk concept at local level. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 93-101, jan./mar. 2010.
- BORNSTEIN, V. J; LOPES, M. R e DAVID, H. M. S. L. **Educação popular na formação do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 151-156 (I Caderno de Educação Popular em Saúde).

BORNSTEIN, V. J.; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em Saúde. In: MONKEN, M.; DANTAS, A. V. **Estudos de Politécnic e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. v. 4.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-68, fev. 2008.

\_\_\_\_\_. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, nov./ mar. 2009.

BOTT, E. **Family and social network**: roles, norms and external relationships in ordinary urban families. London: Tavistock Publications Limited, 1957.

BOURDIEU, P. **O capital social**: notas provisórias. In: \_\_\_\_\_. Escritos da Educação. Petrópolis: Vozes, 2007. p 67-69.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRANDÃO, L. R. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. 20 set 1990. Seção 1, p. 018055

BRASIL. **Lei nº 10507**, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 3189**, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886/1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997b. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção**. Brasília, DF, 2012. p. 110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002b. 56 p.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-112, 2011.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface comun. saúde educ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, jul./set. 2009.

COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2931-2940, 2012.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade / continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011.

CUNHA, M. B.; FRIGOTTO, G. O. trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.14, n. 35, p. 811-823, set. 2010.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012.

DAVID, H. M. S. L. Agentes Comunitários de saúde como mediadores: uma reflexão sobre a produção de saberes e informação no setor saúde. In: WERNER, C. M. L.; OLIVEIRA, F. J. G.; RIBEIRO, P. T. (Org.). **Políticas públicas: interações e urbanidades**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013. p. 211-229.

DAVID, H. M. S. L. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: MIALHE, F. L. **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas: Unicamp, 2011, p. 51-82.

DAVID, H. M. S. L.; MARTELETO, R. M. Almanaque da Dengue: leituras e narrativas de Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 909-915, dez. 2012.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **O Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/297-programas-saude-da-familia.html>>. Acesso em: 17 out. 2013.

DUARTE, L. R. Os discursos dos agentes comunitários de saúde sobre as práticas educativas. In: MIALHE, F. L. **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas: Unicamp, 2011. p. 83-120.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. p. 201.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde**. 2013. 233 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FONTES, B. A. S. M. **Redes sociais e poder local**. Recife: UFPE, 2012. p. 290.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 565-625.

GOLDSTEIN, R. A. et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 45-56, jan. 2013.

GOMES, K. O. et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, dez. 2010.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

HANNEMAN, R. A.; RIDDLE, M. **Introduction to social network methods**. Riverside: University of California, Riverside, 2005.

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, 2007.



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

KAUFMAN, D. A força dos “laços fracos” de Mark Granovetter no ambiente do ciberespaço. **Galaxia**, São Paulo, n. 23, p. 207-218, jun. 2012.

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 em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O corpo e seus senhores. homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009. 96 p.

LOTTA, G. S. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 210-222, maio 2012.

MAGALHÃES, R. F. **Racionalidade e retórica**: teoria discursiva da ação coletiva. Juiz de Fora: Clio Edições Eletrônicas, 2003, 138p.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 361-372, dez. 2009.

MARTELETO, R. M. Redes e configurações de comunicação e informação: construindo um modelo interpretativo de análise para o estudo da questão do conhecimento na sociedade. **Investig. Bibl.**, México, v. 14, n. 29, p. 69-94, 2000.

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

MARTELETO, R. M.; TOMAÉL, M. I. A metodologia de análise de redes sociais (ARS). In: VALENTIM, M. L. P. **Métodos qualitativos de pesquisa em ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005. p. 81-100.

MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro/Recife: Abrasco, 2011. p. 39-50.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: UFPE, 2004. p.159.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 44-50.

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva**. Lisboa: Edições 70, 1988.

MELLO, G.; FONTANELLA, F. B.; DERMAZO, D. M. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, abr./ jun. 2009.

MERCKLE, P. **Sociologie des réseaux sociaux**. Paris: La Découverte, 2004.

MIALHE, F. L.; DAVID, H. M. S. L. Os discursos dos agentes comunitários de saúde sobre as práticas educativas. In: MIALHE, F. L. **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas: Unicamp, 2011. p. 83-120.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 407.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análise em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41.

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

NEPOMUCENO, L. B.; QUEIROZ, A. H. A. B.; PAIVA, G. M. Territorialização e inserção comunitária na saúde. In: DIAS, F. A. C.; DIAS, M. A. S. (Org.). **Território, cultura e identidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010. p. 91-107.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. p. 33.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **De Alma – Ata al año 2000: reflexiones a médio caminho**. Ginebra, 1991.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 113.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 3, p. 412-419, jun. 2013.

PINHEIRO, R. L. **A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x Modelos ideais: Ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práxicas. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 766-769, 2010.

PIVETTA, F.; GUIMARÃES, G. **Promoção à saúde como “inédito viável”**: vivências de (im)possibilidades locais - o caso complexo de Manguinhos, RJ. 2005. Texto apresentado no V Colóquio Paulo Freire, Recife, 2005.

PRATES, A. A. P. Redes sociais em comunidades de baixa renda: os efeitos diferenciais dos laços fracos e dos laços fortes. **Rev. Admin. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 1117-1146, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTUGAL, S. Quanto vale o capital social? O papel das redes informais na provisão de recursos. In: FONTES, B.; MARTINS, P. H. **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: UFPE, 2006. p. 51-74.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e sistemas de saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. 2007. 308 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 2007.

SANCHIS, I. P. Simmel e Goffman: uma comparação possível. **Est. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 856-872, 2011.

SANTANA, F. R. et al. Conhecimento de agentes comunitárias de saúde acerca dos determinantes sociais em sua comunidade adscrita. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 248-256, abr./jun. 2012.

SANTOS, B. V. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. Porto: Afrontamento, 1994.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2010.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho & ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: UFF, 2010.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75 – 83, fev. 2002.

SILVEIRA, P. H. M. A perspectiva de redes sociais para formação de vínculos entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Soc. Debate**, Pelotas, v. 16, n. 2, p. 163-190, jul./dez. 2010.

SIMMEL, G. **Questões fundamentais da sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. p. 65-69.

\_\_\_\_\_. **Simmel: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, F. B. A. et al. Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 318-322, jun. 2007.

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

STOTZ; E. D.; DAVID. H. M. S. L.; BORNSTEIN V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 487- 497, 2009.

TEIXEIRA, S. C. S.; MONTEIRO, V. O; MIRANDA V. A. Programa médico de família no município de Niterói. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 147-155, 1999.

TOMAÉL, M. I.; MARTELETO, R. M. Redes sociais de dois modos: aspectos conceituais. **Transinformação**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 245-253, dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. **R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

VALLA, V. V. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. **Educ. Realid.**, Porto Alegre, n. 21, p. 177-190, 1996.

VALLA, V. V.; MARTELETO, R. Informação e educação popular – o conhecimento social no campo da saúde. **Perspect. Ciênc. Inform.**, Belo Horizonte, v. 8, n. esp., jul./dez. 2003.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 148-158, 2008.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.). São Paulo: Hucitec; João Pessoa: UFPB, 2013. p. 28-34.

VERAS, F. M. F. Atenção Primária em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1991. p.430-447.

## APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista I

**Pesquisa de Mestrado:** Redes sociais e a mediação do conhecimento: implicações no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Niterói – RJ.

**Pesquisador:** Deyvyd Manoel Condé Andrade

**Sujeitos da pesquisa:** Agentes Comunitário de Saúde do Programa Médico de Família de Niterói – RJ (Módulos: Maceió e Cantagalo)

### Dados de Identificação

Idade:\_\_\_\_\_

Sexo:\_\_\_\_\_

Escolaridade:\_\_\_\_\_

Estado Civil:\_\_\_\_\_

Idade de início do trabalho:\_\_\_\_\_

Tipo de vínculo empregatício:\_\_\_\_\_

1. Por que você escolheu estas pessoas como referência em seu trabalho? Fale - me sobre isso?
2. Como se dá a troca de conhecimentos entre os membros da equipe e da equipe com a comunidade? Cite exemplos.
3. Pensando no seu trabalho e de seus colegas, qual a importância do ACS na Atenção Primária em Niterói? Cite exemplos.

## **APENDICE B - Roteiro de Entrevista II**

**Pesquisa de Mestrado:** Redes sociais e a mediação do conhecimento: implicações no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Niterói – RJ.

**Pesquisador:** Deyvyd Manoel Condé Andrade

**Sujeitos da pesquisa:** Agentes Comunitário de Saúde do Programa Médico de Família de Niterói – RJ (Módulos: Maceió e Cantagalo)

Questões Norteadoras:

1. Dentro dessa rede, por que você é uma referência?
2. Como é sua relação com a rede?

**APENDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está convidado a participar da pesquisa: **Redes sociais no trabalho e a mediação de saberes: uma discussão sobre o processo de trabalho dos agentes comunitários de Niterói – RJ** O objetivo geral deste estudo é analisar as redes sociais na prática do ACS e os atores envolvidos na mediação dos saberes.

Você foi selecionado (a) pela sua experiência no Programa Médico de Família. Sua participação consistirá em dar a sua opinião respondendo a um roteiro de entrevista

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Mesmo que você decida responder às perguntas, você tem plena liberdade de parar de responder à entrevista a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar desta pesquisa, ou a qualquer momento durante a realização da entrevista.

Não existem riscos relacionados com sua participação. Os benefícios acarretados pela publicação dos resultados da pesquisa dizem respeito à melhor compreensão do trabalho do ACS o que, por sua vez, poderá contribuir para a valorização e reconhecimento profissional. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que não constarão nomes, endereços e nem o módulo onde trabalham. Você receberá uma cópia deste termo onde conta telefone e o endereço do pesquisador.

Os resultados deste estudo podem ser publicados, sendo garantido o seu anonimato. As gravações das entrevistas poderão ser consultadas pela orientadora do estudo, pelo Comitê de Ética e pelas autoridades de saúde.

Pesquisador: Deyvyd Manoel Condé Andrade

Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David

Endereço: Faculdade de Enfermagem da UERJ – Boulevard 28 de Setembro, 157, 7º andar, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: 983228277

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014

Eu \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura \_\_\_\_\_



**ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PROCESSOS E CONDIÇÕES DE TRABALHO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Pesquisador:** Helena Maria Scherlowski Leal David

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 08761913.4.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** FUN CARLOS CHAGAS F. DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FAPERJ

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 253.917

**Data da Relatoria:** 18/04/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo interinstitucional entre a FIOCRUZ, IESC e UERJ, que tem busca desenvolver um delineamento histórico-geográfico dos agentes comunitários de saúde (ACS) no Estado, identificando junto aos municípios como se deu o processo da integração do ACS nos seus quadros profissionais, e seu atual perfil sócio-demográfico e laboral. Ressalta-se a importância desse estudo baseado nos resultados de estudos anteriores que demonstram a pouca clareza quanto às atribuições e responsabilidades cotidianas, além da sobrecarga e contradições no seu trabalho, associada a contribuição de caracterização dos ACS dos municípios fluminenses, o que ainda não tinha sido realizado. O estudo será desenvolvido em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde - Coordenação de Atenção Básica, e com apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro - COSEMS RJ, atestado por documento anexado. Utilizará como metodologia uma abordagem de triangulação metodológica, que inclui: Caracterização quantitativa regional, com aplicação de um questionário semiestruturado, com linguagem testada para auto- aplicação supervisionada, considerada como a leitura e autorresposta das perguntas, com a presença de um pesquisador para dirimir eventuais dúvidas. O questionário foi organizado em três partes: perfil sócio- demográfico e de trabalho, condições de trabalho e formação, com um total de 35 questões; foi obtida uma amostra probabilística, estratificada primeira por região, depois por município e por tipo de equipe (ESF ou EACS); Abordagem qualitativa com realização de entrevistas face-a-face com gestores, ACS, e profissionais das equipes, segundo roteiro de perguntas semi- abertas, considerada amostragem por sujeitos-chave ou snow balling sample; Abordagem qualitativa com grupos-focais e oficinas. Realização de pelo menos um grupo-focal e uma oficina em cada uma das nove Regiões incluindo ACS de cada município, profissionais e gestores. Prevê-se um encontro ou oficina de devolução e discussão dos dados parciais. O número total de ACS a ser

considerado (população) por Região fluminense que constava das bases do Cadastro.

**Objetivo da Pesquisa:**

Tem por objetivo geral: analisar o perfil sócio-demográfico, de formação e de trabalho dos agentes comunitários de saúde do Estado do Rio de Janeiro e suas contribuições à Atenção Básica das Regiões e Municípios fluminenses. Por objetivos secundários: estabelecer e analisar o perfil sócio-demográfico e de trabalho dos ACS do Estado, segundo regiões e municípios; analisar a influência das políticas nacionais e internacionais de atenção primária na indução do trabalho dos ACS na Atenção Básica em sua evolução histórica e no momento atual; analisar o perfil e os processos de formação profissional e demandas de qualificação pelos ACS; analisar o processo de trabalho dos ACS do ponto de vista da sua organização, recursos e gestão do trabalho em saúde; Analisar determinantes de gênero sobre as condições e o processo de trabalho dos ACS; Analisar o processo e as contribuições do trabalho dos ACS no contexto das propostas de mudança de modelo assistencial na atenção básica; Configurar as redes sociais desenvolvidas no trabalho dos ACS, pela análise de redes sociais; Estabelecer análise comparativas entre Municípios e Regiões do Estado e Fortalecer a perspectiva interdisciplinar de análise sobre o trabalho em saúde no SUS, e a prática interinstitucional de pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos ou benefícios diretos envolvidos no estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo que analisará o perfil dos agentes comunitários de saúde, envolvendo opiniões, sem questões éticas envolvidas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE é conciso e objetivo, com linguagem simples e adequada ao nível sociocultural dos sujeitos de pesquisa. Apresenta os objetivos do estudo e o caminho metodológico para alcance dos objetivos. Ressaltada a confidencialidade e anonimato das informações. Informa que não haverá riscos de quaisquer natureza, e a possibilidade de desistência do estudo a qualquer momento. O contato do pesquisador consta do final do TCLE.

A folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos está preenchida e assinada pelo pesquisador e pela instituição proponente.

O TCLE está adequado aos sujeitos e contém todos os requisitos necessários.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto deve ser aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para abril de 2014, para cumprir o disposto no item VII. 13.d da RES. 196/96/CNS. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

RIO DE JANEIRO, 24 de Abril de 2013

**Assinador por:**

**Patricia Fernandes Campos de Moraes  
(Coordenador)**

**ANEXO B** - Perfil dos ACS do Estado do Rio de Janeiro: análise comparativa entre municípios e regiões

**UERJ- Centro Biomédico  
Faculdade de Enfermagem  
PERFIL DOS ACS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ANÁLISE COMPARATIVA  
ENTRE MUNICÍPIOS E REGIÕES**

Nome \_\_\_\_\_  
Município \_\_\_\_\_  
Bairro/Microárea/Unidade \_\_\_\_\_ Data da coleta: / /201

**I - Informações sócio-demográficas e de trabalho**

- 1 -Idade:      Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
- 2 –Residência: na microárea de trabalho ( ) na comunidade( ) em outro bairro/comunidade ( )
- 3 -Estado Civil: Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) tem companheiro(a) ( )  
Casado(a) mas está separado ( ) Viúvo(a) ( ) outros ( )
- 4 -Têm filhos, outras crianças ( ) e/ ou idosos( ) sob sua responsabilidade ? Sim ( ) Não ( )  
Quantos?      Moram com você? Sim ( ) Não ( )
- 5- Tem religião? ( ) sim ( ) não. Caso sim: participa da igreja/ templo? ( ) sim ( ) não
- 6- Participa de alguma associação profissional ou sindicato da sua categoria? ( ) sim ( ) não. Caso sim, qual? \_\_\_\_\_
- 7 -Moradia: própria ( ) alugada ( ) emprestada ( ) Outros ( )
- 8 -Escolaridade: 1ºgrau completo ( ) 1ºgrau incompleto ( ) 2ºgrau completo ( ) 2ºgrau incompleto ( ) Curso superior completo ( ) Curso superior incompleto ( ) outros ( )
- 9– Se está estudando no momento, assinale o nível e diga qual o curso: ( ) nível médio normal, em 3 anos; ( ) nível médio supletivo ( ) nível médio Ed jovens e adultos ( ) outro tipo mais acelerado ( ) nível superior – qual \_\_\_\_\_
- 10 - Possui outra profissão ou ofício ( com ou sem formação) além de ACS? Sim ( ) Não ( ) Qual/ quais?
- 11 - Salário mensal líquido: R\$

12 - Possui outra renda, além do salário de ACS?: Sim ( ) Não ( )  
 Caso sim, em que trabalha? \_\_\_\_\_ e quanto ganha?

13 – Informe a situação que melhor caracteriza sua renda familiar:  
 Seu trabalho é a principal fonte ( ) Você contribui para a renda familiar com  
 outra(s) pessoa(s) ( )

14- Em que mês e ano começou a trabalhar como ACS? \_\_\_\_\_

15 - Você estava trabalhando antes de tornar-se um ACS?  
 Sim ( ) Vínculo formal/carteira assinada ( ) Vínculo informal ( ) Não  
 trabalhava antes ( )

16 - A que horas em média você começa e termina seu trabalho como ACS?  
 Começa: \_\_\_\_\_ Termina: \_\_\_\_\_

## II – Condições de trabalho

17 - Com que frequência você trabalha além do horário determinado oficialmente?  
 1 ou 2 vezes por mês ( ) 1 vez por semana ( ) 2 a 4 vezes por semana ( )  
 Quase todos os dias ( ) Todos os dias ( ) nunca ( )

18 - É procurado nos fins de semana para assunto de trabalho?  
 Frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( )

19 - Assinale com um número se você considera FREQUENTE (1), POUCO  
 FREQUENTE (2), RARAMENTE (3) OU NUNCA (4) que acontecem as seguintes  
 situações:

- A) Fazer visita ou receber pedidos de pessoas de noite ( )
- B) Fazer visitas ou receber pedidos de pessoas no fim de semana ( )
- C) Fazer visitas ou receber pedidos de pessoas nas férias ( )
- D) Ter que interromper seu planejamento para fazer outra coisa ( )
- E) Ser solicitado a fazer coisas que você acha que não são de sua competência ( )

20 – Você é responsável por quantas famílias e pessoas? Fam: \_\_\_\_\_  
 Pessoas \_\_\_\_\_

21 - Quantas visitas domiciliares, em média, você faz por dia? \_\_\_\_\_

22 - Marque um X no quadrado indicando o profissional que MAIS participou com  
 você das atividades abaixo nos últimos 6 meses (MARCAR APENAS UM  
 PROFISSIONAL EM CADA ATIVIDADE):

	Enfermeiro	Médico	Dentista	Auxiliar ou técnico de Enfermagem	Faz Sozinho	Outros	Não realiza a atividade
VISITA DOMICILIAR							
CONSULTA							
EDUCAÇÃO EM SAÚDE							
OUTROS							

23 – Assinale as atividades educativas que você realiza, numerando de 1 (mais frequente), 2 (frequente), 3 ( médio), 4 (pouco frequente), 5 (menos frequente), 6 (raramente). Se não realizar, deixe em branco:

( ) orientações individuais sobre doenças (hipertensão, diabetes, dengue, tuberculose);

( ) orientações individuais sobre saúde (exercícios, alimentação, condições de moradia, etc)

( ) grupos educativos na comunidade sobre temas pré-definidos

( ) grupos educativos dentro da unidade sobre temas pré-definidos

( ) teatro, musica, dança ou outra atividade artística como educação em saúde

( ) educação ambiental;

( ) educação na escola;

( ) outra : Qual ? \_\_\_\_\_

24 - Numere as situações que mais interferem negativamente no seu trabalho 1 (não interfere), 2 (interfere menos), 3 (interfere pouco), 4 (interfere médio), 5 (interfere) até 6 ( interfere mais):

Falta de reconhecimento ( )

Sobrecarga de trabalho ( )

Violência urbana/outras formas de violência ( )

Salário / Contrato ( )

Relação na equipe ( )

Trabalho fora do horário ( )

Lidar com o sofrimento das pessoas ( ) (sofrimento psíquico)

Não conseguir resolver os problemas das pessoas ( ) (sofrimento psíquico)

Meus próprios problemas familiares ( ) (interfaces trabalho produtivo/ doméstico)

Rotatividade dos membros da equipe ( )

Influências políticas locais ( )

Realizar trabalho que não é próprio do ACS ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Outras ( ) Qual? \_\_\_\_\_

25- Qual das situações abaixo você escolheria como a que mais contribuiu para você (querer) ser ACS? Acho que em certa medidas todas devem contribuir, portanto penso que poderíamos pedir para enumerarem de 1(menos importante), 2

(um pouco importante), 3 ( médio importante), 4 (importante), 5 (importante), 6 (muito importante) e 7 (o mais importante)

Ajudar a comunidade ( )

Sair do desemprego ( )

Trabalhar perto de casa ( )

Estar perto dos filhos ( )

Oportunidade de emprego público ( )

Oportunidade de trabalho fácil/ simples ( )

Se sentir útil ao próximo ( )

Outra ( ) Qual? \_\_\_\_\_

26 - Você considera que o seu trabalho é gerador de estresse? sim ( ) não ( )

27 - Cite 3 vantagens em ser ACS

1-

2-

3-

28 - Cite 3 desvantagens em ser ACS

1-

2-

3-

29 - Você pretende continuar a ser ACS? sim ( ) não ( )

Caso não pretenda, em que deseja trabalhar? \_\_\_\_\_

20- O que você mudaria nesta profissão?

31- Mencione os nomes de até 5 pessoas com as quais você mais se relaciona no seu trabalho como ACS (profissionais, lideranças comunitárias, representantes do poder público, pessoas da comunidade ou outras); use apelidos para os nomes se quiser.

	Nome ou apelido	O que faz/cargo	Onde mora ou trabalha
1			
2			
3			
4			
5			

### III – Formação

32 - Antes de ingressar no trabalho como ACS você passou por algum curso ou capacitação? Sim ( ) Não ( ) Caso sim, qual?

---

33 - Como ACS quais os cursos que você já fez?  
Introdutório/ambientação ( ) Formação técnica - Módulo 1 completo ( ) Módulo 1 incompleto ( )  
Módulo 2 ( ) Módulo 3 ( ) Nenhum destes ( ) Outros ( )  
quais \_\_\_\_\_

34 - Considera a formação que recebeu/está recebendo suficiente para desempenhar o seu trabalho?  
( ) sim ( ) não. Caso não, o que faltou/ falta?

---

35 - Para se informar sobre algum assunto do seu trabalho, você:  
Lê livros e manuais de saúde - frequentemente ( ) raramente ( ) nunca ( )  
Pergunta ao enfermeiro supervisor - frequentemente ( ) raramente ( ) nunca ( )  
Conversa com outros ACS - frequentemente ( ) raramente ( ) nunca ( )  
Faz buscas na internet - frequentemente ( ) raramente ( ) nunca ( )

36 - Participa de reuniões de equipe - frequentemente ( ) raramente ( ) nunca ( )

37 - Cite 3 assuntos que você acha importantes para o seu trabalho e para os quais gostaria de ter algum treinamento ou curso

- 1
- 2
- 3

Dados coletados por: \_\_\_\_\_

Formulário nº: \_\_\_\_\_