

RELAÇÕES DE PODER NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Liliana Muller Larocca

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente e membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde da Universidade Federal do Paraná - GPPGPS / UFPR. E-mail: larocca_m@terra.com.br

Daiane Siqueira de Luccas

Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR; Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq; Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde da Universidade Federal do Paraná - GPPGPS / UFPR. E-mail: daiane_luccas@hotmail.com

RESUMO: Utilizando o referencial teórico de Norbert Elias e considerando que sociedade e indivíduos são objetos inseparáveis e participantes ativos na transformação da realidade sanitária, analisamos, por meio da observação participante, as relações de poder estabelecidas entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a população adscrita ao território de uma Unidade de Saúde (Estratégia de Saúde da Família) em um município da Região Metropolitana de Curitiba. Os resultados foram categorizados em consonância aos conceitos de Elias. A dinâmica relacional entre lugar e posição social (figuração) apareceu em 17 falas: "me sinto constrangida por ter de visitar meus vizinhos". A dependência recíproca entre os seres humanos (interdependência) explicitou-se em 13 falas: "a figura do ACS só existe devido à existência do usuário". As mudanças no equilíbrio de forças (equilíbrio de tensões) foram percebidas quando a presença de um usuário portador de agravo transmissível desestabilizou o frágil equilíbrio do território. Como consideração final, destacamos que relações de poder permeiam as práticas sanitárias e mantêm interdependência com as políticas públicas e com o Sistema Único de Saúde. A teia tecida pelas relações humanas estabelecidas na compreensão do espaço circundante das Unidades de Saúde (território) corroborou nossa compreensão sobre a necessidade de realização de pesquisas que aproximem referenciais sociológicos ao mundo da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Poder social; Programa de saúde da família; Agentes comunitários de saúde.

POWER RELATIONS IN A BASIC HEALTH UNIT TERRITORY

ABSTRACT: Using the theoretical framework of Norbert Elias and considering that individuals and society are inseparable objects and active participants in transforming the health situation, it was analyzed, through observation, the power relations between the Community Health Agents (CHA) and population assigned to the Health Unit territory (Health Strategy for the Family) in a municipality in the metropolitan region of Curitiba. The results were categorized in accordance to the concepts of Elias. The relational dynamics between place and social position (figuration) appeared in 17 lines: "I feel embarrassed by having to visit my neighbors." The interdependence between human beings (interdependence) explained in 13 lines: "the figure of the ACS only exists because of the existence of the user. Changes in the balance of forces (balanced tensions) were perceived in the presence of a user with a transmissible disease destabilized the territory fragile balance. As a final consideration, we emphasize that power relations permeate health practices and maintain interdependence with public policies and the Public Health System. A web woven by human relations established in the surrounding area understanding of the health units (territory) it helped our understanding about the need to conduct research that will bring sociological references to the health world.

KEYWORDS: Social Power; Health Program of the family; Community health agents.

INTRODUÇÃO

A base da investigação deste estudo encontra-se na produção teórica de Norbert Elias. Segundo ele, a sociedade não é um somatório de indivíduos e nem estes são anteriores a ela, assim sendo a formação de identidades individuais e coletivas está sujeita a transformações. Desta maneira uma sociedade é uma figuração de funções interdependentes cuja estrutura e padrão confere seu caráter específico (VEIGA, 2005).

Com base neste referencial, refletimos sobre a reformulação do Sistema de Saúde Brasileiro, regulamentado pela Constituição de 1988 e pela Lei n. 8.080/90. Com o objetivo de promover a mudança no modelo assistencial vigente gestores, profissionais de saúde, usuários, movimentos sociais organizados e políticos propuseram diretrizes para o sistema, das quais destacamos: universalização, descentralização e integralidade da assistência.

Neste sentido, a partir de 1994, o Ministério da Saúde, adotou como estratégia para a implementação de um novo modelo assistencial o Programa Saúde da Família (PSF). A estratégia tem como objetivo principal a reorganização do modelo tradicional de assistência, centrando ações na promoção à saúde para indivíduo e família, compreendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Também são priorizadas ações de proteção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, por meio da atuação de equipes de saúde, que promovem e desenvolvem o atendimento na Unidade Local de Saúde e na própria comunidade (BRASIL, 2001b).

Igualmente, percebemos o envolvimento da sociedade nas mudanças, consideradas estruturais do sistema da saúde brasileiro, o que justifica a investigação das relações estabelecidas entre os atores sociais envolvidos passados 28 anos da promulgação da Lei Orgânica da Saúde e 13 anos do início da implantação de uma nova estratégia de assistência à saúde da população brasileira: o Programa de Saúde da Família.

O processo de trabalho desenvolvido no Programa de Saúde da Família prioriza o conhecimento do território de atuação, o que significa ir além dos muros da Unidade Básica de Saúde (UBS). É fundamental conhecer o território que constitui a área de abrangência da Unidade de Saúde (US) para identificar como vivem, adoecem e morrem as pessoas que ali residem (BRASIL, 2001a).

Apesar da estratégia da Saúde da Família se contrapor às históricas propostas de criação de programas de atenção à saúde que foram aplicados, indistintamente, em todo o território nacional, sem levar em consideração as especificidades de demanda é um modelo assistencial programático e unificado preconizado pelo SUS que ainda não gerou mudanças impactantes na inclusão social e na morbi-mortalidade das populações, bem como não viabilizou a construção de diretrizes e bases para o enfrentamento do novo perfil epidemiológico brasileiro.

1.1 OBJETIVO

Investigar as relações de poder desenvolvidas entre diferentes participantes do processo de territorialização em município da região metropolitana de Curitiba, enfatizando as estabelecidas entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários de uma Unidade PSF.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Sistema Único de Saúde tem sua origem no movimento da Reforma Sanitária e foi incorporado à Constituição de 1988, por meio do artigo 196 que diz: “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Direito que precisa ser garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e permita acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (BRASIL, 2001c).

O processo de consolidação dos princípios do SUS vem sendo implementado há duas décadas e apresenta diversas dificuldades que fazem parte de um conjunto de fatores inter-relacionados ao funcionamento e orçamento do setor, ao modelo vigente de atenção à saúde e ao desenvolvimento de recursos humanos.

A universalização, como princípio ético básico do Sistema Único de Saúde, consiste em garantir a todos os cidadãos, independentemente de crença, etnia e nível de renda, os direitos sociais fundamentais, em quantidade e qualidade compatíveis com o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade, pois a princípio, a implantação do Sistema Único de Saúde significaria, para milhões de brasileiros, direitos sanitários garantidos.

Neste contexto, em 1991 iniciou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) embasado no já criado Programa Agente de Saúde (PAS) do Ceará. Implementada com a Lei n. 10.507/2002, a profissão de Agente Comunitário (AC) surgiu como estratégia para reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2002). Entre suas especificações estão: residir na área de abrangência que atuar, ter ensino fundamental completo e realizar um curso de qualificação básica para sua formação. Cabe ao AC a realização de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, utilizando-se de ações individuais e coletivas, podendo atuar nos domicílios e na comunidade, sempre orientado por um profissional de nível superior. Dentro da sua área de atuação o AC utiliza-se de instrumentos para verificar a situação demográfica e sociocultural da população; efetua atividades de educação para saúde individual e coletiva; registra nascimentos, óbitos e doenças com o intuito de controle das ações de saúde; participa e estimula a população residente na inserção em atividades de políticas públicas; além de realizar periodicamente visitas domiciliares (BRASIL, 1999).

A nova realidade demográfico-epidemiológica brasileira destaca deficiências no Sistema Único de Saúde que não consegue ser impactante nas necessidades de saúde das diversas realidades vivenciadas no território nacional.

A convivência dos atores sociais num dado território sanitário pressupõe relações de interdependência passíveis de estudos sociológicos. Consideramos estas relações de dependência estabelecidas entre os atores sociais do SUS como relações de figuração, o que para Elias constitui a dinâmica entre as sociedades e os indivíduos, dinâmica esta relacional, repleta de contradições e tensões que implicam lugar e posição social como: propriedade, trabalho, classe, etnia, gênero, geração, instinto e afeto (VEIGA, 2005).

Seres humanos estão ligados uns aos outros por formas específicas de dependência recíprocas (figurações) com formações sociais de dimensões variáveis (território, classe escolar, unidades básicas de saúde, cidade, nação etc.).

Neste estudo encaramos o serviço local de saúde como uma formação social, onde são percebidas redes de interdependência, geradoras da produção histórica das sociedades.

A organização em nível local foi destinada a uma especial estratificação dos indivíduos: a atenção primária, porta de entrada para o sistema de assistência à saúde. Ao mesmo tempo, porém, constitui, no sistema de saúde, um nível próprio de atendimento e deve resolver uma dada gama (teia) de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual e são compreendidas como necessidades básicas de saúde (SCHRAIBER; NEMES; GONÇALVES, 2000).

Os instrumentos utilizados no tecer desta teia são inúmeros, destacamos a territorialização, pois ao representar uma ruptura com os muros da unidade de saúde e sua extensão ao território dos usuários pressupõe uma investigação instigante nas estruturas e tensões específicas deste contexto.

A territorialização enquanto estratégia do processo gerencial de serviços de saúde em nível local admite a interconexão entre as dimensões política, ideológica e técnica, permitindo aproximações com a dinâmica contraditória da realidade em permanente construção, havendo a possibilidade de reconhecer que o território processo admite mapeamentos e localizações no seu interior dos diferentes grupos sociais e suas necessidades (ASSIS, 1996).

O conceito de território se divide em (DI VILLAROSA, 1993):

- **Território distrito:** cidade ou distrito (descentralizada da prefeitura) de uma grande cidade tem autonomia decisória para mudanças das práticas sanitárias, tendo como vantagem a integração das autoridades sanitárias com outros setores, facilitando ação intersetorial.
- **Território área:** área de abrangência de uma unidade de saúde. Tem co-responsabilidade entre população e serviço, assim como um espaço de organização básica da prática da atenção à demanda.
- **Território micro-área:** subdivisão do território área, normalmente assimétrica, levando em consideração a homogeneidade sócio-econômica-sanitária, também denominado de área homogênea de risco. O objeto deste território é a prática da vigilância à saúde

que explicitou a necessidade de capacitar recursos humanos para desenvolver as ações propostas. Convém ressaltar que as micro-áreas são objeto de intervenção mais constante e monitorada que as demais regiões e que a microlocalização contribui para orientar a intervenção a saúde.

- **Território moradia:** espaço de vida de uma família, onde se desenvolvem atividades de intervenção com maior intensidade na saúde individual.

Na territorialização o espaço local não significa somente uma superfície geográfica, mas todos os contextos epidemiológicos, demográficos e sociais da área de abrangência da Unidade de Saúde e as relações ali estabelecidas.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é uma pesquisa exploratória com análise qualitativa de dados, sobre organização do SUS na atenção básica, no contexto do PSF de um município da Região Metropolitana de Curitiba-Paraná, tendo como vertente a ferramenta "territorialização". Tem como objeto as formas de relação estabelecidas entre os diversos atores sociais envolvidos no processo sob a ótica teórica de Norbert Elias.

Como indicadores da pesquisa estudamos as formas de relação interpessoal e de poder estabelecidas entre trabalhadores de saúde (Agentes Comunitários) e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) moradores no território onde a mesma foi desenvolvida. O método de coleta de dados escolhido foi a observação participante que permitiu aos sujeitos implicados no estudo assumirem papel ativo no contexto a ser pesquisado, diminuindo a distância entre pesquisadores e pesquisados (TOBAR; YALOUR, 2001).

Cabe ressaltar que a categoria analítica para a leitura e interpretação do material empírico foi o referencial teórico de Norbert Elias, em especial seus conceitos de figuração, interdependência e equilíbrio de tensões.

Com a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em 26/09/2007 (Parecer n. 416.096.07.09), ocorreu a inserção dos pesquisadores no processo de trabalho em saúde da Unidade de Saúde para a realização da coleta de dados.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

A disponibilidade em realizar a pesquisa, depois do contato com a Secretaria Municipal de Saúde local, foi critério de escolha para a Unidade e território adscrito a ser investigado. A Unidade de Saúde, em funcionamento desde 2005, localiza-se na Região Metropolitana de Curitiba e está estruturada nos moldes do Programa de Saúde da Família. De acordo com levantamento realizado em setembro de 2007 por Agentes Comunitários, atende a 8.670 moradores. Sua equipe

multiprofissional conta com três enfermeiros, três médicos, três técnicos de enfermagem, nove agentes comunitários, dois auxiliares de serviços gerais, um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório odontológico. O território da Unidade está dividido em três áreas subdivididas por sua vez em três micro-áreas cada.

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Cinco Agentes Comunitários participaram da pesquisa. A escolha dos mesmos baseou-se na necessidade dos profissionais realizarem visitas domiciliares, pois durante a coleta de dados houve momentos em que alguns não atuavam extramuros.

Foram acompanhadas 18 visitas domiciliares, participando do estudo 17 usuários da Unidade de Saúde. O número inferior destes sujeitos, comparado ao total de visitas, é justificado pela participação de um mesmo usuário em 2 (duas) visitas.

Na perspectiva de compreender a totalidade do objeto de estudo acreditamos na necessidade da participação dos diferentes sujeitos: trabalhadores de saúde e usuários dos SUS. Como representante da categoria dos trabalhadores de saúde, foram selecionados os Agentes Comunitários de Saúde, escolha relacionada ao papel desenvolvido pelos mesmos no território pesquisado. Participaram como usuários do Sistema Único de Saúde aqueles sujeitos visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (AC1... AC5).

Considerando a temática, o objeto em estudo e o tipo de pesquisa selecionada, não delimitamos quantos sujeitos, agentes comunitários e usuários, fariam parte da pesquisa, acompanhamos a dinâmica do processo de trabalho em saúde desenvolvido na Unidade referência bem como a disponibilidade de recursos humanos que serviu de base para a coleta de dados, ou seja, a relação agente-comunitário-usuário foi basilar em nossa coleta de dados.

3.3 COLETA DE DADOS

Utilizamos a observação participante, que é obtida por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, a qual permite recolher as ações dos atores sociais envolvidos em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e pontos de vista (CHIZZOTTI, 2001).

No estudo, a observação participante possibilitou uma "descrição fina" dos componentes situacionais das relações de poder estabelecidas no campo pesquisado: os sujeitos em seus aspectos pessoais e particulares, o local e suas circunstâncias, o tempo e suas variações, as ações e suas significações, os conflitos e as relações sociais.

A atitude participante dos pesquisadores foi caracterizada pela vivência partilhada e intensa das atividades dos sujeitos da pesquisa, em situações espontâneas e formais (organização de escalas, decisões sobre saídas, visitas domiciliares, reuniões de equipe e mesmo as não visitas), acompanhando ações cotidianas, habituais e interrogando sobre circunstâncias, sentidos, razões e significados das ações observadas.

Além de visitas domiciliares, houve participação em reuniões e encontros (Grupo de Gestantes; reunião para

criação de um Conselho Local de Saúde; entre outras), nas quais também foram observadas as relações estabelecidas entre os atores sociais.

Para melhor compor a observação foi elaborado, como guia de coleta de dados um diário de campo contendo um resumo detalhado das observações realizadas e registro de vários diálogos, mesmo daquelas realizadas em situações mais espontâneas da equipe envolvida no projeto.

As falas e o observado foram digitados e compõem o Diário de Campo que apresenta registros, informações técnicas sobre o local do estudo, o desenrolar do cotidiano da Unidade de Saúde, as reflexões de campo, as visitas domiciliares e seus desdobramentos, a organização das saídas para campo, os conflitos vivenciados e as percepções dos pesquisadores envolvidos no projeto.

Foram realizadas reuniões entre os pesquisadores para garantir um registro adequado dos dados, evitando impressões meramente emotivas, deformações subjetivas e interpretações sem dados comprobatórios.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizamos os procedimentos propostos por Minayo (1999):

Ordenação dos dados: agrupamento das informações englobando o material organizado no diário de campo.

Classificação dos dados: construção elaborada com base no referencial teórico de Norbert Elias e estabelecimento de três categorias analíticas: figuração, interdependência e equilíbrio de tensões.

Análise final: inflexão sobre o material empírico com sustentação no marco teórico da sociologia histórica de Elias. Os dados foram analisados e categorizados com base nos conceitos do autor referentes às relações de poder desenvolvidas entre indivíduos membros de uma sociedade: figuração, interdependência e equilíbrio de tensões.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A dinâmica relacional existente entre sociedades e indivíduos é repleta de contradições e tensões que implicam lugar e posição social.

Consideramos esta uma relação de figuração, que apareceu em 17 (dezessete) situações:

Pouco conheço esta usuária porque ela trabalhava fora (AC1).

Uma das funções dos Agentes Comunitários de Saúde é a realização de visitas domiciliares periódicas, para acompanhar situações de risco às famílias (BRASIL, 1999). Neste caso há uma impossibilidade no cumprimento de suas funções, visto que muitas vezes encontrou a casa fechada, não podendo coletar informações necessárias. Existe uma necessidade de AC1 estar em contato com a moradora, mas o mundo

do trabalho impõe realidades temporais distintas aos vários atores envolvidos, podendo desencadear uma relação de posição social. Em contrapartida, há possibilidade concreta do usuário não estar disposto a recebê-la fazendo-se necessário uma explicação de quais as ações beneficiárias desta relação.

Me sinto constrangida por ter de visitar meus vizinhos e por incomodá-los com as questões da US (AC1).

Aqui percebemos uma contradição entre papéis a serem desenvolvidos no processo de cuidar em saúde coletiva. As visitas são para desenvolvimento de um novo “fazer em saúde” e não uma relação informal entre vizinhos.

Outra função dos Agentes Comunitários preconizada pelo Ministério da Saúde é a participação e estimulação da população residente de sua área na inserção em atividades de políticas públicas (BRASIL, 1999). Em contrapartida, surge um episódio que Agentes Comunitários de Saúde aparentemente não querem ir à reunião para criação de um Conselho Local de Saúde, comparecem apenas devido à ordem dada pela Autoridade Sanitária. Neste fato os diferentes atores sociais, Agentes Comunitários e enfermeira, exemplificam a dinâmica relacional de poder.

Quando as visitas foram realizadas juntamente com acadêmico de medicina, o Agente Comunitário não se pronunciou, anotando apenas informações obtidas pelo acadêmico. O mesmo fato ocorreu quando a visita foi acompanhada por técnicos de Enfermagem. Nestes dois exemplos também se evidencia a relação de figuração associada ao poder, diferenciando-se apenas nos atores sociais envolvidos.

Durante as visitas percebeu-se uma relação de intimidade entre os sujeitos da pesquisa. Isto ocorre tanto pela frequência com que os profissionais de saúde visitam as casas, como pelo fato de residirem na área de atuação (BRASIL, 2002), porém não na mesma micro-área. Como exemplo, destacamos: em uma visita domiciliar determinada moradora indaga AC1 sobre a muda¹ de planta dada a ela, como numa relação entre vizinhos.

Em alguns momentos, esta íntima relação de vizinhança fica exacerbada, e os Agentes Comunitários de Saúde acabam por se esquecer do motivo da visita. Como na situação onde usuária relata seu caso de internamento detalhadamente para pesquisadores, enquanto AC2 e AC3 olham e compram roupas íntimas vendidas na casa da usuária.

Eles não receitam remédios, eu não estou percebendo melhora no tratamento (AC1).

Nesta fala a relação de figuração está embasada na posição social de classe. A usuária vê na imagem de Agente Comunitária alguém que possui poder de encaminhá-la para

outro atendimento.

Durante uma visita a usuária relata que faltou à consulta médica por esquecimento, agora necessita da AC1 para remarcar. Agentes Comunitários e usuários estão em nítida relação de figuração, ligados pela necessidade da existência de ambas as classes. Para este profissional de saúde é indispensável à existência do usuário, e este, necessita do Agente Comunitário para interesses próprios relacionados ao sistema de saúde.

Na fala “*Minha filha não cuida de mim*” e em outras situações similares (referência a internamentos hospitalares, por exemplo) usuárias se emocionam no contato com as agentes comunitárias, o que demonstrou a confiança depositada nas mesmas. São profissionais que acompanham a vida dos moradores pertencentes ao território e a ligação entre os sujeitos da pesquisa ultrapassa a dinâmica relacional do cotidiano, e insere-se na íntima relação de interdependência.

Os atores sociais estão ligados uns aos outros por formas específicas de dependência recíproca.

Esta relação, segundo referencial teórico, é denominada interdependência e explicitou-se em 13 (treze) situações analisadas a seguir:

Algumas visitas são realizadas com a finalidade de obter informações para preenchimento de fichas e carteirinhas que são utilizadas na Unidade de Saúde pesquisada ou ainda para convocar as usuárias a realizar preventivo, cumprindo assim a meta imposta pela Secretaria Municipal de Saúde. A presença do Agente Comunitário se deve a existência do usuário, que necessita do profissional para facilitar o acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, ambos estão em ligação, dita de dependência recíproca.

*Tenho medo de ficar sozinha.
Não vai me abandonar!*

Nestas falas, referidas por dois usuários, percebe-se a familiaridade entre os sujeitos da pesquisa (agentes comunitários-usuários). Bem como na situação em que usuária vai até Unidade de Saúde apenas conversar com Agente Comunitária. A interdependência neste caso não é apresentada como necessidade de serviços burocráticos relacionados à Unidade de Saúde, mas sim como a de relacionar-se de maneira amigável.

Percebeu-se intimidade entre os sujeitos da pesquisa em visita realizada a usuário que não deambula. Impossibilitado de ir até a unidade, os Agentes Comunitários visitam-no com mais frequência, o que faz aumentar a relação de interdependência.

Quem são vocês? São funcionários novos?

Esta indagação feita pelo usuário, referindo-se a pesquisadora e estudante de medicina, demonstra o interesse em conhecer quem lhe prestará serviços, e a necessidade de estabelecer a relação entre os atores sociais.

A relação de interdependência é perceptível no sistema de saúde. Uma das visitas, justificada pelo internamento da

¹Refere-se a uma planta jovem.

usuária, foi realizada por AC3 que tomou conhecimento do fato por meio de uma colega de trabalho. A existência da dependência recíproca é apresentada neste caso entre dois Agentes Comunitários.

Morar na mesma área de abrangência do território da Unidade de Saúde, ajuda a estabelecer esta ligação entre os sujeitos da pesquisa. Bem como na situação que AC1 encontra usuária e avisa que realizará visita a seu esposo. Esta por sua vez, comunica o mesmo que fica a espera da equipe. A relação é facilitada por todos pertencerem ao mesmo território.

Como previsto pela legislação brasileira (BRASIL, 1999) que enfatiza como função dos Agentes Comunitários o registro de nascimentos, óbitos e doenças para controle das ações de saúde, AC1 realiza periodicamente visitas a usuária que apresentou hepatite A. Os atores sociais necessitam estar em ligação, apresentando uma dependência recíproca. Bem como, o acompanhamento desta previne uma nova contaminação, sabendo-se que a principal via de contágio é a fecal-oral, contato inter-humano ou por água e alimentos contaminados, evitando assim surgirem novas tensões (BRASIL, 2005).

Estas tensões são geradoras de mudanças no equilíbrio de forças, com conseqüentes alterações estruturais na sociedade.

A tentativa de equilíbrio de tensões surge em 7 (sete) situações relatadas a seguir:

Outro exemplo de controle de agravo aconteceu em visita domiciliária, na qual AC1 deverá anotar quantos episódios de diarreia determinado usuário teve, para posteriormente a Unidade de Saúde verificar se houve outros casos em diferentes áreas, averiguando possíveis causas.

É bom ser atendido por médicos mais novos, pois eles se interessam em pesquisar o caso (AC1).

Em resposta a reclamação de usuária, Agente Comunitária tenta amenizar a insatisfação da cliente, convencendo-a que o serviço oferecido pela Unidade de Saúde é de ótima qualidade.

Meu filho não gosta de me ver trabalhando por perto (casa) por eu ser incomodada na rua (AC1).

A condição de ser morador do território pertencente à Unidade de Saúde gera tensões na família da Agente Comunitária.

Em uma das visitas, AC4 explica que visitou determinada casa não pertencente a sua área de atuação devido à falta de Agentes Comunitários para cobrir todo o território. Segundo enfermeira da Unidade de Saúde, cada área contaria com 4 (quatro) Agentes Comunitários, porém devido a afastamentos a área 116 (cento e dezesseis) contém 3 (três) destes profissionais, já a 117 (cento e dezessete) possui 2 (dois) Agentes Comunitários. Apenas a área 115 (cento e quinze) está completa. A tensão gerada nesta situação acarreta prejuízos à população, ficando algumas casas sem atendimento domiciliar, enquanto que o Agente Comunitário se sobrecarrega de trabalho.

Determinada casa é pouco visitada devido existência de um cachorro. A casa onde a usuária idosa reside fica aos fundos, sendo assim Agentes Comunitárias não entram porque têm

medo, e usuária não escuta chamar. A tensão, explicitada pela impossibilidade de comunicação, implica ao não atendimento de usuária idosa.

Para facilitar a compreensão da categorização utilizada neste estudo, elaboramos três quadros (1, 2 e 3) que se referem conceitos de Norbert Elias, respectivamente: figuração, interdependência e equilíbrio de tensões.

Quadro 1 Relações de figuração

CONCEITOS UTILIZADOS	OBSERVAÇÕES	ANÁLISE
FIGURAÇÃO (dinâmica relacional existente entre sociedades e indivíduos, repleta de contradições e tensões que implicam lugar e posição social).	"Pouco conheço esta usuária porque ela trabalhava fora". (AC1)	Necessidade de AC1 estar em contato com a moradora, mas o mundo do trabalho impõe realidades temporais distintas aos vários atores envolvidos, o que pode envolver uma relação de posição social.
	"Eles não recebem remédios, eu não estou percebendo melhora no tratamento".	Embasado na posição social de classe. A usuária vê em AC1 alguém que há mais poder, e poderá encaminhá-la para outro atendimento.
	"Me sinto constrangida por ter de visitar meus vizinhos e por incomodá-los com as questões da US". (AC1)	As vistas são para desenvolvimento de um novo "fazer em saúde" e não uma relação informal entre vizinhos.
	Agentes Comunitários aparentemente não querem ir à reunião para criação de um Conselho Local de Saúde, comparecem apenas devido à ordem dada pela Autoridade Sanitária.	Os diferentes atores sociais, Agentes Comunitários e enfermeira, exemplificam a dinâmica relacional de poder.
	AC2 e AC3 olham e compram roupas íntimas vendidas na casa da usuária.	A intimidade entre os sujeitos da pesquisa ocorre tanto pela frequência com que os profissionais de saúde visitam as casas, como pelo fato de residirem na área de atuação.
	"Minha filha não cuida de mim."	A ligação entre os sujeitos da pesquisa ultrapassa a dinâmica relacional do cotidiano, e insere-se na íntima relação de interdependência, perceptível pela fala de usuária.
Visitas realizadas com a finalidade convocar as usuárias a realizar preventivo, cumprindo meta imposta pela Secretaria Municipal de Saúde.	A presença do Agente Comunitário se deve a existência do usuário, que necessita do profissional para facilitar o acesso aos serviços de saúde.	

Quadro 2 Relações de interdependência

CONCEITOS UTILIZADOS	OBSERVAÇÕES	ANÁLISE
INTERDEPENDÊNCIA (atores sociais estão ligados uns aos outros por formas específicas de dependência recíproca).	"Tenho medo de ficar sozinha." "Não vai me abandonar!" "Quem são vocês? São funcionários novos?"	Percebe-se a familiaridade entre os sujeitos da pesquisa. Demonstra o interesse em conhecer quem lhe prestará serviços, e a necessidade de estabelecer a relação entre os atores sociais.
	AC1 avisa usuária que realizará visita a seu esposo, este fica espera da equipe.	A relação é facilitada por todos pertencerem ao mesmo território.
	AC1 realiza periodicamente, visitas a usuária que apresentou hepatite A.	Os atores sociais necessitam estar em ligação, apresentando uma dependência recíproca.

Destacou-se no estudo que relações de poder permeiam as práticas sanitárias e mantêm interdependência com as políticas públicas, uma vez que o processo de territorialização pressupõe consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

A observação participante permitiu aos pesquisadores adentrar nas tarefas realizadas pelos sujeitos da pesquisa no seu dia-a-dia, conhecendo as expectativas, atitudes, estímulos e ausências, consideradas determinantes do agir dos sujeitos pesquisados.

Foi necessária a utilização correta e intensa do Diário de Campo (como guia específico de pesquisa) no qual, os dados obtidos permitiram estabelecer diversos aspectos das relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários no território pesquisado, oferecendo elementos significativos para a concretização da utilização do referencial teórico de Norbert Elias e fornecendo subsídios para continuidade do estudo, na mesma temática, com outras técnicas e instrumentos de coleta de dados. O estudo permitiu referendar a importância da utilização dos conceitos da sociologia histórica de Norbert Elias, quais sejam: relações de figuração, interdependência e equilíbrio de tensões que permearam os sujeitos da pesquisa, reconhecidos como elos inseparáveis. A teia de poder tecida expôs conflitos referendando continuidade de pesquisas que aproximem referenciais sociológicos aos espaços do cuidar em saúde coletiva.

Quadro 3 Equilíbrio de tensões

CONCEITOS UTILIZADOS	OBSERVAÇÕES	ANÁLISE
EQUILÍBRIO DE TENSÕES (tensões são geradoras de mudanças no equilíbrio de forças, com conseqüentes alterações estruturais na sociedade).	"É bom ser atendido por médicos mais novos, pois eles se interessam em pesquisar o caso." (AC1)	Agente Comunitária tenta amenizar a insatisfação da cliente, convencendo-a que o serviço oferecido pela Unidade de Saúde é de ótima qualidade.
	"Meu filho não gosta de me ver trabalhando por perto (casa) por eu ser incomodada na rua." (AC1)	A condição de ser morador do território pertencente à Unidade de Saúde gera tensões na família da Agente Comunitária.
	AC4 explica que visitou determinada casa não pertencente a sua área de atuação devido à falta de Agentes Comunitários para cobrir todo o território.	A tensão gerada acarreta prejuízos à população, ficando algumas casas sem atendimento domiciliar, enquanto que o Agente Comunitário se excede de trabalho.
	Determinada casa é pouco visitada devido existência de um cachorro.	A tensão, explicitada pela impossibilidade de comunicação, implica ao não atendimento de usuária idosa.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. M. A. et al. O processo de gestão nas Unidades Básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. *Saúde em debate*, v. 52, p. 58-66, 1996.
- BRASIL. Decreto n. 3189, 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 05 out. 1999. Disponível em: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis_regul/D3189_99.html>. Acesso em: 01 jul. 2008.
- _____. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. *Manual de enfermagem*. São Paulo, SP: Ministério da Saúde, 2001a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 135).
- _____. Ministério da Saúde. *Programa saúde da família - PSF*. Brasília, DF: 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. *A NOAS e a atenção básica*. ano II, ago. 2001c. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2007.
- _____. Lei n° 10.507, de 10 julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 11 jul. 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf>. Acesso em: 01 jul.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **A, B, C, D, E de hepatites para comunicadores**. Brasília, DF: MS, 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2001.

DI VILLAROSA, F. N. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**: Manual de instrução. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo, SP; Rio de Janeiro, RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2000.

TOBAR F.; YALOUR M. R. **Como fazer teses em saúde pública** – conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2001.

VEIGA, C. G. Pensando com Elias as relações entre sociologia e história da educação. In: FARIA FILHO, L. M. **Pensadores sociais e história da educação**. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2005.

Recebido em: 02 Agosto 2009

Aceito em: 07 Outubro 2009