



Estudos de Psicologia

ISSN: 1413-294X

revpsi@cchla.ufrn.br

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Brasil

Lana Pinheiro, Ricardo; Guanaes-Lorenzi, Carla
Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais
Estudos de Psicologia, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 48-57
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26131638007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais

Ricardo Lana Pinheiro

Carla Guanaes-Lorenzi

Universidade de São Paulo

Resumo

Esse estudo, de natureza qualitativa, objetiva discutir como agentes comunitários de saúde (ACS) utilizam as redes sociais dos usuários para desenvolverem ações de promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). Especificamente, busca apresentar como ACS significam sua prática com redes sociais, dando visibilidade às funções que exercem em seu trabalho cotidiano. Para tanto, foram realizados e audiogravados doze grupos de discussão com ACS de unidades de saúde da família de uma cidade do estado de São Paulo. As transcrições dos grupos foram analisadas por procedimentos de análise temática, com base na perspectiva teórico-metodológica do construcionismo social. Nossos resultados apontam que os ACS exercem as funções principais de articulador e de mediador das redes sociais. Discutimos, a partir disso, que o desenvolvimento destas funções é fundamental numa perspectiva ampliada de saúde, porém estas ainda são pouco valorizadas no contexto das demais atividades dos ACS na ESF.

Palavras-chave: agentes comunitários de saúde; redes sociais; programa da saúde da família; atenção primária à saúde; construcionismo social.

Abstract

Functions of the community health workers in the work with social networks. This qualitative study aims to discuss how community health workers (CHW) use the social networks of the population they assist in order to develop actions of health promotion in the Family Health Program. Specifically, it aims to present how CHWs make meaning about their practice with social networks, giving visibility to the functions they perform in their daily work. In order to do so, we conducted and recorded twelve group discussions with CHWs of all the family health units of a city in the state of São Paulo. The transcripts were analyzed via thematic analysis procedures, based on the theoretical and methodological perspective of social constructionism. Our results show the CHWs perform two main functions: articulator and mediator of social networks. From that, we discuss that the development of these functions is fundamental in a broader perspective of health, though it is still little valued when compared to the other activities performed by CHWs in the Family Health Program.

Keywords: community health workers; social networks; family health program; primary health care; social constructionism.

Resumen

Funciones del agente comunitario de salud en el trabajo con redes sociales. Esto estudio, de naturaleza cualitativa, objetiva debatir como agentes comunitarios de salud (ACS) adoptan las redes sociales de los usuarios para desarrollaren acciones de promoción de salud en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Específicamente, busca presentar como ACS significan su práctica con redes sociales, dando visibilidad a las funciones que ejercen en su trabajo cotidiano. Para tanto, fueron realizados y grabados en audio doce grupos de discusión con ACS de unidades de salud de la familia de una ciudad en el estado de São Paulo. Las transcripciones de los grupos fueron analizadas por procedimientos de análisis temático, con base en la perspectiva teórico-metodológica del contrucciónismo social. Nuestros resultados apuntan que los ACS ejercen las funciones principales de articulador y de mediador de las redes sociales. Discutimos, a partir de eso, que el desarrollo de estas funciones es fundamental en una perspectiva ampliada de salud, pero estas aún son poco valoradas en el contexto de las demás actividades de los ACS en la ESF.

Palabras clave: agentes comunitarios de salud; redes sociales; programa de salud de la familia; atención primaria de salud; construcciónismo social.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, se destaca por promover um atendimento orientado por uma concepção ampla de saúde, que considere seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais. A ESF é uma estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS), definida pela Organização Mundial da Saúde como o primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde, visando oferecer serviços próximos ao local onde vivem. A organização da APS no Brasil se fundamenta pelos princípios de saúde como direito, integralidade, universalidade e equidade da assistência, e enfatiza a resolutividade (eficiência na capacidade de resolução dos serviços de saúde), a intersectorialidade (articulação entre serviços de saúde e outros órgãos públicos), a humanização do atendimento e a participação social na gestão do sistema (Portaria n. 3925, 1998).

Cada unidade de saúde da família é formada por uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (Portaria n. 648, 2006). Autores discutem que a presença do ACS é central na ESF, uma vez que estes devem residir em sua área de atuação, o que possibilita que tenham maior conhecimento sobre sua área e as pessoas que ali vivem, favorecendo uma atenção centrada nas necessidades da família e uma relação de confiança com os moradores (Silva & Dalmaso, 2002).

A partir dessa compreensão, as ações de saúde devem extrapolar a ordem individual, levando em conta as histórias de vida das pessoas atendidas e especificidades dos locais em que vivem. Duarte, Silva e Cardoso (2007) destacam a importância de uma compreensão ampla de saúde para que o planejamento da atuação leve em conta a realidade vivida pelas comunidades. Gomes, Cotta, Mitre, Batista e Cherchiglia (2010) discutem a necessidade de inclusão desses elementos na educação permanente de ACS, estimulando uma postura crítico-reflexiva destes em relação a sua prática e ao modelo de saúde vigente.

Um conceito que consideramos que pode contribuir para o trabalho na saúde é o de “rede social”. Este é um conceito polissêmico, utilizado em diversos campos (comunicação social, administração, ciências sociais, psicologia) e descrito de diferentes modos na literatura (Mângia & Muramoto, 2005; Sluzki, 1997). Apesar da diversidade, estes estudos têm em comum a ênfase no caráter relacional das redes, destacado pelas inter-relações entre os nós que as compõem (Meneses & Sarriera, 2005). Martins e Fontes (2008) salientam que, nas discussões sobre redes sociais, o foco de análise não recai sobre pessoas fixas em certas posições, mas “sobre a relação propriamente dita” (p. 14).

Nesse artigo, dialogamos especialmente com a compreensão de Sluzki (1997) sobre redes sociais. O autor considera que os contextos culturais, históricos e políticos em que vivemos fazem parte de nosso universo relacional, mas define, em um nível mais microscópico, a rede social pessoal como as relações que alguém descreve como significativas ou diferenciadas em relação às demais.

A proposta de Sluzki (1997) apresenta um modo de identificação e descrição das redes sociais a partir de um instrumento denominado de “mapa mínimo de relações”. Este mapa apresenta quatro quadrantes (família, amizades, relações de trabalho ou escolares, e relações comunitárias) e, inscritos neles, três círculos concêntricos: um círculo interno de relações íntimas; um intermediário de relações pessoais com menor grau de compromisso; e um círculo externo, de conhecidos e relações ocasionais. No entanto, entendendo que as fronteiras da rede social de uma pessoa são bastante imprecisas, não havendo necessariamente papéis e lugares predefinidos, o autor propõe que o acesso às redes sociais de uma pessoa se dê por meio das narrativas, isto é, das histórias que as pessoas contam sobre os lugares que ocupam em suas vidas. Central nessa proposta é a valorização da rede social como “chave de nossa experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento ou autoria” (Sluzki, 1997, p.41). A rede social funciona, assim, como referência na construção identitária de uma pessoa, contribuindo especialmente no enfrentamento de crises pessoais e nas ações de cuidado à saúde (Gutierrez & Minayo, 2008).

Também outros autores discutem a relação entre redes sociais e saúde, destacando: o papel de trabalhadores da saúde como catalisadores da atuação com redes, possibilitando distribuir as responsabilidades de cuidado (More, 2005); o empoderamento comunitário favorecido pela presença de uma rede social forte e integrada (Andrade & Vaitzman, 2002); a ação das redes no enfrentamento e compreensão de doenças, problemas, conflitos e responsabilidades (Sanchez, Ferreira, Dupas, & Costa, 2010). Outros autores discutem, ainda, formas de apoio relacionadas a redes sociais, como reforço (expressões e sentimentos de reconhecimento), apoio emocional, informativo e instrumental (auxílio financeiro, disponibilização de serviços) (Pedro, Rocha, & Nascimento, 2008; Sanchez et al., 2010).

Embora a maioria dos estudos enfatize os aspectos positivos da rede social na vida das pessoas, atuando como fator de proteção e auxílio, há estudos que argumentam que a relação entre redes e qualidade de vida nem sempre é positiva (Sluzki, 1997). Tais estudos discutem, por exemplo, os efeitos de informações e de relacionamentos que circulam nas redes, e que envolvem não só benefícios, mas também frustrações (Pagel, Erdly, & Becker, 1987), e da presença de pessoas irritantes ou que se envolvem excessivamente na vida (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2008; Pagel, Erdly, & Becker, 1987). Embora relatem esses aspectos negativos, também estes autores destacam aspectos positivos da rede social.

Especificamente em relação à articulação entre redes sociais e o trabalho na ESF, Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola e Faccenda (2009), em estudo com idosos, observaram que estes descrevem como parte de suas redes, predominantemente a família, comunidade e amigos, citando, dos serviços de saúde, apenas os ACS. Também Pinheiro (2012) discute sobre redes sociais e saúde na prática de ACS, argumentando que essa articulação condiz com uma concepção ampliada de saúde, atendendo às necessidades da população e

também possibilitando o estreitamento do vínculo entre esta e os ACS, o que contribui para a valorização destes profissionais nas comunidades atendidas.

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

Esse estudo objetiva discutir como ACS utilizam as redes sociais dos usuários para desenvolverem ações de promoção de saúde na ESF. Especificamente, busca analisar como ACS significam sua prática com redes sociais, dando visibilidade às funções que exercem em seu trabalho cotidiano.

Método

Delineamento teórico-metodológico

O presente estudo tem natureza qualitativa, focalizando a investigação dos significados produzidos em processos de interação social e seu papel organizador de modos de vida (Turrato, 2005). Especificamente, este estudo se desenvolveu com base nas contribuições do construcionismo social, perspectiva crítica em ciência que prioriza a compreensão do modo como as pessoas explicam, descrevem e narram suas vidas e o mundo em que vivem (Gergen, 1997).

As propostas construcionistas sociais de investigação adotam a concepção de linguagem como prática social (Spink & Medrado, 2004), valorizando seus aspectos performáticos na configuração de formas de vida e organização social. Pesquisas construcionistas não buscam a descoberta da verdade, mas uma compreensão situada de fenômenos e ações sociais, com ênfase na análise das implicações de determinados discursos para configuração de formas de vida e relacionamento social (McNamee & Hosking, 2012).

Com base nas propostas construcionistas, assumimos neste estudo também uma compreensão relacional e discursiva das redes sociais. Não consideramos uma existência apriorística de redes sociais, mas compreendemos, assim como Sluzki (1997), que elas são construídas narrativamente, a partir do momento em que passam a integrar as histórias que as pessoas contam sobre si mesmas e seus relacionamentos.

Em nosso estudo, estas concepções foram adotadas como forma de investigar a prática de ACS com redes sociais, no contexto da ESF. Como ACS utilizam as redes sociais dos usuários para desenvolver ações de promoção de saúde? Que relações podem ser estabelecidas entre a atuação com redes sociais e a perspectiva de APS, que enfatiza o encontro entre o usuário e o trabalhador da saúde?

Contexto e participantes

A pesquisa foi realizada no contexto da ESF de uma cidade de pequeno porte no estado de São Paulo. Segundo dados obtidos a partir da Secretaria de Saúde da cidade, esta conta com cobertura de 100% pela ESF, havendo seis equipes de saúde da família e uma equipe de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). No total, havia 30 ACS, sendo que 28 participaram do estudo. Destes, apenas um era do sexo masculino.

Procedimentos de construção do corpus

Para a construção do *corpus* da pesquisa, realizamos grupos de discussão com os ACS. O grupo de discussão consiste em uma técnica de investigação que utiliza a interação entre os participantes como uma fonte de informações para pesquisa (Willig, 2001). Caracteriza-se, portanto, como um contexto de produção conjunta de conhecimento, valorizando o aspecto relacional e dialógico dessa produção. Para Willig (2001), a força do grupo de discussão reside em sua capacidade de mobilizar os participantes a responder e comentar sobre o que os outros falam, possibilitando ampliações e interações entre discursos.

Os grupos foram conduzidos com base em um roteiro semiestruturado que trazia temas relacionados aos objetivos da pesquisa e que eram abordados em diferentes momentos, respeitando o fluxo conversacional do grupo. Foram realizados 12 grupos de discussão com os ACS, dois em cada unidade, com duração aproximada de duas horas cada. Os grupos foram realizados nas unidades de ESF, em salas disponibilizadas para esse fim. Todos os grupos foram gravados em áudio e transcritos na íntegra.

O primeiro encontro em cada unidade consistiu em uma conversa sobre o que os ACS entendem por rede social, buscando-se explorar articulações com a realidade em que vivem e trabalham. No segundo encontro, propusemos a construção dos mapas mínimos de redes dos ACS, conforme o modelo de Sluzki (1997). As questões norteadoras do segundo encontro se basearam nas redes construídas, sendo realizadas conversas sobre as impressões dos ACS em relação ao instrumento e ao processo de construção de seus mapas, e sobre as possíveis articulações entre redes sociais e o instrumento proposto com o trabalho na ESF.

Procedimentos de análise do corpus

O primeiro momento de análise se deu com a transcrição dos grupos de discussão. Buscamos preservar o modo de fala dos participantes, mantendo expressões coloquiais, abreviações ou incorreções gramaticais. Alguns momentos das transcrições foram editados por serem muito longos, e aparecem sinalizados por (...). Em seguida, realizamos uma análise temática das conversas grupais com foco nos momentos de discussão sobre a prática dos ACS com redes sociais, destacando-se as funções que desempenham no contato com a população.

Construímos, assim, dois temas referentes a funções exercidas pelos ACS no trabalho com redes sociais: (1) o ACS como

articulador da rede social e (2) O ACS como mediador de relações na rede social significativa. Estes temas foram analisados processualmente, considerando a sequência conversacional e as interações entre os participantes. Selecioneamos, então, trechos dos diálogos desenvolvidos nos grupos que ilustram aspectos da prática dos ACS com redes sociais. Esses trechos foram selecionados com base em dois critérios: a referência explícita a aspectos da prática cotidiana, por meio de exemplos; e o amplo envolvimento dos ACS nas discussões, aspecto que consideramos um indicativo da importância de determinadas temáticas para o grupo. Buscamos, em todos os momentos, trazer contribuições para a prática dos ACS, considerando que o diálogo com redes sociais pode ser um caminho importante para construção de ações de promoção de saúde na ESF.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa que deu sustentação ao presente artigo foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e, especialmente, por todos os participantes, que aceitaram voluntariamente participar do estudo, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando manter sigilo sobre as unidades, as nomeamos, nesse estudo, por cores e, pela mesma razão, todos os nomes presentes nos trechos de transcrição são fictícios. Os trechos discutidos nesse artigo se referem a grupos realizados nas unidades que denominamos como Branca e Rosa. As ACS da Unidade Branca foram nomeadas como Helena, Mariana e Stéfanie; da Unidade Rosa, como Fabiana, Ludmila, Luiza, Madalena e Rita.

Todos os ACS que participaram dos grupos nas Unidades Branca e Rosa eram do sexo feminino. Assim, optamos, nesse texto, por adotar o gênero masculino para nos referirmos ao ACS como categoria profissional, e o gênero feminino para nos referirmos à participação específica das ACS no diálogo desenvolvidos nos grupos de discussão.

Resultados e discussão

Apresentamos, a seguir, os resultados de nossa análise acerca das funções dos ACS no trabalho com redes sociais, destacadas em dois eixos temáticos: a) O ACS como articulador da rede social; e b) O ACS como mediador das relações da rede social significativa.

O ACS como articulador da rede social

Esse tema diz respeito à atuação dos ACS como articuladores da rede social de usuários das unidades de saúde. Nesses discussões, os ACS relataram buscar ativar a rede social de pessoas da comunidade, o que foi descrito como enriquecedor das ações de cuidado por eles desenvolvidas. Para ilustrar esse tema, trazemos um momento de conversa na Unidade Branca, referente ao caso de Mário, um paciente de 42 anos com uma séria ferida na perna, com risco de amputação.

Antes do trecho apresentado a seguir, as ACS discutiam como alguns equipamentos sociais oferecidos pela cidade podem auxiliar na saúde das pessoas. Os equipamentos citados

foram serviços do hospital (especialmente o trabalho dos psicólogos) e um centro de promoção social que reúne diversos serviços, como assistência social, conselho tutelar, programas como Bolsa-Família, Auxílio Gás e Pró-Jovem. Quando perguntadas sobre algum caso em que a rede social contribuiu em tratamentos, as ACS citaram o caso de Mário:

Stéfanie: Ah, o Mário também foi um outro caso que eu tive, né? (...) Que a gente viu o caso, aí a gente começou a correr atrás da família. (...) Ele é um senhor que eu já tinha passado na casa. E ele... A gente chamava, chamava, chamava, e ele não abria a porta. (...) Então, assim, ele se excluía. (...) Os vizinhos falavam, assim, que raramente via ele. Ele só saía pra receber o aluguel. (...) Pra mais nada. É, comida, essas coisas assim (...) se alguém levasse pra ele, ele comia, se, no contrário, também, não ia pro mercado, não ia nada.

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

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

Nesse trecho, as ACS ressaltam o isolamento social de Mário, argumentando que ele não saía de casa. Nesse caso, o que desencadeou a busca, pelas ACS, da família de Mário, foram informações fornecidas pelos vizinhos, que reclamaram de "um cheiro incômodo". Destaca-se, nessa situação, a característica de trabalho da ESF de não esperar pelos pacientes, mas realizar uma busca ativa, com visitas domiciliares, o que possibilitou ao sistema de saúde chegar a um paciente que se isolava e recusava tratamentos.

As ACS e a enfermeira da unidade começaram a buscar ativamente pelas relações familiares de Mário, recorrendo aos vizinhos. Nesse movimento, uma pessoa da família de Mário saiu de sua cidade, auxiliando-o por um tempo em suas necessidades, e com a família e a ESF trabalhando juntos, conseguiram que Mário se engajasse em um tratamento:

Stéfanie: assim, trabalhando, e a família ajudando, e a família dis-cutindo. E... Por fim, nós conseguimos fazer ele ir pro hospital. Do hospital, ele foi encaminhado pro HC [Hospital das Clínicas], e o HC não liberou até que ele tivesse uma melhora significativa [na perna]. Os vizinhos da frente mudaram, a família providenciou uma pessoa (Unidade Branca, Grupo 1, linhas 1609 a 1614).

Nesse trecho, destacamos a resolutividade da atuação das ACS, que foram atrás das relações de Mário buscando uma parceria no tratamento. Provavelmente, esta busca das ACS por articular a rede social de Mário com a finalidade de resolutividade de seus problemas de saúde vem tanto do aprendizado de alguns discursos oficiais, em cursos de capacitação (como por exemplo, a valorização de uma concepção ampliada de saúde, focada no reconhecimento de necessidades de saúde e dos determinantes sociais no processo saúde-doença),

como, principalmente, de sua história de socialização e experiência de viver na mesma comunidade. Provavelmente, as ACS conhecem como as relações nessa comunidade se estabelecem e como as redes de solidariedade e amizade funcionam. Assim, através de sua prática, puderam chegar a um resultado descrito como altamente satisfatório, o que dá destaque à importância das redes sociais de apoio para a melhoria das condições de saúde. Este exemplo guarda relação com as discussões de More (2005) sobre a importância do sistema de saúde considerar os usuários como pessoas envolvidas em relações sociais, sendo que em atuações com redes as responsabilidades se distribuem entre os envolvidos.

Outro aspecto importante do apoio oferecido pela família a Mário diz respeito a um suporte material, sendo que sua casa foi reformada e foram comprados novos móveis. Como destaca a ACS Stéfanie, “hoje, cê chega lá, ele é um cidadão normal, agora, comparado ao que era”. Stéfanie também destaca a importância que a cuidadora de Mário passa a ter em seu processo de cuidado, atuando como fonte de informações para as ACS, sendo um elo de confiança na relação entre Mário e o sistema de saúde.

Além do apoio material, a família de Mário passou a exercer de maneira mais efetiva a função de apoio emocional, oferecendo maior atenção às suas necessidades. As ACS relatam que antes dessa articulação entre a ESF e a família de Mário, ele era distante de sua família e muitos não sabiam de sua situação de saúde. Geralmente, ele recebia apenas uma irmã, mas os esforços isolados dela não eram suficientes para o engajamento de Mário em um tratamento. Assim, a ESF foi apontada pelas ACS como principal fonte de busca por apoio para Mário, como catalisadora do envolvimento de sua rede social (especialmente sua família) em seu tratamento. Posteriormente, o pesquisador pergunta da importância da rede social nesse caso:

Pesquisador: Qual que cê's acham que foi a importância da rede? Social dele? Pra condição dele de saúde antes e agora?

Stéfanie: (...) Antes ele não tinha rede social, né? (...) Agora, (...) se contar as pessoas que ele conversa, assim, de modo geral, é... meio que todo mundo fica, né? (...) de olho nele, e ele mesmo melhora. Ele mesmo fala que tá melhor, sabe? (...) Você vê pela aparência dele. (...) quando a gente começou o tratamento, cê chegava, ele tava com a cara fechada. Agora você chega, pelo menos ele não tá mais com aquela carranca, né? (...)

Mariana: Ele não tomava nem banho, né?

Stéfanie: Não tomava nem banho pra não sair... (...) Hoje a gente chega lá, ele tá limpinho. Cabelo penteadoo, barba feita. (...) Pelo menos isso a gente tá... tá vendo. (Unidade Branca, Grupo 1, linhas 1847 a 1870).

Destaca-se, nesse trecho, o acompanhamento que as ACS e a vizinhança passam a ter na situação de Mário (“meio que todo mundo fica, né? Assim... é, de olho nele”), o que também proporcionou seu autocuidado. Nesse sentido, assim como aponta Sluzki (1997), pode-se dizer que as redes sociais (vizinhos, familiares e profissionais de saúde) interferiram de maneira positiva no cuidado com a saúde do paciente, “contribuindo

substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e com sua autoimagem” (p. 41).

Ainda outros aspectos se destacam. Primeiramente, a relação das ACS com Mário e sua família possibilitou a articulação de diferentes atores. Este exemplo demonstra uma situação em que a intersetorialidade e a integralidade do atendimento se mostraram necessárias, uma vez que a ESF não atuou isolada no caso (recorreu, por exemplo, a outros serviços sociais, como o Instituto Nacional do Seguro Social em busca de benefícios previdenciários), e a atuação considerou Mário como um cidadão e um ser humano integral, em relação com seu contexto, com sua família e suas relações sociais. Isso possibilitou uma atuação mais ampla e distante do enfoque puramente biomédico (que poderia ser um tratamento apenas para a perna). Além disso, foi possível uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde – a ESF e o Hospital das Clínicas.

O contato próximo das ACS com o território em que atuam também foi importante, uma vez que os vizinhos auxiliaram no tratamento, oferecendo informações, e as ACS relataram ver, em seu dia-a-dia, uma melhora na condição de Mário – como ele sair para fazer compras e ter mais relações interpessoais. Assim, destacamos a potencialidade da ligação entre as ACS e seu local de vida, favorecendo sua atuação para a continuidade das ações de cuidado, encaradas como um processo contínuo e conjunto. Nesse sentido, Fontes (2008) valoriza a inserção das ACS na comunidade, possibilitando a troca de informações, assim trazendo elementos importantes para o sistema de saúde.

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

Inserir a temática de redes sociais no trabalho dos ACS permite uma valorização desses aspectos. A discussão que as ACS fazem do caso de Mário exemplifica uma atuação com o usuário inserido em rede, em que o foco de cuidado não é apenas o indivíduo, mas suas relações, de forma análoga ao discutido por More (2005) e Sanchez et al. (2010). Ilustra também como, a partir da articulação da rede social de uma pessoa, é possível a constituição de um cuidado mais amplo e inclusivo, em que a responsabilidade pela situação de saúde de não é individual, mas compartilhada, relacional (More, 2005; Pinheiro, 2012; Sluzki, 1997).

Nesse sentido, a noção de responsabilidade relacional (McNamee & Gergen, 1999), que enfatiza os processos de interação e diálogo na construção do significado, pode contribuir com o entendimento de ações como as desenvolvidas pelas ACS no caso de Mário. Esta noção propõe que somos constituídos por diferentes vozes, referentes às relações com os grupos em que participamos. O indivíduo não é considerado

responsável unicamente por suas ações, mas a responsabilidade é um produto dos relacionamentos. Assim, é importante avançar de uma perspectiva que valoriza a autonomia (como ação de um sujeito independente) para uma perspectiva que considera a responsabilidade relacional pelo cuidado – o que implica a equipe de saúde numa postura de constante reflexão sobre as maneiras como promove inclusão e cuidado em suas práticas cotidianas (Camargo-Borges & Mishima, 2009).

Essa noção permite entender o caso de Mário e a intervenção realizada, pois valoriza a compreensão de um cuidado compartilhado, com a participação de várias pessoas em busca do estabelecimento de novas formas de relação. Por exemplo, a família de Mário se articulou para oferecer apoio material e, nesse processo, foram estabelecidas relações mais próximas, o que foi descrito como positivo pelas ACS.

O ACS como mediador de relações na rede social significativa

Esse tema diz respeito à atuação dos ACS como mediadores de relacionamentos interpessoais, descrevendo situações em que estes se colocaram como facilitadores de diálogo em situações de conflito. Para ilustrar esse tema, apresentamos uma conversa desenvolvida na Unidade Rosa acerca do caso de Manuel, um homem de 60 anos com problemas no estômago, e sua relação com seu filho, Roberto, e sua nora Fátima, com os quais mora.

As ACS relatam que a situação de Manuel é difícil, uma vez que, além de seu problema de estômago, havia conflitos familiares. Segundo Rita, a alimentação de Manuel tem que ser processada, e “a nora dele não faz isso por ele. E o filho, assim, o filho prefere ficar do lado da nora do que ajudar o pai”. Outro aspecto relevante ao caso é trazido pela ACS Madalena, segundo a qual Manuel ainda não aceitou sua situação de dependência.

Na discussão desse caso, valores e julgamentos morais surgem – as ACS atribuem um caráter negativo ao fato de Roberto “ficar do lado” de Fátima ao invés de ajudar o pai, pois para elas o correto seria cuidar do pai em primeiro lugar. Outro aspecto recorrente na discussão do caso é que as ACS atribuem a uma característica individual de Manuel a responsabilidade pela dificuldade de relacionamento com Roberto e Fátima: Segundo a ACS Rita, “ele é turrão demais” e não aceita depender de outras pessoas. Abaixo, trazemos um trecho da conversa em grupo que ilustra como se dá a relação das ACS com o caso:

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

Fabiana: Se é a nora. (...)

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

Ele só sai dali pra se alimentar, e olhe lá. (...)

Luiza: Minha opinião também é que ele não tem rede social. (Unidade Rosa, Grupo 1, linhas 1732 a 1753).

Sendo a linguagem interligada à ação, que possíveis nomes poderiam ser dados a essa relação, além de “dependência”? Poderia haver implicações diferentes tratar essa relação como de uma parceria para possibilitar melhores condições de saúde a seu Manuel? Sendo ele uma pessoa que parece valorizar tanto sua independência, como poderia ser sua inserção nessa relação familiar, uma vez que sua passividade forçada parece ser um problema?

Uma característica complicadora da situação é que as ACS relatam não saber a quem ouvir nas situações, não saber quem está falando a verdade. Parece que as ACS ocupam uma posição de distanciamento em relação à família, ao assumirem um lugar especializado, de busca pela verdade da situação. Questionamos, no entanto, até que ponto essa busca pela verdade é útil para o trabalho das ACS nesse contexto. Poderia haver formas alternativas de lidar com o caso, se o abordássemos reconhecendo que pode haver diferentes descrições da mesma situação? Com frequência, o reconhecimento da possibilidade de diferentes versões dos acontecimentos favorece uma visão mais dinâmica e complexa das situações, favoráveis à construção de uma postura menos avaliativa e parcial das situações de conflito.

Em um ponto da conversa, a ACS Ludmila coloca que Manuel vive como se não tivesse rede social, entendimento compartilhado por Luiza. Dessa forma, as ACS parecem considerar a falta de cuidado como um critério para excluir Roberto e Fátima da rede social de Manuel, em uma compreensão que valoriza a harmonia das relações familiares, destacando-se como rede social apenas relações positivas.

Posteriormente, é retomado no grupo o caso de Manuel, quando o pesquisador questiona sobre situações em que as ACS tenham recorrido à rede social. As ACS Madalena e Ludmila colocam que buscam “conciliar” Manuel, Roberto e Fátima, uma vez que “eles não combinam” (nas palavras de Madalena). Nesse ponto, Madalena relata um acontecimento que pode abrir espaço para a atuação das ACS – Fátima foi até a unidade desabafar com ela:

Madalena: É. Tentei falar pra ela, foi tentar combinar mesmo, que ele xinga, porque eu falei que ele ainda não... não tá aceitando muito, eu... (...) acho que ele não se adaptou ainda a essa fase dele, que ele tá com um problema. Às vezes é porque... ele é uma pessoa assim, que nem eu falei, que tá acostumado a sair, ele morava sozinho, ele tinha a casa dele, teve que abandonar tudo e vim pra cá. (...) Então assim, eu acho que ele ainda não tá adaptado nes... ness... não vou falar uma nova fase, diferente, mas é uma nova fase na vida dele. Né, então assim, tem esse problema, essa relação entre os filhos, né, com ele, e a nora. (Unidade Rosa, Grupo 1, linhas 1878 a 1889).

Esse trecho exemplifica como o vínculo e a confiança entre famílias atendidas e ACS podem ser importantes no estabelecimento de uma agenda comum de tratamento. A ACS Madalena relatou ter estabelecido uma relação de aconselhamento com Fátima, falando para “tentar combinar”, buscar uma adaptação em relação à situação. Assim, a ACS busca mediar a relação entre Manuel, Fátima e Roberto, trazendo elementos novos em busca de formas alternativas de relacionamento. Nesse momento do grupo, dois elementos se destacam. Primeiramente,

esses relatos abrem espaço para uma mudança no discurso sobre Fátima, que era descrita como não cuidadora em relação a Manuel. O fato de ela buscar a unidade para desabafar poderia ser mais explorado, pois constitui uma quebra em relação ao discurso dominante e, assim, pode abrir espaço para uma ampliação de sentidos e, assim, de alternativas de compreensão da situação e de novas formas de relacionamento.

O segundo elemento que destacamos é o componente histórico da relação. Madalena diz que Manuel morava sozinho, tendo mais autonomia, e agora tem grande dependência em relação a Roberto e Fátima. Nesse ponto, há uma dimensão que parece não ter sido explorada e pode contribuir para a compreensão da relação estabelecida por Manuel com Roberto e Fátima: a história de origem, que nos fala sobre aspectos culturais que são caros e que ocupam papel central em nossa construção identitária (Sluzki, 1997). De que grupos Manuel participava em sua cidade de origem? O que havia de importante para ele e que se perdeu?

A conversa continua com a ACS Madalena exemplificando que, certa vez, foi até a casa de seu Manuel e o encontrou sozinho, sujo, após ter vomitado:

Madalena: Aí eu fui entrando. (...) Cheguei lá, ele tava... chamei: "Seu Manuel"! Duas vezes. (...) Ele não respondeu. Falei, gente. Eu cheguei a pensar que ele tinha morrido (...) Ele tava. Ele tava passando mal. Ele tinha vomitado. Ele tava... (...)

Ludmila: A pior coisa que gera aqui, fia, é falta de respeito. (...) Não é nem ter amor. Mas é... o principal que deve ter naquela casa do... do seu Manuel, é respeito. (...)

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

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

Nesse trecho, destacamos que a relação entre as ACS e o caso é permeada por vários sentidos, os quais possivelmente guardam relação com sua história de socialização e discursos sociais mais amplamente difundidos, tais como discursos sobre gênero (a função de cuidado destinada à mulher) e sobre velhice (o direito do idoso ser tratado com respeito). Mais do que isso, a narrativa das ACS sobre sua relação com Manuel e sua família é atravessada pela referência direta ou indireta a sentimentos como perdão, carinho, respeito, compaixão e solidão. Assim, a visita domiciliar aparece não com ênfase em procedimentos, mas como uma relação viva, em que as ACS

têm contato com o que ocorre na vida cotidiana da população, com suas relações, aspectos aos quais talvez não tivessem acesso se não fosse pela visita.

Dessa forma, a prática das ACS extrapola o conhecimento médico tradicional. Além do conhecimento teórico e técnico que certamente faz parte da atuação das ACS nesse caso, visto a capacidade de identificarem necessidades de saúde, elas também se utilizam de um conhecimento “relacional”, que se aproxima do que Shotter (1993) nomeou como “conhecimento do terceiro tipo”. Este conhecimento pode se dar nas formas responsivas de interação, quando as pessoas são sensíveis às demandas do próprio momento interativo. Nesse sentido, destacamos que Madalena propõe para Fátima o “carrinho” como uma possível solução para o caso, sugerindo uma mudança de postura na relação, o que pode abrir espaço para novas formas de relacionamento. Sendo as relações humanas pautadas por movimentos de ação e suplementação (Gergen, 1997), novas respostas são novos convites, que podem trazer implicações que mudem o estabelecido, contribuindo para uma melhora na relação.

Uma noção desenvolvida por Anderson e Goolishian (1998) e aplicada originalmente à terapia familiar pode ser útil nesse tipo de discussão. Trata-se da postura do não saber, que enfatiza, que os diálogos sejam desenvolvidos com base em uma postura de abertura para o novo presente em cada interação. As perguntas têm importância crucial nessa abordagem, sendo que se valorizam as questões genuinamente curiosas, não as retóricas, que já são realizadas buscando uma resposta específica. As perguntas realizadas a partir dessa postura trazem abertura para o espaço do desconhecido, do ainda não considerado e, assim, podem levar as conversas para outros rumos, para o “ainda não dito” (Anderson & Goolishian, 1998).

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

Nesse caso, as ACS relataram atuar de uma forma que denominamos como de mediação, buscando conciliar os interesses dos envolvidos. Para contribuir na compreensão da situação atual de Manuel, Roberto e Fátima, propomos uma análise da história da relação entre eles. O que ocorreu em sua relação para se chegar à situação relatada, definida como de desrespeito? Consideramos essa discussão importante por compreendermos que as redes sociais são constituídas nas relações entre as pessoas, e são permeadas por diferentes sentidos e interesses, por vezes conflitantes. Uma possibilidade para atuação, em situações como essa, é a manutenção de uma postura curiosa, aberta às diferentes vozes e versões, o que pode favorecer a construção de realidades compartilhadas, sem culpar um ou outro, nem restringir as relações de Manuel, Fátima ou

Roberto a essa tríade. Quem são as outras pessoas de suas redes sociais? Quais os nós da rede que não foram explorados? Ou quais os nós que aparecem de forma tão forte que se destacam sobre os demais, dificultando o acesso a estes?

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

Desse modo, as relações estabelecidas por estes usuários com suas redes sociais (especialmente as familiares) ocuparam grande parte do foco das ações das ACS, sendo consideradas como importantes pontos na condição de saúde de ambos – com uma influência recíproca entre saúde e rede social, conforme discutido por Sluzki (1997). As relações conflituosas de Manuel com sua rede familiar foram descritas como negativamente influentes em sua saúde, e as ACS se esforçaram para desenvolver ações de mediação, centradas no diálogo, na tentativa de melhorar o vínculo entre eles; no caso de Mário, sua condição de saúde e seu isolamento foram descritos como um fator para seu isolamento social, e as ACS se esforçaram para auxiliar na reativação de sua rede social – assim, a presença de uma rede ativa, fornecendo cuidado e apoio, contribuiu para uma melhoria em sua condição.

Considerações finais: apontamentos para a prática dos ACS com redes sociais

A partir das discussões desenvolvidas, compreendemos que a articulação entre redes sociais e saúde é importante para a construção de práticas que considerem as necessidades da população e sua inserção em seu contexto de vida. Nesse sentido, este artigo traz reflexões no campo da Psicologia em relação à saúde coletiva, especialmente sobre a produção de cuidado nesse contexto, valorizando o deslocamento do foco do indivíduo para o âmbito relacional, sendo as redes sociais privilegiadas nessa discussão.

A discussão sobre as funções de articulador e de mediador desenvolvidas pelos ACS permite pensar como estes, ao considerar as redes sociais de apoio, se referem às pessoas atendidas não como indivíduos isolados, mas inseridos e participantes em relações sociais. Nesse sentido, as discussões apontam para a potencialidade que o compartilhamento do local de vida pelos ACS traz para dialogar de forma próxima com a população. Os ACS conhecem as casas dos pacientes, têm contato com eles em sua vida cotidiana, podendo acompanhar os resultados de seu trabalho. A partir dos grupos de discussão, foi possível perceber a riqueza de conhecimento dos ACS em relação a sua prática, suas funções, limitações e potencialidades.

Um conhecimento construído no grupo é o de que a atuação com redes sociais na ESF abre espaço para que diferentes vozes sejam ouvidas em relação a determinadas situações que ocorrem no trabalho com a comunidade. Os exemplos dados

pelas ACS participantes desse estudo possibilitam essa compreensão, trazendo a visão das visitas domiciliares de uma forma ampliada, não apenas técnico, mas considerando o engajamento dos ACS nas situações, assumindo a função de articulador, mediador, em uma postura de envolvimento e escuta, que caracteriza sua prática. Dessa forma, o foco das visitas não é apenas relativo ao binômio saúde/doença, mas aponta para a necessidade de outros tipos de saberes dos ACS, que não são de ordem puramente teórico-técnica, mas relacional, valorizando-se o encontro entre os ACS e a comunidade. Não desvalorizamos os conhecimentos e procedimentos técnicos – por exemplo, se não houvesse o trabalho clínico em relação à perna de Mário, os outros aspectos de melhoria em sua saúde seriam dificultados ou impossibilitados. Mas valorizamos, além desse conhecimento, o contato próximo, o vínculo estabelecido entre os usuários e o sistema de saúde, sendo o desenvolvimento dessas funções (mediador e articulador de redes) importante na atenção em saúde em uma perspectiva ampliada. No entanto, esse tipo de atuação é ainda pouco valorizada dentro do espectro de atividades desenvolvidas pelos ACS.

Os dois casos discutidos neste artigo exemplificam a importância do trabalho desenvolvido pelos ACS com redes sociais no desenvolvimento de ações de promoção de saúde na ESF. No caso de Mário, as ACS atuaram conjuntamente com a comunidade para atender a suas necessidades. Foram realizadas articulações com vizinhos, família, membros do sistema de saúde, sendo estabelecida uma rede de apoio que resultou em uma melhora em diversos aspectos de sua vida – físicos, sociais, de autocuidado. No caso de Manuel, em que as ACS descreveram ações de mediação de relações familiares conflituosas, as questões relatadas também vão além de aspectos físicos – a relação de Manuel com Roberto e Fátima ocupou mais espaço na discussão do que seus problemas digestivos.

Dessa forma, consideramos que as ACS apontam que, em seu trabalho cotidiano na ESF, se deparam com situações diversas, destacando-se o aspecto relacional e interativo de seu trabalho – convivem com relações que podem ser harmônicas e conflituosas, e que têm ressonâncias nas próprias ACS, conforme se apreende quando tomam um partido ao discutir a relação de Manuel com Roberto e Fátima. Nesse sentido, enfatizamos a importância da qualidade do vínculo entre o usuário e o ACS e consideramos que o conceito de responsabilidade relacional (McNamee & Gergen, 1999) pode ser uma ferramenta útil para se avançar na construção do cuidado no cotidiano. Isso porque este conceito nos permite discutir o cuidado em uma perspectiva relacional, em que o profissional de saúde compartilha com a comunidade essa responsabilidade.

Consideramos que nosso trabalho traz elementos para contribuir com uma atuação na ESF que altere as concepções predominantes hoje, que enfatizam muito o conhecimento biomédico e a realização de procedimentos, indo ao encontro de concepções de saúde que privilegiam as relações e as necessidades dos usuários, considerando suas condições de vida. Como limitação do nosso trabalho, destacamos que nossa análise permitiu dar maior visibilidade para a possibilidade de articulação e ativação sobretudo da rede familiar. A exploração

da participação das outras redes sociais de apoio (tais como amizades, relações comunitárias ou de trabalho/estudo) pode ser aspecto explorado em estudos futuros.

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

Referências

- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E. M. F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18(40), 279-288. doi: 10.1590/S0103-863X2008000200006.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1998). O cliente é o especialista: A abordagem terapêutica do não-saber. In S. Mcnamee & K. J. Gergen (Orgs.), *A terapia como construção social* (pp. 34-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., Domingues, M. A., Amendola, F., & Faccenda, O. (2009). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 1199-2008. doi: 10.1590/S1413-81232011000500030.
- Andrade, G. R. B., & Vaitzman, J. (2002). Apoio social e redes: Conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934. doi: 10.1590/S1413-81232002000400023.
- Camargo-Borges, C., & Mishima, S. M. (2009). A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 29-41. doi: 10.1590/S0104-12902009000100004.
- Duarte, L. R., Silva, D. S. J. R., & Cardoso, S. H. (2007). Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 439-447. doi: 10.1590/S1414-32832007000300004.
- Fontes, B. A. S. (2008). Sobre Trajetórias de sociabilidade: A idéia de redes de saúde comunitária. In P. H. Martins & B. Fontes (Orgs.), *Redes sociais e saúde: Novas possibilidades teóricas* (pp. 121-142). Recife: Editora da UFPE.
- Gergen, K. J. (1997). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Londres: Sage.
- Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Mitre, S. M., Batista, R. S., & Cherchiglia, M. L. (2010). O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: Reflexões contemporâneas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1143-1164. doi: 10.1590/S0103-73312010000400005.
- Guanaes, C., & Mattos, A. T. R. (2011). Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 1005-1017. doi: 10.1590/S0104-12902011000400017.
- Gutierrez, D. M. D., & Minayo, M. C. S. (2008). Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário. *Anais do 8º Seminário Internacional Fazendo Gênero: corpo, violência e poder*, Florianópolis. Recuperado de: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf>.
- Mângia, E. F., & Muramoto, M. T. (2005). O estudo de redes sociais: Apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 16(1), 22-30. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v16i1p22-30.
- Martins, P. H., & Fontes, B. (2008). A sociologia e a saúde: Caminhos cruzados. In P.H. Martins & B. Fontes (Orgs.), *Redes sociais e saúde: Novas possibilidades teóricas* (pp. 21-48). Recife: Editora Universitária.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1999). *Relational Responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks, California: Sage.
- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2012). *Research and social change: A relational constructionist approach*. Nova Iorque/Oxford: Routledge.
- Meneses, M. P. R., & Sarriera, J. (2005). Redes sociais na investigação psicosocial. *Aletheia*, 21, 53-67. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942005000100006.
- More, C. L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia*, 15(31), 287-297. doi: 10.1590/S0103-863X2005000200016.
- Pagel, M. D., Erdly, W. W., & Becker, J. (1987). Social networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 793-804. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.53.4.793>.
- Pedro, I. C. S., Rocha, S. M. M., & Nascimento, L. C. (2008). Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(2), 324-327. doi: 10.1590/S0104-11692008000200024.
- Pinheiro, R. L. (2012). *A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde da Família*. (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto). Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disseminveis/59/59137/tde-11102013-152403/pt-br.php>.
- Portaria n. 3925 de 13 de novembro de 1998. (1998, 13 de novembro). Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Diário Oficial da União.
- Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. (2006, 28 de março). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Sanchez, K. O. L., Ferreira, N. M. L. A., Dupas, G., & Costa, D. B. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: Identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 290-299. doi: 10.1590/S0034-71672010000200019.
- Shotter, J. (1993). *Cultural politics of everyday life*. Toronto: University of Toronto Press.
- Silva, J. A., & Dalmaso, A. S. W (2002). O agente comunitário de saúde e suas atribuições: Os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 75-83. doi: 10.1590/S1414-32832002000100007.
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41-61). São Paulo: Cortez.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. doi: 10.1590/S0034-89102005000300025.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.

Ricardo Lana Pinheiro, Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (FFCLRP – USP), é Doutorando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (FFCLRP – USP). Endereço para correspondência: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia. Avenida Bandeirantes, 3900, Campus da USP, Bairro Monte Alegre. CEP: 14040-901, Ribeirão Preto – SP. E-mail: ricardolanap@yahoo.com.br

Carla Guanaes-Lorenzi, Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (FFCLRP – USP), é Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (FFCLRP – USP). E-mail: carlaguanaes@ffclrp.usp.br
