

**A Atenção Domiciliar Comunitária Voluntária prestada por alguns  
Membros de um Grupo Participante de uma Igreja Católica em Cariacica -  
ES: A Potência Invisível Nas Lacunas**

**The Voluntary Community Home Care provided by some Members from a  
Participant Group of a Catholic Church in Cariacica - ES - Brazil: The  
Invisible Power in Gaps**

**Autores**

Clésio de Oliveira Venâncio

- Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica – ES.

Túlio Alberto Martins de Figueiredo

- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

Euzilene da Silva Rodrigues

- Secretaria Municipal de Saúde de Serra – ES.

Helena de Arruda Penteado –

- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

**Resumo**

Objetivo: Analisar a modalidade atenção domiciliar comunitária voluntária enquanto uma rede de trabalho afetivo de alguns membros de um grupo participante de uma igreja católica na Região de Porto Santana, em Cariacica – um dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória – ES. Método: Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado junto a um grupo de que desenvolve atenção domiciliar comunitária no território em que vivem no período de abril a outubro de 2010. Para obtenção dos dados foram feitas visitas ao grupo, entrevistas focalizadas e acompanhamento de suas rotinas, se configurando num processo cartográfico. Resultados: Os relatos dos membros do grupo e das observações feitas durante o percurso apontaram para a materialização de uma prática onde o cuidado se configura a partir da

circulação de afetos vivos no interior de um território, tendo elementos que fazem dessa prática alternativa singular num contexto de constante movimento. Considerações finais: Com base nos resultados percebe-se que a necessidade de visibilidade dessas práticas se faz necessária na medida em que promova a ampliação de atuação do campo da saúde coletiva, no sentido de fortalecer ações que potencializem os sujeitos em seus próprios territórios.

**Palavras-chave:** Serviço de Assistência Domiciliar; Humanização em Saúde; Voluntariado; Trabalho Afetivo.

## **Abstract**

Objective: To examine the voluntary community home care mode while a network of affective work in the region of Porto Santana in Cariacica – one of the municipalities of the Metropolitan Area of Greater Vitória – ES – Brazil. Method: an exploratory study, qualitative approach, held together with a group that develops community home care in the territory in which they live in the period April to October 2010. To obtain data group visits were made, targeted interviews and follow-up on their routines, if configuring a cartographic process. Results: the reports of the group's members and of the observations made during the trail pointed to the materialization of a practice where caring configures itself from the movement of living affections within a territory, having elements that make this natural alternative practice in an environment of constant motion.

**Keywords:** Home care service; Humanization in healthcare; Volunteering; Affective Labor.

## **Introdução**

A concepção de atenção domiciliar utilizada atualmente surgiu num contexto de pós-guerra, nos Estados Unidos da América em 1947, como uma estratégia e

abreviação das internações hospitalares. Com a configuração de outro perfil epidemiológico, marcado principalmente pelo aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e a prevalência de doenças crônicas, somado às questões políticas e econômicas da época que orientaram a organização dos cuidados em saúde no mundo nas décadas de 1970 e 1980, fez com que essa modalidade de assistência ganhasse certo protagonismo, assumindo lugares estratégicos em diversas políticas públicas de saúde<sup>1</sup>.

No Brasil, em 1949, foi instituído o Serviço de Assistência Médica Domiciliar (SAMUD), inicialmente ligado ao Ministério do Trabalho e considerado a primeira experiência dessa modalidade no país<sup>1</sup>. A assistência domiciliar, enquanto um serviço de saúde é regulamentada pela Lei 10.424, de 15 de abril de 2002, que acrescentou ao Sistema Único de Saúde (SUS) a prática dessa modalidade segundo uma lógica de descentralização e humanização da assistência em saúde no país<sup>2</sup>.

A Agência Nacional de Vigilância Sanária (ANVISA) estabelece através da Resolução RDC N<sup>o</sup>. 11, de 26 de janeiro de 2006, o conceito de Atenção Domiciliar como termo genérico utilizado tanto para descrever as ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e até mesmo a reabilitação desenvolvidas em domicílio. Além disso, essa resolução deu conta de regulamentar os protocolos de operacionalização da assistência domiciliar no país<sup>3</sup>.

No entanto, para efeito deste estudo, consideraremos como atenção domiciliar o acolhimento dado ao sofrimento do outro em seu domicílio, nesse caso específico por membros da própria comunidade de forma voluntária e compromissada. Nesse sentido, acenando para modos de produção de saúde que surgem a partir das experiências de grupos populares e se consolidam como alternativas concretas no enfrentamento de questões reais<sup>4</sup>. Assim, a um conjunto de experiências no contexto do território voltadas para práticas de cuidados que contemplam tanto a saúde quanto processos de adoecimento, não ligadas apenas à prática médica, mas que dizem respeito também à história e à cultura dos grupos.

Nesta perspectiva, esse movimento vem dizer de estratégias de enfrentamento de problemas que fogem de modelos oficiais de produção de saúde, e que tem nas relações afetivas o constituinte principal das ações; inferindo entre outros processos na própria remontagem do espaço familiar enquanto lugar de produção de vida. Deste modo a atenção domiciliar se apresenta como uma expressão do cuidar do próprio território que atua como um dispositivo na promoção da vida inserida num contexto permeado pela busca constante de modelos de atenção que potencializem os sujeitos, ao mesmo tempo em que rompa com as lógicas de medicalização e hospitalocêntricas.

Todavia o seu aspecto comunitário se dá pelo compartilhamento de uma identidade, segundo o modelo da família e do amor<sup>5</sup>. O que permite o cuidar alcançar lugares que extrapolem a lógica curativa médica e com o potencial de atuação sobre os determinantes da saúde, resgatando o seu caráter social<sup>6</sup>. E é, necessariamente, essa interdependência entre as coisas que possibilita uma interação que favoreça o exercício da potência de agir<sup>7</sup>.

Nesse sentido, a atenção domiciliar comunitária se configura enquanto uma espécie de “rede de trabalho afetivo” que se apropria de saberes e práticas relacionadas ao modo próprio de cada grupo entender o seu processo de saúde-doença. O que se dá a partir de um esforço coletivo de múltiplos atores sociais com o intuito de promover a vida através de adesão voluntária a projetos políticos<sup>8</sup>. Assim, são possíveis outros olhares sobre o processo saúde-doença pelo coletivo e a co-responsabilização pelos problemas e soluções pertinentes ao mesmo<sup>9</sup>.

Percebendo o valor desses movimentos essa pesquisa teve como objetivo construir uma análise dessa estratégia empreitada nos territórios a partir de um mergulho nessa realidade. Neste sentido, vislumbrou a possibilidade de dar visibilidade a essa potência invisível existente nas lacunas e que se mostra inata ao ser humano através de sua capacidade de se afetar e se transformar continuamente. Por isso tornou-se relevante a investigação desse fenômeno que representa o próprio movimento da vida.

## **Metodologia**

Este trabalho tratou-se de uma pesquisa que se configurou com um caráter exploratório e descritivo via aprofundamento na realidade, possibilitando uma maior familiaridade com o tema proposto, enfocando principalmente os seus aspectos constituintes, conforme nos recomenda Gil<sup>10</sup>. Assim, buscou-se compreender, a partir de uma abordagem qualitativa, as percepções e significados que os sujeitos constroem em seu caminhar cotidiano e o quanto isso infere na produção de vida<sup>11</sup>.

Nesta lógica, a proposição foi a de executar uma cartografia, permitindo a compreensão dos processos dinâmicos de criação de mundos que possibilitassem a expressão dos afetos contemporâneos<sup>12</sup>, materializados pelo plano de experiência num percurso de investigação cujos efeitos acompanharam os sujeitos investigados, pesquisador em campo e a produção do conhecimento<sup>13</sup>.

O contexto deste mergulho foi Cariacica – um dos municípios que compõem a Região Metropolitana da Grande Vitória, no Espírito Santo. Localizado próximo à capital, separado pela Baía de Vitória, esse município tem uma população estimada de 366.000 habitantes, o que lhe garante o lugar de terceiro mais populoso do estado e o maior em densidade demográfica<sup>14</sup>. Possui características contrastantes, marcadas por uma otimização da infra-estrutura econômica coexistindo com uma precarização das condições de vida, fruto de sua construção histórica.

No que tange à saúde, o município de Cariacica, naquele contexto, possuía 130 estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo desses 32 unidades básicas de saúde. Sua cobertura pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) atingia 41,6% da população do município<sup>15</sup>.

O local de coleta dos dados foi o grupo de visitas vinculado à comunidade de Santo Afonso, uma das oito que compõe a Paróquia de São Francisco de Assis, localizada na região da grande Porto Santana. Entende-se aqui por comunidade a área de abrangência das igrejas que compõem a paróquia. Assim um mesmo bairro pode possuir várias comunidades. Essa região, composta por cinco bairros: Porto de Santana, Porto Novo, Bairro Presidente Médici, Bairro Aparecida e Vila Oásis, são assistidos por uma unidade de saúde que possui em sua organização três equipes de PSF e uma de PACS. A escolha desse local se deu pelo fato de um dos pesquisadores residir nessa região, o que favoreceu o acolhimento do trabalho. Porém, assumimos que esta vivência anterior talvez possa ter interferido com significados pré-construídos em relação ao objeto estudado.

O universo do estudo caracterizou-se por um grupo aberto, composto por membros da comunidade, todos agremiados a uma mesma igreja católica que acolhe esse grupo que tem como a prática de atenção domiciliar uma de suas atividades. A idade média do grupo girava em torno de 55 anos, todos residentes no bairro há mais de trinta anos, sendo a maioria mulheres, com renda média de R\$700,00 (setecentos reais), provenientes em sua maioria de aposentadorias e pensões.

A configuração da pesquisa foi se constituindo ao mesmo tempo em que se construíram os encontros. No entanto, fez-se necessário um momento prévio de exposição e esclarecimento sobre a pesquisa para os membros do grupo. Para a obtenção dos dados lançou-se mão de entrevistas na modalidade focalizada<sup>16</sup>, que foram gravadas e transcritas na íntegra com devida autorização dos entrevistados. Além disso, fez-se o registro das impressões vivenciadas no decorrer da pesquisa em diário de campo.

A escolha dos entrevistados se deu de forma não probabilística e intencional, o que se aplica quando o interesse do estudo é o investimento sobre algo com contexto específico, estabelecendo assim as limitações da pesquisa em relação à generalização dos resultados<sup>16</sup>.

Além disso, a técnica utilizada para escolha dos entrevistados foi a chamada de “Bola de Neve”, na qual entrevista-se um sujeito considerado chave e os mesmo indica o próximo e que na sequência indicará o terceiro e assim sucessivamente<sup>17</sup>, até atingir o ponto de saturação<sup>11</sup>. Sendo assim, foram realizadas cinco entrevistas onde, nesse movimento a quantidade de informações se materializou na medida em que se consolidou o entendimento dos pesquisadores a respeito da lógica do grupo em estudo.

Os eixos que nortearam as questões da entrevista foram: a) referentes a elementos presentes nas relações cotidianas que produzem um ambiente fértil para o acolhimento do outro em sua singularidade; b) as estratégias empreitadas pelo grupo que possibilitaram as articulações com o território; c) sobre as relações intragrupal e a produção do cuidado.

Nesse sentido, vislumbrou-se uma leitura da atenção domiciliar comunitária pelos seus aspectos afetivos. Para tanto se propôs uma análise desse movimento enquanto uma rede de trabalho afetivo<sup>8</sup> que articula os recursos do território onde a pessoa que requer atenção se encontra inserida. Nessa lógica apoiou-se nos pressupostos do princípio ético pautado na imanência, verificados em leituras feitas da Filosofia Espinosana<sup>7, 18, 19</sup>.

Ressalta-se que os cinco participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que todo o processo se norteou em princípios éticos. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, através do protocolo N°. 067/2010.

## **Resultados e Discussão**

Na busca pela compreensão sobre o caminhar do grupo de visitas da Comunidade Santo Afonso nos inserimos no seu cotidiano, participando de reuniões e realizando visitas domiciliares a diversos enfermos, sendo essa a principal atividade do grupo e sua própria razão de existir.

No primeiro contato com aquele grupo foi possível vislumbrar indicativos de forças de ordem objetivas e principalmente subjetivas que justificariam o aparecimento e a existência desse movimento, porém, não cabe aqui descrevê-los por se tratarem de impressões “estrangeiras”, de alguém recém-chegado.

O ponto de partida deste estudo ficou, portanto, considerado como o momento de reunião na igreja, ou seja, o local onde o grupo se reúne para definir suas prioridades e avaliar as suas intervenções. Num dos encontros compartilhamos as idéias propostas na pesquisa para os conselheiros da comunidade e membros do grupo de visitas e sentimos o acolhimento dos mesmos através de expressões e posturas indicando abertura a nossa presença nesse espaço.

Nesse movimento, aquela igreja católica parece se colocar como um tipo de “porto seguro”, o lugar do acolhimento. Aqui se pode perceber a apropriação da instância espiritualidade como uma estratégia consistente no amparo das enfermidades das pessoas, que emergem no interior do território com múltiplas faces<sup>21</sup>. A eleição da prática religiosa enquanto uma possibilidade no enfrentamento dos problemas da vida das pessoas se mostra recorrente<sup>4</sup> nas comunidades, ao passo que fornece também subsídios ao sujeito para construção de outros sentidos para sua própria existência.

E isso se materializou nas falas dos membros do grupo, que demonstraram o voltar-se para o outro como uma característica inerente a sua identidade cristã que acaba por atuar como um “pano de fundo” na construção de relações políticas que esses estabelecem com a realidade onde estão inseridos:

(...) Nós somos cristãos católicos, temos que ter alegria de se preocupar com quem sofre. Poder cuidar de quem sofre lá fora. (Sujeito 1)

(...) Então a gente, por ser católico, tem que participar de alguma atividade dentro ou fora de sua comunidade. (Sujeito 5)

Nesse sentido, a religiosidade comum a todos os membros do grupo, se coloca como uma referência de conduta no lidar com o sofrimento do outro. Esta forma de vivenciar a realidade comparece numa espécie de tríade – Sujeito / Religião / Sofrimento -, onde a religião aparece como mediadora nas relações.

Seguindo nosso intenso percurso percebemos o quanto os laços afetivos construídos no decorrer da vida dessas pessoas, demarcado pelo fato de todos residirem há mais de 30 anos no bairro, se apresentou como elemento estruturante da atenção domiciliar comunitária. O cuidar do amigo de longas datas parece se manifestar como uma forma de investimento no próprio sujeito, ao passo que esses laços materializam sua própria história.

E se inicialmente a enfermidade parecia ser o agenciamento produtor da articulação das pessoas consolidação de uma rede de cuidados, o tempo que estivemos lá nos mostrou que a possibilidade de ruptura dessa realidade parecia implicar na ameaça de fragmentação do próprio sujeito:

(...) Nós mesmos fundamos a Comunidade de Santo Afonso, nos unimos, construímos a Igreja e sempre nos preocupamos com os enfermos, e até mesmo irmãos que ficavam desempregados procuramos ajudar até que se restabeleçam profissionalmente. (Sujeito 1)

Assim, a força desses vínculos se renovava a cada visita que vivenciamos, onde a casa do sujeito acolhido se mostrava uma extensão dos lares dos membros visitantes, através do grau de intimidade que aparecia nas relações que ali se construíam. Neste sentido, percebe-se que essa rede de cuidados que se fundamenta na circulação dos afetos ganha corpo nas variações possíveis dos encontros<sup>18</sup>, na legitimação do outro em sua singularidade e na compreensão de seus limites e potenciais, o terreno fértil para desenvolver-se em sua potência máxima<sup>8</sup>.

Destaca-se que quanto mais mergulhamos nesse mundo, mais intensos são os atravessamentos vivenciados na experiência, principalmente quando nos deparamos com pessoas e instituições comprometidas com o outro e que

sentem regozijo no ato de se doar, seja através do tempo disponibilizado, da palavra, do ombro amigo ou do alimento a quem precisa. Num mundo (...) onde a saúde é operada principalmente através da lógica de procedimentos, por tecnologias que ignoram o sujeito e suas necessidades<sup>22</sup>, movimentos como a atenção domiciliar comunitária se desenham no interior das comunidades num sentido antagônico ao modelo predominante da biomedicina. Nesse cenário os sujeitos se mostram ativos no caminhar da vida.

Esta dobra o território sobre si mesmo, onde há uma intensificação dos investimentos sobre componentes que vivenciam fragilidade, vem dizer da necessidade de se produzir interação causal no mundo que nos circunda<sup>7</sup>, resultante de nossa relação com o território<sup>21</sup> e que dá o tom de nossas vidas.

Neste contexto, a rede de trabalho afetivo que se constrói a partir dos encontros se apresenta como dispositivo de enorme capacidade de mobilização interna dos recursos numa lógica intersetorial na potencialização da vida. Isso foi observado em nosso percurso juntamente com aquele grupo, em manifestações de diversos segmentos, como a coleta de fraldas geriátricas promovida por um time de futebol amador da região ou através da articulação interna do próprio grupo de atenção domiciliar comunitária:

(...) procuramos ser solidários no lado financeiro, pois, os mesmos recebem uma aposentadoria na qual metade dela é destinada ao gasto com remédios. Aí entra o apoio solidário do grupo fornecendo a essas pessoas fraldas descartáveis, cestas básicas de alimento, promovendo assim a economia no dinheiro para compra de medicamentos. (Sujeito 1)

(...) Por exemplo, o problema da cesta básica... Tem pessoa que dá seu quilincho todo mês ajudando a gente a fazer nossas cestas; a gente não deixa de fazer porque tem muitas pessoas que necessitam. E a comunidade tá aí com aquela força toda pra ajudar a gente, mesmo sendo carente, mas está aí. (Sujeito 4)

Assim o cuidado assume uma configuração voltada para o sujeito e suas necessidades reais e opera numa lógica imanente<sup>19</sup>, onde o saber parece se construir simultaneamente com o fazer e assume os sentidos e valores do momento sócio-histórico onde se encontra inserido.

Com isso a história desse movimento que existe aproximadamente há seis anos nessa comunidade pode ser entendida como uma forma de expressão dos afetos e dos modos de existir que compõem aquele cenário.

A composição do grupo também trouxe elementos pertinentes à nossa análise. O fator “não se encontrar ativo no mercado de trabalho” compareceu como um analisador natural, um disparador para esses sujeitos incorporassem uma atividade que os ajudassem a lidar com esse lugar de “aposentado”, comumente carregado de estigmas. Essa inclinação a participar – que vem dizer de um cuidar do outro -, em contrapartida permite a esse grupo de sujeitos não perder sua autonomia e o seu reconhecimento social, visto que “normalmente” estão vinculados a um processo de trabalho<sup>23</sup>.

Antes de chegarmos ao nosso ponto de parada, evocaremos outro aspecto observado durante nosso cartografar, a maneira como a atenção domiciliar comunitária através de seus executores se articula de forma fragmentada como o saber “legitimado” pela ciência.

Esse modo de coexistir num mesmo território não pareceu demonstrar, muitas vezes, um antagonismo entre o saber científico e o saber popular, mas, aponta para a necessidade de reinvenção do olhar sobre a complexidade humana, muitas vezes incompreendida por ambos. Esse fato comparece em diversas falas, esquadrihando a atenção às rubricas de campo da saúde ou espiritual, como se através da interlocução, o olhar e as observações daquele que faz a atenção domiciliar não fossem providas de importância :

(...) No Posto Médico a gente pede que seja feita a visita da enfermeira que faz a medição de pressão arterial. O agente de saúde visita o paciente para saber

do estado de saúde dele. Procuramos ajudar sempre e em relação às outras doações são adquiridas conforme o conhecimento do grupo. (Sujeito 2)

(...) Temos aqui no posto o médico que faz visitas domiciliares. Na realidade, nós, igreja, fazemos nossa parte espiritual e o posto cuida de levar a assistência devida aos acamados. Cada um cumpre a sua parte. (Sujeito 3)

Entende-se que as diferenças existentes nas relações entre tempo e lógica dos profissionais de saúde e dos sujeitos que fazem a atenção domiciliar comunitária acabam por interferir negativamente num projeto que abarque formas tão distintas de existir<sup>4</sup>, ou mesmo de agir, num mesmo território. Todavia, essas formas de expressão começam a nos fornecer subsídios para a construção outros modos de existir, buscando numa relação Ética a produção de novas realidades, e, é na potência da vida que se deve apostar.

### **Considerações Finais**

No decorrer deste estudo vislumbramos inúmeros movimentos que acontecem simultaneamente em um território, enquanto espaço para além do geográfico, espaço de se viver e de se produzir outras formas, novas formas singulares de vida. Esse movimento, na verdade, pulsação, vem dizer da potência da vida e suas estratégias para vencer os obstáculos que enfrentamos.

A Atenção Domiciliar Comunitária, para além de uma possibilidade, se materializou no Brasil desde o final da década de 40 e mais recentemente se fortaleceu através da Lei 10.424, de 15 de abril de 2002, SUS a prática dessa modalidade segundo uma lógica de descentralização e humanização da assistência em saúde no país. Nesta perspectiva oficial o conceito de Atenção Domiciliar, um termo genérico utilizado tanto para descrever as ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e até mesmo a reabilitação desenvolvida em domicílio, também dá conta de regulamentar os protocolos de operacionalização da assistência domiciliar no país.

Além de seu formato oficial, a Atenção Domiciliar Comunitária – enquanto espaço voluntário e de grande afirmação social -, se materializou como um processo multifatorial de produção do cuidado engendrado pela população de um território (ou outros espaços comunitários).

Ao cuidar do outro, o voluntário da Atenção Domiciliar Comunitária acaba por cuidar de si mesmo, uma vez que há uma unicidade quando se pensa no território. Neste sentido pode-se perceber que a legitimação de uma prática da Atenção Domiciliar Comunitária passa não apenas pelo reconhecimento de um saber que nasce e ganha força no interior de uma comunidade.

Este movimento nos fornece indicativos de uma potência que sobrevive no interior das comunidades e que tem muito a contribuir para a produção da saúde coletiva, na medida em que demonstra possibilidades existentes quando se consegue a partir da articulação de atores e mobilização de recursos para promoção da saúde. É a própria vida mostrando sua capacidade de se reinventar para garantir sua caminhada.

## Referências

1. Feuerwerker LCM, Mehry EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica** 2008; 24:180-188.
2. Brasil. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União** 2002; 16 de abr.
3. Brasil. Resolução RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. **Diário Oficial da União** 2006; 30 jan.
4. Acioli S, Luz MT. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Rev Enfem UERJ** 2003; 11:153-8.
5. Pál Pelbart P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2003.

6. Sícoti JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface** – comunic, saúde, educ. 2003; 7:91-112.
7. Gleizer MA. **Espinosa & a afetividade humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2005.
8. Teixeira RR. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**. 2004. [acessado 2004 out 14]. Disponível em :<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>.
9. Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Cien Saude Col** 2000; 5:163-167.
10. Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2009.
11. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Rolnik S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; 2007.
13. Passos EB, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos EB, Kastrup V, Escóssia, L, organizadores. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 17-31.
14. Prefeitura Municipal de Cariacica. **Conheça mais sobre Cariacica**: 2010. [acessado 2010 abr. 03]. Disponível em: <http://www.cariacica.es.gov.br/>
15. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. **Caderno de Saúde Geral**: Cariacica: 2007-2009. [acessado 2010 abr. 03]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>
16. Marconi MA, Lakatos EM. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas; 1997.
17. Alves AJ. O planejamento de pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: **Cadernos de Pesquisa** 1991; 97:53-61.
18. Deleuze G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta; 2002.
19. Machado LD. Ética. In: Heckert ALC, organizador. **Psicologia: questões contemporâneas**. Vitória: EDUFES; 1999. p. 145-162.

20. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [acessado 2010 fev. 27]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/reso_96.htm)
21. Santos M. Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológico da geografia. São Paulo: Hucitec; 1988.
22. Mehry EE. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
23. Souza LM, Lautert L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção de saúde de idosos. **Rev Esc Enferm USP** [periódico na Internet]. 2008 Jun [acessado 2010 nov 15];42,363-370. [acessado 2010 jun 15]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000200022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200022&lng=pt&nrm=iso).

## Participações

CO Venancio participou da concepção, planejamento do projeto, coleta de dados, análise, interpretação e redação final da pesquisa.

TAM Figueiredo participou da concepção, planejamento do projeto, análise, interpretação e redação final do artigo.

ES Rodrigues e HA Penteado participaram da redação final do artigo.