

IDENTIDADE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO RECIFE.

Marcos Aurélio Dornelas da Silva¹

RESUMO: *Este estudo pretende perscrutar a relação dos Agentes de Saúde com seus contextos sociais específicos, como parte de sua comunidade. Acreditamos que o Agente de Saúde funciona como um elo entre a comunidade e os gestores das políticas públicas de saúde. É esta hipótese que buscamos testar neste trabalho. Como referencial teórico, utilizaremos o conceito de habitus desenvolvido por Bourdieu. A metodologia aplicada ao estudo insere-se nas análises de redes sociais, que constitui a um só tempo, também uma teoria. Sendo os Agentes de Saúde o objeto da pesquisa, aplicamos a estes um questionário, e, a uma amostra estratificada por idade e sexo, aplicamos uma entrevista em que buscamos respostas a nossos questionamentos. Em nossas conclusões buscamos provar que a análise de redes constitui um método eficaz de compreensão das estruturas sociais, tendo em vista que a rede social se situa no nível meso estrutural. Contribuindo, desta forma, ao lado da noção de habitus, para nosso entendimento do agente de saúde enquanto partilhador dos processos identitários subjacentes as práticas sociais de uma comunidade. Desta forma, nosso estudo também visa analisar a potencialidade transformadora, em termos de empoderamento do Programa de Saúde da Família para além de suas propostas.*

Palavras-chave: Agente de Saúde; Comunidade; Redes sociais

INTRODUÇÃO

A partir dos princípios de descentralização no que diz respeito à saúde, propostos na Carta Magna de 1988, a municipalidade passou a ter importante papel no desenvolvimento de uma política de saúde preventiva baseada na família e na comunidade e não mais apenas no indivíduo e na doença. Tais princípios ressoaram na expectativa de uma cidadania ativa e participativa. As condições governamentais favoráveis, erigidas ao longo de doze anos de implementação do SUS, vêm contribuindo significativamente para o estabelecimento e a consolidação de uma gestão descentralizada e participativa do sistema.

Referida descentralização busca perceber as condições demográficas diferenciadas, as características epidemiológicas diversas e as disparidades socioeconômicas nos estados e regiões como geradores de problemas de atributos e escala distintos². Neste sentido, as prioridades no espaço local e regional são singulares e devem ser assim também as intervenções.

Um dos pilares da descentralização do SUS é a valorização da experiência cotidiana das populações locais; dos usuários do sistema e dos profissionais de saúde formados na própria comunidade. Essa perspectiva é de suma importância na definição de prioridades e estratégias voltadas para à gestão política da saúde e para à qualificação e identificação dos problemas e carências de cada lugar.

Pensemos, por exemplo, na alocação daqueles que formam os Agentes de Saúde Comunitários: desde já, o primeiro critério de seleção para ocupar uma vaga de ACS é morar na

¹ Mestrando em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE

² As NOAS inclusive chegam a criar o princípio de 'Região de Saúde' entendido como a "base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado (...), considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços..." (NOAS 2002, p. 10)

comunidade atendida e nela ter uma participação social-comunitária efetiva. Esse estreitar de laços facilita o controle das ações em saúde por parte da população já que os executores diretos dessas ações são membros da própria comunidade.

Como se pretende demonstrar ao longo destas linhas, o Agente de Saúde é uma espécie de elo entre as práticas médicas e as práticas de saúde cotidianas. Os Agentes mantêm fortes laços locais, daí a importância de um estudo que busque compreender sua identidade social não como grupo profissional, mas como parte da comunidade com forte identificação local.

Aqui, inicialmente vamos discutir os conceitos de identidade, ligados a território e o conceito de rede social, ligado ao conceito de *habitus*. Isso porque, acreditamos, poderemos entrever melhor a idéia de identidade e de *habitus* com os índices território e redes sociais. *Habitus* e redes sociais estão próximos porque os princípios condicionantes das ações habituais são socialmente construídas e dependentes da localização do ator social, ou seja, no seu lugar na rede.

Num segundo momento, refletiremos sobre os dados levantados no estudo com base nos princípios teóricos que referimos antes, seguidos de nossas considerações finais.

A pesquisa que nos serve de base foi realizada no Distrito Sanitário nº1, no Recife. O grupo pesquisado, os Agentes de Saúde comunitários, perfazem um total de 74 profissionais³, foi-lhes aplicado questionários, e um grupo representativo de 21 Agentes foi entrevistado. Os resultados e discussões que apresentamos são referentes a esses dados coletados.

CONSTRUINDO UM CONCEITO DE IDENTIDADE.

Desde os estudos de Simmel sobre a sociedade moderna, ressaltou-se a heterogeneidade e o isolamento dos indivíduos na cidade. A vida moderna, segundo Simmel, é caracterizada pelo embate do indivíduo que pretende conservar-se autônomo e a estrutura que, pelas forças sociais, lhe moldam as atitudes. O mundo moderno, a partir do século XVIII, convida os homens a emancipar-se de suas raízes inclusive as morais e religiosas. (Simmel, 1976)

Wellman, por outro lado, ao falar da *pastoral syndrome* (WELLMAN, 1983. p 124), teme a naturalização de certa nostalgia em relação ao passado que seria caracterizado por uma comunidade inocente, ao passo que a modernidade seria caracterizada pela dispersão dos laços sociais. Desta formam, apenas mais recentemente, os sociólogos passaram a perceber o espaço da cidade como um conjunto de comunidades e de identidades diferenciadas, abandonando ou pelo menos relativizando conceitos já consagrados de identidade na modernidade.

Ao buscar referências na literatura, percebe-se que o conceito de identidade é uma polissemia única nas Ciências Sociais. Hall, por exemplo, analisando o conceito, percebe uma crise de identidades, crê o autor que as identidades estão se descentrando, fragmentando-se. Mudanças estruturais estariam abalando o sentido das identidades pessoais ou até provocando um deslocamento do sujeito, tanto de seu lugar no mundo social e cultural quanto de si mesmo. O quadro de mudanças seria tão amplo, segundo Hall, que beira a um questionamento da própria modernidade.

Para Hall, ao mesmo tempo em que internalizamos os significados e os valores da sociedade, elas tornam-se parte de nós, contribuindo no alinhar de sentimentos subjetivos com os lugares objetivos que ocupamos no mundo social (HALL, 1999). Podemos chamar esse processo de assimilação social. Berger é quem melhor descreve esse processo (que também envolve participação) de internalização do mundo através dos chamados processos primários e secundários de socialização. O grau de identificação dependerá da interiorização de certos

³ Dados referentes a dezembro de 2003.

valores realizada, na socialização primária ou secundária. O autor privilegia, nesse sentido, o caráter temporal do processo de consciência do mundo.

Berger atribui importância ainda à questão da linguagem para a construção de um senso comum, de uma prática cotidiana e para a tipificação das experiências com os semelhantes, permitindo agrupar as ações em espécies de categorias amplas que contenham sentidos não apenas individuais e sim coletivos no grupo. Sentidos que, em última instância, são reações defensivas em relação ao mundo mais exterior, fora dos laços mais próximos. (BERGER; LUCKMANN, 1973, pp 173-194)

Esta observação de Berger está em concomitância com as idéias de Bauman sobre a comunidade. Este autor percebe a questão da comunidade pelo antagonismo e pela tensão entre a liberdade e a segurança. Pertencer a uma comunidade equivale a ter um grau de ‘inocência’ que, se perdido, perde-se o sentido de comunidade. Essa inocência diz respeito ao conhecimento de outras comunidades e ao próprio conhecimento do funcionamento da comunidade de que se faz parte. Desse modo, quando a comunidade é pensada e questionada seu próprio sentido comunitário, esvai-se.

O tipo de entendimento em que a comunidade se baseia precede todos os acordos e desacordos. Tal entendimento não é uma linha de chegada, mas o ponto de partida de toda união. É um sentimento recíproco e vinculante – a vontade real e própria daquelas que se unem; e é graças a esse entendimento, e somente a esse entendimento, que na comunidade as pessoas permanecem essencialmente unidas a despeito de todos os fatores que as separam. (BAUMAN, 2003, p.15-16)

Acreditamos, porém, de certa forma acrescentando a perspectiva de Berger, que a questão espacial seja tão importante quanto a condicionante temporal para a construção da identidade. Nos parece claro que a identidade está baseada fortemente na comunidade, e esta, por sua vez, toma por alicerce para a construção de um ‘senso comunitário’, e de confiança, não só nos processos de socialização acontecidos dentro de instituições como na família e na escola.

É neste sentido de participação da vida comunitária que relacionamos a identificação entre o Agente Comunitário e sua comunidade. O ACS é, num sentido amplo, o porta voz da comunidade nas questões de saúde; é uma espécie de membro autorizado, “o representante [que] constitui o grupo que o constitui” (BOURDIEU, 1996, P. 28). O território ou a comunidade é uma espécie de particularização de um espaço público, é a transformação de uma pequena parcela da cidade num lugar de reconhecimento social e de conhecimento espacial rápido e de participação, seja negativa ou positiva; o impossível é não participar da comunidade. É a colocação mais específica do indivíduo na sua rede local das redes primárias e secundárias numa ambientação espacial. Mas essa comunidade, apesar de aberta a todos os seus nativos, é dominada de forma diferenciada, há graus de apreensão do espaço tanto geográfico quanto social no lugar, é o lugar de uma apropriação progressiva, mas regulada pelo indivíduo segundo sua vontade e principalmente suas possibilidades preexistentes de alocação de recursos sociais.

Não tomaremos, portanto, os Agentes Comunitários como uma classe funcional, já que a relação entre os Agentes, em si, é fraca, ou seja, nosso objeto não é uma identidade profissional e sim uma identidade ligada ao território. Ou melhor, ligada à comunidade, já que os laços sociais construídos entre Agente de Saúde e comunidade são baseados, sobretudo, na confiança. Buscamos reconhecer no Agente um membro da comunidade, deste modo, partilhador de uma determinada história local, advindo daí o alto grau de reconhecimento, reconhecimento que não percebemos em relação aos outros Agentes Comunitários que, distribuídos pela cidade, não têm tal ligação devido à falta de contato territorial e à ausência de outras formas de contato quaisquer que sejam. A noção de identidade que procuramos desenvolver não está ligada, exclusivamente,

a uma memória individual, tampouco é dada apenas por uma imposição estrutural, sendo percebida, por outro lado, como um complexo de interações sociais, de intervenções, identificação e interiorização social do ator social diante da sociedade e mais particularmente as relações deste ator com sua comunidade, comunidade esta percebida aqui num sentido geográfico-espacial e histórico-biográfico. Particularmente importante é a noção de territorialidade para os ‘pobres urbanos’ já que as condições especial de ocupação de território seja luta pela permanência de ocupação em frente de autoridades, seja pelas adversidades do próprio lugar em termos de ambientação, por exemplo, em áreas alagadas. Acreditamos que estas necessidades mais objetivas inserem as pessoas num campo de luta social comum, estabelecendo entre elas vínculos identitários diferenciados. Partimos da observação do próprio espaço do distrito sanitário nº1, nosso objeto de estudo, algumas das mais representativas comunidades que estão no espaço do distrito, localizam-se em áreas alagadas e carentes de uma mais efetiva ação governamental, daí a forte vinculação das pessoas, fator que deve ser melhor demonstrado numa análise sociológica posterior que, por ora, nos baseamos em indicativos presentes nas falas dos entrevistados.

Redes sociais e habitus

A princípio e grosso modo as análises de redes partem do pressuposto de que a forma como os indivíduos vivem depende em larga medida da maneira como eles estão ligados em conexões sociais. As redes sociais são estruturas de sociabilidades estabelecidas entre indivíduos e, ou organizações sociais. São ligações que acontecem no espaço social, num nível micro (os indivíduos e suas redes egocentradas) e no nível meso-estrutural (relações entre organizações, por exemplo). As redes estruturam a sociedade, na medida em que remetem os indivíduos a vínculos institucionais, organizando papéis e facilitando ou dificultando processos de mobilização de recursos dos mais variados tipos. O que há de particular na análise de redes em relação a outras abordagens da teoria social é que o enfoque não é propriamente o ator ou a estrutura e sim as relações entre os atores.

Entende-se, portanto, por rede social os vínculos de determinados indivíduos dentro de um grupo, em um determinado momento espaço-temporal. Vínculos que podem ser herdados de outras situações da história de cada indivíduo; seja família, trabalho ou outros grupos relacionais como igreja, associação comunitária ou partido político. Obviamente estes indivíduos localizados nos grupos estão todo o tempo se entrecruzando e com isso funcionando como relés⁴; a quantidade de cruzamentos de uma rede depende do tamanho da teia de relações do indivíduo construídas ao longo do tempo e do grau de proximidade destes vínculos. A posição dos atores nessas redes molda suas ações e estratégias ajudando a construir as preferências, os projetos e as visões de mundo, mas, por outro lado, elas também constroem, desconstroem e reconstroem-se continuamente, em um processo dinâmico e contínuo.

Princípio que nos parece muito próximo ao de redes sociais é o que Bourdieu chama de *habitus*. Pelo *habitus*, Bourdieu nega o objetivismo, que coloca sobre o indivíduo o peso constante e inescapável da estrutura social, colocando-se o mundo social como estrutura estruturada e não como estrutura estruturante; e nega também, por outro lado, o subjetivismo que coloca no indivíduo o papel de construtor constante (e em determinadas teorias construtor sempre consciente) da ordem social. Poucas teorias sociais escapam a essa dicotomia axiomática que podemos representar, respectivamente, pelos clássicos Durkheim e Weber.

⁴ Segundo Fontes (2003) relé social, pode ser descrito como o mecanismo que produz e divulga a mobilização dos indivíduos para novas redes, criando-se desta forma redes de redes.

Na tradição durkheimiana, que consiste grosso modo em tratar os fatos sociais como coisas (DURKHEIM, 1995), torna-se possível tomar pontos de referência de uma dada sociedade como demonstradores empíricos de uma memória coletiva, uma memória estruturada que, ao enunciar o que é comum a um grupo e o que o torna diferente de outros, firma os sentimentos de pertencimento e as fronteiras em relação a outros grupos. A estrutura tem um papel quase institucional de estabilidade e continuidade.

O pensamento weberiano está baseado em uma sociologia compreensiva, ou seja, tem seu ponto de análise no sujeito. A princípio, seguindo a linha de raciocínio weberiana, não existe mundo objetivo de uma sociedade global, a objetividade só pode ser apreendida partindo-se dos indivíduos. É então que os ‘tipos ideais’ (WEBER, 1974) têm função central para Weber, o problema do sociólogo seria construir uma tipologia da ação para daí, e apenas daí, do indivíduo compreender as objetivações. O mundo é neste sentido intersubjetivo, com ação centrada no sujeito que dirige suas ações para o outro, adquirindo significado quando este outro compartilha do mundo social comum. É preciso colocar ainda que o outro também apreende as ações do primeiro de forma tipificada, daí a negociação das situações face a face.

O hipotético antagonismo entre indivíduo e estrutura pode ser desvelado se nos fundamentarmos no papel desempenhado pelos atores na demanda da estruturação, da construção de sua realidade. É essa estruturação de uma posição presente e passada na sociedade que os indivíduos entendidos como pessoas físicas, transportam com eles, em todo o tempo e lugar, sob a forma de *habitus*.

Para Bourdieu *habitus* deve ser entendido como um conjunto de normas, de disposições duráveis e transponíveis que, reunindo todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma base de percepções e de ações. O *habitus* é, neste sentido, epidítico da posição do indivíduo na estrutura. Ainda assim o *habitus* privilegia as relações sociais, a prática social, como coloca Bourdieu:

A prática é, ao mesmo tempo, necessária e relativamente autônoma em relação a situação considerada entre uma situação e um *habitus* e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências análogas de esquemas, que permitem resolver os problemas de mesma forma, e às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidas por esses resultados (BOURDIEU, 1983, p 65)

Só podemos explicar as ações se confrontarmos, tendo em conta a estrutura objetiva que estabelece, as condições sociais de elaboração do *habitus* com as condições do exercício desse *habitus*, ou ainda, com a conjuntura que manifesta um estado particular dessa estrutura.

Bourdieu tal qual Berger nega a existência de uma “consciência coletiva” uma vez que tal idéia nega as diferenças das *classes possíveis*. As condições simbólicas no interior de uma comunidade não dependem tão somente da estrutura do grupo de interação no qual elas se efetuam, dependem também das estruturas sociais mais amplas nas quais se acham inseridos os atores em interação.

Sociabilidade e espaço: construção das redes comunitárias a partir do Agente de Saúde.

Dos Agentes Comunitários que atuam na área nº1, 82% nasceram na RMR, 33% moram na comunidade onde atuam há mais de 40 anos; observando-se que pouco mais de 50% deles têm entre 36 e 50 anos, fica claro que boa parte dos ACS nasceu no bairro. O conhecimento do território é algo quase imanente nessas pessoas que nasceram na comunidade.

Nossa idéia de territorialização parte de um princípio de socialização do espaço geográfico. Estes tipos de espaço nunca coincidem completamente; mas diferenças que se colocam como geográfica, como uma divisão entre uma comunidade, ou até uma cidade, ou ainda entre o centro e a periferia, são na verdade conseqüências da distância no espaço social. Ou seja, o espaço, ou território é uma representação física do espaço social.

A cognição do lugar ocupado nesse espaço social comporta uma gama enorme de informações sobre as particularidades de condição e da posição social dos atores. Para o caso dos Agentes comunitários, ou seja, sobre sua rede, essa relação se percebe claramente, já que esses profissionais ocupam uma posição intermediária entre os saberes médicos e as práticas cotidianas de saúde. Devem parte de suas características mais representativas ao fato de estarem situados entre os dois extremos de um campo social e de oscilarem entre esses pontos funcionando, no mais das vezes, como um vértice entre os pólos.

Os Agentes, embora partilhem das mesmas perspectivas sociais, muitas vezes dos mesmos problemas, não se reconhecem como grupo unívoco, baseiam sua diferença em seus bairros e comunidades. Essa postura parte de uma construção social dos sujeitos. Isso porque os modos de apreensão do mundo como fato social são produto da interiorização das estruturas objetivas do espaço social que estão localizados na comunidade.

O paciente que é assistido por uma pessoa que partilha da mesma realidade espacial e das mesmas experiências imediatas já traz, no bojo das relações em si, um laço de identificação particularmente forte. Os atores e os grupos (comunidades) são assim definidos pelas suas posições relativas num espaço e se reconhecem como partícipes de um mesmo lugar.

O espaço social mescla-se com a ordem espacial. Embora as casas tenham, na maioria das vezes, número e as ruas, nomes, os locais dentro da comunidade são identificados muitas vezes pelo nome do morador da rua mais conhecido pelo restante da comunidade. Denotando uma base pessoal nas relações, característica de grupos com forte identificação. Como demonstra esse trecho de entrevista: “...sempre tinha campanha de filariose, (...) naquele tempo colocava nas casas, na casa de uma pessoa bem conhecida, uma pessoa da rua bem conhecida sabe?”.

A confiança é uma construção social que no cotidiano se faz e refaz-se continuamente, e mesmo numa comunidade em que se é bem adaptado, é tarefa complexa para os atores sociais. No nosso estudo os ACS, por estarem num espaço em que muitas vezes sofrem comparação, por parte da comunidade, com os médicos, ganhar a confiança da comunidade é difícil. Para romper essa barreira, o ACS, consciente ou inconscientemente, vale-se dos laços de confiança construídos no cotidiano da comunidade. O Agente é agora um membro da comunidade alçado a uma nova condição, a um a nova posição na grande rede comunitária. A confiança sob novas bases deve ser construída dessa vez sob o papel de elo entre os saberes tradicionais, médicos e os saberes locais populares. Os dois momentos são representados pelas respostas diferenciadas de ACSs: um Agente novato no trabalho quando questionado sobre a relação com a comunidade, se é bem recebido pelas pessoas, respondeu: “... recebem, mas no início era muito ruim, (...) agora já estão aceitando, no início foi osso duro de roer”. Numa outra entrevista, um profissional já veterano declara: “...a gente tem mais contato com a família, de uma forma que o pessoal confia muito. É outras pessoas entrar na sua casam como a gente, o pessoal confia muito(...). A hora que a gente for está de portas abertas.”.

Um outro entrevistado acrescenta ainda sobre a importância do PSF, demonstrando estar ciente do poder de alcance do seu trabalho na comunidade.: “A implantação do PSF foi ótimo para o bairro pelo resgate da comunidade. A credibilidade é grande dada por eles daqui, o retorno então... muita coisa boa foi feita e a gente está colhendo frutos bons.”.⁵

⁵ É comum, também os entrevistados fazerem referência a necessidade de algumas pessoas receberem a visita domiciliar do médico. O médico, no entanto, carece da presença do Agente de Saúde para ‘entrar’ na comunidade.

O princípio de o Agente de Saúde dever ter uma vida comunitária ativa demonstra que a sua inserção no grupo de Assistência à saúde não o traz apenas pessoalmente para o posto de trabalho; o profissional comunitário traz consigo suas redes de procedência, aquelas da biografia do indivíduo e suas redes de mediação, aquelas às quais ele está ligado; redes que os ligam às associações da comunidade, a grupos ligados às igrejas ou a ONGs; instituições que se mostram de grande importância na assistência à saúde na comunidade, esses entrecruzamentos geram também novas redes ou *subredes*.

Quantidade expressiva dos entrevistados participam de associações – 44%, mais de 50% já participaram de alguma forma de grupos voluntários, e alguns devem sua inserção no Programa de Saúde da Família e esses contatos prévios, notadamente redes de procedência. Os mais antigos que participaram de formas anteriores de Programa de Saúde vêm de processos de ingresso não-publicizados; foram indicados pelas lideranças dos grupos comunitários da área, esse grupo de Agentes constitui 11% do total. Não por acaso são os mais antigos os mais atuantes em grupos associativos às comunidades. É interessante perceber que os grupos ligados à igreja funcionam como uma conexão entre a comunidade e o PSF; do total dos Agentes, 89% declararam ter uma religião. Dos que participam de grupos comunitários, 40% o fazem via grupos ligados à igreja, como grupos de jovens, grupos de visita a doentes, etc. Dos outros grupos, 60% são de associações de bairro, clubes de mães ou grupos de ajuda mútua localizados no próprio bairro.

Evitemos, porém, a ilusão de uma homogeneidade social, o capital social, cultural e simbólico estão distribuídos desigualmente entre os atores, o caso dos Agentes. Eles gozam de uma relativa diferenciação na comunidade.

O campo social, como um espaço multidimensional de posições tal que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema de coordenadas. Segundo Simmel, a associação surge em função de um propósito definido (SIMMEL, 1983) e, podemos acrescentar, potencializam ainda ações futuras. O capital social aparece como um investimento numa relação pessoal face a face. Seus valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes à interação social: os agentes distribuídos nas suas redes egocentradas diferenciam-se, numa primeira dimensão, segundo o volume global do capital que possuem e, numa segunda dimensão, segundo a composição do seu capital – quer dizer, segundo o peso relativo das diferentes espécies de capital.

Dessa forma, entre os próprios agentes de Saúde, há diferenças quanto ao potencial de alavancamento de recursos dentro e fora da comunidade. O mais importante para a comunidade é que o ACS use esse poder, na maioria das vezes, para facilitar a promoção da saúde na sua comunidade, num momento procurando uma Associação de bairro que possa intervir num caso que escape às suas possibilidades de ação; por vezes utilizando suas redes e seu capital social diferenciado para potencializar a promoção da saúde pelas palestras e encontros em rádios comunitárias ou nas associações, objetivando a divulgação de ações de saúde e de cidadania na comunidade.

Como se observa nesse relato: “... o médico mesmo não vai poder entrar sozinho na comunidade, para ir na casa daquelas pessoas que precisam de consulta, que estão precisando daquela consulta, o Agente vai lá na visita e vê aquelas pessoas que não estão podendo ir no médico, não estão podendo sair de casa, a gente volta no Posto, marca a consulta com o médico pra depois levar ele lá, aí o médico em si só, não pode, até porque a área é muito perigosa(...). Aí o médico só vai com o Agente até porque o Agente já conhece a comunidade.”

CONCLUSÃO

Assim, em vez de falarmos da identidade como uma coisa acabada, deveríamos falar de identificação e vê-la como um processo em andamento, principalmente no que tange à confiança. A identidade surge não tanto pela plenitude da identidade que já está dentro de nós como indivíduos, mas de uma falta de inteireza que é preenchida a partir de nosso exterior.

O Agente de Saúde Comunitário traz para um sistema que antes era burocratizado, o sistema de saúde popular, a variável comunidade, colocando na prática médica a família e seus problemas, que na maioria das vezes escapa inclusive o domicílio, são problemas sociais e a solução passa pela mobilização de toda a comunidade.

Portanto o território deve ser entendido para além de uma mera divisão burocrática dos distritos sanitários da cidade e de seus respectivos postos de saúde. Este território deve respeitar aquele instituído pelas comunidades, embora nem sempre aconteça⁶, e refletir seus perfis demográficos, epidemiológicos e sociais, privilegiando sua formação histórica, o que os torna independentes e em construção permanente.

Dada a diferenciação ínsita das localidades em nível nacional e, no caso do Recife local, as iniciativas do princípio de equidade devem se dar pela diversificação das ações e não pela sua igualdade, tendo por base que as doenças endêmicas mudam conforme o meio e a classe social, ou o *habitus*. Os pobres adoecem mais e de doenças diferentes, geralmente ligadas à não-urbanização nos locais de moradia.

Partindo da reconstrução dos diversos campos de sociabilidade, particularmente a comunidade, poderemos introduzir uma nova maneira de olhar e de influir nos novos programas de saúde comunitária, buscando entender e agir sobre uma comunidade não setoriada pelos seus indivíduos, mas em seus vínculos associativos, nos seus nós mantenedores das redes locais.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2003

BERGER, P.; LUCKMANN, T. A Construção Social da Realidade. 4. Ed., Petrópolis, Vozes. 1973

BOTT, E. Family and social network. Roles, norms and external relationships in ordinary urban families. London, Tavistock Publications, 1964.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: BOURDIEU, Pierre. Sociologia/(Org) [da coletânea] ORTIZ, R. São Paulo, Ática, 1983, pp. 46-81

_____. P.Razões práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas, Papirus. 1996.

⁶ Quando perguntado a um Agente Comunitário se a população participou da divisão da área, foi respondido: "... a população não sabe, eles perguntam ' como é que é a mesma rua, do meu lado e eu não posso ser atendido pelo Doutor e desse lado pode?'" . Problema semelhante acontece na área da equipe de saúde da comunidade dos Coelhos, particularmente sua unidade II, há uma confusão entre sua área de abrangência e sua área de influência, sendo esta maior que aquela, uma vez que a equipe muitas vezes atende a população inserida na área da Boa Vista, convém observar que a população da Boa Vista não dispõe de equipe nos moldes do PSF, os dois Agentes que atendem à área são ainda do modelo PACS.

_____, P. A economia das trocas lingüísticas o que falar quer dizer. São Paulo: Edusp, 1996.

DAMATTA, R. A casa & a rua. 4. Ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.

DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FONTES, B. A. S. M. 2003. Terceiro Setor, Dádiva, Redes Sociais In: Economia Popular e Solidária - Desafios Teóricos e Práticos. 01 ed. Recife: Bagaço, v.01, p. 108-116.

GIDDENS, A. As conseqüências da modernidade. 5. Ed., São Paulo, UNESP, 1991

HALL, S. A identidade Cultural na Pós-modernidade. 3. Ed., Rio de Janeiro, DP&A, 1999

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental In O Fenômeno Urbano (org) VELHO, O. Guilherme 3ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1976.

_____ G. Sociabilidade: Um exemplo de sociologia pura ou formal. In SIMMEL, G. Simmel sociologia/(Org) [da coletânea]MORAES FILHO, E. São Paulo: Ática, 1983. pp. 165-181

WEBER, Max (1974) Ensaio de Sociologia de Max Weber. C.W. Mills e H. Gerth (orgs.). Rio de Janeiro, Zahar, pp. 97-153; 221-228.

Wellman, Barry. Communities. In Social Structures: a network approach Wellman, Barry and S.D. Berkowitz(orgs). Cambridge; New York; Cambridge University Press, 1988

WELLMAN, Barry. Network analysis: some basic concepts. In: _____(ed) Sociological Theory. 1983