

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

ANAY GOMES FERRER

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E REDE SOCIAL DE APOIO DE TRABALHADORES

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Odontologia de Piracicaba da
UNICAMP para obtenção do título de Mestre
em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa.Dra. Maria da Luz Rosário de Sousa

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO, E ORIENTADA PELA
PROFa. DRa. MARIA DA LUZ ROSÁRIO DE SOUSA

Assinatura do Orientador

PIRACICABA
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

F414e Ferrer, Anay Gomes, 1964-
Estratégia de Saúde da Família e rede social de apoio de
trabalhadores / Anay Gomes Ferrer. -- Piracicaba, SP : [s.n.],
2011.

Orientador: Maria da Luz Rosário de Sousa.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Desigualdades em saúde. 2. Iniquidade social. 3.
Atenção primária à saúde. 4. Participação social. I. Sousa, Maria
da Luz Rosário de. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Family Health Strategy and social networking in support of
workers

Palavras-chave em Inglês: Inequities in health, Social inequity, Primary health
care

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Maria da Luz Rosário de Sousa [Orientador]

Gustavo Sattolo Rolim

Marcelo de Castro Meneghim

Data da defesa: 01-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 01 de Julho de 2011, considerou a candidata ANAY GOMES FERRER aprovada.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Maria da Luz Rosario de Sousa", written over a horizontal line.

Profa. Dra. MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Gustavo S. Rolim", written over a horizontal line.

Prof. Dr. GUSTAVO SATTOLO ROLIM

A large, stylized handwritten signature in dark ink, written over a horizontal line.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido por toda paciência, compreensão, dedicação e cumplicidade dispensada a mim neste período tão difícil.

Aos nossos filhos por terem tido tanta maturidade e terem compreendido o motivo de minha ausência nesta fase.

Vocês são a razão do meu viver.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria da Luz Rosário de Sousa pelas orientações prestadas para a realização deste trabalho. Agradeço pelas contribuições no lapidar da linguagem acadêmica.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba por haver me aceitado neste curso de pós-graduação. Agradeço a esta casa por haver me acolhido.

Aos professores Antonio Carlos Pereira e Fábio Luis Mialhe que muito contribuíram para meu amadurecimento acadêmico, me ouvindo, me dando atenção e sugestões todas as vezes que eu precisei. À todos os professores deste curso que contribuíram para meu amadurecimento acadêmico.

À toda equipe da Unidade de Saúde da Família IAA 1 que contribui e me apoiou durante este curso e para a realização deste trabalho.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba que concordaram e me apoiaram durante este curso e na realização deste trabalho.

À toda Rede Social de Apoio do IAA sem a qual este trabalho não existiria.

À comunidade do bairro do IAA por sempre nos apoiarem e participarem de nossos trabalhos e discussões.

Aos meus ancestrais por me ajudarem a chegar até aqui.

À todas as pessoas que participaram, contribuindo para a realização deste trabalho, direta ou indiretamente, meu sincero agradecimento.

EPÍGRAFE

“Se uma casa está pegando fogo, devo enfrentar o incêndio com alguns baldes de água antes da chegada dos bombeiros ou devo cruzar os braços?”

“O banho não resolve o problema da higiene no mundo, mas nem por isto vou deixar de me lavar...”

Chico Xavier

RESUMO:

No trabalho diário dentro das Unidades de Saúde da Família (USF) podem-se observar diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais vulneráveis (desigualdades em saúde). Estas desigualdades de saúde são evitáveis, injustas e desnecessárias caracterizando, assim, as iniquidades em saúde. Através da integralidade busca-se superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas saudáveis. A integralidade é uma ferramenta fundamental dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ela não tem condições de ser desenvolvida por um único setor isoladamente. Um modo de trabalhar a intersetorialidade é se organizar em redes sociais de apoio de trabalhadores. Esta forma de organização é facultativa. Assim, o objetivo do presente estudo, apresentado no capítulo 1 é apresentar a experiência em rede social de apoio de trabalhadores do bairro do IAA, situado no município de Piracicaba, estado de São Paulo, Brasil. Metodologia: pesquisa de ata das reuniões da rede social de apoio de trabalhadores do IAA do período de agosto de 2006 a dezembro de 2010. Resultados: dos impactos positivos já alcançados, observaram-se redução de registros lançados no livro de ocorrências do percentual de violência dentro da escola, de alunos retidos, evadidos e com baixo rendimento; o não relato ou observação de gravidez na adolescência nos que fizeram parte das atividades desenvolvidas, relatos de abusos e violência são trazidos a tona e tratados adequadamente, foram avaliadas e encaminhadas 28 crianças com distúrbio de aprendizado, a orientação da formação profissional de alguns dos integrantes da rede passa a ser voltada para as necessidades desta comunidade, maior aproximação entre os setores. Conclusão: o trabalho descrito apresenta uma articulação intersetorial com ações conjuntas e sistemáticas de planejamento, que resultaram em impactos positivos. O trabalho em rede não resolveu todos os determinantes sociais do local, mas suas ações foram capazes de minimizar algumas iniquidades.

Palavras chaves: desigualdades em saúde, iniquidade social, atenção primária à saúde, participação social.

ABSTRACT

In daily work within the Family Health Units (FHU) can be observed systematic differences in health status of vulnerable populations. These health inequalities are avoidable, unfair and unnecessary, featuring well, inequities in health. By integrity we seek to overcome any isolated and fragmented in the formulation and implementation of healthy political. Integrity is a key tool within the Family Health Strategy (FHS) in the consolidation of Unified Health System (SUS), and she is unable to be developed by a single sector alone. One way of working the intersectional is to organize themselves into social networks to support workers. This form of organization is optional. So the objective of this study, shown in Chapter 1 is present the experience in social support network for workers in the neighborhood of the IAA, located in Piracicaba, São Paulo, Brazil. Methodology: Survey of the records of meetings of the social support network for employees of the IAA for the period August 2006 to December 2010. Results: From positive impacts already achieved, there was a decrease in the number of reports of violence inside the school, the child's risk group ceased to exist, not reporting or observation of teenage pregnancy in who are part of the activities, a situation of abuse and violence are brought to light and treated appropriately, the school dropout rate was zero in the municipal school, the orientation of vocational training of some members of the network becomes focusing on the needs of the community's area of operations, closer ties between the sectors, assessment and referral of 28 children with learning disorders. Conclusion: The type of work proposed and described features a breakthrough in the evolution of the social support networks as there is a joint intersectoral action with systematic planning, which result in positive impact for the community. Networking has not solved all the social determinants of the place, but their actions were able to minimize some inequities.

Keywords: inequities in health, primary health care, social participation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: Projetando o futuro, uma experiência de trabalho em rede social de apoio de trabalhadores de Piracicaba.	9
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO	40

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira. Antes da criação do SUS a saúde não era considerada um direito social. O SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. (Brasil, 2009)

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. Suas ações estão distribuídas em 4 secretarias básicas. O Departamento de Atenção Básica, compõe um dos 5 (cinco) Departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Brasil, a)

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas aos indivíduos, às famílias e à comunidade de um determinado território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo e continuidade do cuidado (longitudinalidade), da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. (Brasil, b)

Mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção. (Brasil, c)

Ampliar as fronteira de atuação implica em trabalhar com o conceito de integralidade. Através da integralidade busca-se superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas saudáveis. Adota-se uma perspectiva global para análise da questão saúde e não somente do setor saúde. Incorpora-se o maior número possível de políticas públicas como: educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, lazer, energia, agricultura. Diante de tantas vertentes entende-se que um único setor não daria conta de sozinho, atender a todas estas demandas.

Um modo de trabalhar a intersectorialidade é se organizar em redes sociais de apoio de trabalhadores.

A pesquisa deste trabalho foi desenvolvida no município de Piracicaba. A cidade de Piracicaba situa-se no Estado de São Paulo. Está localizada a 135Km. de distância da capital do estado. Sua população é de aproximadamente 353.870 habitantes (DATASUS, 2010). Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,836 (PNUD - 2000). Suas principais atividades econômicas são: a indústria, a agropecuária e o turismo.

As 5 primeiras unidades de saúde da família (USF) começaram a ser implantadas no município de Piracicaba em 1999. Atualmente a cobertura da saúde da família é de aproximadamente 30% deste município.

Tem-se em Piracicaba 35 USF. Algumas destas USF estão se organizando em redes de apoio de trabalhadores com outras instituições. Estas organizações em rede social de apoio não são obrigatórias. São 7 redes sociais de apoio de trabalhadores em ação. Algumas redes comportam mais de uma USF. Não há nenhuma orientação dos gestores sobre como articular estas redes. Cada uma tem autonomia de organização e de atuação.

O trabalho em rede vem sendo incentivado pela atual coordenação da Atenção Básica no município de Piracicaba como forma de trabalho junto às USF, mas nem todas as unidades trabalham com este modelo.

Observa-se a importância de estudar as redes sociais de apoio de trabalhadores como estratégia de trabalho. Sendo assim este trabalho visa descrever a experiência de trabalho de uma rede social de apoio de trabalhadores.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No trabalho diário dentro das Unidades de Saúde da Família (USF) podem-se observar diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais vulneráveis (desigualdades em saúde). Estas desigualdades de saúde são evitáveis, injustas e desnecessárias caracterizando, assim, as iniquidades em saúde.

Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) um exemplo de iniquidade, na prática, é a probabilidade 5 vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no nordeste e não no sudeste. Um outro exemplo é a chance de uma criança morrer antes de chegar aos 5 anos de idade ser 3 vezes maior pelo fato de sua mãe ter 4 anos de estudo e não 8. (CNDSS)

Entende-se por determinantes sociais da saúde as condições econômicas, sociais, culturais e ambientais de uma sociedade que afetam a saúde. Relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, renda, emprego, desenvolvimento infantil, gênero, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida dos indivíduos. (CNDSS)

O último relatório da CNDSS abordou as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Um de seus capítulos aponta que o enfraquecimento da coesão social é fruto das iniquidades sociais. O relatório refere que o investimento em capital humano, em redes de apoio social e um aumento na participação na definição de políticas públicas seria importante para resolver as iniquidades sociais. (CNDSS, 2008)

O termo “capital” é definido do latim *capitalis*, possui o sentido de principal, fonte, origem, dando, assim, a idéia de algo que tem preponderância, serve de elemento fundamental, para a produção de novas riquezas, desde que já se tem o sentido de riquezas anteriormente acumuladas. (Silva, 2002)

O termo “capital social” não pode ser definido como se fosse um conceito homogêneo, pois o mesmo envolve um conjunto de valores sociais que promovem tanto a ação individual quanto a ação coletiva. Seu conceito teórico ainda está em desenvolvimento. Mesmo assim precisa-se fazer algumas colocações sobre esta expressão vinda das ciências sociais.

O capital social não é visto como uma riqueza monetária, mas é visto como uma riqueza humana podendo ser fonte importante de poder e influência. Pode ser definido como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Além dos contatos com amigos e parentes, diferentes formas de participação social como pertencer a grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes de recreação também representam formas pelas quais grupos de pessoas mantêm-se em contato e estabelecem vínculos sociais (CNDSS, 2008).

Patussi *et al.* (2006) refere que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. Nestas sociedades, as pessoas são mais envolvidas com a vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor sua própria saúde.

Coesão social é um termo que representa as forças que mantêm os homens juntos em sociedade e que lhes permite viver num certo consenso e ordem social.

Países com frágeis laços de coesão social resultantes dessas iniquidades são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social e são também onde há menor participação na definição de políticas públicas. (CNDSS, 2008)

Na atenção básica o profissional de saúde convive diariamente com as desigualdades sociais, as iniquidades, e seus reflexos negativos sobre a população de seu território de atuação, porém isso não significa que este profissional saiba desenvolver ações necessárias para resolver esta problemática.

Shimizu & Rosales (2009) evidenciaram a necessidade de melhorar as práticas relativas à gestão do serviço por todos os atores envolvidos no processo: gestores, profissionais e usuários. Melhorar as práticas relativas à gestão do serviço consiste na habilidade de avaliar os problemas encontrados e prover os recursos necessários, a fim de garantir a integralidade da atenção, que requer a integração dos serviços por meio de redes assistenciais, respeitando-se a interdependência entre atores e organizações, uma vez que nenhuma delas possui a totalidade dos recursos necessários para a resolução dos problemas de uma população em seu ciclo de vida. Isso justifica a importância do trabalho intersetorial em rede.

Shimizu & Rosales (2009) demonstraram em seu estudo que a saúde dos indivíduos e dos grupos é tomada como objeto de trabalho pelas equipes de PSF, mas a família ainda é tratada seguindo-se o modelo biológico*, o que tem culminado no desenvolvimento de uma atenção focal e fragmentada, revelando a necessidade de ampliar a sua compreensão, a partir de um diagnóstico mais amplo de suas necessidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais.

Uma rede social é uma estrutura social composta por pessoas ou organizações, conectadas por um ou vários tipos de relações, que partilham valores e objetivos comuns.

Alguns estudos conduzidos sobre redes sociais versam sobre metodologia de análise de redes sociais onde se identificam padrões de relacionamento entre atores em uma determinada situação social, assim como suas mudanças no tempo. Desta forma as redes sociais podem ser avaliadas sobre as relações de poder existente em seu interior, sobre a circulação de informações e estrutura relacional interna. (Marteleto, 2001) (Marques, 2006).

* Modelo biológico pode ser entendido por um conceito onde a análise do processo saúde doença considera somente os aspectos biológicos, não considerando os demais fatores que podem impactar negativamente a saúde do indivíduo.

As redes sociais também são estudadas em apoio a agravos à saúde. Estes estudos apontam os benefícios que os indivíduos sob agravos a sua saúde podem ter ao participarem de redes de apoio. (Andrade & Vaitsman, 2002) (Costa & Ludermit, 2005) (Andrade *et al.*, 2005) (Marques *et al.*, 2010)

Redes de Compromisso Social têm como foco questões sociais, visam a complementar a ação do Estado ou a suprir sua ausência no equacionamento de problemas sociais complexos, que põem em risco o equilíbrio social. As relações entre seus integrantes nascem e se nutrem de uma visão comum sobre a sociedade ou sobre determinada questão social e da necessidade de uma ação solidária. Demandam estratégias de mobilização constante das parcerias e de re-edição. (Inojosa, 1999)

O termo Rede Autônoma ou orgânica define o tipo de rede de compromisso social quanto à relação entre parceiros. Suas características são: os entes são autônomos e articulam-se voluntariamente; pressupõe uma idéia-força mobilizadora; a rede é aberta e trabalha por pactuação; as identidades dos parceiros são preservadas, e é construída uma identidade da rede; o controle é compartilhado. Ela leva seus entes à “definirem, em conjunto, um objetivo comum, a ser realizado através de sua articulação, com a preservação da identidade original de cada participante”. (Inojosa, 1999)

OBJETIVO

No capítulo 1 o objetivo é apresentar a experiência em rede social de apoio de trabalhadores do bairro do IAA, situado no município de Piracicaba, estado de São Paulo, Brasil, desde sua implantação até impactos positivos já alcançados. Este relato compreende o período de atuação da rede de agosto de 2006 até dezembro de 2010.

Este trabalho foi estruturado no formato alternativo, conforme deliberação CCPG/002/06 da Comissão Central de Pós Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Desta forma, para responder o objetivo proposto, o trabalho será apresentado no capítulo 1.

CAPÍTULO 1

Projetando o futuro- Uma experiência de trabalho em rede social de apoio de trabalhadores de Piracicaba.

Designing the Future-An experience of social networking in support of workers in Piracicaba, SP.

Autores:

Anay Gomes Ferrer^I, Maria da Luz Rosário de Sousa^{II}, Antonio Carlos Pereira^{III}, Cibele Marin Verdi^{IV}, Angélica Cristina Cordeiro^V

Este manuscrito foi submetido à avaliação no periódico Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Este manuscrito segue as regras do periódico Revista Ciência & Saúde Coletiva.

^IMédica especialista em Medicina de Família e Comunidade, mestranda do curso de pós graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP,. Contato: anayferrer@ig.com.br Av. Dona Lúcia, 900 – Ed. Canário – Ap. 63 – Vila Rezende – Piracicaba-SP

^{II}Dentista, Professora da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP. Contato: luzsousa@fop.unicamp.br

^{III}Dentista, Professor da Faculdade Odontologia de Piracicaba/UNICAMP. Contato: apereira@fop.unicamp.br

^{IV}Pedagoga, Diretora da Escola Municipal João Otávio de Melo Ferraciú. Contato: cibeleverdi@yahoo.com.br

^VPedagoga, Coordenadora da Escola Municipal João Otávio de Melo Ferraciú. Contato: angelicacordeiro@ig.com.br

Resumo:

Observa-se a importância de estudar as redes sociais de apoio de trabalhadores que reúnem escola, estratégia de saúde da família, assistente social e outras instituições, como estratégia de trabalho para se alcançar a integralidade. **Objetivo:** apresentar a

experiência em rede social de apoio de trabalhadores, desde sua implantação até impactos positivos já alcançados, do bairro do IAA, situado no município de Piracicaba, São Paulo.

Metodologia: Pesquisa de registro de ata das reuniões desta rede social do período de agosto de 2006 a dezembro de 2010. **Resultados:** Dos impactos positivos já alcançados, observaram-se redução de registros lançados no livro de ocorrências do percentual de violência dentro da escola, de alunos retidos, evadidos e com baixo rendimento; o não relato ou observação de gravidez na adolescência nos que fazem parte das atividades desenvolvidas foram avaliadas e encaminhadas 28 crianças com distúrbio de aprendizado.

Conclusão: o trabalho descrito apresenta uma articulação intersetorial com ações conjuntas e sistemáticas de planejamento, que resultaram em impactos positivos.

Palavra chave: desigualdades em saúde, iniquidade social, atenção primária à saúde, participação social.

ABSTRACT

Introduction: It is noted the importance of studying the social networks as a strategy to reduce inequalities in health. Objective: To report a history of implementation of a social support network for workers in Piracicaba, São Paulo record of minute meetings were verified from August 2006 to December 2010. Results: From positive impacts already achieved, there was a decrease in the number of reports of violence inside the school, the child's risk group ceased to exist, not reporting or observation of teenage pregnancy in who are part of the activities, a situation of abuse and violence are brought to light and treated appropriately, the school dropout rate was zero in the municipal school, the orientation of vocational training of some members of the network becomes focusing on the needs of the community's area of operations, closer ties between the sectors, assessment and referral of 28 children with learning disorders. Conclusion: The type of work proposed and described features a breakthrough in the evolution of the social support networks as there is a joint intersectoral action with systematic planning, which result in positive impact for the community.

Keywords: Health Inequalities, Primary Health Care, Social Participation.

INTRODUÇÃO

O último relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde abordou as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Um de seus capítulos aponta que o enfraquecimento da coesão social é fruto das iniquidades sociais. O relatório refere que o investimento em capital humano, em redes de apoio social e um aumento na participação na definição de políticas públicas seria importante para resolver as iniquidades sociais¹.

Patussi et al.² refere que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. Nestas sociedades, as pessoas são mais envolvidas com a vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor sua própria saúde.

A idéia de envolvimento dos cidadãos com a vida pública já era percebida e incentivada desde o tempo da Grécia antiga. Lafer³ nos remete a idéia de democracia, direitos humanos e participação do indivíduo voltada para a esfera do coletivo.

“É interessante neste contexto, relembrar que para o cidadão grego, na polis clássica, duas eram as ordens de existência: a pública e a privada. Daí a diferença entre *Koinón* – aquilo que é comum (o público) – e *idion* – aquilo que é próprio, pessoal, privativo (o privado). De idios, por exemplo, deriva idiossincrasia, idioma, idiomático, idiopático,- mas também idiota, isto é, ignorante. O idiota, aponta Hannah Arent, é aquele que vive apenas na sua casa e se preocupa apenas com a sua vida e as necessidades a ela inerentes. Por isso é ignorante, pois desconhece a relevância do mundo comum e compartilhado, cuja importância, para se evitar um novo estado de natureza totalitário, a visão arendtiana destaca,

sublinhando a importância dos direitos humanos voltados para a esfera do público.”³

Este conceito construído na Grécia antiga pode nos mostrar como naquele tempo as pessoas tinham uma preocupação em construir algo além da esfera do privado, pensavam na construção da sociedade e na filosofia de sua viabilização. Este texto coloca como ignorante aquele que vive só para sua vida privada sem se importar com o público desconhecendo a relevância do mundo comum compartilhado e sua importância como base para a garantia dos direitos humanos.

Nos dias de hoje, mesmo diante de sociedades mais complexas em suas organizações, a participação social se faz presente em várias áreas. Uma das formas de participação social seriam as redes sociais de apoio.

Mance⁴ e Castells⁵ dão-nos uma definição geral sobre rede, mas é Inojosa⁶ que apresenta-nos a definição de “Redes de Compromisso Social” e a definição de “Rede Autônoma ou orgânica” mais próxima do que será utilizado neste artigo.

Redes de Compromisso Social são redes que têm como foco questões sociais. Visam a complementar a ação do Estado ou a suprir sua ausência no equacionamento de problemas sociais complexos, que põem em risco o equilíbrio social. As relações nascem e se nutrem de uma visão comum sobre a sociedade ou sobre determinada questão social e da necessidade de uma ação solidária. Demandam estratégias de mobilização constante das parcerias e de re-edição. ⁶

Rede Autônoma ou orgânica define o tipo de rede quanto à relação entre parceiros. Suas características são: os entes são autônomos e articulam-se voluntariamente; pressupõe uma idéia-força mobilizadora; a rede é aberta e trabalha por pactuação; as

identidades dos parceiros são preservadas, e é construída uma identidade da rede; o controle é compartilhado. Ela leva seus entes à “definirem, em conjunto, um objetivo comum, a ser realizado através de sua articulação, com a preservação da identidade original de cada participante”.⁶

Os membros de uma rede social estabelecem laços de gestão participativa onde todos os membros, por meio da ação voluntária e comprometida, participam ativamente da escolha e construção de cada fase de um projeto, monitoram seu andamento, avaliam seu resultado final e traçam novas metas.⁷

No trabalho diário dentro das Unidades de Saúde da Família (USF) são observadas diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais vulneráveis denominadas de desigualdades em saúde. Estas desigualdades são evitáveis, injustas e desnecessárias caracterizando, assim, as iniquidades em saúde.

A integralidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica⁸.

Alguns estudos conduzidos sobre redes sociais versam sobre metodologia de análise de redes sociais onde se identificam padrões de relacionamento entre atores em uma determinada situação social, assim como suas mudanças no tempo. Desta forma as redes

sociais podem ser avaliadas sobre as relações de poder existente em seu interior, sobre a circulação de informações e estrutura relacional interna.^{9, 10}

As redes sociais também são estudadas em apoio a agravos à saúde. Estes estudos apontam os benefícios que os indivíduos sob agravos a sua saúde podem ter ao participarem de redes de apoio.^{11, 12, 13, 14}

Sendo assim observa-se a importância de estudar as redes sociais de apoio de trabalhadores, que reúnem escola, estratégia de saúde da família (ESF), assistente social e outras instituições, como estratégia de trabalho para se alcançar a integralidade.

O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência em rede social de apoio de trabalhadores, desde sua implantação até impactos positivos já alcançados, do bairro do IAA, situado no município de Piracicaba, SP.

A metodologia utilizada foi pesquisa de registro de ata das reuniões desta rede social do período de agosto de 2006 a dezembro de 2010. Esta rede reuniu-se em média 8 vezes por ano, com periodicidade mensal ou bimestral (dependendo da disponibilidade dos integrantes). As reuniões duram em média 3 horas cada. A pauta, em sua maioria, é definida no dia do encontro. A coordenação dos encontros é rotativo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Unidade de Saúde da Família IAA 1 (USF IAA 1) localiza-se no bairro do IAA em Piracicaba – SP. A equipe da USF IAA 1 iniciou seu trabalho junto à população em novembro de 2005. O bairro, em sua maioria, é composto por residências típicas de classe média, porém em algumas áreas apresenta uma ocupação irregular (áreas de invasão) caracterizadas por precariedades na infra-estrutura. O território de abrangência da USF IAA

1 é responsável por 3291 pessoas distribuídas em 973 famílias cadastradas. Cem por cento das casas tem energia elétrica, dispõem de coleta pública de lixo, tem rede de esgoto.

Esta rede teve início em 2006 com a participação de quatro instituições governamentais atuantes no bairro. Naquela ocasião representantes da USF IAA 1, perceberam que haviam algumas famílias que insistentemente transitavam entre as instituições governamentais atuantes no bairro disseminando inverdades, levando informações distorcidas de uma instituição para outra. As instituições não se conheciam, desconhecendo também o trabalho desenvolvido pelas demais instituições, bem como sobre o grau de comprometimento de cada uma. Para não correr o risco de haver discórdia e animosidades infundadas e gratuitas entre as instituições atuantes em um mesmo território, a USF IAA 1 teve a iniciativa de contatar as quatro instituições governamentais mais próximas geograficamente de seu território de abrangência, convidando-os para se reunirem e conhecerem-se mutuamente.

Participaram das primeiras reuniões a USF IAA 1, a Escola Municipal João Otávio de Melo Ferraciú, a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) Maria Canalli Angelleli e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Posteriormente teve-se adesão da Escola Estadual Catharina C. Padovani, da USF IAA 2 e a participação de alunos de graduação, estagiários da disciplina extra-muros da Faculdade de odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP).

Nas primeiras reuniões cada representante presente nos encontros, relatava o trabalho de suas instituições e a maneira de atuar dentro do bairro. Com o passar do tempo foi-se identificando problemas em comum, pois todas tinham o mesmo objeto de trabalho.

Passou-se a discutir os problemas de cada família e combinava-se de que maneira cada instituição poderia contribuir para solucionar tais problemas.

A medida que o trabalho foi avançando, algumas organizações não governamentais e outras instituições passaram a ser incorporadas às discussões. Os representantes destas instituições eram convidados a participar sempre que sua presença fosse necessária para solucionar algum problema individual ou familiar. São elas: Pastoral da Criança, Vicentinos, Centro de Atendimento Sócio-Educativo (CASE), Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), Conselho Tutelar, Comissão Local de Saúde (CLS) e Conselho Escolar de Pais.

Neste espaço de discussão tentava-se encaminhar soluções para problemas individuais, familiares ou coletivos referentes à comunidade local pertencentes ao território de abrangência das USF.

No âmbito familiar davam-se encaminhamentos a problemas sociais que a família tivesse naquele momento. Atuava-se junto a famílias em situação de risco. Nesta linha de terapêutica familiar o objetivo era fomentar a autonomia da família junto à busca de soluções para seus problemas. As famílias podiam passar por um período de tutela provisória, assistidas pelas instituições atuantes, caso estivessem em situação de baixa resiliência, mas sempre o objetivo era que a família se empoderasse e autogerisse.

No processo coletivo eram discutidas questões relevantes para todos como acúmulo inadequado de lixo, combate a dengue, distúrbio de aprendizado, evasão escolar, formação profissional, dependência química e alcoolismo, dentre outros assuntos. Neste aspecto tinha-se por objetivo a saúde coletiva do território.

As reuniões, no primeiro semestre, normalmente eram mensais, ocasião em que os integrantes da rede organizavam o trabalho a ser desenvolvido no ano em exercício. No segundo semestre os encontros eram bimestrais.

Após quase dois anos de trabalho, as instituições coletaram vários dados, cada qual pertinente a sua área de atuação e a rede definiu alguns diagnósticos comunitários em conjunto. Foram eles: (1) Muitas famílias em situação de risco eram encaminhadas ao Programa do Bolsa Família. Os adultos desempregados, integrantes destas famílias, eram encaminhados ao Centro de Apoio ao Trabalhador (CAT) de Piracicaba, mas por não apresentarem formação profissional, não conseguiam preencher as vagas existentes. Sendo assim eram encaminhados a um curso profissionalizante. Porém, não sabiam português nem matemática o suficiente para acompanhar o curso. Logo, eram encaminhados às escolas para concluírem seus estudos, mas eles não queriam voltar a estudar. Sem estudo e/ou emprego ficava difícil estas famílias se auto administrarem e acabavam permanecendo por longo tempo nos programas sociais do governo. (2) Muitas crianças não tinham projetos de vida e, sem conhecerem muitas profissões, não pensavam em formação profissional para o futuro. (3) Crianças permaneciam nas ruas em situação de risco para a dependência química ou para serem “recrutadas” pelo narcotráfico. (4) A porcentagem de gravidez na adolescência era alta. (5) Aumento de problemas disciplinares na escola cada vez mais difíceis de serem solucionados. (6) Grande número de adolescentes que terminavam o ensino fundamental sem dominar a escrita e a leitura. (7) Grande número de evasão escolar. (8) Muitas famílias apresentavam problemas envolvendo etilismo e/ou dependência química.

A rede amadureceu e entendeu a importância de sua participação principalmente no setor da prevenção e, em ação conjunta com 11 entidades atuantes no bairro delinearam um projeto para ser desenvolvido ao longo dos anos. Esta pactuação foi feita em uma grande reunião realizada na escola municipal do bairro em março de 2008 com a presença de representantes de todas as entidades participantes

Cada instituição expôs as possibilidades e limitações, referentes a sua área de atuação, de envolver-se num plano de prevenção a ser desenvolvido na comunidade. A partir das parcerias firmadas foi elaborado um projeto que teve, inicialmente, como público alvo os alunos da Escola Municipal de Ensino Fundamental, posteriormente denominado “Projetando o Futuro”.

O projeto teve por objetivo desenvolver com as crianças a formação moral, formação para o trabalho, discutir sobre sexualidade e auto-estima, diminuir as situações de vulnerabilidade e incentivo a escolaridade. O alvo era desenvolver junto às crianças percepções e reflexões sobre seus projetos de vida.

Como estratégias iniciais foram criadas seis frentes de atuação (figura 1). Cada frente de atuação ficou sob a responsabilidade de uma ou duas instituições. Uma vez determinado o objetivo, cada instituição definia a forma de trabalhar.



Figura 1 – Seis estratégias iniciais do “Projetando o Futuro”.

Não houve investimento de ordem financeira. Muitas propostas de trabalho já estavam disponíveis nas instituições. A diferença é que estas propostas, quando reunidas sob um único objetivo, ganharam força e uma nova dimensão social. Os profissionais envolvidos com os trabalhos nas instituições passaram a ver sentido profissional, social e moral para aderirem às propostas e isso facilitou muito no processo de trabalho. As idéias já estavam lá, com o diagnóstico comunitário e as discussões nos encontros da rede elas propiciaram maior engajamento e empoderamento dando visibilidade a algumas ações já existentes e incorporando outras novas.

O desejo de trabalhar unido foi espontâneo, não houve imposição nem cobrança de nenhum gestor. As características de cada instituição foram respeitadas. Cada uma tinha autonomia e coesão com a rede.

Formação moral

Esta atividade ficou ao encargo da escola municipal. Os professores desenvolviam atividades dinâmicas, filmes e jogos que possibilitavam a discussão dos direitos e deveres, relacionados aos princípios da vida em sociedade.

Para as turmas do 1º ao 4º ano foram propostas as atividades do projeto “Meu Corpo, Minha Casa”, projeto Movimento Internacional Pela Paz e Não-Violência (“MOV PAZ”) e atividades da apostila “Vivendo Valores”, da Bhrama Kumaris que propõe um trabalho resgatando “valores”; como estratégia cada valor é trabalhado durante um mês, por meio de atividades de reflexão, dinâmicas e leituras..

Para as turmas de 5º ano a proposta de trabalho era a atividade do projeto “MOV PAZ” e encontros para conversar sobre sexualidade, a auto-estima e formação para o trabalho.

Durante o desenvolvimento do trabalho de formação moral na escola foram desenvolvidos conceitos que propiciavam a discussão dos direitos e deveres, relacionados aos princípios da vida em sociedade. O objetivo era fazer com que a criança percebesse desde cedo que ela fazia parte de uma coletividade, pois os problemas de convivência, a falta de compromisso e de participação, bem como a sensação de “não pertencer” podem levar à baixa resiliência deixando-as mais vulneráveis¹⁵.

Formação para o trabalho

Atividade desenvolvida pela escola e comunidade. Baseada em exposições orais realizada por profissionais voluntários da comunidade (moradores do bairro) e indicados pelos integrantes da rede social de apoio, relatando pontos relevantes de sua formação profissional. O profissional para ser escolhido para participar do Projeto teve um perfil pré-definido: boa base familiar, conhecimento sobre a importância do estudo e não ter vícios. Esta estratégia tinha também como objetivo a aproximação das crianças com estes profissionais para que de alguma maneira elas pudessem espelhar-se neles para sua formação futura e estreitar os laços de convivência com esta comunidade. A linha de atuação da escola, voltada para a formação para o trabalho, teve como objetivo destacar a importância da formação profissional como forma de garantir, no futuro, acesso a bens que possam levar a uma melhor qualidade de vida.

Crianças em situação de risco

Trabalho desenvolvido entre o CRAS, escola municipal, USF, comunidade e outras instituições. Naquela ocasião existiam pelo menos 13 crianças em situação de risco grave no bairro. O objetivo foi desenvolver atividades para manter estas crianças fora das ruas oferecendo, no horário oposto ao das aulas, atividades esportivas, fanfarra, artesanato, encontro com a equipe da USF IAA 1 para conversar sobre assuntos de interesse deste grupo. A situação de todas as famílias de risco foi discutida junto ao CRAS. Sempre que se percebesse a necessidade, faziam-se encaminhamentos também ao CASE, CRAMI e conselho tutelar. Esta atividade só teve demanda no ano de 2008.

Sexualidade e auto-estima

Atividade desenvolvida em parceria com a USF IAA 1 e a escola municipal. Foram organizados quatro encontros com cada uma das três turmas de 5º ano, estes encontros foram realizados na escola municipal, dirigidos pela equipe da USF e acompanhados pela professora de cada turma.

Temas abordados: (1) Projeto de vida. Foram desenvolvidas atividades de dinâmicas de grupo levando as crianças a uma reflexão sobre a importância de fazer um planejamento para o futuro. Falava-se sobre crescimento, desenvolvimento, necessidades em cada fase do ciclo da vida e o que as crianças pensavam sobre uma profissão para elas no futuro. (2) Consequências da gravidez na adolescência. Fazia-se uma série de esquetes teatrais, criadas pelas próprias crianças, sobre qual seria o impacto de uma gravidez na adolescência junto às suas famílias, comunidade e junto a seus projetos de vida anteriormente planejados. (3) Violência intrafamiliar (doméstica), *bullying* na escola, abuso sexual infantil e auto-estima. Dinâmicas de grupo levando as crianças a uma reflexão sobre a violência em casa e na escola. Dependendo do perfil de cada turma o trabalho foi mais direcionado para a violência dentro de casa ou para a escola. O tema sobre prevenção de abuso sexual infantil sempre foi abordado com o objetivo de alertá-las sobre a violação de seus direitos frente a esta prática, desenvolver nas crianças alguns mecanismos de proteção, fortalecendo-as e orientando-as em como reagir frente a esta possível situação. (4) Gravidez, parto, contracepção. Trabalhou-se com livros educativos, próprios para esta faixa etária, contendo informações sobre gravidez, parto, contracepção e prevenção de doença sexualmente transmissível/AIDS.

Durante os três meses de desenvolvimento do trabalho as crianças foram incentivadas pelas professoras a depositarem, em uma caixa, perguntas sobre sexualidade que eram respondidas no último encontro. Todo trabalho em grupo foi entremeado com valorização da auto-estima da criança.

A discussão sobre abuso sexual infantil não fazia parte do projeto inicial, porém, como frequentemente ocorria este tipo de violência dentro do bairro, este tema passou a ser incluído a partir de 2009. Esta atividade teve alguns desdobramentos, gerando uma série de palestras proferidas por profissionais qualificados do CRAMI junto aos pais das crianças, em grupos sócio-educativos relacionados ao programa Bolsa Família, nas reuniões de pais na escola municipal e na EMEI, contando com a participação de líderes da Pastoral do bairro. Com estas ações, percebeu-se que o número de crianças vítimas desta violência passou a diminuir.

Outro desdobramento deste trabalho foi com relação ao estímulo à aproximação dos filhos com seus pais ou com um adulto de confiança. Com isto, elas sentiram-se fortalecidas e encorajadas a conversarem com estes adultos caso estivessem passando ou já passado por este tipo de violência. Todo ano, sempre após estes encontros, “aparecia” pelo menos uma história de abuso sexual infantil que era vedada e passava a ser explícita pela vítima durante uma consulta. A criança contava ao adulto o que se passou e este procurava o posto de saúde, com muito remorso por nunca haver sabido disso até aquele momento.

Outra situação que já aconteceu foi de uma mãe que sempre referia nas consultas uma série de sintomas psicossomáticos de difícil abordagem, e a partir dos relatos de seu filho sobre o trabalho desenvolvido em sala de aula, sentiu-se encorajada e em uma consulta finalmente conseguiu relatar que em sua infância ela fora molestada sexualmente.

Todos estes casos levantados, ainda que tardiamente, foram encaminhados para os devidos acompanhamentos psicológicos e legais.

Grupo de prevenção universal

Planejou-se que a comunidade formaria um grupo de voluntários para participar de treinamentos e discussões sobre a PREVENÇÃO de dependência química e alcoólica. Depois desenvolveriam atividades dentro do bairro. Alguns voluntários fizeram cursos oferecidos pelo setor de ação cultural da prefeitura, porém este trabalho não foi adiante. Em um levantamento feito na USF IAA 1, em dezembro de 2010, junto às agentes comunitárias de saúde (ACS), foi-lhes perguntado sobre sua percepção a respeito do consumo de drogas nas famílias. Pela percepção das ACS, elas afirmaram que aproximadamente 64% das famílias não apresentavam envolvimento com drogas, 12% das famílias com certeza apresentavam problemas relacionados ao uso de drogas, 9% das famílias elas desconfiavam e em 15% das famílias a situação era ignorada. Mesmo com estes dados ainda não foi o suficiente para mobilizar a comunidade frente a esta temática. Este representou um elo fraco dentro da rede e precisa ser estudado e fortalecido.

Apesar desta apatia dos representantes da comunidade, em relação a esta temática, os trabalhadores integrantes da rede, entendendo que esta lacuna não poderia ficar entreaberta, contaram com um recurso disponível naquele momento, e convocaram um policial para proferir duas palestras na escola sobre a prevenção e combate ao uso de drogas. Estas palestras foram realizadas na escola municipal durante as reuniões de pais e mestre. O trabalho deste policial se destacou por apresentar uma proposta de não a violência e ensinar aos pais quais as atitudes que eles deveriam ter para não perderem seus filhos para as drogas e o narcotráfico.

Distúrbio do aprendizado

O trabalho sobre distúrbio de aprendizagem tenta combater o abandono dos estudos em virtude das dificuldades de aprendizagem apresentadas pela criança. Durante muito tempo a escola municipal encaminhava crianças com dificuldade de aprendizagem para o setor da saúde numa tentativa de querer entender porque às vezes algumas crianças não conseguiam aprender a ler e escrever. Tradicionalmente a saúde não valorizava estes encaminhamentos, devolvendo-os à escola, muito tempo depois, sem maiores explicações. Para a escola este fluxo era entendido como “morosidade”, para a saúde era entendido como sendo um problema do ensino e não da criança. A partir do trabalho em rede este olhar mudou. Durante as atividades desenvolvidas em sala de aula, visivelmente algumas crianças apresentavam mais dificuldades que as outras. Estes casos passaram a ser discutidos em reuniões da rede. Crianças com distúrbio de aprendizado eram encaminhadas à USF, avaliadas e havendo necessidade, eram encaminhadas para aulas de reforço e/ou ao Serviço de Educação Especial (SEE) antes de se caracterizarem como “fracasso escolar”.

Este trabalho foi iniciado com a escola municipal e posteriormente estendido a EMEI. As crianças com dificuldades no aprendizado foram avaliadas em consultório na companhia da mãe. Cada criança avaliada foi encaminhada ao oftalmologista, ao otorrinolaringologista e a neuropediatra. Caso fosse necessário, também eram encaminhadas à fonoaudióloga e a psicologia.

Para esclarecer aos integrantes da rede qual o entendimento da saúde sobre o distúrbio de aprendizado, o representante da USF IAA 1 convidou a neuropediatra da rede municipal de saúde para fazer um treinamento para as professoras da escola municipal, da escola estadual e da EMEI. As professoras foram alertadas sobre os principais sinais do

distúrbio do aprendizado em cada fase escolar, sobre como agir e trabalhar com as crianças e seus respectivos diagnósticos - dislexia, hiperatividade, déficit de atenção - e sobre as limitações das medicações, que até então eram supervalorizadas.

As professoras da escola municipal, durante treinamentos oferecidos por sua secretaria, por iniciativa e interesse próprio, passaram a participar das oficinas que abordavam técnicas para trabalhar com distúrbio de aprendizado.

IMPACTOS POSITIVOS OBSERVADOS ATÉ DEZEMBRO DE 2010.

Até dezembro de 2010 pôde-se perceber bom êxito no combate ao abuso sexual infantil, auto-estima, aproximação dos pais com seus filhos e atualização dos professores.

A escola municipal possuía um livro onde eram registradas todas as ocorrências de violências e advertências dentro da escola. Por meio da análise dos registros deste livro, percebeu-se que houve uma diminuição de registro de casos de violência dentro da escola desde que se iniciou o “Projetando o Futuro”.

Desde que iniciou o projeto até dezembro de 2010, na escola municipal houve uma diminuição no índice de evasão escolar, alunos retidos e com baixo rendimento. (tabela 1).

Tabela 1 – Registro de ocorrência de violência escolar, porcentagem de alunos aprovados, evadidos ou retidos da Escola Municipal João Otávio de Melo Ferraciú por ano – Município de Piracicaba – SP – 2010.

Ano	Registro de ocorrências de violência escolar	Aprovados %	Evadidos %	Retidos %
2007	46	93,03	1,45	5,52
2008	32	96,81	0,29	2,90
2009	24	99,46	0,27	0,27

Fonte: Livro de registro de ocorrências e relatórios escolares – Escola Municipal João Otávio de Melo Ferraciú – 2007, 2008, 2009.

Até dezembro de 2010 nem a escola municipal, nem a USF IAA 1 receberam notícia de que alguma menina que participou das atividades do 5º ano tivessem engravidado.

De todas as crianças observadas na EMEI e na escola municipal, 28 foram encaminhadas à USF IAA 1 para avaliação. Dentre estas se encontraram os seguintes diagnósticos: um caso de dislalia, hiperatividade e déficit de atenção em grau grave; um déficit de audição, cinco déficit de atenção de moderado a leve, dois transtorno opositor compulsivo, três dislexias em graus variados, três déficit mental em graus variados, três hiperativos, dois com problemas domiciliares necessitando acompanhamento psicológico. Os oito casos restantes não foram concluídos quanto ao diagnóstico por falta de adesão dos pais.

O trabalho em rede desenvolveu uma facilidade de comunicação entre as instituições visto que os laços de confiança e apoio mútuo foram fortalecidos. Também

propiciou o desenvolvimento de outros olhares e o desenvolvimento de outras atividades não necessariamente ligadas ao grande projeto “Projetando o Futuro”. Um exemplo disso é que, a partir de discussões nas reuniões da rede, iniciou-se no bairro um trabalho de coleta de óleo de cozinha utilizado nas frituras. Hoje em dia, a unidade de saúde recebe e armazena este óleo, posteriormente o mesmo é repassado para entidades que trabalham com reciclagem deste material. Outro exemplo refere-se à parceria com a escola municipal, a EMEI e a equipe de saúde bucal juntamente com alunos da FOP/UNICAMP que desenvolvem vários trabalhos de prevenção e promoção da saúde bucal, bem como o tratamento odontológico.

A partir das atividades de sexualidade na escola, situações de abusos e violência foram trazidas à tona e tratadas adequadamente.

A orientação da formação profissional de alguns integrantes da rede passou a ser voltada para as necessidades da comunidade da área de atuação.

Constantemente nos encontros da rede social de apoio de trabalhadores do IAA os integrantes estão se perguntando sobre que instrumento utilizar para mensurar a qualidade e efetividade das ações que estão sendo desenvolvidas.

DISCUSSÃO

Este trabalho em rede social de apoio de trabalhadores de Piracicaba é apresentado aqui como uma modalidade de trabalho a ser incentivada junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A melhora nos determinantes sociais da saúde de

uma população levará direta ou indiretamente a uma elevação da qualidade de vida e consequentemente de sua saúde¹⁶.

A atenção integral à saúde implica na ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uni profissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. A integralidade pressupõe práticas inovadoras em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários – todos aqueles em que a produção da saúde e do cuidado ocorre – e conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde¹⁷. A integralidade obriga as equipes a trabalharem conjuntamente com outros setores levando à inter-setorialidade.

O modo de vida da sociedade moderna, a organização da produção e o processo saúde-doença, trazem a tona problemas como o empobrecimento, a exclusão de vastos setores da população, o aumento da dependência química e/ou alcoólica, a delinquência, entre outros. A atuação sobre os diversos níveis de determinantes sociais da saúde extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde obrigando a ação coordenada entre os diversos setores e instâncias governamentais e a participação da sociedade.

As soluções destes problemas complexos atravessam várias disciplinas. Isso implica em uma mudança das relações entre estas disciplinas no momento de planejar e executar suas ações de saúde a nível local referindo-se ao território de abrangência de uma determinada unidade de saúde.

O fato de se pensar o processo saúde-doença e qualidade de vida sendo discutidos dentro de uma rede social, envolvendo na execução de investigações vários

conceitos básicos de várias áreas diferentes, com a aplicação de estratégias interdisciplinares voltadas para a formulação de políticas públicas ou para a criação de instrumentos que possam levar a solução de problemas locais, podem fazer com que a rede social de apoio possa ser entendida como uma nova modalidade do processo de trabalho, elas envolvem socialização de tarefas, atividades de coordenação descentralizada e responsabilização de todos que aceitam participar destes processos.¹⁸

A modalidade de trabalho proposto e descrito apresenta um avanço na evolução das redes à medida que há uma articulação intersetorial, não há somente uma superposição de ações, como descrito no trabalho de Silva¹⁹, uma vez que as ações propostas partem de um diagnóstico comunitário feito coletivamente entre as instituições e articulado com representantes da comunidade, apresentam ações sistemáticas de planejamento presente em suas reuniões periódicas.

As redes rompem o isolamento das pessoas e organizações, evitam a duplicação de ações e viabilizam a realização de atividades integradas, porque atuam de maneira sistêmica e sinérgica. Nelas, o desenvolvimento comunitário é resultado do compromisso e da co-responsabilidade de todos os setores da sociedade²⁰.

Algumas publicações^{21, 22} apontam a necessidade de incorporação de profissionais de outras áreas como assistente social, psicólogo e outros, para auxiliar no atendimento na ESF. Alegam que os profissionais sofrem inquietações diante da demanda de responsabilidades que fogem à sua capacidade de intervenção. Encontram-se, muitas vezes, encurralados entre as exigências administrativas de resultados quantificáveis preconizados pelo programa e as necessidades demandadas pelas famílias²¹. Tais exigências os levam a sentir a importância de complementar a equipe com profissionais de

outras áreas.. Estas necessidades percebidas e sentidas poderiam conduzir para a construção de um trabalho em rede e para a construção e fortalecimento dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família²³ (NASF) nos municípios. Sendo assim não haverá necessidade de “hipertrofiar” a equipe básica das USF, podendo-se otimizar os recursos disponíveis.

Mesmo não sabendo ao certo que instrumento utilizar para mensurar a qualidade e efetividade das ações que estão sendo desenvolvidas, as pessoas integrantes da rede social de apoio do IAA referem sentir que estão no caminho certo. Este sentimento provavelmente está relacionado com o que nos descreve Campos²⁴. Este tem nos ensinado a valorizar, nos processos sociais, os aspectos da “obra e do valor de uso”. O “valor de uso” significa produzir algo de útil para o outro. E, em relação à obra, o espaço de autonomia do sujeito. A obra dá significado a própria vida, é a reprodução social dos trabalhadores, é a satisfação social. Através da participação as pessoas vão aprendendo e tomando gosto pela construção de novas formas de atuação. Assim cada cidadão busca, dentro de si, o verdadeiro sentido da gratificação pessoal mediante a participação.

Convém ressaltar aqui os artigos 3º, 196, 198 da Constituição Federal do Brasil que são importantes para esta temática, a lei Orgânica da saúde 8080/90, a lei 8142/90 e os princípios doutrinários do SUS^{25, 26}. Lembrar todos estes princípios legais e administrativos ajuda-nos a entender que atuar sobre os diversos níveis de determinantes sociais da saúde e combater as iniquidades sociais não pode ser vista como uma caridade que depende da boa vontade das pessoas ou baseada em ganhos pessoais de gratificação, e sim se trata de uma obrigação implícita aos trabalhadores da saúde, aos diversos setores e instâncias governamentais e a participação da sociedade.

CONCLUSÃO

Desenvolver ações que possam minimizar as iniquidades, proteger os indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade, aumentar os laços de confiança entre os indivíduos levando a uma maior coesão social, aumentar o envolvimento das pessoas com a vida pública, deve ser prioridade nos trabalhos em redes sociais.

O trabalho em rede social de apoio não resolve todos os determinantes sociais de saúde do local, mas suas ações podem minimizar algumas iniquidades.

Muito ainda se tem que estudar para entender todas as dimensões deste trabalho em rede e mais ainda se tem que estudar para saber se as medidas que estão sendo tomadas realmente alcançam os objetivos propostos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brasil. Ministério da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, 2008. [acessado em 02/11/2010]. Disponível em < www.saude.gov.br >.
2. Patussi MP, Hardy R, Sheiham A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*.; 34(5):344-50, 2006.
3. Lafer,C. A reconstrução dos direitos humanos. Um diálogo com o pensamento de Hannah Arent. São Paulo. Companhia das letras, 1988.
4. Mance EA. A revolução das redes. A colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual. Petrópolis: Vozes, 2000.

5. Castells M. A sociedade em rede. Tradução de Roneide Venâncio Majer. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000a.
6. Inojosa RM. Redes de compromisso social. Rev. adm. Pública. 1999; 33 (5): 115-41.
7. Schlithler CRB. Redes de desenvolvimento comunitário: iniciativas para a transformação social. São Paulo: Global; IDIS, 2004
8. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Aprender SUS. O SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, distrito federal, 09/08/2004. www.saude.gov.br
9. Marteleto RM. Análises de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência de informação. Ci. Inf. 2001; 30 (1): 71-81
10. Marques EC. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas. Rev. bras. Ci. Soc. 2006; 21 (60)supl.60: 15-41
11. Andrade GBG, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde . Ciênc. Saúde Coletiva 2002; 7 (4): 925-34
12. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21:73-9
13. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública. 2005; 21:379-86
14. Marques ES, Cotta RMM, Botelho MIV, Franceschini SCC, Araújo RMA, Lopes LL. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. Physis. 2010; 20 (1): 261-81

15. Melillo A, Ozeda ENS. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre. Artmed – 2005. Tradução: Valério Campos.
16. Ishitani LH, Franco CG, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006; 40(4):684-91.
17. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Aprender SUS. O SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2004. [acessado em 15/8/2010]. Disponível em: www.saude.gov.br
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo 11 ed., Hucitec, 2008.
19. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev. bras. enferm. Brasília Sept./Oct. 2010; 63 (5)
20. Schlithler, CRB. Redes de desenvolvimento comunitário: iniciativas para a transformação social. São Paulo. Global/IDIS. 2004
21. Gabardo, RM; Junges, JR; Selli, L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. SP, 2009. 43 (1). [acessado em 09/03/2011]. Disponível em [file:///C:/ESF/mestrado/artigos%20que%20eu%20preparo/introduc%C3%A3o/scielo.php.htm](file:///C:/ESF/mestrado/artigos%20que%20eu%20preparo/introduc%C3%A3o/scielo.php?utm_source=scribd)
22. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA, Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2009;14(supl.1):1463-72

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: MS, 2010.
24. Campos G WS, Campos RO. Ciências e políticas públicas em saúde: relações perigosas. Saúde em Debate. 2000; 24 (55): 82-91.
25. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
26. Brasil. Programa Multiplica SUS [acessado em 12/02/2011]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresSUSmultiplica.pdf>

CONCLUSÃO

O trabalho em rede social de apoio não resolve todos os determinantes sociais de saúde do local, mas suas ações podem minimizar algumas iniquidades.

O trabalho em rede social de apoio de trabalhadores pode contribuir para o desenvolvimento da integralidade na atenção básica ampliando este olhar e as ações sobre o indivíduo, a família e a comunidade.

REFERÊNCIAS[†]

Andrade GBG, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde . Ciênc. Saúde Coletiva 2002; 7 (4): 925-34

Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública. 2005; 21:379-86

Brasil a. Portal da saúde. Sobre o Ministério da Saúde. [acessado em 23/5/2011]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=983

Brasil b. Portal da saúde. Departamento de atenção básica. [acessado em 23/5/2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

Brasil c. Portal saúde. Departamento de atenção básica. [acessado em 23/5/2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

Brasil. Ministério da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, 2008. Disponível em: www.saude.gov.br.

Brasília. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2010. [acessado em 24/5/2011]. Disponível em: www.datasus.gov.br

[†] De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: MS, 2009.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde-CNDSS. Fiocruz. [acessado em 12/2/2011]. Disponível em:

http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm

Costa AG, Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21:73-9

Inojosa RM. Redes de compromisso social. Rev. adm. pública. 1999; 33 (5): 115-41.

Marques EC. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas. Rev. bras. Ci. Soc. 2006; 21 (60)supl.60: 15-41

Marques ES, Cotta RMM, Botelho MIV, Franceschini SCC, Araújo RMA, Lopes LL. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. Physis 2010; 20 (1): 261-81

Marteletto RM. Análises de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência de informação. Ci. Inf. 2001; 30 (1): 71-81

Patussi MP, Hardy R, Sheiham A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. Community Dent Oral Epidemiol.2006; 34(5): 344-50

Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev. bras. enferm. 2009; 62 (3): 424-29

Silva DP. Vocabulário jurídico. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2002.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



DECLARAÇÃO

O Coordenador da Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba declara que **ANAY GOMES FERRER**, aluna regularmente matriculada sob registro acadêmico nº 087485, defendeu sua Dissertação de **Mestrado Profissionalizante em ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**, no dia 01 de Julho de 2011, perante a Comissão Julgadora composta pelos Professores Doutores: MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA, GUSTAVO SATTOLO ROLIM e MARCELO DE CASTRO MENEZES, tendo sido considerada **APROVADA**. Para que o respectivo título possa ser concedido, com as prerrogativas legais dele advindas, é necessário que ocorra a homologação do exemplar definitivo da respectiva **Dissertação** pelas instâncias competentes da UNICAMP. Piracicaba, 01 de Julho de 2011.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renata C. M. Rodrigues Garcia".

Profa. Dra. Renata C. M. Rodrigues Garcia
Coord. dos Cursos de Pós-Graduação
FOP/UNICAMP - Matr. 24558-5