

Análise da Rede de Apoio Social na Saúde do Trabalhador

Analysis of Social Support Network on Occupational Health

ALEX PRATES LORENZO¹
ROBSON DA FONSECA NEVES²
KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO²

RESUMO

Objetivos: construir e analisar o componente estrutural da rede de apoio social e compreender as vias e tipos de apoio prestados e as relações existentes entre o trabalhador e os demais indivíduos pertencentes ao seu nicho interpessoal. *Metodologia:* foi realizada uma análise do discurso de uma entrevista aberta com uma trabalhadora adoecida pelo trabalho. A rede social foi sistematizada em trabalho, família e serviços de saúde e o processo de adoecimento foi dividido nas fases de pré-adoecimento, adoecimento e pós-adoecimento. *Resultados:* na rede social família, pode ser visto que os sujeitos que a compunham na fase de pré-adoecimento, passaram a ocupar uma posição mais central em relação à mesma no processo de adoecimento e pós-adoecimento. A composição das redes de serviços de saúde e trabalho sofreu grandes mudanças nas relações interpessoais durante o processo de adoecimento, o que dificultou a análise da centralidade de proximidade, e consequentemente a troca de apoios, não demonstrando neste estudo seu potencial. *Conclusão:* este estudo preliminar auxiliou no entendimento da organização e mutação de algumas redes sociais de um trabalhador ao longo de um processo de adoecimento, contudo, são necessários outros estudos para aprofundar os conhecimentos nesse campo.

DESCRIPTORIOS

Saúde do Trabalhador. Apoio Social. Relações Interpessoais.

SUMMARY

Objective: To outline and analyze structural aspects of the social support network and to understand the ways and types of support provided as well as the relationship between the worker and the other individuals belonging to his/her interpersonal niche. *Methodology:* It was conducted a discourse analysis by means of an open interview with a female worker sickened by work. The network was divided into work, family and health services and the disease process was divided in the pre-illness, illness and post-illness. *Results:* Regarding family social network, it was seen that subjects who composed it in the pre-illness came to occupy a more central position in the illness and post-illness process. The compositions of health services and work underwent substantial changes in relationships between subjects during illness process, which complicates centrality analysis and consequently exchange of support. *Conclusion:* This preliminary study has helped understanding the organization of social networks and mutation of a worker over the disease process. Nevertheless, further studies are needed to deepen the knowledge in such a field.

DESCRIPTORS

Occupational Health. Social Support. Interpersonal Relations.

1 Fisioterapeuta Graduado pela Universidade Federal da Paraíba.

2 Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba.

A compreensão dos grupos em redes sociais interessa a pesquisadores de vários campos do conhecimento que, na tentativa de compreenderem o seu impacto sobre a vida social, deram origem a diversas metodologias de análise que têm como base as relações entre os indivíduos, a centralidade e os apoios sociais trocados.

As redes sociais são a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas. Uma rede é definida como sendo um conjunto de nós interconectados. Redes são estruturas abertas capazes de se expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação, tais como valores ou objetivos de desempenho. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo-coletivo e para a sua auto-imagem. É um sistema composto por vários objetos sociais, funções e situações que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa em suas diferentes necessidades. As redes podem ser denominadas também como teias, porque indica uma pluralidade de direções, um entrelaçado de relações e de trocas nem sempre diretas ou lineares (MARTELETO, 2001, RIBEIRO, 2008, VASCONCELOS, 2002).

A importância das relações sociais entre os indivíduos surge como um elemento-chave para a compreensão da sociedade. O modo como o indivíduo se comporta é determinado por suas relações passadas e atuais. A interdependência das funções humanas sujeita e molda, de forma profunda, o indivíduo. Pelo fato de os seres humanos não estarem tão presos às determinações biológicas, é que o entrelaçamento das suas atividades dá origem a leis e estruturas de um tipo especial. Por essa razão, as redes têm mecanismos automáticos de mudança e transformações históricas que independem da vontade dos seus componentes tomados isoladamente (ESCÓSSIA, KASTRUP, 2005).

Os laços sociais existentes podem ser classificados segundo GRANOVETTER (1973, *apud* MARTELETO; SILVA, 2004, p. 43) “como fortes, deûnidos como aqueles nos quais os indivíduos despendem mais tempo, intensidade emocional e trocas; por exemplo, a amizade; e fracos aqueles nos quais o investimento é menor ou nulo, como, por exemplo, os mantidos com pessoas conhecidas”. A análise na direção das relações fracas revela que esta favorece para a expansão das redes. Intuitivamente, se dois indivíduos têm relações fortes, é provável que haja uma superposição e proteção em suas relações, e a rede, como um todo, torna-se restrita. Essa relação permite que um sujeito troque informações sem a necessidade

da construção de uma relação profunda, como o laço forte. Assim, são as relações fracas que ampliam os limites das redes, conectando grupos e pessoas que não têm ligações entre si (MARTELETO, 2001).

Nesse contexto, os bens, os materiais, as relações criadas e as informações trocadas são caracterizadas como apoio social. O apoio social é definido como sendo qualquer informação, falada ou não, auxílio material, oferecidos por grupos ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (CHOR *et. al.*, 2001, ANDRADE, VAITSMAN, 2002).

No que se refere aos trabalhos sobre redes de apoio social, diversos artigos são encontrados na literatura, tendo como temas as percepções dos pais e mães sobre as transformações na rede social família durante o nascimento de filhos; a rede social comunitária no processo de reinserção e sociabilidade primárias de pessoas com transtornos mentais; a compreensão das redes de comunicação mediada por computador (DESSEN, BRAZ, 2000, FONTES, 2007, RECUERO, 2004).

Ao passar para os estudos que relacionam redes de apoio social e saúde do trabalhador, alguns estudos trazem como foco, as mudanças organizacionais do posto de trabalho durante a privatização da empresa, suas redes sociais informais e a articulação destes dois fenômenos; os padrões de relacionamento da rede social com foco na centralidade e na força das ligações; a análise de redes sociais para compreender os padrões de comunicação e colaboração que são estabelecidos entre os gestores, trabalhadores de saúde e usuários inseridos na formulação e implementação de deliberações (SANTOS, 2004, TOMAÉL, MARTELETO, 2006, TÁVORA, 2009). Nesse contexto, vemos que há uma carência de trabalhos que analisam a rede de apoio social de um trabalhador que passa pelo processo de adoecimento.

Quando analisamos a vida de um trabalhador, vemos que este é cercado por diferentes redes de apoio social, como o trabalho, a família, inserções comunitárias, sendo nessas estruturas da sociedade que o homem/trabalhador estabelece suas relações cotidianas. Ao passarmos para o processo de adoecimento, vemos que o trabalhador é amparado por um sistema de saúde, inserido numa lógica de entendimento do processo saúde-doença que incorpora elementos subjetivos do trabalho, e é nesse contexto que a noção de apoio social traz contribuições aos processos de cuidado de trabalhadores. (LACAZ, 2007).

Pensar no contexto de um trabalhador adoecido pelo trabalho, e na configuração de sua rede social e apoios sociais trocados são de suma importância para o controle e manutenção de sua vida. Os estudos da rede de apoio auxiliam na compreensão da realidade social ao qual este sujeito está inserido. Isso permite entender a estrutura da rede social; quais os pontos fortes e fracos de apoio ao qual o trabalhador está ancorado; como esses se comportam e interagem com as demandas do trabalhador, sejam essas financeiras, afetivas, entre outras, e quais sujeitos se apresentam como centrais na rede família, trabalho e serviços de saúde.

Por fim, o objetivo desse estudo foi construir e analisar o componente estrutural da rede de apoio social e compreender as vias e tipos de apoio prestados e as relações existentes entre o trabalhador e os demais indivíduos pertencentes ao seu nicho interpessoal, com base no discurso do mesmo.

MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo foi baseado na abordagem qualitativa de pesquisa científica. As abordagens qualitativas se conformam melhor à investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de história social sob a ótica dos atores, de relações sociais e para a análise de discursos e documentos. Este método caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão lógica do grupo ou do processo em estudo. A escolha do método qualitativo surge de forma natural; é consequência da necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social (MINAYO, 2006).

Este estudo configura-se como um estudo de caso qualitativo e para a realização desse trabalho foi selecionada uma informante-chave, com base nos seguintes aspectos: trabalhador(a), que passou por um processo de adoecimento devido seu processo de trabalho. A seleção foi realizada por meio de uma lista fornecida pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – João Pessoa.

A trabalhadora selecionada tinha um vínculo empregatício formal de auxiliar de serviços gerais; possuía como diagnóstico clínico Síndrome do Túnel do Carpo Bilateral, com tempo de adoecimento maior que três anos, com itinerário dentro de serviços de saúde. Foi importante o fato da entrevistada possuir relação do tipo vida familiar, com pelo menos uma pessoa. O conceito de vida familiar é entendido como o intercâmbio simbólico entre gêneros e gerações; mediação de cultura e valores; socialização primária e mediação entre a “casa” e a “rua” (SERAPIONI, 2005).

Buscou-se essa terminologia para afastar o conceito de família dos domínios co-sanguíneos e da estrutura residencial, na tentativa de aproximar o conceito de família mediante as relações existentes entre os sujeitos.

Tomou-se como ponto de análise a rede de apoio social em três dimensões: o trabalho, a família e serviços de saúde. Cada dimensão foi dividida em três fases: pré-adoecimento, adoecimento e pós-adoecimento.

Como recurso para a obtenção dos dados será utilizada a entrevista, definida por HAGUETTE, (1997 *apud* BONI, QUARESMA, 2005) como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, coletar dados ora objetivos, ora subjetivos. Os dados subjetivos obtidos através da entrevista relacionam os valores, significados, motivações, crenças, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados.

Com relação às técnicas de entrevista, foi utilizada a técnica da entrevista aberta. Essa técnica atende principalmente a finalidades exploratórias sendo bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulação mais precisa dos conceitos e significados relacionados. A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior aprofundamento do assunto em questão. Desse modo, esse tipo de entrevista favorece na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa (BONI, QUARESMA, 2005, MINAYO, 2006).

Construiu-se um roteiro de temas importantes que não poderiam faltar no material coletado. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A narrativa obtida da transcrição das entrevistas foi o material de análise para delinear a estrutura da rede de apoio social e compreender as relações existentes. Assim sendo, temos como categoria analítica a rede de apoio social, com o foco na centralidade.

A centralidade está ligada com a posição que o sujeito se encontra em relação às trocas e à comunicação na rede e o quanto este é utilizado para as transferências e trocas; quanto mais central um indivíduo maior o seu poder de troca dentro da rede. Esta posição não é fixa e hierarquicamente estabelecida, podendo variar em diferentes momentos dentro da rede (MARTELETO, 2001).

As medidas de centralidade na rede podem ser analisadas em diferentes perspectivas, como: Centralidade de Informação; Centralidade de Grau; Centralidade de Intermediação; Centralidade de Proximidade. Nesse estudo, tomamos como base a centralidade de proximidade, que ressalta a distância de um ator em relação a outros na rede. Em suma, quanto mais próximo os atores estiverem de outros atores na rede, mais centrais estes são e maior o poder de troca e comunicação entre eles (TOMAÉL, MARTELETO, 2006).

Para o tratamento dos dados obtidos, a linha analítica que mais se aproxima dos objetivos desse estudo é a análise do discurso. O termo discurso refere-se a todas as formas de falas e textos, que ocorrem nas conversações ou materiais produzidos em entrevistas. A análise do discurso possui quatro temas principais de investigação: preocupação com o discurso; visão construtiva e criadora da linguagem; o discurso como forma de ação e organização do discurso. Com base nesses temas, temos que o discurso não ocorre no vácuo social, mas é influenciado e transformado por este. Assim sendo, este método pode ser usado para fornecer uma interpretação de determinados fenômenos sociais (BAUER, GASKELL, 2002). Nesse estudo, utilizamos a análise do discurso para compreender as mutações estruturais e relacionais ocorridas na rede de apoio social em cada uma dessas fases, contribuindo também para a construção dos modelos ilustrativos da rede.



Figura 1: ilustração das relações utilizadas para a configuração dos modelos das redes sociais. Adaptado de CASTOLDI, LOPES, PRATI (2005).

Este artigo segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisas com Seres Humanos n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas do Hospital

Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, registrado no protocolo n.º 576/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo quando analisamos a rede de apoio social dividida em trabalho, família e serviços de saúde, podemos apontar diferenças substanciais na composição da rede, na forma e no tipo de apoio prestado, e na centralidade dos sujeitos. Na rede social família pode ser visto que os sujeitos que a compunham na fase de pré-adoecimento passaram a ocupar uma posição mais central em relação à mesma no processo de adoecimento e pós-adoecimento. No contexto da centralidade quando um indivíduo torna-se mais central o poder a ele atribuído para transferência de apoio aumenta.

Ao analisar as redes de serviços de saúde e trabalho, a composição das mesmas sofreu grandes mudanças nas relações entre os sujeitos, o que dificulta a análise da centralidade de proximidade, e conseqüentemente a troca de apoios. Dessa forma, podemos apontar que essas redes, de grande importância para a vida do indivíduo, se processam de forma diferenciada da conceituação teórica, a ponto de não demonstrar neste estudo seu potencial.

A análise que se segue refere-se ao comportamento nas relações dos subgrupos, tomando como base para os eixos organizativos dos achados, três momentos históricos da vida do informante. Para facilitar a visualização e compreensão dos fenômenos, utilizaremos modelos gráficos ilustrativos da estrutura da rede e das modificações ocorridas na passagem de cada uma dessas fases.

Rede de Apoio Social Trabalho

Nesse subgrupo, o ponto de análise inicial é a relação existente entre empregador-trabalhadora. A relação de trabalho nesse estudo é composta por uma trabalhadora em contato direto com o empregador, dono da loja, sendo ela a única empregada.

De acordo com o relato da entrevistada, antes de seu adoecimento, a relação entre empregador/empregado dá-se de forma conflituosa, devido ao processo de trabalho imposto, “*ele exigia muito de mim (...) foi muito difícil a relação entre eu e ele*”. Nesse sentido, podemos dizer que a rede social da entrevistada apresenta como conformação:

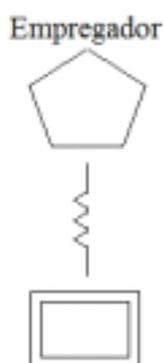


Figura 2: modelo representativo da relação da pessoa índice com o empregador no pré-adoecimento.

Com o desenvolvimento das sociedades burguesas o trabalho passou a ser considerado mais uma mercadoria. Segundo MARX (s/d *apud* BRAVERMAN, 1999, p. 53) “a capacidade do homem de executar o trabalho é denominado de força de trabalho”. A força de trabalho não deve ser compreendida como um fator a mais de produção de mercadorias, mas como algo inerente ao ser humano. Contudo, a força de trabalho passou a ser negociada entre o trabalhador e o burguês detentor dos meios de produção, para assim ter a oportunidade de trabalhar, nesse contexto:

o ponto de partida para a teoria do valor do trabalho, que os economistas burgueses acham poder seguramente desprezar, por que estão interessados não nas relações sociais mas na relação dos preços; não no trabalho mas na produção, não no ponto de vista humano, mas no ponto de vista burguês (BRAVERMAN, 1999).

Em linhas gerais, vemos, então, o surgimento do trabalho assalariado. No contexto capitalista o valor da força de trabalho é fruto de relações de intercâmbio entre o trabalhador e o detentor dos meios de produção. O homem não perde sua força de trabalho, o que o trabalhador vende é a capacidade de produzir trabalho em um determinado período de tempo, sendo essa a forma com a qual o capitalista obtém a produção de mercadorias para a venda.

É sabido que a capacidade do homem em produzir é maior do que ele pode consumir. É essa capacidade que o capitalista utiliza para a expansão do capital. Todo o trabalho produzido além do que é necessário é caracterizado como excedente. A venda desse excedente é o que garante a formação do lucro capitalista. A formação e a acumulação do lucro são os objetivos principais obtidos pelo capitalista na negociação da força

de trabalho. O trabalhador, segundo BRAVERMAN, (1999) como forma de chegar aos meios de produção, “faz o contrato de trabalho por que as condições não lhe dão outra alternativa para ganhar a vida.”

Como supracitado, as relações de trabalho estão subjugadas às leis do capitalismo. A configuração que o trabalho apresenta ao empregador é a simples exploração da força de trabalho com o objetivo de acumular capital de forma indiscriminada, “*ele só queria o dinheiro, ele não entendia da loja que ele tinha, ele só queria o dinheiro*”. Ao trabalhador resta subjugar a sua força de trabalho à lógica imposta pelo mercado:

(...) eu limpava a loja, quer dizer eu era faxineira da loja eu era a vendedora, se chegasse um cliente eu tinha que vender, eu era caixa da loja, eu quem faturava também na loja, eu quem é... todo o recebimento das mercadorias tinha que ser digitado né, e toda a arrumação da loja era eu quem fazia, arrumação do estoque, rodar o estoque era eu, quem fazia balanço era eu também, tudo era eu quem fazia. (Descrição das atividades realizadas pela entrevistada).

Esse acúmulo de função remete à problemática que para acumular capital é preciso explorar o trabalhador ao máximo com o menor gasto possível. Por se tratar de um pequeno negócio essa relação de exploração é intensamente notada.

Vale salientar que na nova concepção de organização do trabalho há uma expansão do trabalho feminino. Não cabe nesse estudo aprofundar as questões referentes à divisão sexual do trabalho, contudo é preciso estabelecer esse diálogo entre o trabalho feminino e a exploração da força de trabalho.

Esse aumento de contingente do trabalho feminino segue um movimento contrário no que diz respeito à questão salarial, no qual a remuneração das trabalhadoras é, em média, menor do que a dos trabalhadores (ANTUNES, ALVES, 2004). Nesse sentido, podemos ainda inferir que a acumulação de tarefas no trabalho é algo historicamente e socialmente imposto à mulher. Isso refere-se ao fato de que a mulher sempre foi destinada à realização de diversas tarefas, como o cuidado com a casa, criação dos filhos e a dupla jornada de trabalho:

(...) eu trabalhava o dia todo. Chegava em casa e tinha que fazer as coisas pra mim e pra meu filho. Meu filho começou a trabalhar e então eu tinha que fazer comida em casa pra ele levar e fazia pra mim levar também; tinha que lavar, que passar, tinha que fazer tudo um dia normal

de qualquer trabalhador que não tenha empregado.

Ao analisarmos o interesse que empregador e trabalhador possuem, cria-se uma zona de conflito de interesses. O empregador detém os meios de produção, o trabalhador possui a força de trabalho. Nesse jogo, o empregador pode barganhar com o trabalhador a venda de sua força de trabalho, de qualquer modo, tendo em vista que o trabalho na atualidade é tido como a única forma de sobrevivência. Aliado a esse esquema temos ainda o exército de reserva construído pelo capitalismo. Esse fato é observado no momento em que a entrevistada revela:

(...) eu tinha que tá aceitando por que o mercado de trabalho era muito concorrido; o mercado pra mim já tava muito fraco e hoje em dia no comércio pra você ganhar mais que um salário você tem que se submeter a muita coisa, a aceitar muita coisa de patrão e você não se você não fizer você não ganha mais que isso não no comércio não. Então eu tinha que aceitar.

O apoio social é todo, e qualquer informação ou auxílio material/afetivo, transferido de uma pessoa ou de um grupo para outros, gerando efeitos e comportamentos positivos tanto em quem oferece quanto em quem recebe o apoio. Trata-se da promoção de controle de sua própria vida, como também da criação de autonomia (RIBEIRO, 2008). Por fim, estabelecendo um diálogo entre a relação de trabalho exploratória com o conceito de apoio social, fica difícil de observar que este ocorra nesse tipo de relação. Nesse sentido, temos que a centralidade é dependente do apoio social. Assim sendo, numa relação inexistente de apoio social, a centralidade também é inexistente. Torna-se necessário refletir mais sobre a categoria apoio social no contexto da sociedade capitalista e como este apoio pode ser implementado para fins de promoção e prevenção da saúde do trabalhador. Fica claro que esse diálogo não pode se distanciar do debate sobre exploração e processo de trabalho.

Quando passamos a analisar a fase do adoecimento, a relação torna-se ainda mais conflituosa. A força de trabalho que move o capital está adoecida. No momento em que o trabalhador perde sua capacidade de produzir surgem duas questões, o medo da demissão e, conseqüentemente, a perda de sua identidade. A demissão pode ser entendida como perda da função exercida, com dispensa de suas funções e interrupção dos ganhos oriundos da venda de sua força de trabalho, o salário (SILVA, 2002).

Partindo desse ponto, temos na configuração da rede da entrevistada a presença de mais uma trabalhadora. O aparecimento dessa trabalhadora é vista pela entrevistada como algo positivo, “(...) *ele colocou uma pessoa por que eu não estava agüentando mais (...) pra mim era melhor por que aliviou mais o serviço*”. O aparecimento dessa colega de trabalho faz surgir o apoio social, já que há uma divisão no cuidado da loja, diminuindo a sobrecarga do processo de trabalho da entrevistada. A ligação existente entre elas é tida como fraca, devido ser recente e possuir poucos aspectos de transferências (GRANOVETTER, 1973, *apud* MARTELETO, SILVA, 2004). Partindo desse ponto, temos a configuração da rede.

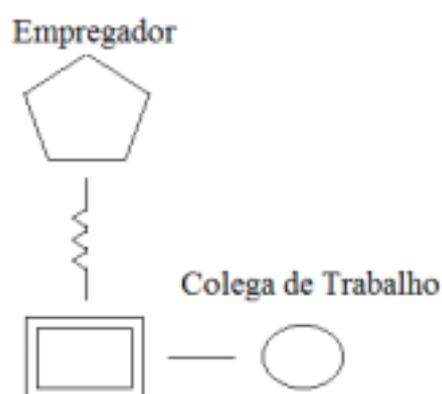


Figura 3: modelo representativo da relação da pessoa índice com o empregador durante seu adoecimento. Observamos o incremento da rede com a chegada de mais uma trabalhadora.

Face ao exposto, pode-se pensar que a contratação de mais uma funcionária fosse algo positivo para a entrevistada, porém o empregador analisa como aumento de despesas. Isso assevera o conflito existente entre o interesse do capital e do trabalhador, culminando com a demissão da entrevistada:

(...) ele me demitiu. Ele disse que não podia ficar comigo, não podia ficar com duas pessoas né, e que não ia dar pra eu ficar por que eu tava fazendo muita coisa e com o valor que ele tava querendo me pagar né... e mesmo assim ele não tava podendo manter nos duas.

Ao passar para a fase do pós-adoecimento, temos uma completa modificação na rede social trabalho. Ao se observar o modelo da rede, vemos que a mesma se tornou inexistente, devido à quebra das relações.

Isso nos leva a postular que a rede social no subgrupo trabalho só existe no momento em que o



Figura 4: modelo representativo da relação da pessoa índice com o empregador durante o pós-adoecimento. Observamos que as relações foram rompidas no momento em que a entrevistada não faz mais parte do trabalho.

trabalhador está na ativa. No momento em que ocorre uma demissão ou um afastamento por conta de uma doença relacionada ao trabalho, essa rede se extingue, levando a crer que as ligações existentes eram ligações fracas. Esse fato é reconhecido pela própria entrevista quando a mesma relata:

(...) às vezes eu ia lá e falava com ele e ele nem... entrava em ouvido e saía no outro. Nunca nem ligou pra mim pra saber se eu tive bem, como eu tava, como não tava... é e falou que se as condições melhorar eu mando te buscar de volta era só conversa né, nunca nem ligou pra saber se você ta operada se você teve problema. Até a menina que trabalhava, quando me afastei nem nunca nem ligaram pra mim nem nada né, por que tava no meu lugar né.

Nesse ponto é preciso retornar aos conceitos chaves que norteiam esse artigo e compararmos com os resultados obtidos. A rede social é dependente da existência de laços e ligações entre os sujeitos. No momento em que as ligações são rompidas a rede deixa de existir, logo o apoio social e a centralidade também se tornam inexistentes. No entanto, essas reflexões e discussões ainda carecem de um aprofundamento teórico que até o momento pouco se vê no estudo das redes de apoio.

Rede de Apoio Social Serviços de Saúde

Ao se analisar a relação existente entre a entrevistada e os serviços de saúde antes de seu adoecimento percebe-se que a mesma procurava-os quando

estava doente. Isso então revela que a rede social na fase de pré-adoecimento é inexistente, tendo em vista que a saúde da entrevistada era íntegra, (...) *antes de eu adoecer era pouca por que eu não me consultava muito né, não precisava viver nos médicos direto (...) só procurava quando eu tinha algum problema ou se não quando eu chegava com alguma queixa pra ele dizer o que era.* Como foi dito, o apoio social e a centralidade dependem da existência da rede. Como esta é inexistente, esses conceitos também os são. Dessa forma o modelo da rede é organizado da seguinte maneira:



Figura 5: modelo representativo da relação da pessoa índice com os serviços de saúde no pré-adoecimento. Observamos que a rede é inexistente.

A análise desta conformação de rede passa pelas questões referentes à organização e processo de trabalho ao qual o trabalhador é submetido e o conceito socialmente construído de saúde. Dessa maneira é preciso ressaltar que esses fatos não ocorrem de forma isolada, trazendo fortes influências na estrutura da rede.

Trabalho é toda atividade que altera o estado natural dos materiais para melhor utilizá-los em proveito próprio (BRAVERMAN, 1999). O homem possui a capacidade de figuração e concepção da modificação dos materiais em sua mente antes de executá-lo. Nesse contexto, o produto fabricado pelo homem não é a simples modificação dos materiais, mas sim, a impressão de sua consciência, do seu modo de operar os materiais. É nesse contexto que vemos que o trabalho transforma a natureza, e não só ela, mas também o próprio homem.

Com a evolução da sociedade o trabalho passou a ser alterado e modificado por aspectos econômicos, políticos e sociais, com o objetivo de aumentar a efetividade da produção. Foram incorporados ao trabalho conceitos de organização e divisão do processo de trabalho, como: ritmo da produção; duração da jornada; trabalho em turnos; hierarquia; fragmentação das tarefas; o controle da produtividade (LACAZ, 2007).

Essa nova relação entre o processo e a orga-

nização do trabalho com o capital é deletéria, pois provocam no trabalhador um processo de alienação e mecanização, transformando-o em mais um componente do processo produtivo, segundo ABRAMIDES, CABRAL, (2003) “para o capital, a saúde – entenda-se a saúde suficiente – é um simples e relativizado componente da mercadoria força de trabalho”. Ao se observar o processo de produção temos que se um componente deste falta o trabalho não se concretiza de forma completa.

Ao retornar para a rede de apoio social trabalho temos que, no pré-adoecimento, a rede era composta apenas pela entrevistada e seu patrão. No dia-a-dia a trabalhadora ficava sozinha na loja, (...) *eu tava ficando na loja só, eu tinha que ficar lá em cima com as portas abertas e o cliente esperando lá em baixo né, era uma situação de confiança né, por que o cliente ficava só. Quando o proprietário podia ele vinha (...) quando ele não tava eu ficava só.* Esse fato revela que, se a entrevistada faltasse ao trabalho, a loja ficaria fechada. A loja fechada reduz as vendas e, conseqüentemente, a acumulação de capital por conta do empregador. Assim sendo cria-se uma inflexibilidade para a falta do trabalhador independente da razão.

Somada a essa inflexibilidade, gerada pelo processo de trabalho, temos que a concepção de saúde criada socialmente pelo senso comum contribui para que o trabalhador não procure os serviços de saúde. Essa conceituação preconiza que a saúde é a ausência de doença, dessa forma, é preciso procurar um serviço de saúde apenas quando há uma ruptura dessa ideia. Essa concepção se aproxima muito do modelo de saúde hospitalocêntrico (PAIM, 2009).

A causa para o adoecimento do trabalhador passa pelo processo de trabalho que lhe é imposto. Em suma, o trabalhador para ter valor para o capital é preciso ter uma força de trabalho íntegra, ou seja, o trabalhador não pode estar adoecido.

No Brasil, existem, conceitualmente, dois modelos de atenção à saúde. O modelo hospitalocêntrico, ligado ao sistema privado de saúde, e o modelo assistencial integral, associado ao sistema público. Esses modelos apresentam diferenças substanciais no que diz respeito às concepções de organização e assistência ao paciente, vivenciando um dualismo conflitante (ROSA, LABATE, 2005).

Durante o processo de adoecimento e pós-adoecimento o trabalhador passa a criar relações com os serviços de saúde, passando para a configuração de uma rede social. Assim como o trabalho, os serviços de saúde sofrem influência da política econômica vigente. Dessa forma, é preciso delinear quais as implicações do capitalismo sobre os setores da saúde, públicos e

privados, e como isso afeta a rede de apoio e a saúde do trabalhador.

A partir da década de 1990 houve não apenas uma interrupção, mas um retrocesso no processo de construção de um projeto de Proteção Social para o Brasil que foi inscrito na Constituição de 1988. Reformas foram realizadas com a finalidade de desresponsabilização e desmonte do Estado de suas atribuições legais, reformas que podem ser denominadas de neoliberais (NORONHA, SOARES, 2001). O projeto neoliberal é oriundo da estratégia do capital que estabelece uma política econômica monetarista de Estado mínimo e mercado máximo. Essa reestruturação produtiva é substanciada:

pela soberania do mercado. Na América Latina sua execução dar-se-á com base em: disciplina fiscal, estabilidade monetária, redução de gastos públicos, reforma tributária, liberalização financeira e comercial, alteração das taxas de câmbio, investimento direto estrangeiro, privatizações e desregulamentação (ABRAMIDES, CABRAL, 2003, p. 6).

Dentro das formas de execução da política neoliberal destacaremos a privatização, devido sua representatividade na assistência à saúde da população. A privatização é a transferência, ou melhor, a venda, de serviços sociais do setor público para o privado que podem ser controladas pelo mercado. Esse controle diz respeito ao favorecimento da exploração desses serviços para a acumulação de capital.

O setor privado de saúde, nesse contexto, é duplamente beneficiado. Por um lado é privilegiado por um financiamento direto e indireto, através de subsídios e isenções fiscais. Por outro, há uma camuflada privatização interna do setor público. Entende-se por privatização interna a redução de investimentos no setor público; a terceirização de serviços, segundo NORONHA, SOARES (2001) na “busca de uma melhor relação custo/benefício em detrimento da qualidade” e a sublocação do SUS para o sistema privado. Essa lógica tem promovido um sucateamento do serviço público, criando assim um fortalecimento da saúde privada contrastando com um “serviço pobre para uma população pobre”, que não pode ter acesso ao setor privado.

Esses comportamentos dos serviços de saúde diante das caracterizações impostas pelo capital são justificados pelos relatos da entrevistada, que revelam:

(...) tem um medico aqui em João Pessoa que pode resolver a sua situação e se quiser vá e

procure ele. Eu já tinha feito o plano de saúde (...) eu marquei a consulta com ele (...) quando eu cheguei lá que ele viu minha situação aí ele disse, seu plano não dá direito não, por que tem pouco tempo e tava constando que lá não dava direito pra fazer a cirurgia. Ele disse olhe eu vou fazer a sua cirurgia pelo SUS eu opero lá no Santa Isabel. também e eu vou conseguir uma vaga pra você lá e conseguiu; aí eu fiz a segunda cirurgia. (relato que mostra a sublocação do SUS pelos serviços de saúde privado.)

(...) eu fui pra prefeitura marcar esse exame. Eu tinha que entra numa lista enorme ai chega eu me assustei por que era um caderno grande... ai foi ela abriu na metade do caderno e eu vou ter que esperar isso tudinho, eu disse. Por que a prefeitura tem uma quantidade X de exames por mês pra despachar e no momento não ta fazendo na clínica por que não houve o pagamento no mês então você vai ter que entrar nessa lista então quando chegar sua vez a gente liga pra você. Fui pra minha casa esperei três meses e nada. (relato que mostra a dificuldade de acesso e terceirização de serviços do sistema de saúde público)

Como se pode ver, ao trabalhador, que passa por um processo de adoecimento e que necessita de uma assistência à saúde que cumpra eficazmente sua demanda, com o único objetivo de retorno ao posto de trabalho, no intuito de não ser substituído, são concedidas duas opções: procurar um serviço de saúde privado regido pela lógica capitalista, num modelo de assistência hospitalocêntrico ou optar por um modelo de saúde público com problemáticas propositais. É nessa lógica que nos propomos a analisar a rede social da entrevistada no seu processo de adoecimento e afastamento/reabilitação.

Pelos relatos podemos verificar o modelo da rede constituído da seguinte forma:

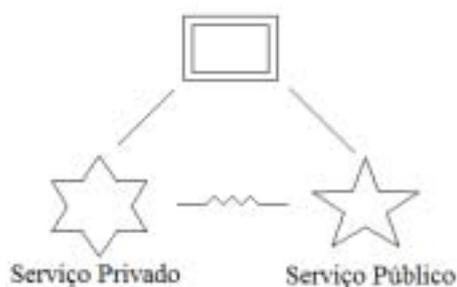


Figura 6: modelo ilustrativo da rede de apoio social da entrevistada nas fases de adoecimento e pós-adoecimento.

Partindo do conceito de rede social verificamos que esta pode ser definida como o grupo de pessoas ou serviços com os quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida (GRIEP *et.al.*, 2005). Assim sendo, podemos garantir que a entrevistada e os serviços de saúde constituem uma rede social.

O apoio social diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade (GRIEP *et.al.*, 2005). Nesse sentido, pode-se notar que o apoio existe e é transferido dos serviços de saúde para a entrevistada com o objetivo de debelar sua demanda, no caso a doença relacionada com o trabalho. Essa relação trás efeitos positivos para a vida da entrevistada, tendo em vista que o problema de saúde trazia grandes repercussões para a mesma:

(...) tinha vezes que eu não conseguia fazer nada, nem com as mãos nem com a barriga por que chegava a noite do trabalho e a minha mão a tendência era inchar (...) o que eu posso fazer hoje eu faço quando eu vejo que começa a doer eu paro vou fazer outra coisa se eu faço uma coisa repetidamente as minhas mãos não agüentam.

Quando nos referirmos à intensidade com que essas relações se processam verificamos que as mesmas ocorrem de modo pouco intenso, já a relação se mantém apenas no momento da procura do serviço de saúde, sendo essa ligação classificada como fraca, já que as ligações fracas requerem pouco investimento emocional e técnico por parte da pessoa índice (MARTELETO, 2001). Para centralidade de proximidade, com os serviços de saúde públicos e privados, não se pôde identificar a posição de centralidade destes com a entrevistada, sendo necessário um estudo aprofundado sobre essa temática.

Rede de Apoio Social Família

No desenvolvimento da sociedade a família forma a unidade básica organizacional dos indivíduos. Como pré-requisitos, a família pode ser entendida como um sistema social estável, entretanto, do ponto de vista das funções, a família tem perdido a sua estrutura multifuncional de unidade de produção e consumo, detentora de mecanismos de transmissão cultural de valores e normas, de integração social de seus membros, relações de gênero e de hierarquias, de socialização primária e secundária das novas gerações, de controle

da propriedade que, tradicionalmente, assumia e que, agora, é assumida por outras agências, como a escola, a fábrica, o mercado, os meios de comunicação, a igreja. Na sociedade moderna, a família tende a reduzir suas funções à socialização primária dos novos nascidos e à produção do cuidado. Nesse sentido, a família deve ser entendida como relação intersubjetiva do mundo da vida (SERAPIONI, 2005, CARVAHO, ALMEIDA, 2003).

Esse número limitado de funções provoca uma retração da estrutura familiar, fazendo surgir novas conformações de família, como a família nuclear, as famílias monoparentais, famílias com um único elemento e famílias reconstruídas (SERAPIONI, 2005).

Antes do adoecimento a estrutura familiar da entrevistada era do tipo monoparental, já que a mesma estava separada de seu primeiro marido, “*no meu primeiro relacionamento eu tive meu primeiro filho (...) separada dele e eu segui com minha vida e ele com a dele*”, ela era a principal responsável pelo sustento e manutenção do seu domicílio e cuidado com o filho.

Com base do conceito de rede, pessoas interconectadas por relações, podemos determinar que a família se constitui como uma rede de apoio social ao indivíduo. Ao se pensar em rede de apoio social aflora o conceito de apoio social, a troca de informações e serviços entre os indivíduos que constituem a rede. Várias são as pessoas que oferecem suporte na rede social família, destacando-se os seus próprios membros:

(...) e tinha que deixar meu filho na casa da minha mãe. Fui pra São Paulo trabalhar fora e depois de anos voltei e até hoje criei ele. Sempre que o pai dele podia passava um tempo com ele (...) ficou com o pai dele lá uns três anos e eu nesses três anos me dediquei a trabalhar muito, trabalhar pra poder ter alguma coisa né, por que eu trabalhei muito e quando me pediam muito eu fazia muita hora extra, foi quando eu trabalhei demais, (...) ai eu comprei meu apartamento e eu fui conviver com ele lá.

Quando pensamos em apoio social à família, este se expressa das formas mais variadas, como prestação de apoio material ou financeiro, execução de tarefas domésticas, cuidado com os filhos, orientação e prestação de informações e fornecimento de suporte emocional (DESSEN, BRAZ, 2000). Nesse trecho é possível detectar que a transferência de apoio é feito por parte da família co-sanguínea, representada pela mãe e pelo ex-marido. A rigor, o tipo de apoio prestado inicialmente é o cuidado com o filho durante a viagem à São Paulo em busca de emprego, prestado pela família, e em seu retorno à João Pessoa, o cuidado foi transferido

para o ex-marido. Esse apoio técnico prestado pela mãe e o ex-marido é acrescido de um suporte emocional à entrevistada, haja vista que o cuidado foi transferido com o objetivo da mesma “reconstruir sua vida”. Esse suporte emocional é visto no momento que a entrevistada aumenta a sua carga horária de trabalho com o intuito de adquirir um imóvel para residir com seu filho.

Nesse contexto de transferência de apoio social podemos destacar que a família e o ex-marido apresentam-se com uma ligação forte em relação à entrevistada na fase de pré-adoecimento. O estreitamento da relação expressa um poder de transferência maior por parte desses indivíduos, tornando-os centrais na constituição da rede. Dessa forma podemos observar o comportamento da estrutura da rede antes do adoecimento da entrevistada da seguinte forma:

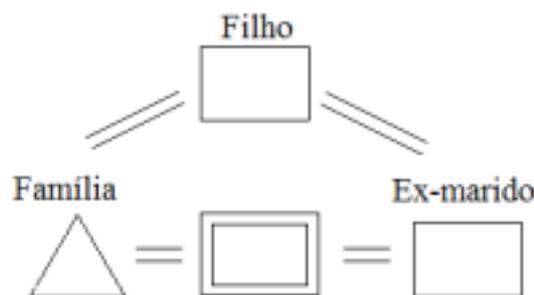


Figura 7: modelo ilustrativo da rede de apoio social familiar no pré-adoecimento. O modelo revela que as principais ligações são do tipo forte, favorecendo o surgimento de indivíduos centrais quanto à proximidade.

Ao passar para a fase do adoecimento a conformação da família passou por mudanças. Nesse período a entrevistada engravidou e passou a residir no mesmo domicílio com o namorado, configurando uma família reconstruída com traços de família nuclear, “*eu já tinha meu namorado (...) esse meu namorado queria construir uma casa pra gente viver lá e então meu namorado foi construindo a casa e eu fui convivendo com meu filho lá no apartamento (...) eu e meu marido se juntou, aí eu engravidei e foi quando meu marido terminou a casa aí a gente foi conviver na casa*”.

Diferentemente da família nuclear, que é composta por um casal heterossexual e seus filhos não emancipados que residem em um domicílio independente (CARVALHO, ALMEIDA, 2003). Contudo, a família analisada apresenta uma estrutura não-fixa e dependente de fatores sociais, culturais, econômicos e históricos, provocando diversas mudanças organizacionais (DESSEN, BRAZ, 2000). Nesse ponto, ao

analisarmos o contexto no qual a família nuclear está inserida, vemos que esta mantém relações com a família de origem, embora não haja co-habitação. Em outras palavras, a família nuclear é independente como domicílio, mas continua sendo parte do grupo mais amplo do parentesco. Essa ideia remete a um conceito de “intimidade à distância” para expressar essa nova configuração familiar. A relação extensa do parentesco e o suporte recíproco representam aspectos importantes da vida da família contemporânea. Existe uma rede de parentesco não-residencial que provê ajuda e suporte em caso de necessidade (SERAPIONI, 2005). Por isso, podemos falar de “família nuclear extensa”, ao invés de “família nuclear isolada”:

(...) meu contato que eu tenho com a minha família é mais nas férias ou quando eles vêm aqui, né. Mas tem a minha mãe, minha irmã, sempre preocupadas comigo. Então, quando eu ganhei a minha bebê elas vieram pra cá cuidar de mim né, ficaram preocupadas, ficaram preocupadas como eu ia trabalhar novamente (...) (relato demonstrando a extensão da família nuclear).

Como visto, um dos papéis desempenhados pela família na atualidade é a produção do cuidado de seus membros. O papel da família e das redes sociais na atenção à saúde segue três direções: fortalecimento de relações que produzem saúde ou incrementam a capacidade de enfrentar eventos críticos e mobilizar recursos adequados, desenvolvimento da capacidade de manutenção e promoção de relações de suporte social no âmbito do parentesco extenso e da associação de ajuda mútua e melhoramento do acesso aos serviços de saúde, graças a sua função de mediação e de conhecimento das oportunidades e dos critérios de acesso (SERAPIONI, 2005).

No processo de adoecimento da entrevistada observamos que a coesão e solidez dos laços familiares auxiliam na produção do cuidado à saúde. Isso reflete em um apoio social importante por parte do filho e do marido:

(...) meu filho me ajudava em casa. Meu filho foi todo preparado, fazia comida que eu não agüentava fazer; hoje ele sabe arrumar a casa, sabe se virar sozinho, ele sabe passar, sabe lavar; se deixar ele faz tudo. Ele fazia a limpeza na casa, lavava o banheiro, tomava conta da casa. (relato do apoio prestado pelo filho no momento em que residia com a mãe no apartamento).

(...) chegava à noite do trabalho, minha mão a tendência era inchar mais. Ficava meu filho e meu marido, meu marido dava massagem e meu filho esquentava a água; botava as mãos dentro da água era assim a noite todinha e eles preocupados por que eu não conseguia me deitar dormia assim acocorada (...) e as mãos dentro da água ou era no gelo ou era dentro da água quente. (relato do apoio prestado pelo filho e pelo marido).

Como visto pelos relatos, o apoio social técnico-financeiro e o apoio social emocional estão presentes. Tendo em vista que o apoio social prestado está ligado à centralidade podemos inferir que o filho e o marido possuem posições mais centrais na estrutura da rede. Sendo assim, a configuração da rede se processa da seguinte maneira:

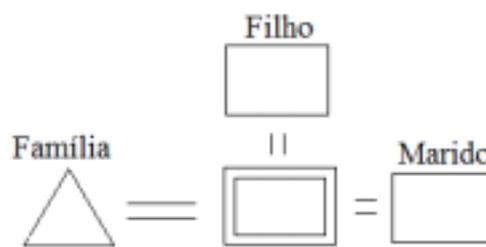


Figura 8: modelo ilustrativo da estrutura da rede durante a fase de adoecimento. É notável a centralidade da proximidade com o filho e o marido. A presença da família configura-se como uma extensão da família nuclear.

Ao passar para a fase pós-adoecimento pode-se notar que a transferência de apoio social continua presente, haja vista que, nessa fase, a transferência de auxílio técnico e afetivo ainda são perquiridos pela entrevistada. É verificado pelo discurso da mesma que o apoio afetivo é transferido principalmente pelo filho:

(...) a minha família me ajuda bastante, né. É por que eu considero que sem eles eu não estaria aqui, principalmente meu filho que ele sempre fez tudo assim por mim ele me da muita força, ele me da muita força; até quando eu tinha vontade de voltar a trabalhar, num sabe, vontade eu tenho, mas é os médicos quem sabe.

Nesse sentido, pode-se notar que a composição estrutural da rede na fase de reabilitação da entrevistada é:

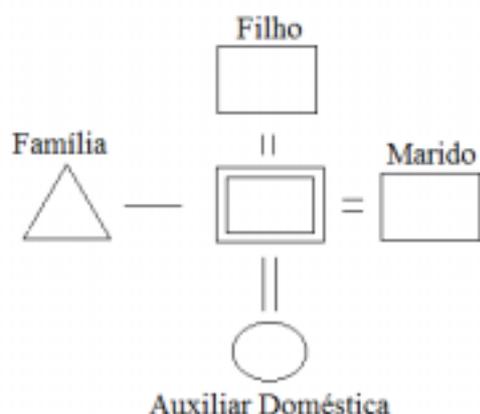


Figura 9: modelo ilustrativo da rede social na fase pós-adoecimento. Nota-se o incremento da rede pela auxiliar doméstica, a centralidade ocupada pelo filho e pelo marido e o distanciamento ocupado pela família extensa.

Quando se refere ao apoio técnico, prestado pelos membros da família, continua sendo a realização de atividades domésticas. Nesse sentido, devido ao comprometimento da saúde apresentada pela entrevistada, a rede de apoio foi incrementada pelo auxílio de uma auxiliar doméstica:

(...) meu marido viu que eu não tinha mais condições de ficar só, aí ele foi e arrumou uma pessoa pra tomar conta da casa, né. Ela me ajuda aí ela me ajuda bastante por que eu cuido da minha menina e aí as coisas que eu não posso fazer ela faz (...) as tarefas são tudo separadas, né. Eu sempre fico pra fazer as coisas mais leves e aí tem a menina que me ajuda. As coisas mais pesadas, a limpeza quem faz tudo é ela (...) ela é uma companhia muito bem pra mim.

Ao marido a prestação de apoio social ocorre de acordo com a função do homem adulto em uma família nuclear. O marido-pai é o líder instrumental da família. Este faz a mediação da família nuclear com o mundo externo, sua função é a provisão financeira do lar. Nesse

sentido, o apoio social prestado pelo homem é preferencialmente do tipo técnico-financeiro. Esse fato é percebido no seguinte relato:

(...) ele me ajuda me ajudou muito. Quando eu não podia fazer meus exames, quando eu não podia esperar; pra pagar particular ele me ajudava, né (...) mas o que ele pode fazer ele faz, num sabe. Se for pela minha saúde o que der pra ele fazer ele faz, o que pode me ajudar ele me ajuda (...) ele é um marido muito bom, tudo dele é pra casa, pra gente.

CONCLUSÃO

Ao final deste estudo podemos apontar diversas modificações na estrutura da rede social, na forma e no tipo de apoio prestado, na força da ligação e na centralidade dos sujeitos em diferentes momentos históricos.

Na rede social família a composição da rede foi formada principalmente por seus membros. Pode ser visto que os sujeitos que a compunham na fase de pré-adoecimento passaram a ocupar uma posição mais central em relação à mesma no processo de adoecimento e pós-adoecimento. Os tipos de apoios sociais prestados à trabalhadora eram os técnico-financeiros e afetivo-assistenciais.

Ao analisar as redes de serviços de saúde e trabalho pudemos observar que a composição das mesmas sofreu grandes mudanças nas relações entre os sujeitos, o que dificulta a análise da centralidade de proximidade e, conseqüentemente, a troca de apoios. Dessa forma, podemos apontar que essas redes, de grande importância para a vida do indivíduo, se processam de forma diferenciada da conceituação teórica, a ponto de não demonstrar neste estudo seu potencial.

Por fim, este estudo é preliminar e permitiu levantar proposições e hipóteses acerca das redes de apoio social, família, trabalho e saúde, sendo necessários mais estudos para clarificar questões ainda abertas.

REFERÊNCIAS

1. ABRAMIDES MBC, CABRAL, MSR. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 17(1): 3-10, 2003.
2. ANDRADE GRB, VAITSMAN J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 925-934, 2002.
3. ANTUNES R, ALVES G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Revista Educação e Sociedade*, 25(87): 335-351, 2004. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>, Acessado em: 23/09/2010.
4. BAUER MW, GASKELL G. *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som – um manual prático*, 2ª edição, Petrópolis: Vozes, 2002, 516p.
5. BONI V, QUARESMA SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(1): 68-80, 2005.
6. BRAVERMAN H. *Trabalho e capital monopolista – a degradação do trabalho no século XX*, 3ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, 384p.
7. CARVALHO IMM, ALMEIDA PH. Família e proteção social. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 17(2): 109-122, 2003.
8. CASTOLDI L, LOPES RCS, PRATILE. O Genograma como Instrumento de Pesquisa do Impacto de Eventos Estressores na Transição Família-Escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2): 292-300, 2005.
9. CHORD, GRIEP RH, LOPES CS, FAERSTEIN E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Caderno Saúde Pública*, 17(4): 887-896, 2001.
10. DESSEN MA, BRAZ MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3): 221-231, 2000.
11. ESCÓSSIAL, KASTRUP V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. *Psicologia em Estudo*, 10(2): 295-304, 2005.
12. FONTES BASM. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. *Revista de Ciências Sociais*, 26: 87-104, 2007.
13. GRANOVETTER M. The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360-1380, 1973, *apud* MARTELETO RM, SILVA ABO. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. *Revista Ciência e Informação*, 33(3): 41-49, 2004.
14. GRIEPRH, CHORD, FAERSTEIN E, WERNECK GL, LOPES CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 21(3): 703-714, 2005.
15. HAGUETTE TMF. *Metodologias qualitativas na Sociologia*, 5ª edição, Petrópolis: Vozes, 1997, 224p *apud* BONI V, QUARESMA SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Em Tese*, 2(1), 68-80, 2005.
16. LACAZ FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23(4): 757-766, 2007.
17. MARTELETO RM. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferências de informação. *Revista Ciência e Informação*, 30(1): 71-81, 2001.
18. MARX K. *O capital*. Moscou, vol I, s/d *apud* BRAVERMAN H. *Trabalho e capital monopolista – a degradação do trabalho no século XX*, 3ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, 384p.
19. MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, 9ª edição São Paulo: Hucitec, 2006, 406p.
20. NORONHA JC, SOARES LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 445-450, 2001.
21. PAIM JS. *Modelo de Atenção à Saúde no Brasil*. In: Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos - Salvador: SESAB, 2009.
22. RECUERO RC. *Teoria das redes e redes sociais na internet: considerações sobre o orkut, os weblogs e os fotologs*. In: Trabalho do IV Encontro dos Núcleos de Pesquisa da XXVII INTERCOM, 30 de agosto a 3 de setembro de 2004, Porto Alegre, 2004, p15.
23. RIBEIRO KSQS. Ampliando a atenção à saúde pela valorização das redes sociais nas práticas de educação popular em saúde. *Revista Atenção Primária a Saúde*, 11(3): 235-248, 2008.
24. ROSA WAG, LABATE RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6): 1027-1034, 2005.
25. SANTOS MV. *Redes sociais informais e compartilhamento de significados sobre mudança organizacional: estudo numa empresa petroquímica da Bahia* [Dissertação de mestrado] Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2004, 173p.
26. SERAPIONI M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(suplemento): 243-253, 2005.
27. SILVA CET. Relações de trabalho: aspectos psicopatológicos e psicossociais na demissão. *Revista da Faculdade de Direito Padre Anchieta*, ano III(4): 57-66, 2002.

28. TÁVORA RS. *A participação social na construção de políticas públicas em saúde do trabalhador: uma análise de redes sociais* [Dissertação de mestrado]. Centro de Desenvolvimento Sustentável, Brasília: Universidade de Brasília, 2009.
29. TOMAÉL MI, MARTELETO RM. Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. *Revista Eletrônica de Biblioteconomia Ciência e Informação*, n. esp., 1º sem. 2006.
30. VASCONCELOS P. Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. *Revista Análise Social*, 27(163): 507-544, 2002.

CORRESPONDÊNCIA

KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVARIIBEIRO
Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal da Paraíba-UFPA, Av. Presidente Castelo
Branco, n.º 247, Castelo Branco I/Cidade Universitária,
58.050-000 João Pessoa - Paraíba - Brasil

E-mail

alexlorenzo_rj@hotmail.com