

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Saúde, território e redes: sobre as práticas de sociabilidade dos agentes comunitários de saúde .

Breno Souto Maior Fontes.

Cita:

Breno Souto Maior Fontes (2009). *Saúde, território e redes: sobre as práticas de sociabilidade dos agentes comunitários de saúde*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1528>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evbW/H1B>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Saúde, território e redes: sobre as práticas de sociabilidade dos agentes comunitários de saúde

BRENO SOUTO MAIOR FONTES

_jacqueline oliveira_BR

INTRODUÇÃO

Não podemos afirmar que a idéia de profissionais de saúde do tipo “Agentes Comunitários de Saúde” seja uma idéia original ou mesmo recente. Há o registro desta prática profissional há pelo menos mais de três décadas. Concebida originalmente como uma estratégia de redução de custos de cuidados e prevenção à saúde em países de baixo nível de desenvolvimento – em resposta aos cada vez mais proibitivos custos de práticas médicas tradicionais – o modelo de atenção primária, territorializada e com âncora comunitária se estende a praticamente todos os serviços públicos de saúde¹. A premissa fundamental do modelo afirma que o investimento público em saúde deve-se centrar, em primeiro lugar, na promoção da saúde (o que vai de encontro a uma concepção tradicional de medicina curativa); que, também, para ter êxito, deve-se conceber o estado de sanidade como consequência de um estilo de vida de indivíduos inseridos em um ambiente social, com cotidianos que impliquem em práticas culturais e de sociabilidade a serem consideradas.² Nesta direção, ancoras institucionais de vivência cotidiana são fortemente valorizadas: família³, vizinhança, comunidade.

¹ Consultar, por exemplo, a respeito, W.H.O.(1978); W.H.O(1981); W.H.O(1985).

² O que motiva toda uma série de discussão sobre determinantes sociais de saúde.

³ Daí por exemplo LITMAN(1974) afirmar que “a família é o contexto mais importante dentro da qual a enfermidade se apresenta e se resolve”

Há, portanto, uma recusa veemente ao modelo clássico de atenção, o da medicina curativa; da limitação do recorte clássico da idéia de saúde, biológica, definindo saúde e doença a partir de uma nosologia institucionalizada pelo campo médico. O que remete, de imediato, a um modelo classificatório que muitas vezes exclui tradicionais abordagens saúde/doença das ciências sociais, ou mesmo que coloca obstáculos intransponíveis quando tratamos de campos ainda não constituídos neste procedimento, como é o campo psi. O que vem a ser saúde mental? Desde Foucault aprendemos que a circunscrição do adoecimento do espírito se dá a partir do discurso do psiquiatra. Na maioria dos casos, a tentativa biologizante malogrou. Desta forma, quando se comumente fala em determinantes sociais em saúde há a referência explícita de campos estatisticamente definidos de associações causais (muitas delas multivariadas) entre doença e índices sócio-demográficos que podem explicar campos importantes de adoecimento. O que significa que os modos de constituição da subjetividade social, as práticas de construção do *lebenswelt* são ingredientes indispensáveis a pensar em saúde, ainda colocando que este conceito deve ser estendido, para além de seu recorte clássico.

Compreender esta nova prática de cuidados, portanto, significa incorporar outros ingredientes à determinação do estado de sanidade. Há ainda muitas dúvidas sobre estes novos componentes, embora se admita o consenso de sua importância. Sob o rótulo de “determinantes sociais em Saúde”, reconhece-se que fatores externos ao indivíduo e presentes em seu cotidiano, em hábitos de vida e em práticas de sociabilidade, são fundamentais. Estudos epidemiológicos há muito tempo vem demonstrando a relação estreita entre condições de trabalho, renda e moradia como importantes determinantes do estado de sanidade de populações. Recentemente, toda uma série de estudos também sinaliza para o fato de se considerar as sociabilidades, a forma como as pessoas mantêm e alimentam suas redes como uma importante variável na explicação da gênese do processo de adoecimento. Com efeito,

"Estudos vêm demonstrando que um dos principais mecanismos pelo qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste dos laços de coesão social, a debilidade das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, que são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva" (PELLEGRINO FILHO,2007).

Estas novas sociabilidades se manifestam desde as práticas ancoradas nos indivíduos, na construção de suas redes primárias, até as práticas que se estruturam alcançando comunidades, com efeitos que se disseminam para um grupo social mais largo. São, da mesma forma que aquelas

sociabilidades localizadas em processos interativos inter-individuais, fenômenos que remetem à idéia de redes sociais, conceito que, grosso modo, pretende explicar, para o nosso caso, determinações sociais de saúde que ultrapassam o *status quo* da pessoa (sua renda, escolaridade, tipo de trabalho, ou outros atributos que os epidemiologistas tradicionais vêm estudando na determinação do estado de sanidade). São campos que se inscrevem em um escopo que considera as relações e não os atributos como unidade de análise. Emblemático neste sentido é o conceito de capital social, “que tem tido de crescente relevância para a explicação de padrões de desigualdades na saúde em comunidades,” (BUSS,2007:82) Uma série de estudos vem demonstrando que comunidades que mantêm índices importantes de capital social são aquelas que enfrentam de forma mais eficaz as iniquidades e conseqüentemente conseguem promover melhores condições de vida – inclusive de saúde – a seus membros⁴.

Neste artigo pretendemos introduzir a variável território para a análise do Programa de Saúde da Família. Esta categoria, como veremos no capítulo seguinte, tem uma série de nuances e dificilmente poderá ser tratada de forma plena. Selecionamos um componente que consideramos estratégico para a nossa análise, a da construção das redes associativas dos Agentes Comunitários de saúde pelo fato de estes profissionais serem originários da comunidade, o que implica em admitir que essas redes tenham efeitos em suas práticas profissionais. Práticas de promoção de saúde ancoradas em sociabilidades secundárias são um dos pilares de uma concepção da idéia de atenção básica à saúde da Famosa conferência de Alma-Alta, que define saúde como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não ausência de enfermidade”⁵ O ingrediente social aqui traz uma série de significados, mas basicamente remete a idéia de que os campos de sociabilidade são importantes estruturadores de hábitos de vida saudável, de um lado, e instrumentos importantes na promoção da saúde, incluindo neste caso mecanismos de participação popular institucionalmente organizados.

CONSTRUINDO UM NOVO CONCEITO DE CUIDADO: TERRITÓRIO E SAÚDE

A Reforma Sanitária no Brasil é o resultado de ampla mobilização popular, envolvendo associações de bairro, profissionais de saúde, grupos de mães, de trabalhadores. E também de outros atores sociais, como profissionais liberais, operadores de planos de saúde privados,

⁴ Consultar a respeito FIELD, John. Social Capital. London, Routledge, 2003

⁵ Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma-Alta, URSS, em 6-12 de dezembro de 1978

empresarios da saúde, da indústria farmacêutica. É o resultado de intensos debates e disputa por interesses. Neste processo cabe destaque os militantes da saúde pública, inconformados com uma prática médica dominante ancorada na especialização, fortemente orientada para ações curativas e com cada vez mais presença de interesses privados. A luta pela reforma sanitária traz como principal tópico da agenda o da universalização do acesso, de um lado, e uma ênfase em práticas de promoção de saúde, de outro.

O desenho do modelo é bastante complexo: desde a base (os municípios) até o topo da hierarquia administrativa brasileira (a Federação) são introduzidos mecanismos de participação popular, com os Conselhos de Saúde, formados por representantes da sociedade civil. Estes conselhos e as Conferências de Saúde, definem a agenda da saúde pública do país.

O Programa Saúde da Família (PSF), implantado oficialmente em 1991, faz parte desta vaga descentralizadora.. Centrado na atenção básica, e pretendendo ser a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, é estruturado a partir de Unidades de Saúde formadas por equipes de médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Parte do pressuposto que as ações de promoção de saúde e atenção primária devem ser privilegiadas, e de que também as iniciativas públicas devem, na medida do possível, sempre agir em parceria com os processos de sociabilidade ancorados no território, com intensa participação dos grupos comunitários, das famílias e das redes de vizinhança. Percebe-se, portanto, o lugar estratégico dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) no sucesso do modelo. Profissionais recrutados na comunidade e que servem de ponte entre o sistema público de saúde e a população. É que, por exemplo, nos informa a publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004)

“Acredita-se que por serem pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população.

Acredito que os Agentes Comunitários de Saúde são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, na estruturação dos distritos sanitários.

O conteúdo pleno desta prática de cuidados de saúde envolve, conseqüentemente, não somente um modelo de gestão descentralizada e participativa – que no sistema de saúde se estrutura para a definição das agendas a partir dos Conselhos e das conferências – mas também uma intensa relação entre a equipe de saúde da municipalidade com as redes e a comunidade

onde habitam, vivem e constroem seus cotidianos. A saúde não é mais objeto de atenção do indivíduo e seu corpo com o cuidador: é o cuidado do corpo, do estado de sanidade, incorporado à promoção da saúde, à participação da comunidade e suas associações e também ao envolvimento das famílias, dos vizinhos. Trata-se, portanto, de uma concepção onde a construção e o resgate destas redes comunitárias e primárias são o conteúdo principal.

Subjacente à concepção deste modelo existe uma concepção de território, às vezes definido imprecisamente ou mesmo carregando forte conteúdo normativo. Grosso modo, a referência ao território é sempre feita relacionando um lugar onde se enraizam as sociabilidades primárias, as trajetórias biográficas das pessoas em cotidianos que as ligam solidaristicamente. E que, embora em muitos casos não tenhamos indicações empíricas nesta direção, acredita-se que quase sempre estes campos de solidariedade transbordam para a esfera pública. Os territórios também se constituem em espaço da política em seu sentido mais genuíno, o lugar onde os negócios públicos, onde as agendas são construídas. O espaço, deste modo,

“... deve se constituir o lugar da promoção da saúde, por meio da promoção da saúde, por meio da promoção da solidariedade, onde vários sujeitos sociais – profissionais de saúde e de outros setores, movimentos populares, organizações não governamentais, conselhos, dentre outros, e o Estado – atuam coletivamente com a intenção de promover a melhoria das condições de vida e saúde. (DONATO,2003:40)

No campo da Saúde Pública, a noção de Território assume um significado preciso: trata-se de demarcação de uma área física visando racionalizar os procedimentos de controle e de cuidados com a sanidade de uma população. É o recorte necessário para o controle epidemiológico, para a alocação de recursos de infra-estrutura, de pessoal. Há, neste sentido, uma instrumentalização concreta de um princípio há muito tempo conhecido pelos geógrafos: a do controle do espaço para o exercício do poder, onde a “articulação do espaço em áreas bem delimitadas parece ser correlativa ao poder puro” (CLAVAL,1978:24). A territorialização, instrumento auxiliar na definição das políticas de saúde, é instrumentalizada em diversos níveis:

- “1. território distrito, que obedece à lógica político-administrativa e, normalmente está dado, podendo coincidir com o espaço de um município, ou com o espaço de descentralização político-administrativa da Prefeitura.
2. O território-área significa a área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e delimita-se em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado território.
3. O território microárea, normalmente assimétrico, é definido segundo a lógica da homogeneidade sócio-econômica/sanitária, isto é, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições objetivas de existência. Esse território está mais próximo ao conceito de áreas homogêneas de risco
4. O território-moradia ... O espaço de vida de uma micro-unidade social (família nuclear ou extensiva), identificando na micro-área como lócus para o desencadeamento de ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos” (MENDES,1993:166).

Compreendido em um significado sociológico, a noção de território remete à discussão sobre sociabilidades, sobre como os indivíduos, estruturam sua vida cotidiana. É no lugar onde “se dá a intersecção das atividades de rotina de diferentes pessoas, que as características do espaço são usadas rotineiramente para constituir o conteúdo significativo da interação de pessoas na vida social” (MORKEN, 2005:898). Lugares que são hierarquizados, segmentados e especializados. Lugares que refletem a complexa dinâmica dos atores, com suas particularidades e idiosincrasias. A reconstrução das trajetórias de sociabilidade do cotidiano dos indivíduos nos permite igualmente reconstruir os recortes territoriais que as revestem; permitem-nos, também, decifrar as complexas estruturações simbólicas destes campos de pertencimento. Espaços domésticos (os domicílios) que se entrecruzam com os campos de convivência comunitários – inseridos muitas vezes na complexa malha urbana, estruturando o cotidiano dos indivíduos. A aparente uniformidade de relacionamentos anônimos, destituídos de sentimentos que a sociologia tradicional nos apresenta agora como características da modernidade é apenas uma parcela da complexa malha de sociabilidades construída. Temos, também, como nos mostra estudos recentes, as práticas de sociabilidade típicas do que se denomina “comunidade” presentes mesmo nas maiores metrópoles.

O característico do programas de atenção básica no Brasil, com a introdução do Programa Saúde da Família, é o resgate desta âncora territorial, da incorporação das sociabilidades do bairro

nas práticas de promoção da saúde. Práticas que se destacam por não estarem centradas na medicina curativa, mas na preventiva; de ação não concentrada na prática médica, mas antes distribuída em práticas interdisciplinares. Mais ainda, a prática do cuidado e da prevenção enquanto instrumento de promoção da cidadania, com participação da comunidade, de seus moradores e das associações lá atuantes. Este modelo, como percebemos, incorpora uma série de variáveis não presentes na prática tradicional, o que o torna mais complexo; a sua implementação adequada, portanto, depende de uma série de fatores: novas mentalidades na prática de atenção primária a saúde, existência de canais de comunicação eficientes entre a equipe de Saúde e a comunidade, práticas integradas de promoção de saúde com as famílias, entre outros.