

**Usuários, redes sociais,
mediações e
integralidade em saúde**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieira de Castro

Vice-reitora: Maria Christina Paixão Maioli

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna

Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Reitor: Amaro Henrique Pessoa Lins

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação: Anísio Brasileiro

EDITORA UNIVERSITÁRIA UFPE

Diretora: Maria José Luna

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DA UFPE

Coordenador: Jonatas Ferreira

NÚCLEO DE CIDADANIA E PROCESSOS DE MUDANÇA

Coordenador: Paulo Henrique Martins

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Luiz Augusto Facchini

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Andrea Caprara (UECE)

Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)

José Ricardo de C. M. Ayres (USP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Paulo Henrique Martins (UFPE)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (21) 2334-0235 ramal 152

Fax: (21) 2334-0152

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL).

ORGANIZADORES
Roseni Pinheiro
Paulo Henrique Martins

Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde

1ª Edição

CEPESC – IMS/UERJ – EDITORA UNIVERSITÁRIA UFPE – ABRASCO

Rio de Janeiro / Recife
2011

Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde

Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Martins (Org.)

1ª edição / janeiro 2011

Copyright © 2011 dos organizadores

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Revisão, preparação de originais e supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ e FACEPE, e tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de CNPq e Faperj.

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ / REDE SIRIUS / CB-C

U88 Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde / Roseni Pinheiro,
Paulo Henrique Martins, organizadores. – Rio de Janeiro:UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

312p. (Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil)

ISBN 978-85-897-37-61-6

1. Assistência integral à saúde. 2. Direito à Saúde - Brasil. 3. Cuidados Primários de Saúde.
4. Mediação. 5. Redes de relações sociais. 6. Recursos Humanos na Saúde. 7. Serviços de Saúde
Pública – Brasil. I. Pinheiro, Roseni. II. Martins, Paulo Henrique. III. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

CDU 614.39

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

SUMÁRIO

Apresentação	9
Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Martins	

Introdução	19
Paulo Henrique Martins e Roseni Pinheiro	

PARTE I: CONSTRUÇÃO DA REDE DE PESQUISA MULTICÊNTRICA “INCUBADORA DA INTEGRALIDADE – REDES E MEDIAÇÕES”

NOÇÕES FUNDANTES

Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação	39
Paulo Henrique Martins	

Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito	51
Roseni Pinheiro	

Inovação, alteridade e vínculo nos processos de mediação na esfera pública da saúde: um diálogo com vistas à renovação das políticas públicas na saúde	67
Paulo Henrique Martins, Raphael Soares Bezerra, Énderson Luiz Carvalho e Jorge Barbosa de Lima	

APORTES METODOLÓGICOS

MARES: Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano	75
Paulo Henrique Martins	

Direito vivo, dádiva e integralidade: uma triangulação para pesquisar o direito à saúde	89
Roseni Pinheiro e Felipe Dutra Asensi	

PARTE II: EXPERIÊNCIAS REGIONAIS DE ESTUDO

REGIÃO NORTE – DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, MEDIAÇÃO E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL

Mediação e circulação da dívida no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Acre 111

Rodrigo Silveira, Juliana Lofego, Ana Cristina Messias, Ximena Catalan e Laisse Barbosa

Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de colo do útero em uma Regional de Saúde no Estado do Acre 123

Juliana Lofego e Rodrigo Silveira

REGIÃO NORDESTE – MEDIADORES, DISPOSITIVOS DE CUIDADO E REDES

Os profissionais de saúde como mediadores individuais: a resolução da demanda ilimitada por cidadania pelo mecanismo do duplo registro 139

Paulo Henrique Martins e Ana Cecília Cuentro

Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica 149

Raphael Soares Bezerra e Enderson Luiz Carvalho

Idosos mediadores do cuidado de si: resistência e subjetivação em redes de interação no cuidado da saúde 161

Ma. Antoniêta Albuquerque de Souza, Marlene Leandro Peixoto e Aldiane Gomes de Macedo

REGIÃO CENTRO-OESTE – CONDIÇÃO CRÔNICA, DIREITO, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso 177

Roseney Bellato, Laura Filomena Santos de Araújo, Leandro Felipe Mufato e Cleciene dos Anjos Musquim

Análise da demanda do direito à saúde em Mato Grosso e as possibilidades de mediação pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso 185

Laura Filomena Santos de Araújo, Roseney Bellato, Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa, Leandro Felipe Mufato e Marly Akemi Shiroma Nepomuceno

“Remédio jurídico” e seus afetamentos no cuidado à saúde de uma família	193
Roseney Bellato, Laura Filomena Santos de Araújo, Marly Akemi Shiroma Nepomuceno e Leandro Felipe Mufato	

**REGIÃO SUDESTE - MEDIAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
E USUÁRIOS – INOVAÇÕES NO COTIDIANO DAS PRÁTICAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde: uma proposta de formação profissional conjunta	205
Alda Lacerda, Angela Casanova e Mirna Barros Teixeira	

O plantonista social como mediador na construção da cidadania e das ações de saúde	215
Tatiana Coelho Lopes, Águida Almeida, Caroline Oliveira Alves, Elysângela Dittz Duarte, Erika da Silva Dittz, Júlia Cristina Amaral Horta	

Tecnologia e inovação das doulas comunitárias: mediações na assistência ao parto	223
Júlia Cristina Amaral Horta, Águida Almeida, Caroline Oliveira Alves, Elysângela Dittz Duarte, Erika da Silva Dittz e Tatiana Coelho Lopes	

Refletindo sobre uma escuta do usuário ou uma escuta com o usuário: um ensaio sobre os ruídos na escuta dos profissionais atuando na APS	231
Cesar Favoreto e Roseni Pinheiro	

**REGIÃO SUL – MEDIAÇÃO DA SAÚDE NO MEIO RURAL: ATORES, REDES SOCIAIS
NAS SITUAÇÕES DE ADOECIMENTO CRÔNICO (AGRICULTORES E MEIO AMBIENTE)**

A mediação no meio rural: concepções e caminhos da pesquisa em saúde	241
Tatiana Engel Gerhardt, Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz, Juliana Maciel Pinto, Andréia Burille, Adriana Roesse e Deise Lisboa Riquinho	

Atores, redes sociais e mediação na saúde: laços e nós em um cotidiano rural	253
Tatiana Engel Gerhardt, Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz, Juliana Maciel Pinto, Andréia Burille, Adriana Roesse e Deise Lisboa Riquinho	

PARTE III: OUTROS OLHARES

Atitudes e crenças que inibem ações de cuidado dos homens no interior do SUS: o caso de Unidades de Saúde da Família no Recife	271
Patricia Araújo Bezerra e Itamar Lages	
Maternidad, redes sociales y (des)-integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina	283
Liliana Findling, María Paula Lehner, Marisa Ponce e María Pía Venturiello	
De prácticas represivas a prácticas integrales y de cuidado en salud mental: la experiencia del corralito	291
Silvia Faraone, Ana Valero, Yael Geller, Ernestina Rosendo, Eugenia Bianchi e Natalia Boucht	
Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas: experimentações de apoio matricial em busca da integralidade	299
Rodrigo Cariri	
Sobre os autores	309

APRESENTAÇÃO

Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde: o cuidado como reconhecimento recíproco de direito, dádiva e responsabilidade¹

ROSENI PINHEIRO
PAULO HENRIQUE MARTINS

É na esfera política e pública que realizamos nossa condição humana.

A confiança na realidade da vida, ao contrário, depende quase exclusivamente da intensidade com que a vida é experimentada, do impacto com que ela se faz sentir.

Hanna Arendt, *A condição humana*

Esta coletânea traz um percurso coletivo de reflexão sobre a segunda experiência de prática de pesquisa da rede multicêntrica LAPPIS-NUCEM, onde seus integrantes dissertam sobre seus resultados enfatizando a tríade formação, pesquisa e incubação. Para celebrar sua conclusão, realizamos um simpósio nacional sob o mesmo título, com o intuito de oferecer uma devolutiva a seus pesquisados e às instituições que nos mantêm como representação direta da nossa sociedade, com abertura pública à participação do cidadão.

A proposição desse tema se insere na linha de atuação e série editorial “Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil”, do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, destinada a discutir e refletir criticamente as novas práticas de saúde na sociedade civil contemporânea em espaços públicos, institucionais ou não, voltadas para o cuidado em saúde. Compreender essas práticas e os saberes que as sustentam pode permitir pensar e agir no sentido da alteridade, ajuizamento e responsabilidade acerca das escolhas sobre os meios e formas de os sujeitos cuidarem e serem cuidados.

Pensamos que mediação das redes pode ser o fio epistemológico de compreensão dos modos como os usuários buscam cuidado e como propõem respostas aos problemas de saúde em contextos nos quais as relações sociais são imbricadas, contraditórias e se oferecem a várias possibilidades de resolução. Parece-nos evidente que as mediações em redes sociais – e aqui incluímos mediações de construção de cuidado – são pertinentes

¹ Agradecimentos as contribuições em devolutivas, seminários e simpósio no âmbito da rede de pesquisa multicêntrica LAPPIS-NUCEM de Bethania Assy, Felipe Asensi, José Ricardo Aires e Madel Therezinha Luz, para que de forma ampliada pudéssemos construir esta apresentação, oferecendo questões que nos motivaram e nos mobilizaram para a realização da pesquisa;

em sociedades onde existem pessoas particularmente fragilizadas, pois a ideia de indivíduos autônomos se sustenta apenas dentro de sociedades que asseguram um nível de renda e liberdade cidadã ampla para as pessoas que dela fazem parte. Mesmo assim, aqueles autônomos o são apenas dentro de certos limites, os de suas redes do cotidiano, pois o parentesco, a amizade e a família sempre põem limites a todos indivíduos, independentemente de sua origem social. Afirmamos ainda que, em sociedades de alta vulnerabilidade, a noção de alteridade não é evidente, pois ela tensiona a própria ideia de autonomia dos indivíduos. A integralidade do cuidado como a coexistência de ações de respeito, estima e amor revela um misto de condições sociais, culturais e políticas ambíguas no indivíduo na busca de sua liberdade individual e coerção relacional. Isto porque o cuidado, como uma síntese estético-afetiva-ética e técnica, não se materializa sem o apoio em ações coletivas, comunitárias, nas quais a solidariedade e o reconhecimento recíproco se colocam como afirmação da vida.

Talvez o maior impasse que nos desafia seja a constatação de que esses usuários são pessoas que herdaram uma cultura de humilhação histórica e socialmente construída que não favorece a alteridade. Nesse sentido, a rede faz pensar a sociedade civil para além da humilhação e no lado da dignidade: o usuário da saúde e do serviço público não como elemento isolado, mas como ente articulado em um sistema de reciprocidade reflexivo. Além disso, percebemos um confronto entre a comunicação do saber racional planejado com o saber espontâneo popular. As redes de apoio social são justamente dispositivos que funcionam minimizando este confronto entre a ação estatal planejada, regulamentada, e a ação e as redes espontâneas da sociedade civil, como as familiares e associações.

De um lado, há o profissional; de outro, uma relação que se estabelece, de proximidade entre as pessoas em geral: amigos, familiares, vizinhos. Desta forma, mediadores são essenciais para que essas redes de apoio social funcionem adequadamente. Por outro lado, identificamos em nossa pesquisa que as ideias de justiça, reconhecimento e afetividade evidenciam os dilemas da ação política como práxis de cuidado. Observamos que o cuidado como acolhimento (um conceito importante, pois gera sentimento de solidariedade ao coletivo) perde sua força metafórica e sua capacidade quando é aprisionado pelas lógicas hierárquicas tradicionais. A palavra “cuidado” pode ganhar dimensão social mais forte se as pessoas forem mais valorizadas como seres humanos em si. Ao relacionarmos o cuidado ao dom do reconhecimento, embasados nas ideias de Marcel Mauss e Axel Honneth, a ideia de experiência emerge como variável importante do cuidado.

Subjacente a essas reflexões sobre nossas práticas de pesquisa, está a proposta de repensar essa ação (o nexos constituinte entre mediação, redes sociais e integralidade em saúde) a partir de uma crítica às patologias sociais derivadas do conformismo político. As políticas de cuidado assistencial, por exemplo, podem reforçar o lugar do sujeito como vítima, não permitindo que a pessoa possa realmente modificar sua situação social. Parece-nos claro que devemos trabalhar a dignidade como valor, o direito de ter visibilidade perante as políticas públicas. Ou seja, entender que o valor social das pessoas é mais importante que os bens.

Revisitando os conceitos e reflexões produzidos pelo LAPPIS, e depois em parceria com o NUCEM, observamos que ao longo da década, a ideia de cuidado, que se gestou no Brasil junto com o conceito de integralidade, exige incluir em nossos estudos no campo da Saúde Coletiva o olhar sobre o cotidiano. Isto porque acreditamos que a integralidade ainda precisa ser pensada mais profundamente sob o eixo da atenção primária, identificando as necessidades, articulações e interações dos sujeitos no seu dia a dia.

Não é por acaso que, ao delimitarmos o objeto desta pesquisa, se fez necessário retomar a discussão sobre a teoria do reconhecimento de Axel Honneth, na medida em que traz à luz a construção de normas morais que regulam as políticas públicas. No campo da saúde, a normatização pode ser quebrada a partir do momento em que a vida humana está em risco e, por isso, é importante reconhecer que a vida é mais importante que a norma. E aí surgiram várias questões, dentre elas a de saber até que ponto a efetivação de um direito à saúde produz, de fato, o acolhimento pela dádiva do reconhecimento dos usuários nos serviços.

José Ricardo Ayres pretende discutir “reconhecimento” tal como desenvolvido por Axel Honneth, para iluminar a politicidade da ação em saúde, seja no plano da atenção individual, seja no de ações coletivas. “A questão do reconhecimento estabelece uma interessante mediação entre as ideias de cuidado em saúde – ação tecnicamente mediada instruída pelos projetos de felicidade dos sujeitos – e de vulnerabilidade – conhecimento mediador entre saberes científicos e práticos diversos, orientado para ações convenientes ao cuidado”. Para esse pesquisador, o reconhecimento da presença do outro, quer como aceitação afetiva, quer como respeito a direitos ou como valorização e legitimação ética, é fundamental para que qualquer ação em saúde tenha validade como cuidado. “Isto é, construído por sujeitos e para sujeitos vivendo em comunidade, concorrendo para que resulte em legítimo sucesso prático”.

Daí surge uma questão-chave: há interdependência entre justiça, reconhecimento e responsabilidade? Acreditamos que sim, diz o referido pesquisador: “Vou falar sobre a importância de reconhecer o outro, tanto no que se refere ao que nele se diferencia de mim (alteridade), quanto naquilo que deveria nos igualar, ou seja, a condição de sujeito de direito”. Ela também reforça a concepção de afeto como “a manifestação mais sublime da nossa condição de humanos”, ao questionar a possibilidade de considerá-lo como uma forma de sociabilidade que prescinde de vínculos sociais estáveis – familiares e amorosos.

Entendemos que a afetividade possui nexos constituintes com o valor na organização de dádivas da justiça. Trata-se do entendimento de que a afetividade não é uma dimensão substantiva, mas uma motivação da ação social que tem sinais diversos dependendo do modo com o ator age reflexivamente sobre sua memória e sua prática. Pode ter um sinal positivo na liberação dos circuitos de trocas, como pode ter sinal negativo, inibindo as trocas. E por troca entendemos como sendo um conjunto de modalidades de bens em circulação que contribuem para fortalecer o vínculo, ou, diferentemente, para enfraquecê-lo.

No entanto, é tácita a existência de tensões entre as concepções de justiça e seu reconhecimento no interior das instituições jurídicas, sobretudo quando houver a descon-

sideração das peculiaridades, anseios dos usuários. Na prática, ao deferir uma liminar, ao conceder um medicamento ou permitir a realização de um exame, o juiz, apesar de em muitos casos realizar a prática do reconhecimento, não necessariamente estabelece estratégias de afetividade. Com a liminar em suas mãos, o usuário pode ter acesso ao medicamento ou ao atendimento, porém isto não é tudo: é fundamental compreender que a saúde também enseja um dever dos próprios profissionais de saúde em cuidar afetivamente do outro.

Dessa forma, o acolhimento e o vínculo compõem o direito do indivíduo à saúde, mas são imponderáveis nas decisões judiciais. Isto significa que os principais desafios atuais não se encontram propriamente no reconhecimento, por parte das instituições jurídicas, das diversas dimensões do direito à saúde, mas sim na própria superação da ideia de saúde como fornecimento de medicamento, disponibilização de serviços ou ampliação de cobertura. O elemento da afetividade passa a ser fundamental na compreensão do aspecto humano e vivo que todo direito possui.

Com efeito, a ideia da justiça é uma forma de politização do conhecimento teórico-prático que embasa a produção do cuidado em saúde, ou seja, pensar a categoria do cuidado como uma categoria praxiológica, que desafia e retroalimenta a discussão e a resolução de dilemas da ação política em saúde. Justiça, reconhecimento e responsabilidade pública são categorias poderosas para, de alguma forma, pensar a política não apenas como uma formulação ou um exercício de normatização externa, mas também pensar a política como uma atitude voltada para a alteridade e o caráter formativo das políticas de saúde.

Evidente está que, para o reconhecimento de algumas práticas de saúde cujos maiores desafios estão no campo das práticas integrativas em saúde, o financiamento e a formação de recursos humanos para a área ainda continuam sendo problemáticos. Entendemos que é muito importante que essas práticas encontrem um grau de legitimidade e de sustentabilidade muito maior do que vêm tendo na história das políticas de saúde no país. Por mais que se diga que o Brasil é um país avançado, de vanguarda em relação à legitimação de saberes e práticas não-hegemônicas ou distintas da biomedicina, a legitimação é apenas parcial. Não há suporte efetivo nem na formação dos recursos humanos – que continuam sendo formados dentro de uma mentalidade, de um currículo e de uma prática totalmente biomédica, voltada para a especialização – e tampouco na formulação das políticas públicas, porque os contratos profissionais não garantem que as pessoas sobrevivam trabalhando com essas práticas.

Apesar disso, existem lugares onde as práticas integrativas têm avançado nos últimos anos. As fronteiras de avanço dessas práticas são os Programas de Saúde da Família (PSF), onde a medicina “familiar” e “comunitária” tem uma tradição de envolvimento com essas práticas em municípios do interior, como Campinas (SP), onde, muito antes de existir PSF, já se adotavam as chamadas práticas corporais de saúde (ioga, *tai chi chuan*). Temos a apresentação da experiência do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas: experimentações de apoio matricial em busca da integralidade. no conjunto desta coletânea. Percebemos que algumas práticas já existiam no cotidiano das pessoas em áreas de lazer, praças públicas.

Sem dúvida, não nos limitamos, nesta coletânea, às ações de pesquisa, mas de formação e incubação. Em particular nesta última ação, temos trabalhos que enfatizam os valores do cuidado, práticas de gestão do cuidado em saúde. As incubações de ideias e projetos ocorrem em várias situações de mediações: com doulas comunitárias na maternidade, com pessoas com doenças crônicas na área rural, no acompanhamento clínico de usuários, na educação profissional, no cuidado com idosos no sertão, nos serviços de saúde mental, nas relações da comunidade com a unidade de saúde da família, na busca por direito à saúde em situações crônicas pelo Poder Judiciário. A ideia de multicentricidade ficou evidente no trabalho dos pesquisadores da rede de pesquisa tanto no encaminhamento de temas de estudo quanto na adaptação das orientações metodológicas ao cotidiano dos serviços, articulando saberes de uma forma descentralizada.

Alguns pontos abordados nos textos aqui construídos são enaltecidos, pelo olhar na perspectiva do usuário, no sentido de identificar e conhecer seus mediadores, as redes sociais existentes e o circuito de trocas pela dádiva. A mediação, como ponte entre indivíduo e sociedade, relaciona os planos de atuação, faz elos entre ação coletiva, lideranças, direitos, saberes, tecnologia e mobilização. No entanto, não bastava para nós, pesquisadores, que identificássemos empiricamente o mediador, mas devíamos estar atentos sobretudo aos dispositivos e formas usadas para o acesso aos serviços. Reconhecemos que as políticas e normatizações do SUS indicavam bons caminhos, partindo de experiências e concepções válidas, mas que precisavam dialogar mais com o vivido e perceber como a fragmentação dos saberes e fazeres se dá no cotidiano. E aí estão as contribuições do Nucleo-Lappis, com a defesa de uma configuração teórica que aponte a mediação e a integralidade como celeiro de saberes e práticas que possibilitem emancipação compatível com as situações reais de inovações, vínculos e conflitos.

De forma análoga, percebemos que a produção do conhecimento, gerida e gerada pelo grupo multicêntrico e ilustres convidados, trazia um salto qualitativo na difusão e disseminação dos conhecimentos sistematizados pela pesquisa. Ela contribuiu para a Biblioteca Virtual em Saúde sobre Integralidade, ao trazer à tona a importância de se registrar a produção científica “parida” ao final da pesquisa, envolvendo bibliotecas locais das diferentes regiões.

A ideia de se criar a Incubadora da Integralidade nasce da demanda por um maior compromisso de nossas produções técnico-científicas no que concerne a sua efetiva apropriação pela sociedade que as mantém. A ciência é um empreendimento humano e, como uma ação pública, por isso política, há de se buscar a promoção do bem comum, para todos e não de poucos. Quando falamos disso, estamos pensando e agindo na direção de tornar concretamente indissociáveis as ações de ensino, pesquisa e extensão – ou seja, as funções essenciais da universidade. A formação em saúde não pode ser pensada como mercadoria, nem os alunos como a “venda”, como observamos nas expressões de algumas instituições. A incubadora ou incubação visa a integrar esforços no aprendizado coletivo, e a universidade não deve se esquivar de potencializar as experiências inovadoras que o SUS cotidianamente constrói. Desse modo, reconhecemos que as experiências não são frágeis, e que a universidade tem papel fundamental aos vivenciá-las, pois agregam valores éticos

e políticos, a fim de criar e integrar redes para lutar em defesa dos princípios do SUS.

A premissa da Incubadora da Integralidade também foi gerada de uma “incubação”, que se deu no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, internacionalmente reconhecido por suas práticas cuidadoras na saúde da mulher e do recém-nascido. Trata-se de uma instituição que tem um conselho gestor eminentemente de usuários, sendo também campo de formação em várias áreas, além de oferecer um ambiente humanizado com alternativas de parto natural.

O presente livro está dividido em três partes. A primeira, intitulada “Construção da rede de pesquisa multicêntrica: incubadora da integralidade – redes e mediações”, contém textos teóricos e metodológicos que indicam as bases de construção da pesquisa numa perspectiva comparada. A segunda parte, “Experiências regionais de estudo”, reúne o conjunto de textos produzidos pela rede multicêntrica que foram objeto de amplas reflexões coletivas durante as atividades de incubação da pesquisa em seminários realizados no Recife, no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte. A terceira parte da coletânea recebeu o título de “Outros olhares” e contém textos produzidos por pesquisadores da Universidade de Buenos Aires (UBA) e de profissionais de serviços de saúde que acompanharam o desenvolvimento da pesquisa e as reuniões de incubação, contribuindo, assim, para integrar o valor do diferente neste trabalho.

Sobre a primeira parte, é de se ressaltar que ela se apoia em dois eixos: um deles, preferencialmente programático, o do valor de se articular a pesquisa com a formação e a incubação; o outro, preferencialmente teórico, o de se articular a inovação com a alteridade e o vínculo social. Assim, temos aqui dois textos importantes para se avançar na discussão do cuidado numa perspectiva de integralidade, dádiva e rede. O texto de Paulo Henrique Martins, intitulado “Dom do reconhecimento: elementos para entender o cuidado como mediação”, busca aprofundar a importância das trocas simbólicas entre os atores envolvidos na ação em saúde, de modo a revelar a complexidade do cotidiano no serviço. O texto de Roseni Pinheiro, “Integralidade no cuidado: a promessa da política e a confiança no direito”, propõe uma reflexão crítica acerca da categoria integralidade do cuidado como direito humano à saúde, concebido como imperativo constitucional, institucionalizado pelo sistema público universal de saúde no Brasil – o SUS.

Numa outra perspectiva, o texto assinado por Martins et al. sobre “Inovação, alteridade e vínculo nos processos de mediação na esfera pública em saúde” objetiva apresentar uma releitura crítica sobre a tradicional articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Propõe uma inovação conceitual que se sustenta na tríade pesquisa, formação e incubação, de considerar o reconhecimento como proposição observacional de estabelecimento de critérios para avaliação do sucesso de políticas públicas descentralizadas na esfera da saúde. Segue-se “MARES: desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano”, também de Martins, segundo o qual o esforço de sistematização da MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano) é a expressão de um movimento teórico mais amplo voltado para o mapeamento dos sistemas de sociabilidades coletivas em forma de redes em sociedades complexas, como as atuais. Para o autor, o fato de que a sistematização da MARES esteja sendo feita a partir do campo da Saúde Coletiva, no

Brasil, revela os desafios importantes que estão surgindo para a teoria social a partir das inovações em termos de políticas, de ações e de inovações tecnológicas.

Há ainda o texto de Roseni Pinheiro e Felipe Asensi, “Direito vivo, dádiva e integralidade: uma triangulação para pesquisar o direito à saúde”, que busca desenvolver um aporte teórico-metodológico que permita pensar a saúde como um direito vivo, isto é, como um direito que, apesar de previsto normativamente, só recebe sentido a partir do desenvolvimento de práticas sociais endogenamente constituídas. A dimensão “viva” do direito à saúde proposta pelos autores se ancora em dois elementos fundamentais para sua compreensão, quais sejam: dádiva e integralidade, destacando os limites e desafios para pensar a atuação das instituições jurídicas na efetivação do direito à saúde.

A segunda parte da pesquisa, “Experiências regionais de estudo”, está dividida por agrupamentos geográficos: Região Norte, Região Nordeste, Região Centro-Oeste, Região Sudeste e Região Sul.

Sob o título “Desinstitucionalização, mediação e itinerários terapêuticos em saúde mental”, são apresentados dois textos da Região Norte. O primeiro, assinado por Rodrigo Silveira e colaboradores, é “Mediação e circulação da dádiva no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Acre”, e o segundo, por Juliana Lofego e Rodrigo Silveira, intitula-se “Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de colo do útero em uma regional de saúde no Estado do Acre”. Trata-se de trabalhos que representam desdobramentos da trajetória de pesquisa trilhada pelo grupo do Sítio Norte Lappis, sediado na Universidade Federal do Acre, em cinco anos de participação na pesquisa multicêntrica que congrega grupos de todas as regiões do país. Os resultados apresentados no primeiro texto analisam o papel dos mediadores no processo de cuidado no território, bem como as formas de mediação, ressaltando a circulação da dádiva nessas relações. Para os autores, esses seriam principais constituintes de uma possível rede social de apoio, que precisa ser fortalecida para que possa dar sustentação a um processo de desinstitucionalização responsável, que mude a concepção e a forma de lidar com a “loucura” e com os “loucos”, com base no respeito à diversidade, na inclusão social e na cidadania. Já no segundo texto, analisam-se o papel dos mediadores e as formas de mediação no itinerário terapêutico de mulheres com lesões precursoras de câncer de colo de útero moradoras da regional do Juruá, no Estado do Acre. A lógica da dádiva, baseada nas ideias de Marcel Mauss e Allan Caillé, foi utilizada para analisar a presença da solidariedade nos processos de mediação na busca por cuidado.

A Região Nordeste, por sua vez, sob o título “Mediadores, dispositivos de cuidado e redes”, apresenta três textos. O primeiro, “Os profissionais de saúde como mediadores individuais: a resolução da demanda ilimitada por cidadania pelo mecanismo do duplo registro”, de Paulo Henrique Martins e Ana Cecília Cuentro, explora a ideia de mediação entre o comunitário e o estatal, com vistas à organização da esfera pública local, sendo a principal hipótese que as ações dos mediadores individuais, em particular os mediadores profissionais de saúde (agentes, enfermeiras, médicas, residentes etc.), na organização da Atenção Primária na área estudada, vêm contribuindo para a formação de sociabilidades

primárias públicas que podem ser a base para experiências associativas híbridas. O segundo texto, “Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica”, de Raphael Bezerra e Enderson Carvalho, de cunho teórico-metodológico, objetiva discutir a permeabilidade de elementos sociológicos no funcionamento da política pública de saúde territorializada, adaptada ao contexto de uma comunidade do Recife, o Córrego do Jenipapo. E o terceiro, dos pesquisadores de Petrolina Antonieta A. de Souza, Marlene Peixoto e Aldiane Macedo, intitulado “Idosos mediadores do *cuidado de si*: resistência e subjetivação em redes de interação no cuidado da saúde”, tem por finalidade indicar como as relações das redes de mediadores na saúde se estabelecem e se disseminam, prioritariamente, por meio de laços de amor, respeito e solidariedade, no cuidado de si de idosos@ petrolinenses (PE), muitas vezes, em resposta inovadora à condição de excluído.

Na Região Centro-Oeste, sob o eixo das ideias de condição crônica, direito e itinerário terapêutico, são apresentados três textos de pesquisadores da Universidade Federal de Mato Grosso. O primeiro, “Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso”, de Roseney Belatto e colaboradores, aborda a temática da mediação relacionada à experiência de adoecimento por condição crônica e os cuidados continuados e prolongados que a mesma impõe às pessoas e famílias, considerando as necessidades constantemente renovadas e ampliadas. O segundo, “Análise da demanda do direito à saúde em Mato Grosso e as possibilidades de mediação pelo TJMT”, de Laura Araújo e colaboradores, trata da mediação realizada pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso (TJMT) frente às demandas do direito de usuários de serviços de saúde no estado em termos de sua efetividade, no caso, compreendida como permanência de certa eficácia desta mediação, modificando práticas de atenção e gestão em saúde e afetando, positivamente, a experiência de adoecimento de pessoas e famílias. O terceiro texto, “Remédio jurídico’ e seus afetamentos no cuidado à saúde de uma família”, também de Bellato e colaboradores, busca compreender que os afetamentos na intervenção judicial podem produzir a experiência de adoecimento por condição crônica. Tomou-se o caso exemplar da situação de uma criança e sua família que vivenciam o adoecimento por adrenoleucodistrofia (ALD), e como a intervenção possibilitou a efetivação, ou não, do direito à saúde dessas pessoas, considerando uma discussão em torno das categorias inovação, alteridade e vínculo.

Já na Região Sudeste, versando sobre o eixo temático “Mediações entre profissionais de saúde e usuários – inovações no cotidiano das práticas nas instituições de saúde”, temos quatro textos que tratam diferentemente desta temática. O primeiro, “O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde: uma proposta de formação profissional conjunta”, de Alda Lacerda e colaboradoras, apresenta elementos comuns no cotidiano de trabalho. Visa a demonstrar o favorecimento da sinergia das ações de cuidado em saúde em um mesmo território, partindo do pressuposto de que essa formação deve reforçar o papel ético-político e emancipador dos sujeitos e o potencial dos trabalhadores da saúde como mediadores na construção das redes de apoio social. O segundo texto, “O plantonista social como mediador na construção da cidadania e das ações de saúde”, de Tatiana Lopes e colaboradoras, tem como objetivo sistematizar

e disseminar as formas de mediação presentes no cuidado à parturiente e família, por meio da prática dos plantonistas sociais no Hospital Sofia Feldman. O terceiro, intitulado “Tecnologia e inovação das doulas comunitárias: mediações na assistência ao parto” de Julia Horta e colaboradoras, do Hospital Sofia Feldman, propõe a doula comunitária como uma tecnologia cuja inserção no cotidiano dos serviços de saúde de atenção ao parto e nascimento evidencia a incorporação de conhecimentos científicos e empíricos, associados às experiências e habilidades necessárias a sua aplicação em diferentes contextos. O último texto desta região, intitulado “Refletindo sobre uma escuta do usuário ou uma escuta com o usuário: um ensaio sobre os ruídos na escuta dos profissionais atuando na APS”, de Cesar Favoreto e Roseni Pinheiro, apresenta uma reflexão sobre o lugar da escuta no modelo de atenção à saúde, buscando analisar suas repercussões e efeitos nas práticas das equipes na Atenção Primária em Saúde. Questiona o enfrentamento de situações em que a proposta de superação de um modelo de atenção à saúde médico-centrado e medicalizador é confrontada com falas e demandas dos usuários que, em uma primeira aproximação, parece ser, justamente, a antítese de uma perspectiva de mudança para uma atenção fundada na integralidade e nas ações de promoção à saúde.

Encerrando a parte II desta coletânea, temos a Região Sul, com dois textos de pesquisadores docentes e discentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que tratam da temática “Mediação da saúde no meio rural: atores, redes sociais nas situações de adoecimento crônico (agricultores e meio ambiente)”. “A mediação no meio rural: concepções e caminhos da pesquisa em saúde” e “Atores, redes sociais e mediação na saúde: laços e nós em um cotidiano rural, ambos de Tatiana Gerhardt e colaboradoras. De um lado, as autoras destacam a mediação em saúde na perspectiva da dádiva como possibilidade de construção de espaços coletivos participativos e solidários; de outro, buscam explorar a complexidade das relações sociais (e seus elementos constitutivos) na mediação em saúde em sua possibilidade de emergência de espaços que valorizem mais a participação e cidadania dos sujeitos, a partir de uma abordagem calcada na dádiva; e de outro. A proposição das autoras é que a mediação em saúde realizada na comunidade, os espaços e mobilizações sociais por ela desencadeados e, mais ainda, o incentivo e possibilidade da insurgência de redes de mediação (entre mediadores), ao serem pautados numa concepção ampla de saúde e na perspectiva da dádiva geradora de solidariedade, são uma inovação, ou seja, uma metodologia de ação capaz de produzir novidades na saúde.

A terceira parte da pesquisa, que fecha a presente coletânea, trata de “Outros olhares”. Nela estão reunidos quatro textos que tratam de experiências de estudos sobre saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde no Brasil e Argentina. No primeiro texto, “Atitudes e crenças que inibem ações de cuidado dos homens no interior do SUS: o caso de Unidades de Saúde da Família no Recife”, de Patrícia Bezerra e Itamar Lages, analisa como trabalhadores de Saúde da Família lidam com a saúde dos homens, considerando necessidades, demandas e direitos dessa população. Seus questionamentos trazem elementos concretos da realidade das interações entre esses sujeitos, pois procura buscar que atitudes, crenças ou valores são reproduzidos neste espaço, de forma a propor reflexões para ações em saúde. O segundo, de autoria de Liliana Findling e colaborado-

ras, intitula-se “Maternidad, redes sociales y (des)-integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina”, visa a explorar as experiências das mulheres em relação à gravidez, parto, amamentação após o parto e os cuidados crianças recém-nascidas em conexão com suas redes sociais de pertença e de vínculos afetivos parentesco, os recursos materiais e simbólicos de que dispõem, assim como suas necessidades e demandas não atendidas. O terceiro texto, “De prácticas represivas a prácticas integrales y de cuidado en salud mental: la experiencia del corralito”, assinado por Silvia Faraone e colaboradoras, propõe uma análise do dispositivo de desinstitucionalização da atenção à saúde mental, experienciada na ala psiquiátrica da Cárcel de Coronda, que alojava as pessoas majoritariamente incapazes, e cujo fechamento definitivo de suas atividades permitiu reconstruir uma nova institucionalidade, a partir da introdução de práticas baseadas na integralidade de atenção e na defesa dos direitos humanos dos usuários em saúde mental. Por fim, temos o texto de Rodrigo Cariri, “Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas: experimentações de apoio matricial em busca da integralidade”, que relata a experiência de implantação de NAPIs em Recife, discutindo os dispositivos de gestão e sua relação com o modelo de atenção adotado, no qual se destacam o apoio matricial que vem sendo utilizado com frequência para orientar as ações complementares à estratégia de saúde da família (ESF).

Para finalizar, gostaríamos de expressar nosso sentimento de alegria pelo sucesso de mais uma parceria bem-sucedida entre o NUCEM e o LAPPIS, consolidando a importância estratégica tanto de se articular de modo interdisciplinar os estudos da Sociologia da Saúde com a Saúde Coletiva, como de buscar superar os riscos do academicismo mediante o esforço de articular a pesquisa científica com as práticas de transformação das realidades sociais e culturais. Tais esforços, quando construídos desde uma pesquisa comparada envolvendo as diversidades territoriais e culturais, permitem um entendimento diferenciado e complexo do cotidiano da saúde no Brasil hoje. Esperamos que o resultado final agrade aos leitores.

INTRODUÇÃO

Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde

PAULO HENRIQUE MARTINS
ROSENI PINHEIRO

Neste momento de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante perguntar sobre as razões que levam o usuário a tomar certas decisões na organização de suas práticas e cuidados de saúde que, aparentemente, contradizem as “boas intenções públicas” dos esforços de descentralização da ação estatal. Em outras palavras: por que os esforços intencionais de inclusão das populações desfavorecidas pelas políticas de descentralização, que constituem uma inovação muito importante, diga-se de passagem (LUZ, 2001), não têm levado necessariamente ao aumento da participação popular e de responsabilização dos usuários na gestão dos programas, como seria de se esperar?

Para avançar nesta discussão, a pesquisa “Usuários, redes de mediação e esfera pública na saúde”,¹ que é a base do presente livro, considerou ser necessário repensar os motivos e causas que levam o usuário a não responder adequadamente às expectativas do planejador, do gestor e do profissional da saúde. Parte-se do princípio de que a inação não é prova de desinteresse ou irresponsabilidade dos atores locais, mas sintoma de uma série de bloqueios estruturais (culturais, psicológicos, organizacionais etc.) que contribuíram, ao longo das décadas, para suprimir as energias criativas e transformadoras do sujeito social.

Nesta perspectiva, a rede de pesquisadores que gera o presente livro levou em conta a importância de se desconstruir certos reducionismos da teoria social que levam a distorções sobre a natureza da prática do ator social, como já o demonstraram autores que aprofundaram os estudos sobre a dádiva (CAILLÉ, 2002) e sobre o reconhecimento (CAILLÉ, 2008; HONNETH, 2003). Um desses reducionismos é a identificação da demanda do usuário a uma função do serviço público sem consideração dos contextos complexos da ação social. Neste sentido, é importante se desconstruir a representação funcional corrente do usuário, isto é, a compreensão do usuário como mera categoria estatística ou de planejamento, para se avançar em um entendimento relacional do cuidado em saúde. Outro reducionismo é aquele da leitura individualista e utilitarista

¹ Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de parceria institucional entre o NUCEM-UFPE e LAPPIS-UERJ, com o apoio de redes de pesquisas de várias universidades públicas (Acre, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco), de unidades hospitalares e de serviços (Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte, Prefeitura Municipal do Recife) e da Fiocruz, recebendo apoio financeiro de instituições como CNPq e Fapece (Pernambuco).

pela qual o usuário é concebido como alguém que apenas se preocupa consigo mesmo, sem consideração de sua codependência com relação aos condicionantes comunitários. Nesta leitura, o usuário apenas usufruiria unilateralmente do serviço público a partir dos cálculos que produz sobre sua condição de saúde pessoal.

Deste modo, tanto a visão funcionalista – que exalta a organização funcional – como a leitura individualista – que consagra o interesse individual sem consideração do todo – são modalidades conceituais restritivas que foram objeto de críticas ao longo da pesquisa, de modo a fazer emergir a importância das redes de mediação na organização das esferas públicas locais em saúde. Somente tais redes revelam a dinâmica processual do cuidado e o caráter dos impactos que as intervenções externas (políticas, administrativas e jurídicas) geram sobre a trama social, impedindo muitas vezes uma compreensão mais aprofundada da relação entre usuário cidadão e esfera pública democrática.

Ao longo da pesquisa, observou-se que a reflexão sobre o tema do “usuário do serviço público em saúde”, a partir do cotidiano, permite entender que as modalidades de sua presença como copartícipe dos cuidados são definidas não apenas a partir de normas técnicas, mas igualmente de seu empoderamento como ator envolvido na trama da esfera pública. No caso brasileiro, pode-se dizer que a visibilidade cultural e linguística do “usuário do serviço público” resulta do confronto de vivências e percepções que colocam frente a frente o ator comunitário e o gestor estatal. No Brasil, tal processo é também enriquecido pela presença do agente de saúde, na medida em que a posição ambivalente deste ator institucional – entre a comunidade e o serviço público – termina exercendo papel relevante na organização do acesso e na redistribuição dos bens públicos na saúde.

Por outro lado, é importante lembrar que o interesse de aprofundamento teórico das redes de mediação não é casual, mas constitui o desdobramento de uma pesquisa anterior, desenvolvida pela mesma rede multicêntrica, intitulada “Redes, Saúde e Determinantes Sociais” (Ministério da Saúde/ CNPq), na qual se buscou apreender os critérios e determinantes a partir do olhar do usuário. Ao se repensar o valor dos determinantes em saúde a partir dos usuários, compreendeu-se a importância de se ampliar o entendimento da integralidade desde as mediações de redes e de dádivas do cotidiano (MARTINS, 2010a). Constitui, assim, uma verticalização de algumas conclusões observadas na pesquisa sobre determinantes, em particular o de melhor compreensão das redes de mediadores, pois tais indivíduos aparecem como estratégicos para as possibilidades de organização da esfera pública e na territorialização dos programas em saúde.

A partir do que foi observado, não há uma solução simples para o tema da participação social e da corresponsabilização da ação pública. O alargamento da compreensão das determinações é importante mas não basta para se entender a complexidade das motivações da ação social. Há que se entender as causalidades da prática mas há, sobretudo, que se desenvolver uma empatia teórica com a prática dos atores, o que leva a pensar em metodologias que permitam compreender as tramas do cotidiano dos usuários. E tais tramas são sempre redes de convívio que se reproduzem não somente por determinações contextuais, mas por dispositivos de trocas e mediações experienciais que tanto podem liberar as práticas dos atores como condicioná-las e inibi-las. Assim, as razões

que levam o usuário a participar mais ativamente da “gestão compartilhada em saúde” dependem não apenas do entendimento teórico das determinações, mas de métodos que permitam o avanço teórico e, igualmente, a desconstrução de crenças e dispositivos que fragmentam as redes e isolam os atores sociais. Para isso, as metodologias de intervenção em espaços de exclusão social devem considerar a perspectiva de integralidade e do cuidado como valor (PINHEIRO, 2007) e da dádiva como sistema de mediação das práticas (MARTINS, 2009; LACERDA; MARTINS, 2009).

A base da reflexão sobre a perspectiva do cuidado como valor tem sido desenvolvida ao longo dos últimos dois anos, a partir da pesquisa “Visibilidade, responsabilidade e pertencimento público: construções teórico-práticas sobre o cuidado como direito humano à saúde”, que, com apoio de CNPq e FAPERJ,² possibilitou diálogos interdisciplinares entre Justiça, direito e cuidado na saúde.

A dignidade, a reciprocidade e o sentimento de pertença pública reforçam a base teórica e metodológica deste livro, ao definir o cuidado como valor dos valores do direito à saúde como direito humano. A centralidade do usuário nas análises de demanda por cuidado constitui nexos imperativos para compreensão dos circuitos de dádivas e mediações das práticas sociais em saúde. Por isso, o presente livro não é apenas a soma de bons textos, mas principalmente um esforço de integralizar a teoria e a prática, rearticulando a reflexão e a intervenção desde a pesquisa, a incubação e a formação na saúde.

O avanço em metodologias desconstrucionistas é importante para trazer esclarecimentos sobre uma série de pontos que expomos a seguir, sob a forma de questões:

- 1) Quem é de fato o usuário? Trata-se de uma categoria pronta definida pelo planejador ou é o usuário uma categoria complexa, processual e aberta a diversos entendimentos, e que se forja numa esfera pública compartilhada?
- 2) As noções prevaletentes de determinantes sociais em saúde bastam para delimitar as condições de vida adequadas do usuário na perspectiva da promoção? Ou há que se considerar as representações e as redes de solidariedade e de mediação de que dispõe o usuário para organizar sua prática de saúde?
- 3) Se considerarmos os usuários na perspectiva de redes interativas, como é possível identificarmos os mediadores? Ou seja, aqueles indivíduos ou recursos que têm importâncias singulares tanto na reprodução como na articulação das redes, permitindo que as ações de saúde possam contar efetivamente com apoios solidários no interior da vida comunitária?

Guardando as devidas proporções, as dificuldades de se entender a categoria do usuário do serviço público são próximas daquelas de cidadania, na medida em que, à primeira vista, usuários e cidadãos parecem ser “condições naturais” dos indivíduos humanos que vivem em sociedades com Estado organizado. Isso configura um erro de interpretação, pois tais categorias são, na verdade, crenças produzidas por intervenções sobre a realidade, como o

² O projeto de pesquisa “Visibilidade, responsabilidade e pertencimento público: construções teórico-práticas sobre o cuidado como direito humano à saúde” faz parte da 3ª fase do Projeto Integralidade, Saberes e Práticas nas Instituições de Saúde, que, com apoio do CNPq, UERJ e FAPERJ, estabelece movimentos sinérgicos de construção de conhecimento na parceria entre LAPPIS e NUCEM.

demonstrou convincentemente Simmel, ao estudar o tema da pobreza (SIMMEL, 2002). Assim, nem a palavra cidadania reflete um direito natural do ser humano, ao contrário do que se pensa comumente,³ nem o termo “usuário do serviço público” constitui uma referência funcional e automática do indivíduo consumidor dos bens e serviços públicos. Há que se problematizar criticamente tal noção para tirá-la de sua aparente obviedade nominal, e demonstrar que, sob sua aparência mórfica homogênea, esconde-se uma pluralidade de representações moldadas nas fronteiras administrativas, políticas e jurídicas construídas entre os espaços do Estado e da Sociedade Civil (MARTINS, 2008).

Nesta perspectiva, a discussão sobre o que seja saúde e sobre os determinantes ou condicionantes de organização do bem-estar do usuário depende do modo como as mobilizações associativas, por um lado, e os interesses corporativos e utilitaristas, por outro, interferem na organização da esfera pública e colocam o usuário numa posição de centralidade (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009). A organização dos indicadores que condicionam a ação do usuário é resultado da correlação de forças dominantes, que podem se diferenciar de uma situação para outra e até mesmo de um distrito sanitário para outro, se tomarmos o caso da saúde.

Quando quem “fala” o que são determinantes em saúde são os planejadores e estrategistas, há uma tendência a se enfatizar indicadores abstratos, aqueles condicionantes institucionais gerais como educação, meio ambiente, trabalho, habitação, renda, entre outros. No lado contrário, quando quem “fala” o que são determinantes em saúde são os atores comunitários e suas redes familiares e associativas, há uma tendência a se ressaltar indicadores concretos ligados a experiências religiosas, memórias de automedicação ou de visitas hospitalares, conselhos de pessoas de confiança (familiares, amigos etc.). No primeiro caso, os condicionantes do cotidiano são minimizados em favor de uma consciência discursiva utilitarista e tecnocrática. No segundo, os condicionantes abstratos são revistos pelo ator social mediante sua consciência prática e mundana e a favor da organização dos itinerários terapêuticos.

Em outras palavras, pode-se dizer que, no plano macrossociológico – usualmente valorizado pelos epidemiólogos e por observadores externos às práticas diretas da saúde –, o usuário é *condicionado* por dispositivos sociais como renda, trabalho, educação, habitação, segurança, epidemias, entre outros. Ao contrário, no plano microssociológico – valorizado pelos que entendem a significação da experiência vivida na organização dos cuidados –, ele é *copartícipe* na produção de determinantes sociais. Neste caso, as injunções produzidas pelas crenças e vivências construídas no seio da família, dos vizinhos, do trabalho, da igreja, da política, da cultura e do sistema de saúde, entre outros, são revalorizadas pelos usuários a partir de suas trajetórias de vida. Aqui, pode-se observar que o usuário refaz sua prática a partir da tomada de consciência de sua condição de existência pessoal e de sua posição como mediador de diversos planos de interatividade, mais conhecidos como redes sociais.

³ A cidadania é um constructo moral, político e jurídico que apenas surge em sociedades complexas nas quais se cria e se sanciona um direito público, que garante ao mesmo tempo os valores da liberdade e da igualdade e as perspectivas de justiça social entre os membros da comunidade (MARTINS, 2010b).

Se considerarmos, diferentemente, o modo concreto de produção das sociabilidades em saúde, constatamos que esta classificação bipolar – determinação microssociológica e determinação macrosociológica – é uma apresentação simplificada, não sendo evidente para os atores sociais e institucionais envolvidos. No plano da vida cotidiana, o usuário está sempre reinventando seus itinerários terapêuticos, a partir dos desafios que se apresentam em cada momento de organização da saúde e, também, a partir de suas redes de inserção, que são sociais e simbólicas.⁴ Isto é, as redes de usuários em saúde não são formadas somente de indivíduos mas, sobretudo, do conjunto de objetos visíveis (medicamentos, dinheiro, alimentação etc.) ou invisíveis (crenças, símbolos, mitos etc.) que contribuem para se criar os sistemas de trocas e a circulação de dons. No trabalho de constituição de redes sociais, produzem-se e trocam-se significações sobre a vida e sobre a morte, a doença e a saúde.

A ideia de rede que desenvolvemos aqui para repensar uma visão integralizada do usuário – que dê conta ao mesmo tempo de suas obrigações coletivas e dos mecanismos de emancipação individual – coloca-se dentro de uma tradição interacionista que tem suas raízes nas contribuições de autores como Simmel, Durkheim, Mauss, Moreno e Elias (MARTINS, 2004). Para esses autores, é mais importante compreender os nexos e processos que as posições fixas; é mais relevante entender as interações que as estruturas, pois no plano concreto da vida, o que existe são processos dinâmicos e mutantes. Esta é uma questão epistemológica fundamental com reflexos sobre os entendimentos práticos da vida. Ela nos permite intuir que as classificações genéricas e dualistas – ou indivíduo ou sociedade ou agência ou estrutura – são meras abstrações que não favorecem uma compreensão interativa da sociedade.

A importância da rede social para se avançar nos estudos sobre a saúde pública e sobre a atenção primária não é uma novidade, como se pode depreender de diversos estudos já realizados a este respeito (SLUZKI, 1997; MARTINS, 2004 e 2010; LACERDA; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006; MOREIRA, 2006; FLEURY; DUVERNEY, 2007). Do mesmo modo, a importância de teorizar as redes de usuários vem sendo revelada progressivamente quando se percebe o quanto tal debate pode repercutir na emergência de novos processos participativos e democráticos no interior da esfera pública em saúde e também na revisão das práticas avaliativas. O fato é que os avanços da teoria crítica na saúde vêm colocando novos desafios para os intelectuais comprometidos com a reforma do Estado e com a emancipação da sociedade civil numa ótica associacionista. Entre esses desafios, devem ser assinalados aquele de se contextualizar a teoria das redes sociais para melhor compreensão as motivações e condicionantes das práticas em saúde e, ainda, aquele de favorecer o empoderamento dos usuários, que é uma condição decisiva para que a ideia de participação democrática não permaneça no plano da mera retórica intelectual.

⁴ É importante compreender que as redes sociais aparecem como redes de significação antes mesmo de aparecerem como meios de articulação objetiva de atores e instituições sociais. Ou seja, é importante considerar que as redes sociais se formam em diversos níveis de interatividade e de reciprocidade, incluindo tanto o serviço hierárquico e normatizado como as dimensões intersubjetivas das práticas humanas no seio da família. Há de se compreender que os hábitos e mecanismos de reciprocidade que se estabelecem nos diversos níveis assinalados formam redes de significações ou semânticas que definem a autonomia do usuário e a possibilidade do sistema de saúde organizado de intervir nas práticas de saúde.

É de grande interesse aprofundar a compreensão dos impactos dos processos de descentralização e de territorialização das ações em saúde sobre a vida local a partir das discussões sobre as ideias de participação, de solidariedade e de mobilização. É igualmente importante integrar uma visão não apenas sobre a produção das redes mas da reprodução das redes. A ênfase sobre este segundo ponto coloca de imediato o desafio de saber quem articula os indivíduos em rede e quem mobiliza os recursos em favor da reprodução do sistema comunitário ou social. Nesta ótica, as discussões sobre as redes de mediação no interior das redes formadas pelo usuário são importantes para se compreender a saúde num plano dialético e histórico e para identificar aquelas pessoas que agenciam a vivência comunitária e social.

As redes de mediadores colaboradores são conjuntos sistêmicos envolvendo usuários, agentes de saúde e profissionais especializados das unidades (médicos e enfermeiras, principalmente), que são responsáveis pelas mobilizações cívicas, humanitárias, culturais, políticas, administrativas e jurídicas na passagem de um modelo assistencial centralizado para um modelo participativo descentralizado, que está reorganizando a esfera pública local. As redes de mediadores apareceram progressivamente para nós como uma resposta a problemas práticos observados no desenvolvimento de pesquisas em saúde, em particular a constatação de altos níveis de fragmentação da solidariedade coletiva, tanto na esfera da sociedade civil como da esfera pública em si, onde ocorrem as ações sociais organizadas. No nosso entender, as figuras de mediadores e as redes de mediação que vinculam tais mediadores deveriam ser objetos de maior atenção por parte dos pesquisadores e formuladores de políticas públicas, por constituírem elos importantes para a manutenção e reprodução das memórias coletivas, dos mecanismos de socialização e de reprodução da vida social. Quando tais mediadores desaparecem, ocorre um processo de fragmentação social de consequências imprevisíveis.

Nossa hipótese básica foi que identificar as redes de mediação locais e os agentes – atores comunitários, agentes de saúde, médicos(as) e enfermeiros(as) – que participam de modo colaborativo na reprodução de tais redes é um passo importante para se conhecer o processo de formação de espaços públicos híbridos que podem ser a base de esferas públicas democráticas e territorializadas. O trabalho com mediadores colaborativos nos permitirá entender que os determinantes sociais em saúde também são produzidos pelos usuários a partir dos modos de organização de suas redes e itinerários terapêuticos.

Operacionalização da pesquisa

A construção deste segundo estudo multicêntrico não se deu de forma distinta de nossos trabalhos anteriores (PINHEIRO; MARTINS, 2009; PINHEIRO; SILVA JUNIOR; MATTOS, 2006). Como empreendimento humano característico da produção de conhecimento científico, no campo da Saúde Coletiva, a natureza interdisciplinar de suas investigações e a multiprofissionalidade de seus integrantes constroem as mediações necessárias a seus movimentos da prática da pesquisa. A importância de se descrever mais esse processo profícuo de construção confere o atributo pedagógico-educativo, con-

duzido pelos coordenadores da pesquisa nas fronteiras dos conhecimentos acumulados pela Saúde Coletiva, pela Sociologia da Saúde e Filosofia do Direito. Por conseguinte, a operacionalização da pesquisa não se fez como uma questão apenas instrumental ou procedimental, mas como um efetivo exercício daquilo que denominamos de solidariedade de conhecimentos. A continuidade dos trabalhos em rede possibilitou a renovação de estudos e formas de financiamento, o que traz a promessa de uma trajetória que continuará consistente e sólida e, portanto, não termina aqui.

Novos objetos de estudos e caminhos analíticos foram delimitados; inquietações e desassossegos renovaram nossa ideia de que as crenças conservadoras sobre as reformas em curso na saúde pública devem ser superadas pela construção de inovações. É um trabalho de competência técnica que une entusiasmo e gratificação, e o reconhecimento recíproco de nossas diferenças vem ampliando cada vez mais nossa capacidade de pensar e agir em redes híbridas de construção de conhecimento. É sabido que a parceria entre LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde) e NUCEM (Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança) nasceu de sucessivos desdobramentos, frutos do engajamento de seus coordenadores, que conjugaram afinidades epistemológicas – geridas por um “*ethos* público” de seus integrantes na produção do conhecimento para afirmação do direito à saúde – moderadas pelo compromisso ético e pelos ideais da dignidade humana e da justiça social. É nessa perspectiva, mais uma vez, que descreveremos essa construção, remetendo seus antecedentes de encontros, sempre auspiciosos, mas nunca definitivos.

O interesse de ambos os grupos pelo tema dos usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde não surgiu aleatoriamente, mas do aprofundamento de nossas pesquisas anteriores, já citadas, articulando os debates sobre Saúde Coletiva, Sociologia da Saúde e, agora, a Filosofia do Direito. Por isso, reafirmamos nossa vocação de construção epistemológica em redes que envolvem múltiplas dimensões de análise da realidade e de ações públicas que integralizam a solidariedade, a reciprocidade e a dádiva como fonte de teoria viva. A evolução dessas escolas disciplinares em torno desse tema decorre da continuidade de reflexões paralelas sobre a importância de introduzir o princípio da pluralidade de olhares na organização das lógicas decisórias, de sociabilidades alternativas, de modo a enfatizar suas repercussões e efeitos sobre a saúde pública. A aproximação do NUCEM e do LAPPIS no esforço de construção de uma pesquisa comparativa e articulada tem sido o resultado natural desta compreensão convergente sobre os limites das práticas de democratização e sobre os desafios de se avançar nas reformas da saúde.

A rede multicêntrica liderada pelo LAPPIS passou a ter seu interesse despertado pela questão dos usuários, mediações e redes sociais, a partir das devolutivas de vários projetos coordenados em parcerias NUCEM-LAPPIS, em particular o Projeto “Visibilidade, responsabilidade e pertencimento público: construções teórico-práticas sobre o cuidado como direito humano à saúde”, que conta com apoio de CNPq e FAPERJ (processo CNPq 306897/2009-1). As devolutivas tiveram como principal objetivo de compartilhar lições aprendidas e desdobramentos da pesquisa, reunindo os integrantes do grupo de

pesquisa multicêntrica Juliana Lôfego e Rodrigo Silveira (Universidade Federal do Acre e Secretaria de Estado de Saúde do Acre)⁵, Roseny Bellato (Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso), Alda Lacerda (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz), Tatiana Gerardt (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Tatiana Coelho Lopes (Hospital Sofia Feldeman, Belo Horizonte) e Aluisio Gomes da Silva Junior (Universidade Federal Fluminense), assim como pesquisadores convidados e autoridades do Ministério da Saúde. Foram convidados, ainda, os professores Cesar Favoreto, da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, e Felipe Asensi, da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro.

Paralelamente aos trabalhos da rede multicêntrica, a equipe de Sociologia da Saúde do NUCEM, sob a coordenação do prof. Paulo Henrique Martins, desenvolveu, ao longo dos últimos anos, estudos originais sobre a importância da dádiva para a compreensão dos mecanismos de produção de solidariedades nas esferas públicas locais. Em particular, a partir dos resultados de uma pesquisa comparativa financiada pelo Ministério de Ciência e Tecnologia e CNPq sobre Redes Sociais e Saúde, os pesquisadores do NUCEM entenderam que as intervenções do Estado sobre as redes locais estavam gerando processos de fragmentações institucionais, o que tornava necessário avançar na crítica da natureza dos indicadores utilizados nessas intervenções sobre os espaços da vida local. Dando sequência a esta reflexão, o NUCEM concorreu a novo edital (MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT – nº 026/2006), com o projeto intitulado “Saúde, redes e determinantes sociais”, que foi aprovado e se iniciou em julho de 2007, sendo finalizado no início de 2009. Mais adiante, o grupo do NUCEM foi ampliado, com a incorporação à pesquisa multicêntrica do grupo de pesquisas de Petrolina, liderado pela socióloga Ma. Antonieta Albuquerque. Paralelamente, o NUCEM conseguiu apoio da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE) para desenvolvimento da pesquisa “Usuários, redes de mediadores e esfera pública na saúde”. Este apoio foi importante para se consolidar a parceria entre o NUCEM e o LAPPIS, e para a realização dos seminários de incubação inter-regionais envolvendo os diversos grupos de pesquisas da rede multicêntrica.

Essa parceria institucional ampliou a legitimidade do debate sobre o tema supracitado, possibilitando a união de especialistas que estabeleceram discussões sobre os problemas e dados produzidos na pesquisa, conferindo validação de forma dialógica de seus resultados, que se mostraram coerentes com os objetivos da parceria. Problematizar e aprofundar a discussão sobre o tema dos usuários, mediações e redes e a integralidade em saúde significou avaliar sua importância para se repensar os mecanismos de reconhecimento, reciprocidade e circuitos de dádivas, que influenciaram as práticas sociais dos lugares dos atores sociais no cotidiano, e de que forma teriam repercussões em suas formas de organização sociais face aos problemas de saúde identificados e sua relação com as instituições de ensino e saúde.

⁵ Os professores Rodrigo da Silveira e Juliana Lofego trouxeram inúmeras contribuições fundamentais para esta pesquisa, a partir do desenvolvimento de suas investigações, “Desinstitucionalização a pacientes de longa permanência no Estado do Acre” e “Regionalização da saúde no Estado do Acre”, ambas contando com apoio do Edital MCT/CNPq/Fundacre 01/2006 (protocolos PROJ_012_9269256 e PROJ_075_9269236, respectivamente).

No percurso teórico e metodológico da pesquisa, não poderíamos deixar de destacar, na definição do marco epistemológico das atividades de pesquisa que constituiu a base desta coletânea, uma tríade de atividades complementares: o Encontro dos Pesquisadores da Rede Multicêntrica de Pesquisa LAPPIS/NUCEM; o II Encontro Regional do Movimento Anti-Utilitarista, ambos realizados em novembro de 2009; e o IX Seminário Nacional do Projeto Integralidade, em outubro de 2009.

É importante lembrar aqui as ideias inovadoras do II Encontro Anti-Utilitarista, que contou com a presença de especialistas das áreas da Educação, Sociologia e Economia. Nesse evento, buscamos responder às expectativas de agregar atores acadêmicos (pesquisadores, professores, estudantes) que estão desenvolvendo trabalhos nas áreas focadas a partir de uma abordagem antiutilitarista que denuncia todos os reducionismos teóricos como, por exemplo, o de reduzir saúde a um mero *status* de oposição à doença. Entendemos que inclusão do II Encontro Regional do Movimento Anti-Utilitarista do Rio de Janeiro serviu como dispositivo de incubações de novas ideias e práticas que nos auxiliaram nas definições do marco conceitual e metodológico mais amplo que inspirou o desenvolvimento da pesquisa. Este espaço de crítica teórica antiutilitarista funcionou como “*ágora*” de debates sobre as questões da responsabilidade coletiva, da produção do conhecimento, do papel da universidade e do grande valor da extensão para superar as fronteiras entre mercado e ciência.⁶

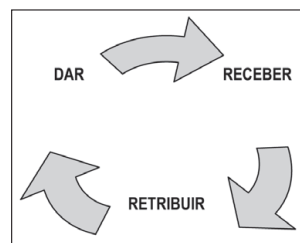
Na mesma semana, ocorreu o primeiro encontro de pesquisa do grupo coordenado pelo NUCEM e pelo LAPPIS. Estavam presentes pesquisadores de Mato Grosso (“Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania”, de Cuiabá); do grupo de educação de Pernambuco (UFPE, Recife e UPE, Petrolina); do Rio Grande do Sul; do Rio de Janeiro (Fiocruz, FGV, IMS-UERJ, FCM-UERJ); de Minas Gerais (Hospital Sofia Feldman); e do Acre. Nessa reunião, foi apresentado o Projeto “Usuários, redes de mediação e esfera pública na saúde 2009-2011” (processo FACEPE - APQ 1347-4.00/08), desenvolvido pelo NUCEM, com colaboração do LAPPIS e apoio da FACEPE. Após a discussão de seus componentes, o grupo de pesquisadores redimensionou os principais objetivos para definição de questões e atividades da rede de pesquisa. Foram abordados alguns aspectos centrais para se avançar na proposta, como o significado, a importância e o papel dos mediadores colaboradores na formação e multiplicação das redes locais de usuários em saúde, na perspectiva de integralidade, o que favorece a concepção e sistematização de novos recursos de gestão descentralizada e de participação com inclusão do usuário. A hipótese inicial foi que o apoio às ações de usuário na sua busca por cuidado em saúde constituiria um passo fundamental para efetivar esferas públicas locais de participação, ampliando a proposta da descentralização do SUS.

⁶ O Movimento Anti-utilitarista conta com importantes pesquisadores em âmbito nacional e internacional envolvidos na crítica à desumanização provocada pelo capitalismo sobre as sociedades contemporâneas em vários campos – economia, direito, educação, filosofia, psicologia, entre outras disciplinas – e foi central para a construção de horizontes da pesquisa. Foi importante, sobretudo para organizar conceitualmente a perspectiva da saúde não como um bem de consumo, pelo seu valor de uso, mas pelo seu valor de reconhecimento, saúde como um direito realizado com solidariedade, compromisso e responsabilidade.

Naquele momento, foi estimado como resultado potencial desta reflexão o estímulo à formação de redes de mediadores colaboradores locais que funcionariam como dispositivos importantes para desbloquear os sistemas de dívidas verticais na saúde. Considerou-se que as hierarquias verticais estariam inibindo a emancipação de processos participativos e integralizados mais amplos dos usuários na organização da saúde coletiva. E a reação a tais hierarquias seria fundamental para levar os usuários comunitários a saírem da incômoda posição de receptores passivos (ligado à ideia de tomar coisas sem participar do circuito da dívida), para assumirem a de doadores ativos (que recebem do sistema saúde, mas se organizam para contribuir). Trazer uma lógica antiutilitarista como a dívida para repensar a ação pública foi entendida como condição para a formação de redes locais mais solidárias e responsáveis pela formação da esfera pública. Um dos pontos de debate foi a utilização do termo “alteridade” como recurso alternativo à ideia de emancipação, pois esta, por não apontar claramente para o valor da convivência, pode sugerir um entendimento fragmentário do social.

Na figura 1, abaixo, podem-se observar os três momentos da dívida – o da doação, o da recepção e o da retribuição – que, em conjunto, constituem um sistema dinâmico que permite o surgimento de “círculos hermenêuticos” fundamentais para se pensar práticas associativas mais amplas.

FIGURA 1 – Esquema de representação da dívida



A inovação teórica representada pela adoção da dívida como sistema de favorecimento de círculos hermenêuticos na vida local tem impacto para se repensar as novas dimensões da ação em saúde a partir de alguns pontos: a descentralização em saúde numa perspectiva pós-geográfica; as redes de mediação e mediação em redes; as esferas públicas locais com lócus da interatividade e da participação. Apoiados no referencial conceitual da dívida, verificamos mais um desafio para a pesquisa, que consistiu em problematizar a necessidade de descolonização dos sistemas de sociabilidade, de modo a fazer emergir esferas públicas locais participativas.

Do lado do Direito, destacou-se a incompreensão de que seja mediação no campo do Direito, pois comumente a mediação é concebida como um partilha do patrimônio. Essa assertiva foi consubstanciada por outros estudos, que revelaram que o entendimento restritivo da mediação no campo do Direito se deve ao fato de que, tradicionalmente, a práxis do direito se afirma como um conjunto de mediações em uma perspectiva individual, e não coletiva. Um primeiro movimento teórico-metodológico de sintetizar essa discussão foi construir as bases do bloco comum, definindo os eixos, ações-quadro, assim como conceitos multicêntricos (direito, mediação e itinerários) com as questões a

serem consideradas no plano de coleta de dados e de análise de categorias centrais que pudessem nuclear a ideia de mediação.

No que diz respeito ao bloco comum da pesquisa, de modo consensual, pareceu-nos claro que a operacionalização dos elementos apresentado no quadro 1, a seguir, nos nichos locais tem como campo observacional o tema do sofrimento. A experiência é questão fundamental para se pensar o cuidado, o que significa assumir que a experiência de adoecimento, sofrimento e sua relação com o cuidado redefinem a base de existência do ser profissional de saúde. Os efeitos e repercussões da relação sofrimento/cuidado nos pareceram um elemento propulsor para haver mais visibilidade no primeiro nível de sociabilidade, o da afetividade, por ser este o que sofre menor interferência de institucionalização, no sentido de regras para serem seguidas. Esse nível tende a ser organizado pelos valores éticos dos sujeitos que estão implicados na relação, sendo uma relação mais humana, menos trabalhador-objeto. Com os níveis mais elevados, dos direitos à cidadania e do exercício da solidariedade profissional, observa-se a presença dos protocolos, rotinas e regras a serem seguidas institucionalmente. Aqui, a regra formal tende a substituir a importância dos valores como norteadores das ações dos trabalhadores da saúde.

Quadro 1 – Esquema do bloco comum da pesquisa

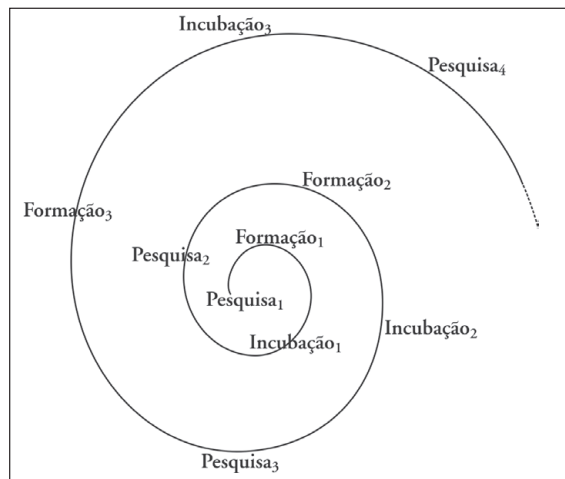
		EIXOS		
DIREITO MEDIAÇÃO INTINERÁRIOS	AÇÃO	INOVAÇÃO (Experiência de inclusão) 1	ALTERIDADE (Pluralidade/ Visibilidade) 2	VÍNCULO (Pertença/Público) 3
MULTICENTRICIDADE	FORMAÇÃO			
	PESQUISA			
	INCUBAÇÃO (maturação da práxis/ disseminação)			
1	Como é a concepção e prática de mediação do campo do direito e o impacto/efetividade dele na relação serviços de saúde e pessoas e famílias com vistas ao direito de cidadania?			
2	Direito relacional tensionando o direito individual. A alteridade como mediadora nessa relação. Corresponsabilidade na ação (dar-receber-retribuir).			
3	De que modo é a concepção e prática de mediação das instâncias de representação social do direito à saúde no SUS, e a efetividade/impacto dessa mediação na vida das pessoas de modo a minimizar-lhes o sofrimento.			

Dar visibilidade a esses atravessamentos e transversalidade de temas, objetos e abordagens foi passo fundamental para dar mais vigor e interação entre as atividades da pesquisa,

cuja formação e incubação são ações retroalimentadoras da pesquisa, como intervenção, ensino e investigação. A multicentricidade como nucleadora de enfoques metodológicos, com vetor transversal, permitiria dar movimento aos resultados teórico-práticos do conjunto das atividades da rede multicêntrica. Os enfoques metodológicos tinham nas ideias de narração, narratividade e narrativas, aportes conceituais para a realização de estudos nos nichos locais. Tais enfoques eram a expressão dos efeitos dos resultados a serem obtidos, contemplando a natureza de cada projeto a ser localmente desenvolvido.

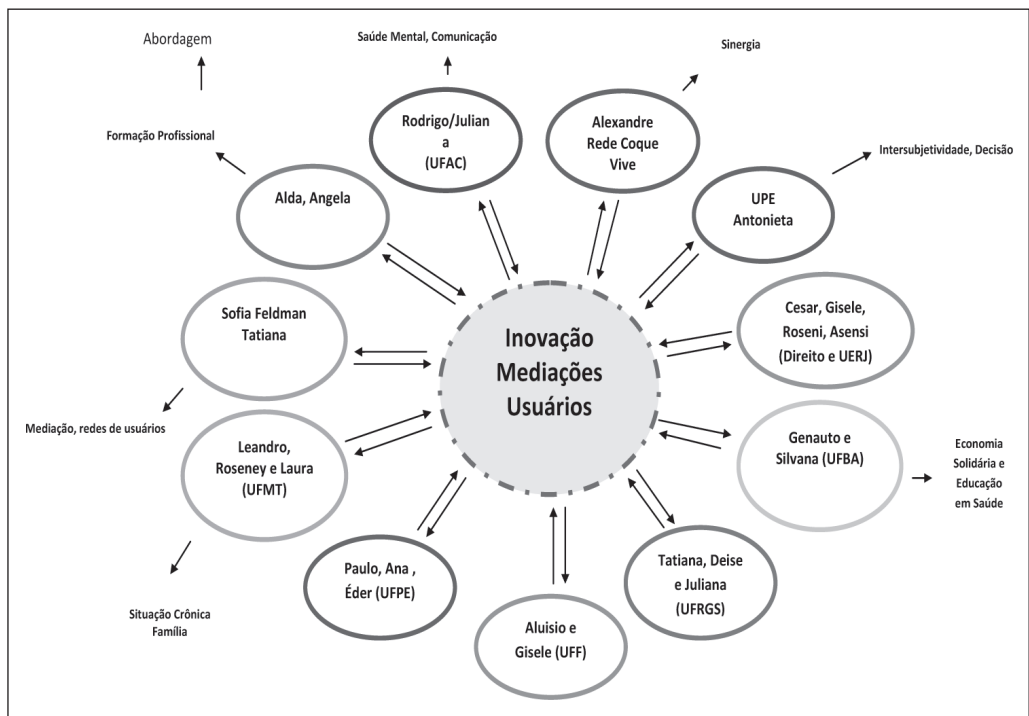
A reciprocidade epistemológica identificada pelo grupo nos debates sobre determinantes sociais, integralidade em saúde, redes, dádiva e mediações, conferiu os atributos habilitadores do coletivo de pesquisadores para elaborar as categorias analíticas do estudo, visando a articulações temáticas comuns nas sucessivas etapas de investigação. Esse momento foi fundamental para o estabelecimento de acordos e pactos para definição e execução das etapas da pesquisa, assim como as metas a serem atingidas. Com isso, não saímos do “zero”, não desperdiçamos a experiência de pesquisas anteriores, sendo todo esse material considerado fonte secundária de nossos trabalhos. Os estudos desenvolvidos anteriormente pela equipe de pesquisa multicêntrica, que envolviam os itinerários terapêuticos, e pelo grupo de Sociologia da Saúde, sobre as redes sociais e solidariedade, e direito pelo grupo do LAPPIS/UERJ-UFF, permitiram organizar caminhos de reflexão seguros. O plano de atividades (figura 2) definido exigia de cada partícipe o empenho no cumprimento das tarefas a serem executadas, o que incluiu a organização de atividades locais e regionais, cujos resultados finais seriam apresentados em seminário nacional, com lançamento da presente coletânea. Com um cronograma de 12 meses de trabalho, foi possível definir os principais pontos para a construção de um termo de compromisso interinstitucional no qual se designava a responsabilidade de cada pesquisador. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, registrado sob o nº CAAE-0004.0.259.000-08, e também no Conselho de Ética da Universidade Federal de Pernambuco e pela Prefeitura da Cidade do Recife.

Figura 2 – Espiral de sinergias hermenêuticas (narração – multicentricidade) entre as atividades do projeto



No dias 8 e 9 de abril de 2010, foi realizada a II Oficina Técnica de Construção Coletiva da Pesquisa Facepe “Usuários, redes sociais e mediadores e incubações na saúde”, cujo objetivo foi discutir os relatórios das pesquisas realizadas pelos nichos locais, para trocas e complementação de informações, assim como para orientar um roteiro especificamente criado para este fim. Houve participantes da Região Sudeste (EPSJV/Fiocruz, IMS-UERJ, UFF, Hospital Sofia Feldman e FCM-UERJ); da Região Norte (FCM e FCO/UFAC); Centro-Oeste (FE/UFMT e ISC/UFMT); Região Sul (Saúde Coletiva/UFRGS) e Nordeste (UFPE-NS/UFPE, UPER, FE/UFPE). Realizamos trabalhos de grupos com preenchimento de matriz analítica (figura 3). No dia anterior ao seminário, o grupo participou de atividade pré-oficina, denominada II Seminário do Programa Incubadora da Integralidade do Hospital Sofia Feldman, sobre valores do cuidado, práticas avaliativas e gestão em saúde. Esta foi uma atividade complementar, um desdobramento prático pela avaliação da discussão sobre usuários, redes, mediações e integralidade. No dia 9 de abril de 2010, realizamos a síntese dos trabalhos de grupo e operacionalização da pesquisa, com um pacto de compromissos e definição de responsabilidades para a próxima oficina de textos, que foi realizada posteriormente em Recife, em 12 e 13 de agosto 2010. No dia 10 de abril, foram revistas as bases conceituais sobre dádiva, redes, mediações e integralidade e direito, com ênfase na ideia de inovação.

Figura 3 – Inovação (Inclusão), Alteridade (Pluralidade) e Vínculo (Pertença)



Finalizamos nossas atividades nos dias 26 e 27 de agosto, na Universidade Federal de Pernambuco, com a realização da oficina de textos e definição do sumário preliminar desta publicação, com a definição de cronograma de prazos. Este foi um momento extremamente fértil e de aprendizado, pois cada pesquisador-autor tinha tido a possibilidade de ler previamente as versões preliminares dos textos, que foram sendo apresentadas e debatidas ao longo dos dois dias de oficina. Enfim, tínhamos compartilhado o eixo estruturante da pesquisa, assim como seu conteúdo informativo, possibilitando manter a organicidade do tema, com seus eixos transversais.

Acolher as diferentes abordagens disciplinares e objetos de estudo eleitos foi nossa primeira tarefa. Isso significou, na prática, que embora não existisse um único olhar sobre o usuário, teríamos que assumir uma perspectiva comparada que valorizasse os distintos matizes e permitisse construir alguns consensos. Assumíamos ali uma abertura dialógica sobre a participação desse usuário na formulação e efetivação do direito à saúde, reconhecendo-o no seu próprio exercício, colocando-o como centro na construção do discurso na produção do cuidado em saúde.

Ressaltamos que a categoria “usuário” não se reduzia ao indivíduo consumidor dos serviços de saúde – que é inerente à abordagem utilitarista –, mas se abria a uma diversidade de experiências de construção social do direito. Pareceu-nos estratégico considerar o usuário a partir de suas trajetórias. Estas necessariamente envolviam famílias, amigos, comunidades e, no caso específico da relação com os serviços de saúde, demonstravam muito claramente o papel de mediador dos agentes comunitários de saúde. Desse modo, constituíam-se redes de relacionamentos de apoio na construção de saberes e práticas alternativas a modelos convencionais de assistência, promovendo resposta para o enfrentamento dos problemas de saúde numa comunidade ou população.

Referências

- CAILLÉ, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CAILLÉ, A. A sociedade mundial no horizonte. In: MARTINS, P.H.; NUNES, B.F. (Org.). *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- CAILLÉ, A. Reconhecimento e sociologia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.66, 2008.
- FLEURY, S.; DUVERNEY, A. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- HONNETH, A. *A luta pelo reconhecimento. A gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.
- LACERDA, A.; MARTINS, P.H. Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano – MARES: uma etnografia do grupo focal com agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Espaços públicos e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006. p. 311-331.
- LUZ, M. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

- MARTINS, P.H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): Aspectos conceituais e operacionais In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- MARTINS, P.H. Citizenship. In: HARTT, K.; LAVILLE, J.L.; CATTANI, A.D. (Org.). *The Human Economy*. Cambridge: Polity Press, 2010b.
- MARTINS, P.H. A Sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006. p. 87-123.
- MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas: In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.
- MARTINS, P.H. Rede social como novo marco interpretativo das mobilizações sociais contemporâneas. *Caderno CRH*, v. 23, n. 59, p. 401-418, 2010a.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.
- MOREIRA, M.N. Dádiva, reciprocidade e associação em rede na área da saúde In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006.
- PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 37-52.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.
- SIMMEL, G. *Sobre la individualidad y las formas sociales*. 1ª. Ed. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes, 2002.
- SLUZKI, C. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- VALLA, V.V. Mediadores, saúde e religião. *Cultura Vozes – Educação popular: democracia é participação*, v. 96, n. 5, p. 5-16, 2002.
- VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

PARTE I
CONSTRUÇÃO DA REDE DE PESQUISA MULTICÊNTRICA
“INCUBADORA DA INTEGRALIDADE – REDES E MEDIAÇÕES”

NOÇÕES FUNDANTES

Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação

PAULO HENRIQUE MARTINS

Diz um ditado popular que as mais belas palavras se tornam inócuas quando deixam de se referir a uma experiência concreta, servindo apenas como moldura para ilustração de velhos modos de agir e de pensar. Neste texto queremos propor, desdobrando esta máxima, que a inovação dos processos de gestão pública na saúde na perspectiva participativa e de integralidade, envolvendo simultaneamente profissionais da saúde e usuários, não pode ser garantida apenas com a recriação de organogramas e com a adoção de um vocabulário com apelo participativo. Ao contrário, como buscaremos demonstrar, a inovação para ser efetiva tem que considerar necessariamente o usuário não como mero objeto da intervenção estatal, mas como ator corresponsável na ação em saúde. Ou seja, sem a adoção de um entendimento mais amplo da saúde na prática capaz de superar o viés assistencialista tradicional ou o viés mercantilista, as reformas em saúde perdem sua força renovadora.

As análises empíricas que têm sido realizadas pelos grupos de pesquisadores da Rede Multicêntrica voltados para a apreciação do papel do usuário na avaliação em saúde¹ revelam que a mudança paradigmática na saúde, implicando a superação da abordagem assistencialista e tecnicista por outra voltada para o cuidado e o acolhimento, ainda é incerta, exigindo novos entendimentos teóricos. De fato, o futuro da descentralização na perspectiva de um cuidado integral é tema que precisa ser mais bem discutido, pois a desconexão entre a teoria e a prática gera incertezas que podem comprometer a democratização das políticas públicas em saúde. Entre as hipóteses que explicam essas incertezas nos avanços do movimento sanitário na saúde, gostaríamos de lembrar duas entre várias outras possíveis de serem relacionadas, a saber, a ausência de um programa teórico-prático forte que evidencie o cuidado como metáfora e como mediação na saúde e a desconexão entre as atividades de pesquisa formação e incubação.²

De fato, a perspectiva de avanço do cuidado não como retórica, mas como metáfora constitutiva de novas linguagens na saúde depende da adoção de um programa teórico-

¹ Ver, a respeito, o livro organizado por Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Martins, *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica* (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

² Deve-se lembrar que os artigos deste livro buscam em conjunto responder aos desafios de se avançar no debate sobre o cuidado e de se pensar a relação entre pesquisa, formação e incubação.

prático forte que permita entender a prática do cuidado como uma simbólica relacional que apenas se configura quando se estabelece a sinergia discursiva entre o gestor, o profissional da saúde e o usuário. Para nós, este programa teórico-prático forte é oferecido pelas teorias do dom e do reconhecimento numa formulação chamada dom do reconhecimento na saúde, a qual se apoia em duas exigências: a do dom como aliança entre anônimos, gerando a esfera pública, e a do reconhecimento como constructo moral, que redefine a perspectiva da saúde pela inclusão do diferente e pela promoção da dignidade, independentemente das hierarquias de valorização social.

No entanto, a elaboração de políticas inovadoras efetivas depende do modo como as atividades de planejamento, gestão e avaliação das ações são capazes de se apoiar em ações integradas de pesquisa, formação e incubação. Isto significa que os avanços dos programas públicos nas perspectivas participativa e reflexiva deveriam implicar necessariamente um diálogo permanente entre a Academia, o Serviço Público e a Sociedade Civil, em torno de atividades de pesquisa, de formação e de incubação de experiências sistematizadas. No nosso entender, esta segunda hipótese, que é crucial para o avanço da avaliação em saúde, depende prioritariamente da definição do programa teórico-prático forte sobre o cuidado como mediação da saúde pelo dom do reconhecimento, como buscaremos desenvolver a seguir.

O cuidado como retórica e o cuidado como metáfora

São muitos os sinais que sugerem que a descentralização em saúde promovida pelo SUS nem sempre tem significado uma ruptura programática com a antiga lógica hierárquica e funcional que marca as decisões estatais em geral, e aquelas no campo da saúde, em particular. Ao contrário, observando-se o funcionamento do sistema de saúde, percebe-se, sem muitas dificuldades, que a inovação conceitual é com frequência esvaziada por uma hierarquia técnica e vertical de poder [gestor – médico(a) – enfermeiro(a) – agente de saúde – usuário(a)], que esconde, mesmo involuntariamente, um saber colonizador que inspirou o modelo hospitalocêntrico na saúde. Por outro lado, noções como a de *cuidado* são muito importantes por gerarem um efeito simpático imediato sobre a opinião pública e por constituir, em princípio, um dispositivo anticolonial, isto é, que inspira reformas importantes das compreensões dos processos interativos na saúde a partir da valorização dos saberes e práticas até então marginalizadas e desperdiçadas.

No entanto, noções como esta e outras usadas no discurso da Atenção Primária – como a de acolhimento, por exemplo – podem se tornar meras peças de retórica se não forem acompanhadas de uma mudança efetiva de compreensão do cuidado como metáfora, como mediação de processos simbólicos, afetivos, pedagógicos, políticos e biofísicos na organização da Saúde Coletiva. Este comentário nos leva a outro plano, o de saber se as reformas doutrinárias na saúde estão sendo acompanhadas de mudanças efetivas de atitudes na gestão dos programas, nas práticas dos profissionais da saúde e na participação dos usuários. As mudanças na gestão na perspectiva do cuidado estão incluindo o usuário como ator qualificado da construção do cuidado? Esta é uma pergunta crucial, por remeter diretamente a um fato concreto, a saber, que no modelo

tradicional de gestão na saúde o usuário não é interlocutor legítimo na organização do atendimento médico, mas apenas um objeto de intervenção.

De modo geral, a prática do *cuidado* continua largamente dependente da lógica hierárquica herdada da Clínica Médica moderna, que divide tarefas a partir de funções estritamente técnicas que refletem diversos níveis de prestígio social e profissional. O termo *cuidado* perde sua força metafórica e seu potencial de inovação institucional e política quando permanece prisioneiro da lógica funcionalista, produtivista e fragmentária, que ainda rege, em certos níveis, a organização das políticas públicas em saúde no Brasil. Esvaziado de seu potencial inovador, o *cuidado* não oferece contribuição nem para a formação de uma esfera pública participativa que reconheça a dignidade dos atores envolvidos nem para gerar justiça igualitária. Nessa leitura conservadora, o termo serve para reforçar mecanismos hierárquicos e corporativistas que negam o valor do usuário como sujeito ativo e reflexivo da prática de saúde.

Na prática, constata-se que o termo *cuidado* se oferece a diversas interpretações que não necessariamente apontam para o sentido do termo *care* sugerido no debate contemporâneo.³ Analisando-se o desenvolvimento programático do cuidado, não é fácil fazer esta analogia entre cuidado e *care*, pois a força do poder hierárquico e funcional tradicional termina comprometendo os esforços de reorganização das práticas locais em saúde. Em outras palavras, queremos propor que os avanços na Saúde Coletiva e na Atenção Primária ficam relativamente comprometidos caso as inovações conceituais que acompanham os esforços de passagem de um paradigma tradicional, de caráter médico-assistencialista, para outro, contemporâneo, de promoção e de participação, não se realizarem efetivamente como práxis produzida por uma reflexão envolvendo diferentes atores – especialistas, militantes, ativistas, mediadores de rede e usuários – em torno da produção do bem comum. Para sair deste dilema e promover mudanças nas práticas dos profissionais na perspectiva do cuidado como metáfora e como mediação, é importante considerar a possibilidade de requalificação das técnicas e das rotinas, de modo a permitir que o usuário ganhe visibilidade como ator solidário e corresponsável pelo cuidado.

Entre os atores do movimento sanitarista, há a expectativa de que a palavra *cuidado* apareça como uma metáfora estratégica para o delineamento de um novo modo de fazer a saúde, confirmando o ideal do SUS. Este modo deveria expressar tanto a ampliação da ideia de atendimento médico pela incorporação de fatores como meio ambiente, habitação entre outros, como pela maior aproximação entre especialista e o usuário. Com a emergência do cuidado como dispositivo de mediação, a relação entre profissional e usuário na saúde não se limitaria a um mero exercício prescritivo, mas envolveria a participação solidária e a responsabilização do usuário no funcionamento do sistema de saúde local. Está presente no discurso do *cuidado* na saúde uma expectativa moral relacionada com a promoção do bem viver, refletindo o desejo da ampliação conceitual e prática da tradicional relação “médico x paciente”.

³ Para autores como J. Tronto (1993), um dos pioneiros nesta discussão, este termo deve apontar necessariamente para uma atividade genérica que compreende tudo que fazemos para reparar nosso mundo, com o objetivo de uma vida com mais possibilidades de auto-realização.

Para que a palavra *cuidado* se revista de sua força metafórica – que valoriza os aspectos simbólicos e intersubjetivos – e de seu potencial inovador como mediação – que exalta a integralidade e democratização da ação pública – precisamos, todavia, deslocar o olhar sobre as interações do cotidiano na saúde. É importante repensar o termo numa perspectiva que valorize mais as pessoas que os bens, que se centre prioritariamente nos valores da confiança e da solidariedade que emanam de uma experiência autorreflexiva e contextualizada como aquela oferecida pelo dom.⁴ Em particular, vamos buscar demonstrar que a possibilidade do *cuidado* como práxis mediadora e inovadora da ação em saúde exige que a mesma se apresente como um sistema particular de dom fundado na corresponsabilidade dos atores envolvidos na criação e reprodução de dispositivos de trocas e de reconhecimentos que respeitam a diferença e que avançam pelas igualdades de direitos de acesso aos direitos da cidadania. O dom do reconhecimento, como se discutirá a seguir, significa a capacidade de perceber o outro como extensão diferente e igualmente valorizada de si mesmo, o que implica ações sucessivas de inclusão, dignificação e liberação desse mesmo outro.

Para avançarmos no entendimento do *cuidado* como mediação de dádivas, temos que aprofundar a discussão das bases da troca solidária e de suas possibilidades de uso em sistemas públicos locais formados pelas interações entre Sociedade Civil e Estado. Para essa demonstração temos, contudo, que superar dois problemas: um deles é o da presença, nos estudos sobre a Saúde Coletiva, do dualismo metodológico vivido classicamente pela sociologia, aquele da agência x estrutura, que leva necessariamente a se entender a prática social, em geral, e aquela do atendimento em saúde, em particular, de modo enviesado e simplificado. Por este viés, a prática do atendimento em saúde ou é vista como resultado dos esforços e estratégias dos atores em interação ou é vista como produto das regras, crenças e obrigações jurídicas e institucionais. Para resgatar o cuidado como metáfora de mediação é importante, pois, superarmos esta limitação conceitual e entendermos que o cuidado somente aparece como mediação da saúde quando se assume como dom de reconhecimento, como veremos a seguir. Para isso, vamos discutir a importância do dom como programa forte que ultrapassa os dilemas dualistas entre agência e estrutura e, a seguir, vamos analisar o dom do reconhecimento com modelo para o cuidado como práxis inovadora.

Dom: um programa teórico-prático forte para contextualizar a ação social em saúde

A dádiva é um sistema teórico e prático original na medida em que a possibilidade de teorização se funda na observação concreta e imediata das modalidades de relacionamentos e dos fatores materiais e simbólicos, objetivos e subjetivos, que interferem nos mecanismos de trocas entre atores individuais e grupais (CAILLÉ, 2002; GODBOUT, 2007; MARTINS, 2008). A dádiva renova as teorias sociológicas ao valorizar a experiência da troca direta

⁴ Dom ou dádiva é um sistema de ação fundado em prestações ao mesmo tempo livres e obrigatórias, que se desenvolvem em três movimentos: o da doação (de um bem ou serviço material ou simbólico), o da recepção e o da retribuição. Marcel Mauss, um dos fundadores da sociologia francesa, foi quem primeiramente sistematizou esta teoria (MAUSS, 2003).

entre os indivíduos e grupos, ampliando a significação do que se troca para o campo do simbolismo, por um lado, e para a valorização do contexto, por outro. A dádiva constitui um programa teórico-prático forte, pois ao se focar diretamente no que circula, contribui para a superação do dilema sociológico acima lembrado entre agência e estrutura, que é teoricamente problemático. O dilema dualista condiciona a análise da prática social a duas opções complicadas: uma propõe que a prática social é produto dos indivíduos interessados; a outra, que o sistema de obrigações institucionais é que define a prática e que os indivíduos têm pouca margem de manobra. Ora, nem uma nem outra dessas opções permite se entender as exigências teóricas do cuidado como mediação. Por isso a importância da dádiva como programa forte. Ela favorece entender que a qualidade da troca impacta sobre os lugares e identidades dos indivíduos e grupos de indivíduos em interação.⁵

A superação deste dilema sociológico entre agência e estrutura é decisiva no campo das lutas por reconhecimento na saúde para se fazer a crítica teórica de dois pressupostos equivocados. Uma delas é o de que o saber técnico especializado [médico(a), enfermeiro(a), agente etc.] é sempre mais legítimo que o saber comum do usuário; o outro, o de que as regras burocráticas e administrativas são sempre mais eficazes para o bom funcionamento do serviço público em saúde que as regras produzidas pelo consenso ou aliança gerada pela dádiva. Ora, pelo entendimento do cuidado como estrutura relacional e mediadora, estas crenças são revistas continuamente na própria interação entre os atores envolvidos, permitindo uma transmissão fluida de informações entre os saberes científicos e os saberes práticos, equalizando os saberes na prática. No entanto, tais saberes híbridos refazem as regras burocráticas para liberar regras associativas mais flexíveis entre as instituições e indivíduos.

A teoria da dádiva tem grande contribuição a oferecer à renovação paradigmática da Atenção Primária quando permite entender que o sucesso do cuidado na saúde depende diretamente do modo como o profissional fixa sua atenção no usuário para inseri-lo num sistema horizontal de trocas interpessoais, aquele do dom ou do sistema tripartite de obrigações coletivas sistematizado por Marcel Mauss em seu *Ensaio sobre a dádiva* (MAUSS, 2003). Ao voltar sua atenção para o usuário e buscar interagir com o mesmo, o profissional, imbuído do sentido do dom, desencadeia um mecanismo de doações (olhar, palavra, orientação, medicamento etc.) que gera obrigações de solidariedade a todas as partes envolvidas na mediação do cuidar, como o demonstrou Lacerda com a sistematização do conceito de “redes de apoio social” (LACERDA, 2010). Na perspectiva da dádiva, o profissional da saúde e o usuário não são categorias que se excluem. No

⁵ As abordagens clássicas dualistas – agência x estrutura – valorizam ou o peso da obrigação estrutural sobre a liberdade individual ou, no lado contrário, a liberdade de cada um sobre as injunções coletivas. Nessas teorias tradicionais, dependendo do enfoque, tanto a sociedade aparece como um conjunto de obrigações coletivas como crenças, valores e regras (ênfase no peso da estrutura) como pode aparecer diferentemente, como as capacidades de cada indivíduo de definir racionalmente as opções que mais lhes interessam (ênfase na importância da liberdade de escolha de cada indivíduo). Por essas interpretações reducionistas, o ser humano se apresenta seja como uma vocação essencialmente egoísta, como propõe o utilitarismo mercantilista inglês, ou no lado contrário, como expressão de certa incapacidade de construir utopias libertárias, como sugerem as análises autoritárias e totalizantes (que podemos propor ser a expressão de certo utilitarismo burocrático).

processo de mediação pelo dom, todos os elementos técnicos, afetivos, funcionais presentes naquele momento são reconfigurados pela experiência da troca de bens simbólicos e materiais. O agente social, em cada movimento de realização da ação – na doação, na recepção ou na retribuição –, se defronta com o dilema insolúvel de ter que tomar decisões voluntárias – ou não – dentro de contextos coercitivos que limitam mais ou menos sua capacidade de agir, que é, ao mesmo tempo, livre e obrigatória.

A ênfase na prática dos atores revela a complexidade da ação social, permitindo sair de modelos abstratos que desconsideram o valor do cotidiano para a organização da vida social. O dom do reconhecimento, que pretendemos explorar neste texto, se realiza mediante a capacidade do profissional-doador de reconhecer o outro-usuário para lhe dar visibilidade e dignidade, permitindo que o donatário faça, por sua vez, seu movimento de inclusão e de reconhecimento. No campo da saúde, propomos que o cuidado apenas aparece como renovação paradigmática e programática quando ele é percebido como uma modalidade de dom, a do dom do reconhecimento. Nesta ótica, o cuidado é visto como motivo de reorganização dos significados das trocas e como significante de lugares igualmente reconhecidos como legítimos por gestores, por profissionais da saúde e por usuários.

Há dádivas que podem ser estimuladas para que a ação pública em saúde seja organizada na perspectiva de valorização do vínculo social, ou seja, na ótica de que o valor social das pessoas seja considerado como mais importante que os valores dos bens, serviços e funções técnicas. Optar pelo valor da pessoa significa que a avaliação da ação pública e, no caso, a ação pública em saúde, seja feita não somente a partir de critérios de produtividade econômica, financeira e técnica e de desempenho funcional, mas, sobretudo, a partir de critérios de aumento das forças morais, afetivas e psíquicas dos indivíduos e dos grupos de pertencimento tanto no plano da sociedade civil como naquele da ação estatal descentralizada. E também entre as instâncias da Ciência e do Mundo da Vida.

Entre as dádivas que podem ter papel destacado com esta finalidade de permitir uma mudança qualitativa da lógica da avaliação e dos sentidos da ação pública apoiada no cuidado como mediação, podemos enunciar dois tipos: a *dádiva da aliança* e a *dádiva-doação anônima*. A aliança é para Mauss uma categoria central para a fundação da vida em sociedade. No *Ensaio sobre a dádiva*, Mauss revela grande preocupação em explicar os motivos pelos quais as tribos passam da paz para a guerra e da guerra para a paz. O que interrompe o vínculo, pergunta ele? E no lado contrário, o que permite restaurar o vínculo? A curiosidade do autor é procedente na medida em que, na perspectiva do dom, o próprio do ser humano não é a tendência ao isolamento e à separação, mas ao acordo em torno da instauração do fenômeno social. A intuição de Mauss nos parece correta na medida em que, diferentemente do que pensam os liberais, o pacto social não é produto da soma de interesses individuais, mas de uma obrigação coletiva livremente consentida. Esta ambiguidade moral constitutiva do dom – obrigação e liberdade – explica que o fenômeno social se impõe como um movimento coletivo e que o que chamamos de *indivíduo* apenas surge no interior de sociedades que admitem a socialização como individualização.

É nesta perspectiva, pois, que podemos falar da dádiva da aliança, ou seja, da predisposição de indivíduos e grupos a se associarem livre e espontaneamente para fundarem a vida social mediante o benefício dos presentes, dos serviços e hospitalidades, das disposições para acolher, reconhecer e dignificar o outro e – por que não? – a si mesmo como sujeito social (que existe como indivíduo quando se reconhece no espelho do coletivo humano). A dádiva visa sempre à aliança, mas pelo termo *dádiva da aliança* estamos buscando enfatizar a ação intencional com relação ao outro na perspectiva de valorizá-lo.⁶ Este dado é fundamental para integrar novos sentidos do cuidado. A cada movimento de liberdade produzido por doações conscientes, outros, ambivalentes, de obrigação livre e de interesse de retribuir se estabelecem. E por esses movimentos ambivalentes entre liberdade e obrigação, interesse e desinteresse, são seladas as alianças entre sujeitos, transformando os inimigos em amigos, os excluídos em incluídos, o Outro em Próximo. Nesta perspectiva, é possível chamarmos a dádiva da aliança de dádiva da generosidade comunitária, pois a predisposição para se vincular é ela mesma um símbolo de generosidade que faz emergir a experiência do cuidar como uma experiência de totalidade.

O outro tipo de dádiva que consideramos importante para se repensar o cuidado como mediação é aquele da dádiva-doação anônima. Trata-se de uma modalidade de dádiva própria da modernidade, revelando a presença de uma figura social inexistente nas sociedades comunitárias, que é a do sujeito anônimo (GODBOUT; CAILLÉ, 1998). O anônimo é aquele indivíduo que não se afirma por quaisquer pertencimentos comunitários particulares que o distinguem hierarquicamente dos demais, mas por uma condição de invisibilidade social igualitária permitida pelo direito reflexivo moderno. O anônimo apenas surge em sociedades complexas nas quais o processo de socialização aparece não somente como processo de coerção coletiva, mas como processo de individualização coletiva, que é revelado pela emergência de unidades atomizadas e reflexivas que pensam o todo social a partir de experiências singulares e inovadoras.

Pensando no caso da ação em saúde, podemos propor que a esfera pública em saúde resulta da organização de um aparato institucional voltado para inserir o anonimato como condição das trocas de bens de saúde. Certamente, neste momento, o anônimo ganha rosto e passa a ser protagonista de uma operação de obrigações mútuas que geram reconhecimentos e visibilidades. A socialização passa a se realizar nas fronteiras do compromisso cívico com o coletivo e do respeito à liberação das individualidades, e a partir de um ato de cuidar que gera alianças e transformação necessária de indivíduos

⁶ Este interesse pela associação, lembra Caillé (2002), nos rastros de Mauss – mas também de Simmel –, não é funcional. Esse interesse é paradoxal, pois a luta pela aliança gera tensões permanentes. A cada momento da ação tripartite – do doar, do receber e do retribuir –, os indivíduos e grupos se defrontam com conflitos de consciência produzidos por determinantes estruturais pelos quais a cada movimento interessado se opõe um movimento de desprendimento ou de “desinteressamento” (CAILLÉ, 2006).

excluídos em atores visíveis da política.⁷ O dom do reconhecimento que discutiremos a seguir surge desta condensação provocada pela circulação da dádiva em contextos de intensas demandas por visibilidade, dignidade e reconhecimento.

Dom do reconhecimento: o cuidado como mediação

A teoria do reconhecimento é um constructo teórico que se afirma com os avanços da filosofia moral contemporânea de C. Taylor (2005) e outros. Sua sistematização acompanha a crítica às teses utilitaristas que reduzem a vida social a pensamentos monológicos – como aquele economicista que reduz o interesse da troca a uma questão econômica –, visando, em paralelo, a resgatar temas como eticidade, multiculturalidade e dignidade. A articulação entre reconhecimento e dom é decisiva para avançarmos na perspectiva do cuidado como mediador simbólico na saúde.

No campo da sociologia, deve-se a A. Honneth (2003) os méritos de ampliação do debate para temas do cotidiano mediante releituras apropriadas de Hegel e dos pragmatistas norte-americanos como J. Dewey (1991).⁸ Há de se destacar que a discussão moral de Honneth sobre a vida social não é concebida abstratamente, mas, concretamente, a partir do esforço de entendimento das patologias sociais que afligem os indivíduos na contemporaneidade. Para ele, os indivíduos são objetos de violências que atingem a) a autoconfiança ainda na infância, comprometendo sua capacidade de amar; b) o autorrespeito como cidadão, impedindo que lute adequadamente por seus direitos; e c) a autoestima na vida profissional, impedindo que desenvolva a capacidade de se solidarizar com o outro (HONNETH, 2003). Nesta direção, podemos sugerir que o cuidado não pode emergir como mediação simbólica central de um novo paradigma em saúde caso permaneça prisioneiro de visões monológicas como a da clínica médica moderna ou a da medicina utilitarista, que não dão conta do fenômeno da totalidade do social.

Para que o cuidado apareça como *care* na ação primária, é necessário que se amplie o entendimento da prática clínica para introduzir elementos pedagógicos, morais e políticos que são justamente oferecidos pela crítica teórica do reconhecimento. A saída para tais dificuldades operacionais é o entendimento do valor simbólico do reconhecimento na geração de um tipo de bem-estar que é aquele da visibilidade política e da dignidade moral. Tal bem-estar não se restringe à dimensão biofísica, mas se define e se corporifica

⁷ Avançando nesta discussão, podemos igualmente sugerir que o dom da aliança num contexto de trocas anônimas, que produzem o fenômeno do público comunitário e da democracia associativa local, tem impacto importante na passagem da comunidade fechada (étnica, corporativa, cultural, religiosa etc.) para a associação democrática e aberta. Isto significa que a circulação do dom não se restringe a fortalecer a aliança entre os mais próximos (lógica comunitária), mas visa a refazer permanentemente a aliança pela inclusão e reconhecimento de novos agentes sociais marcados pelas diferenças culturais (gênero, etnia, religião, sexualidade etc.) no processo de construção da prática democrática.

⁸ Com isso, ele avançou na crítica moral da tradição racionalista iluminista, rearticulando a relação entre instrumentalidade e expressividade nas esferas da socialização e da individualização. Esta crítica permitiu ao autor explicar que há hierarquias morais desiguais subjacentes às práticas sociais, e que sem a crítica das mesmas é impossível se conceber uma discursividade organizada em bases igualitárias. Tais hierarquias impedem que os indivíduos possam realizar espontaneamente seus potenciais cognitivos e defender, por conseguinte, suas capacidades de se apresentar nas esferas coletivas como indivíduos livres e dotados de força originais de arguição política e cultural.

com a ampliação das significações de solidariedade e de reconhecimento no “mundo da vida”. O bem-estar que alarga as significações da saúde apenas emerge por signos de reconhecimento que circulam como dádivas, permitindo formular ritmicamente as práticas, os lugares dos atores e os processos de organização das instituições. Nesta direção, pode-se dizer que a interpretação do reconhecimento como simbolismo da ação leva necessariamente a uma aproximação entre reconhecimento e dom, pois o ato de reconhecer é uma dádiva estruturante primordial.

Trazendo esta discussão para o campo da saúde, é possível afirmar que o cuidado como simbolismo mediador é, antes de tudo, a doação de significações como aquelas da visibilidade política e da dignidade moral do outro.⁹ Caillé propõe que os temas morais da confiança, do respeito e da estima são redimensionados na prática pela gratidão gerada por uma doação que valoriza o outro (dar ao outro como sendo mais importante que meu prazer pessoal em doar) e uma recepção que valoriza a doação (receber do outro é mais importante que se recusar a receber): “Dar o reconhecimento não é apenas identificar ou valorizar, é também e talvez inicialmente provar e testemunhar nossa gratidão” (CAILLÉ, 2008, p. 158). Isto se faz, complementamos, na expectativa de que a recepção do gesto valorizador motive o donatário a agradecer e retribuir um contra-dom em forma de confiança, solidariedade e responsabilidade.

A abertura para o reconhecimento e para a inclusão do Outro-diferente amplia as experiências de gratidão do donatário, daquele que recebe o cuidado. Isto é, no lado da recepção, o impacto do dom do reconhecimento – que se funda sobre a aliança entre anônimos – gera uma obrigação de gratidão para com o doador, o que se traduz em gestos de lealdade com o social ou de solidariedade com o próximo anônimo, favorecendo a responsabilização comunitária e ampliando a legitimidade da política pública. Ou seja, o sentimento da gratidão é significativo para soldar laços e gerar novas solidariedades e associações. E isto é visível no campo da saúde quando se observa o modo de agradecimento dos usuários quando são acolhidos pelos profissionais da saúde no espírito da dádiva e do reconhecimento.

A articulação das teorias do dom e do reconhecimento é muito profícua ao permitir entender que a circulação dos bens da saúde (afetos, técnicas, medicamentos, gestos etc.) em contextos de empobrecimento e de exclusão social produz doações de visibilidade e dignidade, que é o dom do reconhecimento, gerando agradecimentos, inclusões e participações. Pelo dom do reconhecimento, não apenas se faz justiça moral aos injustiçados mas se abre a perspectiva de se fazer justiça política aos oprimidos e abandonados pelos direitos da cidadania.

⁹ Neste sentido, a teoria do valor é revista, ampliada e atualizada pela linguagem simbólica, sendo o valor social das pessoas em interação mais importante que o valor dos bens, o valor do usuário sendo mais importante que aqueles das tecnologias, saberes especializados e medicamentos. No caso, o reconhecimento passa a ser uma condição de visibilidade social para o usuário e a luta por *status* ou lugar antecede a luta de classes ou a definição do direito privado e individual. Aqui, as teorias de escolhas racionais e estratégicas se submetem à teoria do reconhecimento, pois, antes de escolherem, os homens buscam ser reconhecidos para poderem reconhecer (escolher). A luta não é apenas de valor moral, mas de valor de socialização (reconhecimento de si, do outro e de nós).

Neste contexto de produção e reprodução do dom do reconhecimento, observam-se dois registros paralelos. Num deles, a circulação do dom do reconhecimento – envolvendo os grupos de pertencimento antigos ou novos e os indivíduos que, por suas redes de pertencimento, contribuem para remodelar as instituições coletivas – amplia o número de atores dos processos de troca e de solidariedade na saúde, favorecendo o surgimento de uma cidadania democrática. No segundo registro, a circulação do dom do reconhecimento amplia o escopo da ação em saúde para outros domínios da vida social e cultural, articulando a totalidade dos elementos constitutivos da cidadania democrática (educação, saneamento, trabalho, lazer etc.) em torno de um projeto coletivo e público do bem viver que exige um “saber fazendo”. Assim, a circulação do dom do reconhecimento entre profissionais de saúde e usuários gera com frequência novos movimentos de dons entre terceiros, próximos ou anônimos, ampliando os “círculos hermenêuticos”, como o provam o surgimento de grupos de cuidados voltados para as questões de gênero, violência, sexualidade, entre outros.

Claro, quando estes processos de dom do reconhecimento são sabotados pela ação estatal ou mercantil, a aliança entre anônimos a favor do vínculo social pode se traduzir em desfiguração do pacto coletivo, com aumento da violência na vida cotidiana e surgimento de patologias sociais que se refletem pelo aumento das doenças psicossomáticas. Neste caso, pensando com Mauss, diríamos que a sociedade passa da paz para a guerra pelo fato de o doador reconhecido (o Estado, os cidadãos, a Igreja etc.) não ser capaz de doar na intensidade necessária os bens necessários ao reconhecimento do donatário, levando este a padecer na incerteza e no desânimo.

Dádiva e ação pública no cuidado: algumas considerações finais

Para finalizar, retomaremos o tema do *cuidado* que abordamos como ilustração no início deste texto, de modo a fixar algumas reflexões sobre os desafios da gestão pública descentralizada nesses contextos complexos de organização de esferas públicas locais que se apoiam nas circulações das dádivas de reconhecimento para ampliar as alianças entre anônimos. Tais dádivas são necessárias para o surgimento dos públicos democráticos e também para, mediante este processo de inclusão social e cultural, ampliar as redes de solidariedade e de mediação social.

Podemos propor, então, que o *cuidado* apenas se revela como experiência inovadora na ação em saúde quando ele passa a refletir o dom entre anônimos a favor da aliança comunitária e associativa, gerando inclusões e corrigindo injustiças – enfim, permitindo que se passe da guerra para a paz. Aqui está a chave para compreensão do enigma maussiano nos tempos de modernidades. Claro, esta reflexão exige necessariamente se pensar o cuidado desde a prática e desde a teoria, ou seja: desde o Serviço e a Sociedade Civil e desde a Academia; desde a produção da ação que se faz pela intervenção reflexiva sobre o real, e desde a reprodução da ação que se faz pela formação e pela incubação do real pensado e construído coletivamente. Neste plano, cuidar deixar de ser mera retórica que esconde antigas práticas hierárquicas e funcionais no serviço em saúde para designar a

experiência concreta e reflexiva da ação em saúde que se realiza em três movimentos: do doar (como escuta, como palavra, como disponibilidade para acolher integralmente ao outro), do receber (como direito inato do ser humano a viver, como possibilidade de agradecer para aparecer e ser incluído) e do retribuir (como direito e possibilidade de demonstrar sua presença, seu poder, sua singularidade dentro do sistema social).

Esta releitura do cuidado como dom do cuidado abre perspectivas interessantes para se reavaliar o tema da justiça, pois esta deixa de ser mera aplicação de normas coletivamente sancionadas num território nacional para aparecer como ação de inclusão social igualitária dos diferentes. Este entendimento permite sair da ideia do mal-estar da cultura formulada por Freud na fundação da psicanálise para se pensar o bem-estar produzido pela política do cuidado realizada com a consciência do dom do reconhecimento.¹⁰ Enfim, há que se apostar no dom do reconhecimento para se avançar na democratização das ações em saúde e do cuidado como *care*, permitindo passar de um entendimento assistencialista do usuário dos serviços que está sempre na posição do sacrifício (da condenação à pobreza e ao assistencialismo) para um entendimento reflexivo e expressivo que libera o usuário da posição sacrificial e o insere como ator corresponsável na produção da vida cotidiana em contexto de justiça igualitária que integra as diferenças.

Apostar no reconhecimento é buscar a diferença no igual: no confiar, no respeitar, no solidarizar, independentemente das diversidades sociais e culturais. Tal aposta permite que se formem culturas políticas mais saudáveis e inspiradas na justiça social igualitária. Essas culturas são importantes para se pensar os sistemas comunitários locais que se estabelecem à base do público democrático que constitui uma experiência coletiva supra-egóica. Por isso, para terminar, lembramos o filósofo italiano F. Fustetti, que, inspirado em Mauss, afirma que cada cultura contém o dom de alguma coisa que compreende a pluralidade humana: obras, obras de arte, símbolos, códigos de comportamento etc. (FUSTETTI, 2009, p. 179). Isto significa dizer que, se cada cultura contém o todo, cada cultura contém o *cuidado* como atividade geral de produção do bem comum, ela contém o dom de alguma coisa que compreende a pluralidade humana na sua singularidade.

Assim, pensar o cuidado como metáfora e mediação, como projeto permanente inspirado no dom do reconhecimento, significa igualmente pensar uma cultura política da dádiva. Uma cultura como sistema de valor de uma esfera pública participativa que seja gerada, por sua vez, por reciprocidades estabelecidas entre os sistemas organizacionais complexos como o Estado, que formula políticas comuns, e o Mundo da Vida, onde se formatam as práticas espontâneas da vida social e cultural.

¹⁰ Tal compreensão inovadora do cuidado é particularmente pertinente para se pensar as diferenças entre justiça nacional – como política redistributivista limitada que elimina as diferenças identitárias para promover a integração comunitária nacional – e justiça global – como política redistributivista aberta a novos territórios transnacionais que promovem o cuidado como dom do reconhecimento para além das fronteiras nacionais. Pensar a justiça global não como concessão de Estados nacionais na cena mundial, mas como direitos do ser humano ao bem viver (ARENDRT, 2010) como direito ao dom do reconhecimento fundado na aliança entre anônimos que vivem a gratidão, significa fazer a passagem de políticas sacrificiais (que sacrificam os diferentes e os humilhados) para políticas antissacrificiais baseadas no dom incondicional e na aliança que gera o mundo comum e que libera os diferentes e humilhados.

Referências

- ARENDDT, H. *A condição humana*. Rio: Forense Universitária, 2010.
- CAILLÉ, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- _____. O dom entre interesse e desinteressamento. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. (Org.) *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006.
- _____. Reconhecimento e sociologia. *RBCS*, v. 23, n. 66, p. 151-163, 2008.
- CAILLÉ, A.; GODBOUT, J. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.
- DEWEY, J. *The public and its problems*. Ohio: Ohio University Press, 1991.
- FISTETTI, F. *Théories du multiculturalisme: un parcours entre philosophie et sciences sociales*. Paris: La Découverte, 2009.
- GODBOUT, J. *Ce qui circule entre nous: donner, recevoir, rendre*. Paris: Seuil, 2007.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.
- MARTINS, P.H. De Levi-Strauss a MAUSS – Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais. *RBCS*, v. 23, n. 66, p. 105-130, 2008.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cossac & Naify, 2003.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- TAYLOR, C. *As fontes do self: A construção da identidade moderna*. São Paulo: Loyola, 2005.
- TRONTO, J. *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, 1993.

Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito¹

ROSENI PINHEIRO

Este ensaio propõe uma reflexão crítica acerca da categoria integralidade do cuidado como direito humano à saúde, concebido como imperativo constitucional, institucionalizado pelo sistema público universal de saúde no Brasil – o Sistema Único de Saúde (SUS). Em trabalhos anteriores,² destacamos o respeito à alteridade com o usuário, o ajuizamento dos atores sobre suas ações e a responsabilidade coletiva como nexos constituintes de sua efetivação no cotidiano das instituições de saúde. Por isso, nos sentimos convocados a problematizar a noção de integralidade do cuidado em sua potencialidade como discurso e ação na afirmação do direito à saúde como um bem comum.

Quando adentramos o campo da saúde, observamos uma brecha no conhecimento produzido, que consiste na necessidade de se (re)pensar o cuidado como valor, não mais como artefato teórico-prático oriundo de um campo de saber instrumental, mas como uma categoria social e culturalmente construída (PINHEIRO, 2007). Mais do que isso, há de considerarmos os diferentes contextos, a pluralidade de atores e suas práticas no cotidiano nas instituições de saúde como elementos de observação e análise de seus efeitos e repercussões na vida das pessoas.

Concordamos com o pressuposto de que a integralidade do cuidado, em contexto de direitos, inclui necessariamente a análise das escolhas acerca dos meios e formas de os sujeitos se cuidarem e serem cuidados (PINHEIRO; MARTINS, 2009; PINHEIRO; LOPES, 2010; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2010). Nesse sentido, interessa-nos deslindar o nexo constitutivo da integralidade do cuidado como fato político e como confiança no direito, cuja fonte de valores emerge das ideias de reconhecimento, dignidade e reciprocidade. Entendemos que tal pressuposto nos exige pensar reagindo sobre sua concretização, como base para tomada decisão entre os sujeitos do cuidado – usuários, profissionais e gestores –, de modo a garantir visibilidade de suas ações ao mesmo tempo em que incentiva o cultivo de sentimentos de pertença pública.

¹ Agradeço as contribuições da Profa. Bethania Assy, por quem nutro respeito e admiração, que, como filósofa, transforma a teoria numa força para impulsionar a construção de ações em novas teorias sobre o cuidado e responsabilidade com o mundo.

² Ver as publicações produzidas no âmbito do LAPPIS, que juntamente com seus parceiros institucionais, ao longo de dez anos de existência, tem reunido esforços para sistematizar conhecimentos e desenvolver aportes conceituais e metodológicos inovadores para os estudos sobre integralidade em saúde (www.lappis.org.br).

Trata-se de uma tese, que buscaremos defender apoiando-nos em algumas reflexões sócio-filosóficas, a partir de estudos empíricos em diferentes realidades sociais, trabalhos de conclusão de curso, palestras e simpósios, desenvolvidos no âmbito do Projeto Integralidade. Vejamos.

No contexto brasileiro, já realizamos um número razoável de estudos que nos permitem inferir que a busca por cuidado em saúde se engendra no cotidiano da vida das pessoas, sendo as redes de serviços de saúde concebidas como uma rede social, cujas demandas por saúde são expressas por outras redes sociais, sejam elas de natureza comunitária ou identitária. Isto implica perceber a existência de uma dependência recíproca entre política e direito na saúde, que tem, de um lado, a exigência do cumprimento da promessa da política do SUS, quanto à efetivação de seus princípios, dentre eles, o princípio da integralidade; de outro, que não exclui o primeiro, a confiança no direito, que requer a coexistência de ações, seja pela realização do bem comum, seja pela concretização de atividades comunitárias/coletivas, capaz de assegurar a saúde como questão de cidadania.

Nesta perspectiva, o SUS, como política pública e social, torna-se um campo fértil de pesquisa e rico de *experienciações* (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005), que desvela o desafio permanente de fazer coincidir lei e factualidade. Tal desafio nos exige assumir uma tomada de posição, no sentido gramsciano do termo, de transformar cotidianamente, no plano da práxis, o patamar de relação entre Estado e Sociedade, e desta com os sujeitos. Ou seja, buscar a revalorização da política como ação pública num contexto de desigualdades sociais, econômicas, históricas e culturais, onde a integralidade do cuidado como princípio norteador desta política tem em cada um dos sujeitos envolvidos um ser humano *gestionante* de sua própria vida e em relação aos outros, na qual as ações não se presentificam sem o respeito, o direito e a estima, tomando os referenciais de Axel Honneth sobre a luta por reconhecimento (HONNETH, 2009).

Apoiamo-nos nas ideias de Hannah Arendt (ARENDR, 1998) sobre a diversidade e a pluralidade, que as defende como características inerentes à condição humana, cuja máxima de direitos a ter direitos defendido nos exige, de novo, cada vez mais reconhecer as diferenças entre os diferentes na arena política. Já sabemos que, no plano da política de saúde, tais diferenças têm forte expressão nas questões de etnia, gênero e raça, na medida em que seus efeitos e repercussões atravessam todo o edifício social. Ainda que sejamos repetitivos, temos que lembrar sempre desse pressuposto, pois a memória desses fatos parece se esvaír no tempo, a confiança se extingue e a promessa de uma política de justiça social esvanece. Outra contribuição dessa autora é a ideia de espaço público, que pode nos auxiliar na releitura sobre as relações humanas na saúde, como sendo espaços de encontros, desdobrando-se em tantos outros encontros, onde ocorrem distintos tipos de ajuizamentos, pactos, negociações e tomadas de decisões para definição de prioridades – neste caso, nas políticas públicas de saúde. Um espaço mesmo de lutas por direitos.

Trata-se de lutas por direitos que tensionam as disputas econômicas, sociais e culturais, sendo muitas delas derivadas de demandas particulares, individuais ou mesmos de grupos. Não se quer dizer com isso que tais demandas não sejam legítimas; entretanto, as singularidades e especificidades dos problemas sociais, por meio da observância situ-

ações concretas, podem ser secundarizadas. Por isso, como afirmamos acima, propomos que as experiências de adoecimento e sofrimento das pessoas, numa perspectiva teórico-metodológica centrada no usuário em suas redes sociais e mediações, são fonte de conhecimento sobre a integralidade do cuidado. Este livro com certeza pode contribuir com essas discussões, assim como algumas de nossas coletâneas, que consideramos seminais para esta construção epistemológica (PINHEIRO; MARTINS, 2009; PINHEIRO; LOPES, 2010; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2010).

De outro lado, muitas das demandas expressas por grupos de usuários ditos especiais (pessoas portadoras de patologias e deficiências) revelam a complexidade dessas tensões, um imaginário social que imputa a fragmentação e o reducionismo como vetores das demandas por cuidado, que, na perspectiva do acesso à saúde, acabam por restringir o direito à saúde como direito somente às tecnologias médicas e assistenciais disponíveis.

Não se quer dizer com isso que as conquistas obtidas, sobretudo por alguns grupos específicos, tais como os dos portadores de HIV-Aids e de transtorno mental, de um modo inovador, auxiliaram a construção de novas institucionalidades nas políticas de saúde, amistosas à integralidade do cuidado (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004). Entretanto, muitos dos seus efeitos e repercussões, decorrentes do aprofundamento das especificidades, acabam por impor conflitos sociais e culturais que obstaculizavam as possibilidades de tornar os princípios doutrinários do SUS universalizáveis.

Daí surge um paradoxo: de um lado, temos a hegemonia do conhecimento científico e tecnológico biomédico que fundamenta a oferta de ações de saúde, impondo uma relação indutiva das demandas por cuidado em saúde, cujos parâmetros utilizados muitas vezes colocam em xeque os princípios universais – no caso brasileiro, os princípios do SUS. De outro, estão as concepções doutrinárias do direito que alicerçam esses princípios, cuja tríade – justiça social, equidade e integralidade –, portam valores ético-morais de dignidade humana na saúde, que desafiam nossa confiança na sua efetivação como direito humano à saúde. Percebemos que os efeitos e repercussões desse paradoxo na vida cotidiana das pessoas influenciam de forma decisiva as relações sociais que se estabelecem na construção da integralidade do cuidado, que tem na incorporação de tecnologias na saúde o fio da navalha entre um novo modo de controle da sociedade civil pelo Estado *vis-à-vis* um processo de hipermedicalização da sociedade contemporânea, em meio a uma civilização tecnológica descontrolada.

Com esse entendimento, parece-nos evidente a exigência de se propor novos objetos, novas abordagens e proposições observacionais para estudos sobre integralidade do cuidado. Isto significa assumir esse empreendimento teórico-conceitual e metodológico como o desenvolvimento da nossa capacidade de superar o desafio imposto pela fragmentação, dicotomização, sobretudo pela incompreensão epistemológica dos limites da objetivação da realidade na saúde. Recriar uma prática de pesquisa alternativa à ditadura do monismo conceitual e metodológico característico do modo hegemônico de produção do conhecimento na modernidade é pavimentar um caminho inevitável para melhor compreensão dos processos que se estabelecem na relação entre demanda e oferta na integralidade do cuidado na saúde.

Um giro epistemológico para abordagens sobre a integralidade do cuidado como direito humano à saúde: novos objetos e novas abordagens

Sem dúvida, a delimitação de novos objetos e o desenvolvimento de abordagens híbridas se faz premente para construir proposições observacionais mais porosas aos contextos em que os sujeitos se inserem no desenvolvimento de suas práticas. Considerar a polissemia e a polifonia presentes no uso dos termos “demanda”, oferta e “integralidade do cuidado” nos exige a construção de teorias compreensivas capazes de apreender os diferentes arranjos institucionais, seja no âmbito da sociedade civil organizada, seja nas comunidades em suas redes primárias de convívio social. Além disso, quando formuladas em termos histórico-sociais, identificamos no campo da saúde o caráter relacional da demanda, oferta e necessidade de saúde (PINHEIRO, 2001), pois daí surgem “tecnologias sociais” avançadas, fruto de associações híbridas públicas (MARTINS, 2004b), onde o usuário é a fonte da mais concreta de crítica à centralidade das intervenções nos serviços de saúde, as quais desconsideram suas diferentes realidades, dentre elas as redes sociais em que se inserem.

Essa assertiva se torna mais evidente quando identificamos o cuidado como a fronteira da integralidade em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2004), na medida em que a categoria “cuidado” se apresenta como amálgama de saberes e práticas constituintes de valores, que expressam a tensão permanente entre aqueles que buscam e os que oferecem ações de saúde. Em trabalho anterior, discutimos o desencontro entre a clientela e os gestores das políticas de saúde, cujos resultados de nossa análises já apontavam para a insuficiência dos modelos ideais como artefato teórico-prático na formulação e implementação das políticas públicas em saúde, por meio de programas e projetos, ao mesmo tempo em que presenciamos o surgimento de práticas eficazes capazes de produzir respostas positivas às demandas dos usuários (PINHEIRO; LUZ, 2003). Nesse sentido, nos parece premente reconstruir a tríade *demanda*, *necessidade* e *oferta* em saúde à luz dos atores implicados, dos contextos institucionais em que se inserem e de suas relações com a prática, como meio de recuperar algumas questões latentes, não abordadas ou mesmo aprofundadas em discussões recorrente sobre o SUS, em particular, sobre o tema da integralidade do cuidado. Isto significa realizar um movimento teórico-conceitual que tem o intuito de responder não somente “o quê” ou “o que falta” para efetivar a integralidade como direito à saúde, mas “como” concretizá-la, sobretudo como avaliá-la no cotidiano dos sujeitos no cumprimento do direito à saúde.

Em outro trabalho, definimos esse movimento de *giro epistemológico*, que nos auxilia na definição de novos objetos e abordagem de pesquisa destinada à análise sobre demanda em contextos de direito. Trata-se de um giro epistemológico no pensamento sobre o agir em saúde, uma ruptura epistemológica com o pensamento hegemônico nessa área, que traz como insígnia o dualismo, cujas dicotomias e fragmentações geradas são resultados pela frequente tensão estabelecida entre modelos idealizados, formulados pelos *policy-makers* para ordenação da realidade, e as práticas concretas forjadas pelos sujeitos em suas ações cotidianas (PINHEIRO, 2010). Como nos ensina Paulo Freire, essa tensão no campo da educação, quando questiona o caráter dualista da produção de conheci-

mento, alerta-nos que, quando se dualiza, cai-se num idealismo, ou num objetivismo mecanicista que é também idealista, característico da racionalidade moderna ocidental.

Nesse mesmo trabalho (PINHEIRO, 2010) já citávamos Hartmann (2005, p. 1), para definir o giro epistemológico em uma perspectiva freiriana,

que consiste na superação do espontaneísmo, das manipulações e da mera transmissão de conteúdos e que desemboca na produção do conhecimento da própria prática que nos seus começos, poderia ser muito pobre, mas na medida em que se teoriza a própria prática, ela assume a realidade e cria conhecimento novo que interessa aos despossuídos de conhecimento próprio.

Diante dessa compreensão, nos sentimos convocados a compartilhar diferentes proposições analíticas, teóricas e metodológicas, a fim de estudar sobre os avanços, obstáculos e desafios para efetivação do direito à saúde, como nexos constituintes das respostas às demandas pela integralidade do cuidado oferecido. Aqui, a integralidade do cuidado imputa a ideia do *cuidado como valor dos valores*, fruto de um agir pensado, que enfatiza o diálogo, a reflexão e a crítica responsável, sobre as questões que nos inquietam e nos desassossegam no cotidiano de nossas atividades, sejam elas na pesquisa, no ensino e nos serviços. A partir de uma perspectiva construtivista e fenomenológica, buscamos elaborar uma alternativa teórico-prática capaz de apreender como as práticas dos sujeitos e os saberes que as sustentam na produção do cuidado em saúde mantêm uma estreita relação entre o pensar e o agir na saúde (PINHEIRO, 2008).

Em outro trabalho (PINHEIRO, 2010), propomos essa perspectiva como diálogo interdisciplinar entre os conteúdos da filosofia, sociologia, direito e saúde, sendo a integralidade do cuidado categoria central para estudos sobre o cuidado como direito humano à saúde, de base empírica, como artefato epistemológico no estudo das práticas (ação/atuação) e saberes dos atores, em particular os usuários envolvidos com a produção do cuidado. Neste sentido, oferecemos perspectivas analíticas, não pragmáticas, que podem nos auxiliar na realização de estudos sobre as ações (incluindo aspectos éticos e morais) dos usuários na efetivação de seus direitos. Ainda podemos utilizar esse termo – integralidade do cuidado – como categoria analítica destinada à compreensão, em maior profundidade, das singularidades, das mediações e das formas de organização pública desses usuários no enfrentamento de seus problemas de saúde. Essa argumentação se funda na exigência de conhecermos as percepções e atuação dos usuários como sujeitos criadores de tecnologias sociais, o que, no contexto brasileiro de garantia do direito à saúde, se traduz por resolubilidades dos problemas apresentados.

Como elemento de reconstrução teórico-conceitual, a integralidade do cuidado como objeto de estudo sobre e com os usuários força-nos a deslocar nosso olhar para as experiências de sofrimento vivenciadas pelos usuários na busca por cuidado. Nesse sentido, interessamos destacar os aspectos culturais como um componente importante a ser incorporado em nossos pressupostos teórico-metodológicos. Portanto, não se presta a servir às exigências de generalização da aplicabilidade de seu uso, como previsto nos estudos hegemônicos da saúde coletiva, mas constituir-se em um olhar sobre o espaço molecular (GRASMCI, 1991) circunscrito no cotidiano dos atores em diferentes contextos institucionais.

Aprender a diversidade e pluralidade dos objetos da saúde, cuja ação se faz como um pensamento em movimento, requer o ajuizamento e a responsabilidade como principais vetores político-institucionais. Com isso, mais uma vez, enfatizamos a centralidade do usuário nesse trabalho, como ator principal, capaz de nuclear percepções sobre a integralidade do cuidado, como promessa política a ser cumprida, cuja confiança no direito resgata a visibilidade dos problemas sociais voltados para compreender a saúde como o direito de ser. Isso implica também problematizar o conhecimento em saúde de forma ampliada, reflexiva, crítica, pois é necessário reconhecer o *ethos* humano, que inclui repensar o modo como tratamos a questão do valor dos valores na sociedade contemporânea e as soluções de investigações a ela destinadas. Poderíamos dizer que essa tarefa, por si só, já seria constitutiva e constituinte para compreender o cuidado como uma ação de razão pública da integralidade em saúde e do direito de cidadania.

Na esteira das abordagens teórico-metodológicas que propomos como fundamento deste ensaio, destacamos a fenomenologia e o construtivismo, que têm nas proposições de Alfred Shultz, Hannah Arendt e Axel Honneth seu campo de definições, trazendo na sua fundamentação a busca pela superação da dicotomia entre o idealismo e o positivismo (PINHEIRO, 2010).

É importante abrir um parêntese para propor fundamentos teórico-conceituais que auxiliem na compreensão desta proposta. Defendemos que as proposições de Alfred Schultz, Hannah Arendt e Axel Honneth nos permitem constituir um núcleo epistemológico capaz de promover uma inter-relação entre história, política e vida, como vetores-conhecimentos para compreender a ação no mundo, a ação como agir humano-político e ação como reconhecimento recíproco. Nesse sentido, o ponto de partida é a crítica às teorias científicas, em especial as de inspiração positivista, tão apegadas à objetividade que só percebem a ciência como meio de conhecimento possível. São autores que trazem novas perspectivas fenomenológicas e construtivistas, que têm na reciprocidade (Alfred Schultz), responsabilidade (Hannah Arendt) e reconhecimento (Axel Honneth) categorias-chave de compreensão da demanda por cuidado como direito humano à saúde. Vejamos alguns aspectos teóricos desses autores.

O ponto de reflexão mais vigoroso de Alfred Schultz diz respeito a pensar a ação no mundo da vida e das relações sociais. Para o autor, o mundo das relações sociais consiste em orientações e condutas no mundo da vida, que são em grande parte influenciadas por formas linguísticas, por sistemas de orientação cultural preexistentes, pelos outros seres humanos (a perspectiva de partida é individual), base para a construção de uma teoria das interações sociais. As experiências imediatas de outros são valorizadas, pois surgem num ambiente de comunicação comum, de um ambiente situacional – ou seja, o que acontece na situação comum é vivido em comum, mas cada pessoa a vivencia de acordo com sua própria experiência da situação da qual a outra é uma parte: o Nós. Cada pessoa não somente vivencia a si própria na situação, mas vivencia também o vivenciar da situação pela outra pessoa. Nessa perspectiva, o autor destaca a reciprocidade (de motivos e de perspectivas) como uma forma de viver no mundo da vida, o que significa viver em envolvimento interativo com muitas pessoas, redes de relacionamentos – a reciprocidade

de motivos é dinamizada pela compreensão mútua. A intercomunicação exige um código interpretativo conhecido por todos, vindo na relação face a face o protótipo de todas as relações sociais. O professor Paulo Henrique Martins, sociólogo da saúde, tem sido um dos autores nacionais que mais têm aprofundando tal perspectiva.

Já a filósofa Hannah Arendt pode nos auxiliar a repensar o cuidado como um agir político e valor ético na construção de práticas eficazes de integralidade, com a apropriação de suas categorias – espaço público, julgamento e responsabilidade coletiva –, como referências político-filosóficas capazes de fornecer subsídios epistemológicos para justificar a reintegração entre o agir e o pensar na saúde. Além disso, reiteremos a proposição de trabalhos anteriores, de adotar a responsabilidade como categoria para compreender o *ethos* das práticas eficazes de cuidado como um modo de agir, concretizar o princípio da integralidade em saúde como política. A ideia de espaço público configura um encontro da produção do comum, de visibilidade, onde as experiências de vida, que no caso da saúde podem incluir as experiências de adoecimento e de sofrimento, se presentificam como formas de narração do vivido.

No caso da saúde, a busca por cuidado é constitutivo e constituinte da própria demanda por direito à saúde como direito humano, que nos exige a revalorização ou transvalorização dos valores fundantes da ideia de necessidade, oferecendo-nos uma crítica consistente à participação do homem na vida da *polis*, sendo as filosofias de Kant e Rousseau seus principais campos de inflexão. Com o julgamento, é possível entender que o ato de julgar tem reflexo no agir do ator político, ou seja, é o agir político, que se expressa na forma como eu me singularizo no espaço público. Na saúde, poderíamos denominar de espaços públicos os encontros cotidianos na rede de serviços de saúde, tais como consultas, reuniões de conselhos, colegiados de serviços, ou seja, seriam espaços que dão visibilidade à forma como me corporifico, na tomada de posição política, em que assumir a responsabilidade coletiva significa consubstanciar as condições necessárias para desenvolver legitimidade, assim como analisar sua práxis.

E por último, a noção de responsabilidade coletiva, que consiste no desenvolvimento de uma capacidade de se deixar afetar por aquilo que é público, ou seja, exige um agir desinteressado diante do outro – uma imaginação ética (imaginação arendtiana, que requer o cultivo de sentimentos públicos no cotidiano das práticas dos sujeitos. Não se cultiva só de fora para dentro, mas de dentro para fora – por meio da qual se concretiza pelo exercício de uma liberdade que é relacional e não individual.

Com Axel Honneth, a teoria do reconhecimento nas relações de amor, de respeito e de solidariedade nos recoloca um posicionamento inovador, quando aliado às duas perspectivas anteriores. O reconhecimento é entendido como as lutas moralmente motivadas de grupos sociais, tentativa coletiva de estabelecer institucional e culturalmente formas ampliadas de reconhecimento recíproco, aquilo por meio do qual vem a realizar a transformação normativamente gerida pelas sociedades. Tal transformação é criada por princípios integradores, a saber: (a) relações de amor (relações primárias – ligações emotivas fortes desenvolvendo a autoestima confiança em si mesmo e no mundo que vive); (b) relações de respeito (adjudicação do direito – princípios morais universalis-

tas – as relações jurídicas geram autorrespeito – consciência de poder se respeitar a si próprio, porque ele merece respeito de todos os outros); (c) relações de solidariedade (a orientação por valores – espaço de positividade de estima social que lhe permita referir positivamente suas propriedades e capacidades concretas.

Com essa teoria, é possível recolocar em análise algumas experiências concretas de construção de estratégias comunitárias de enfrentamento de problemas de saúde, permitindo ainda compreender a multiplicidade de mecanismos de construção do reconhecimento e sua dependência com o nível de formalização dos sujeitos na cena institucional, assim como as relações intersubjetivas estabelecidas para sua efetivação. Isto porque, de acordo com Honneth, a partir do reconhecimento intersubjetivo, inter-humano, os sujeitos garantem a plena realização de suas capacidades, diretamente relacionadas à autorrealização dos sujeitos e à construção da justiça social. A ênfase na intersubjetividade proposta por Axel Honneth encontra reciprocidade afirmativa com a ideia de cultivo de sentimentos públicos destacados por Hanna Arendt em suas obras, e com as perspectivas interacionistas de Schultz.

Conciliar perspectivas sócio-filosóficas, com base na fenomenológica, contribui para nossa tese de que os sentimentos públicos são frutos de ações intersubjetivas comunitárias, na medida em que buscam conciliar as ideias de inclusão política e felicidade pública, propostas por Hannah Arendt, assim como a ideia de reciprocidade de perspectivas defendida por Shultz. Configuram outras possibilidades de analisar os elementos constitutivos e constituintes do cuidado como valor – nos quais o cotidiano e a experiência constituem a narração das políticas da vida em sociedade.

Confiança no direito e cumprir a promessa da política: o espaço público como lugar de visibilidade e responsabilidade

Propor para esta discussão a ideia de confiança para estudos sobre a integralidade do cuidado nos parece profícuo. Recorrendo a Niklas Luhmann (2005), podemos entender que a confiança se refere ao modo como os sujeitos lidam com a complexidade das relações sociais, sendo a vida cotidiana o espaço que se configura por palavras e ações, pois implica uma aposta feita no presente, para o futuro e que se fundamenta no passado. Ou seja, uma pessoa pode confiar que outra irá cumprir no futuro uma promessa feita no presente, baseando-se nas experiências que tenha tido no passado com a mesma pessoa.

Embora Luhmann (2005) nos alerte que não há certeza do cumprimento da promessa, somente pela confiança, podendo gerar frustrações naqueles que acreditam e dele necessitam, não quer dizer que novos acordos ou os pactos não possam ser reconstituídos, o que traz à tona importância do atributo da responsabilidade dos sujeitos/agentes com as gerações futuras. Com efeito, de acordo com Critelli (2008), no pensamento arendtiano a responsabilidade diante do mundo se estabelece constitutivamente na reciprocidade entre pensar, agir e a autoria de sua própria vida. Portanto, a atividade do pensar não é privativo de um intelectual ou de um especialista, ou seja, pensar não é atributo de poucos, “o pensar no seu sentido não cognitivo, não especializado, como uma necessidade natural da vida humana, realização da diferença dada na consciência de si mesmo, não é prerrogativa de alguns poucos, mas uma faculdade sempre presente no mundo (ARENDRT, 1998, p. 255).

Nesse sentido, essa autora aponta que a faculdade de pensar somente se faz em companhia dos outros no espaço público, constituindo um modo de construir novos significados, num agir crítico que busca analisar constantemente os acontecimentos. Trata-se de uma crítica profunda à modernidade, que nos impõe um imediatismo, uma visão mecanicista do mundo da vida. Daí se funda seu pensamento político, expresso na sua clássica obra *A condição humana*:

o que proponho nas páginas que se seguem é uma consideração da condição humana á luz de nossas mais novas experiências e nossos temores mais recentes. É óbvio que isso requer reflexão; e a irreflexão – imprudência temerária ou a irremediável confusão ou a repetição complacente de verdades que se tornaram triviais e vazias – parece ser uma das principais características de nosso tempo. O que proponho, portanto, é muito simples: trata-se de se pensar sobre o que estamos fazendo (ARENDDT, 1998, p. 255).

Parece-nos evidente que estamos diante de uma proposição de uma ética da ação, que, segundo Freitas, ao se apoiar no pensamento arendtiano, consiste em conceber o espaço público como um espaço de visibilidades. Por isso, espaço de construção da cidadania, que valoriza a responsabilidade compartilhada com-os-outros na construção, preservação e renovação do mundo comum (FREITAS, 2006 e 2007). Isto significa que o ato de pensar não é um exercício solitário, mas um pensamento se constrói por sua capacidade de se comunicar com a pluralidade e diversidade humana, incluindo e formando opiniões e considerando diferentes pontos de vistas.

Nessa perspectiva, o tempo é um imperativo para se estabelecer uma relação de confiança, na medida em que as responsabilidades que são imputadas serão definidas no presente, nessa parte do tempo, quando deve ocorrer o movimento de fusão entre o pensamento e ação. Isto porque a confiança, segundo Luhmann (2005), amplia as possibilidades de ações no presente, orientando-se para futuro, embora somente em relação a este é possível se pensar em algum tipo de previsibilidade. Os atos e fatos já consumados devem servir de fonte para repensar os novos começos.

Tomando a perspectiva arendtiana, um dos componentes fundantes para se constituir um ser humano em cidadão pleno no espaço político é desenvolver a capacidade dos indivíduos de assumir a responsabilidade pelos acontecimento do seu mundo e se posicionar nele. A política é a atitude de cuidado com o outro, tornando público, por isso comum entre todos os seres humanos. Daí a afirmação de Arendt, de que a política somente se materializa sob a condição de todos viverem em conjunto, sendo ao mesmo tempo em um eu e um nós. Ou seja, estar junto para compartilhar o mundo, e isso somente acontece no espaço público, onde a pluralidade humana se configura considerando a igualdade e a diferença, como elementos que mantêm uma dependência recíproca, dialética, que caracteriza a própria condição humana.

[...] se fossemos iguais, os homens não seriam capazes de se compreenderem entre si e aos seus ancestrais, ou de fazer planos para o futuro e prever necessidades de gerações vindouras. Se não fossem diferentes, se cada humano não se diferisse de todos que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso e da ação para se fazer entender. Com simples sinais ou sons poderiam comunicar suas necessidades imediatas ou idênticas (ARENDDT, 1998, p. 188)

Concordando com Freitas, o espaço público é um espaço capaz de criar realidades compartilhadas, na qual cada homem, na sua singularidade, sua pluralidade pode se inserir por palavras e ações. E segundo Arendt, a ideia de espaço público oferece condições de visibilidade dos e aos sujeitos, na medida em que abre possibilidades de compartilhamento com o mundo que fazemos parte. Assy (2004 e 2007) nos apresenta outra categoria – julgamento –, como pensamento em ação manifestado pelos sujeitos como maneira de apresentar sua vontade. Uma vontade que não é individual, mas *dois, de dois em um*. Quando o sujeito julga, produz repercussões no ator político, ou seja, influencia a forma como eu me singularizo no espaço público, como me posiciono e assim, constrói condições para desenvolver legitimidade sobre o que digo e que faço (ASSY, 2004 e 2007; PINHEIRO, 2007b).

Parece-nos evidente a importância de se considerar o aspecto intersubjetivo das relações entre os sujeitos nos espaços públicos na saúde, sobretudo como influencia de forma concreta os discurso e ações, sobretudo quando observamos o cuidado exigível por parte de outrem, pois se trata de se referir a um comportamento futuro do outro frente a nós mesmos.

Nesse sentido, pensar a integralidade do cuidado numa perspectiva de confiança no direito à saúde, requer o exercício de práticas cuidadoras, capaz de considerar a ação como fonte de teoria viva, recriadora de experiências capazes de renovar as realidades e romper com processos históricos de fragmentação e reducionismos tão marcadamente presentes nas políticas públicas de saúde. Apoiando-nos no pensamento arendtiano, podemos dizer que a ação como aparecimento na esfera pública revela que o homem sempre gesta a promessa de um permanente vir-a-ser sendo o mundo, um empreendimento humano constituído pela força da ação plural presentificada pela intersubjetividade presente nas relações entre os sujeitos.

Daí que propomos que a integralidade do cuidado não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes a sua constituição. A integralidade do cuidado como uma relação intersubjetiva se desenvolve em um tempo contínuo e, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e inclusão do saber, dos desejos e das demandas como necessidades do outro. O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários em redes, para que todos participem ativamente, podem ampliar o cuidado e fortalecer a rede de apoio social. Com isso, a responsabilidade como a integralidade do cuidado como uma promessa do direito à saúde permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão meramente economicista e utilitarista, de modo a devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outro-sujeito e não como outro-objeto.

Isso significa admitir uma reconfiguração da noção de cidadania, numa perspectiva dialógica, que de significa reconhecer uma característica inexorável de cidadania do cuidado, que é valorizar o diálogo como agir pensado, espírito mesmo da política, como discurso e ação, no sentido de superar o grande desafio ético de restabelecer a confiança na palavra daqueles que compartilham o mundo entre nós. Ou seja, descons-

truir e reconstruir a capacidade de agir-com-o-outro, mediante uma autêntica relação dialógica no espaço público, para conservação e renovação. O sociólogo Paulo Henrique Martins destaca que a confiança se estabelece quando os significados e as vozes plurais podem coexistir num face-a-face.

Ora, se é nos espaços públicos que a política se materializa (e por que não a política de saúde?), podemos afirmar que o exercício da responsabilidade constitui-se num dos principais vetores da construção da integralidade do cuidado, sendo o cuidado o valor dos valores do direito à saúde, que, encarnado nos sujeitos, define suas escolhas e avalia seu agir como reflexo do seu pensamento em ação. Para tanto, os sujeitos necessitam da formação de um ajuizamento, sem deixar de se responsabilizar pelos efeitos e repercussões das escolhas por eles decididas, as quais incidem sobre o outro. Nesse sentido, entendemos como sendo “o outro”, o próprio usuário em suas redes na busca por cuidado de saúde, que nas práticas cotidianas dos serviços, nos processos de trabalho, no discurso e na ação dos atores são evocadas como demandas e necessidades, cuja oferta na saúde, muitas vezes, produzem respostas não tão positivas, expressas por atitude de descuido, de desrespeito à dignidade humana, provocando silenciamentos daqueles que nunca foram ouvidos.

Para compreender a responsabilidade coletiva como um agir político, teremos que repensar a integralidade do cuidado como construtora de noções e ações voltadas para a geração de valores éticos para produção do bem comum – saúde. Daí surgem outras perguntas: de que modo “agir pensando assim”? Qual seria o “espírito prático”, como diria Gramsci, capaz de incentivar esse modo de ser e fazer, em sociedades fragmentadas, que fazem questão de “demarcar” a secular separação entre aqueles que pensam e aqueles que agem, ou entre aqueles que sabem e aqueles que fazem? Que atitude-prática seria capaz de superar tal decalagem? Entendemos que essa atitude se configura a partir de uma ética da responsabilidade, que na saúde tem nas práticas eficazes de integralidade uma abertura de possíveis (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

À guisa de conclusões

A partir dessas reflexões, propomos sucessivas aproximações teóricas, conceituais e metodológicas sobre o tema da confiança, da responsabilidade, com as quais podemos construir possibilidades analíticas de estudar os pensamentos praticados, que incluem uma crítica ao próprio campo acadêmico em suas atividades essenciais, que consideramos não excludentes entre si – ensino, pesquisa e intervenção –, aportando diferentes compreensões epistemológicas, que no seu conjunto se mantêm interligadas por um *ethos* público, que consiste na defesa do direito humano à saúde. Estimamos que, com essas discussões, possamos perceber a natureza polifônica do termo *integralidade*, ampliando seu reconhecimento como prática social, um dispositivo inevitavelmente dialógico e ferramenta da indissociabilidade entre ação e pensamento.

Hans Jonas, em seu trabalho *O princípio da responsabilidade: um ensaio de uma ética para uma civilização tecnológica*, nos alerta: “as expectativas de milagres instiladas pelo desejo ou pela necessidade são frequentemente alimentadas por uma crença supersticiosa na onipotência da ciência” (JONAS, 2006, p. 206). A esse tipo de crença pertence a confiança

de que “a técnica” será capaz de dominar os problemas que ela mesma criou e que basta aperfeiçoá-la para descobrir o remédio contra os males que ela provoca. “Somente a espada que causou a ferida pode curá-la” (JONAS, 2006, p. 206). E acrescenta: “essas questões põem na ordem do dia a ideia de homem: também sobre ela se estende a responsabilidade do homem público, seu conteúdo último e ao mesmo tempo o mais próximo, o núcleo da sua totalidade, o verdadeiro horizonte de seu futuro” (JONAS, 2006, p. 2006).

Isso nos leva a realizar um “giro epistemológico” citado anteriormente aqui, acerca da necessidade de se superar as teorias e metodologias convencionais desenvolvidas no campo da saúde, que partem do entendimento da realidade sob a ótica da objetivação, e seriam apropriadas para análise e mensuração do êxito técnico de uma ação/programa, ou seja, da qualidade formal, portanto objetiva (BOSI; UCHIMURA, 2006). Consubstanciados por essa afirmação, compartilhamos do entendimento de que a dimensão subjetiva é inerente ao exercício do juízo e da responsabilidade, como discurso e ação, pois dela podemos deslindar a apropriação social do que se é produzido como resposta às demandas por saúde, que inclui a experiência, o vivido, as emoções, sentimentos, pois consideraríamos aí as expectativas e o projeto de vida de felicidade dos usuários (AYRES, 2004; BOSI; UCHIMURA, 2006).

Com efeito, a incorporação das experiências de adoecimento e sofrimento dos usuários por busca de cuidado, como objetos de práticas investigativas sobre a construção do direito à saúde, ganha ressonância com a proposição inovadora de Martins (2008, p. 140) sobre a noção de rede de usuários mediadores, que nos propõe três pontos a serem considerados: (a) a desnaturalização da categoria usuário como uma categoria relacional, como uma constituição imaginária e social, que depende da correlação de forças envolvendo atores comunitários, agente de saúde, gestores e estrategistas, ancorada no entendimento do usuário mediante uma teoria relacional de rede como aquela oferecida pelo dom, permite criticar as visões reducionistas dominantes sobre o usuário do serviço público; (b) o usuário dos serviços de saúde no Brasil vem-se constituindo mediante associações públicas híbridas que podem se tornar esferas públicas democráticas. As direções de tal processo dependem de uma série de fatores, entre os quais se devem ressaltar a valorização do usuário como identificador privilegiado de seus determinantes em saúde tanto no plano micro como macrosociológico; (c) as redes de usuários dos serviços públicos são geridas e reproduzidas por mediadores colaboradores que formam redes muitas vezes invisíveis que denominamos de redes de usuários mediadores.

Essa assertiva reitera a utilização da perspectiva transdisciplinar, de cuja produção diferentes agentes em suas práticas no cotidiano dos serviços podem se apropriar, ao mesmo tempo em que a contribuição do campo das ciências sociais e humanas em saúde se torna imprescindível para superar o desafio de produzir articulações teóricas e práticas capazes de refletir sobre a necessária reintegração entre o pensar e o agir, na produção do cuidado, entendido como um valor do direito à saúde (PINHEIRO, 2007).

Compartilhamos do entendimento de Martins (2008, p. 135), de que “devemos avançar no debate de tais articulações que tragam a luz da ciência os conceitos e categorias de análises mas, também, as intenções e sentimentos dos que pensam e agem no campo

da saúde”. É mister no campo da Saúde Coletiva, produzir inovações tecnológicas e científicas que confirmem o rigor necessário a produção de conhecimento sobre integralidade do cuidado, sem deixar trazer aportes teóricos cada vez mais críticos, indiciários, desfragmentadores acerca do saber-fazer na produção de cuidado em saúde, explicitando claramente o compromisso público e inadiável de se combater o utilitarismo das relações sociais e de produção. Com isso, poderemos enfrentar com respostas positivas as demandas da população, em que as necessidades sejam vistas de forma ampliada e a oferta de serviços de saúde não se dê de forma fragmentada, que desrespeita a dignidade humana – enfim, que não promova o esvaziamento do conceito da vida como fonte de valores humanos, cuja saúde não deve ser reduzida à ausência de doenças.

Se reconhecermos que todas essas atitudes são fruto de ação humana, havemos de pensar, praticando uma forma de produção de conhecimento, que construção de novas ações humanas são necessárias para desconstruí-las, desnaturalizá-las em nosso cotidiano, sobretudo nas instituições, do qual a universidade não escapa. Isso significa reconhecer “o valor epistemológico da experiência como exercício do pensamento legítimo com origem na realidade dos acontecimentos” (ARENDDT, 2008, p. 54).

Para finalizar, apresentamos um conjunto sintetizado de proposições:

- Pensar e reagir contra a estreita relação entre racionalidade tecnológica e a pretensão humana de controlar a totalidade da realidade.
- Desfragmentar saberes e práticas dicotomizantes na saúde – cujo conhecimento deve ser apropriado como algo acabado e transferido aos que não sabem, essa racionalidade (ir)responsável torna a prática de cuidado um valor do direito à saúde desprovida de sentidos, saberes e ações.
- Revalorizar a experiência humana- na perspectiva do mundo – não podemos desprezá-la em prol da interioridade não-compartilhada do *self*, como diria Arendt, a qual caracterizaria mais uma “sociedade de indivíduos”, regida por uma concepção egoica racional.
- Contrapor essa concepção, que perpassa todas as relações sociais, com a afirmação da saúde a saúde como o campo, que requer uma natureza humana, de caráter mais socializante, de defesa da vida, a cujo imperativo ético não se pode renunciar.

E nós, intelectuais orgânicos da saúde, acadêmicos cientistas temos a ver com isso?

- Efetivo exercício do direito – noção de espaços públicos – construção de visibilidades, de inclusão dos sujeitos e de manifestação do modo de pensar e agir em sociedade.
- Assumir uma postura acadêmica, com aportes teórico-metodológicos, no intuito de problematizar as questões relacionadas à *práxis* do direito à saúde como direito à incorporação de novas tecnologias médicas, cientificamente comprovadas, que rejeita muitas vezes a dimensão de civilidade.
- Tematizar a relação entre responsabilidade e política na saúde – desconstruir e reconstruir as noções de comunidade e coletividade – sociedades cuidadoras (Honneth).
- Lutar pela afirmação do imperativo ético da dignidade humana e cidadania numa civilização tecnologicamente controlada.

Afinal, *mutatis mutandi*, de forma análoga ao analisarmos o SUS e a reforma sanitária, parece-nos evidente e irrefutável que não podemos frustrar aqueles que apostaram nessa forma civilizatória de pensar agindo em saúde (o SUS), pois, como nos ensina David Capistrano, *nós temos uma dívida muito grande com os desassistidos, e eles têm pressa*.

Referências

- ARENDDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- _____. *A promessa da política*. Rio de Janeiro: DIFEL, 2008. 288p
- _____. *A vida do espírito: pensar*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999 (Coleção Pensamento e filosofia, v. 1).
- _____. *As origens do totalitarismo*. Rio de Janeiro: Documentário, 1988. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_arendt_origens_totalitarismo.pdf
- _____. *Entre o passado e o futuro*. 5ª. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- ASSY, B. *Hanna Arendt: responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- _____. Introdução à edição brasileira de “Fases privadas em espaços públicos” por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. p. 31-60.
- AYRES, J.R.C.M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.
- CRITELLI, D. O ofício de pensar. São Paulo, *Revista Educação: Hanna Arendt pensa a Educação*, n. 4, 2008.
- FREITAS, B. et al. Iniciando um diálogo com o pensamento arendtiano: reflexões sobre ação política no espaço público. *Social em questão*, v. 16, ano 10, 2 sem. 2006 e 2007.
- GRAMSCI, A. *Caderno do cárcere*, v. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- _____. *Concepção dialética da História*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1991.
- HARTMANN, H.R. Movimentos do pensamento educacional de Paulo Freire. *Revista Profissão Docente* (online), v. 2, n. 5, p. 1-7, 2005. Disponível em: <http://www.uniube.br/proped/mestrado/revista/vol02/05/art02.htm>. Acesso em: 20 abr. 2009.
- HONNETH, A. *Patologías de La razón*. Historia y actualidad de la teoría crítica. Buenos Aires: Katz, 2009.
- _____. Luta por reconhecimento. A gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003. 296 p.
- JONAS, H. *O princípio responsabilidade: um ensaio sobre a ética de uma civilização tecnológica*. Contraponto: PUC-Rio, 2006.
- JULIEN, F. Les yeux fixes sur le modele. In: _____. (Ed.). *Traité de l'efficacité*. Paris: Bernard Grasset, 1996.
- LUHMANN, N. *Confianza*. Introducción de Dário Rodríguez Mansilia. 1ª reimpresión. Rubi: Barcelona, 2005 p.179.
- MARTINS, P.H. Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.
- _____. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*.

Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 115-142.

MINAYO, M.C. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

PINHEIRO, R. (Org.). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

_____. *Demandas, necessidades e oferta em saúde: atores, contextos institucionais e suas relações com as práticas*. Projeto de pesquisa para Bolsa de Prociência FAPERJ/UERJ, Rio de Janeiro, 2006-2009.

_____. *Demandas, necessidades e oferta em saúde: atores, contextos institucionais e suas relações com as práticas – 2ª fase*, Projeto de Pesquisa para Bolsa de Prociência FAPERJ/UERJ, Rio de Janeiro, 2010-2012

_____. Anotações de aula. disciplina “Cidadania do Cuidado”, ministrada por Bethânia Assy. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, set-nov. 2007b.

_____. O cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007a.

_____. *Visibilidade, responsabilidade e pertencimento público: projeto de pesquisa de concessão de Bolsa de Produtividade do CNPq – 2010-2012 e Pós-Doutoramento – UERJ/PUC - Rio de Janeiro/Dipartimento POLIS del Università – Italia*, 2009.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

PINHEIRO, R.; BURG, R.B.; MATTOS, R.A. (Org.). *Ensinar Saúde: integralidade e o SUS nos cursos de graduação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

PINHEIRO, R.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre os modelos de intervenção social em saúde. *PHYSYS- Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 101-120, 2000.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. et al. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A.G. A integralidade da atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J. et al. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; SILVA, JR., A.G. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

PINHEIRO, R.; LOPS, T.C. (Org.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.p. 9-36.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação centrada no usuário: uma abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

_____. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços*

públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

_____. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

_____. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

_____. (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

_____. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

_____. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.

_____. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 316-325, 1993.

SCHUTZ, E. *Fenomenologia e as relações sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

Inovação, alteridade e vínculo nos processos de mediação na esfera pública da saúde: um diálogo com vistas à renovação das políticas públicas na saúde

PAULO HENRIQUE MARTINS
RAPHAEL SOARES BEZERRA
ÉNDERSON LUIZ CARVALHO
JORGE BARBOSA DE LIMA

Este texto introdutório constitui uma orientação conceitual e metodológica para o entendimento dos dois textos produzidos pela equipe do Núcleo de Cidadania (NUCEM) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), intitulados “Os profissionais de saúde como mediadores individuais: a resolução da demanda ilimitada por cidadania pelo mecanismo do duplo registro” e “Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na Atenção Básica”, que estão publicados a seguir nesta coletânea.

Tal orientação conceitual e metodológica resultou de uma decisão articulada por todas as equipes que participaram da pesquisa intitulada “Usuários, redes de mediação e esfera pública na saúde” desenvolvida pela Rede Multicêntrica coordenada pelo LAPPIS e pelo NUCEM, e financiada pela Fundação de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Pernambuco (FACEPE).

A orientação coletiva amadurecida ao longo das várias reuniões de incubação foi, basicamente, de que o avanço da pesquisa deveria obedecer a dois tipos de orientações: uma programática e outra teórica. A programática diz respeito à importância de se articular ações de pesquisa com aquelas de formação e de incubação. A teórica se refere à importância de se articular reflexões sobre inovação com aquelas de alteridade e de vínculo social.

Pesquisa, formação e incubação aparecem como uma reinterpretação mais complexa e contextualizada da antiga proposta institucional de articulação de ensino, pesquisa e extensão. A inovação conceitual está, aqui, no esforço de colocar esses termos como partes integrantes de uma totalidade de ação e não como elementos separados que são agregados pelas conveniências acadêmicas.

Por seu lado, *inovação, alteridade e vínculo* são critérios observáveis em uma ação pública e necessários para o sucesso de políticas públicas descentralizadas na esfera da saúde. Uma ação pública pode ser praticada por diversos atores sociais, como grupos de usuários, lideranças comunitárias, profissionais da saúde, entre outros. Os motivos que levam a uma ação pública podem variar de acordo com o grupo de atores dispostos no campo social, mas a lógica que rege esse tipo de ação é a coletiva. Desta forma, compreendemos que uma ação pública possui características coletivas, seja em seus motivos, seja em suas consequências. Esses critérios descritos no processo de ação pública de certa

forma se organizam em redes, formando uma cadeia de eventos concretos que por fim aprimoram os processos de atuação na esfera pública da saúde.

A *inovação* nos dispositivos e práticas na saúde funciona incluindo novos atores, tal como novos usuários. No processo de atenção básica, por sua vez, a inclusão de diferentes atores e processos produz aumento na pluralidade dos usuários que constroem o cotidiano da esfera pública na saúde. Esses dispositivos têm mostrado eficácia na relação entre usuários e unidades, fortalecendo o vínculo entre as duas esferas. Neste sentido, entendemos por *inovação* aquela ação pública inclusiva, ou capaz de gerar inclusão de novos atores na esfera pública. Um exemplo de *inovação* em nossa pesquisa foi a implantação do acolhimento em Unidades de Saúde da Família (USFs) do Distrito Sanitário III na cidade do Recife. Vale ressaltar que os processos de inovação muitas vezes funcionam como ponto de partida para o estreitamento da relação unidade-usuário.

Entendemos por *alteridade* a ação pública orientada à diferença, à diversidade, incluindo identidades sociais diferenciadas. Exemplos de ação pública orientada pela alteridade são os dias de atendimento especializado ao idoso e à mulher, realizados em USFs do Recife. Essas ações inclusivas proporcionam a produção de sociabilidades, no sentido de gerar uma aproximação cotidiana entre usuários e profissionais da saúde na instituição de saúde. Consideramos ações que geram *vínculo* aquelas que contribuem para a criação de um sentimento de pertencimento em relação à esfera pública de saúde – sentimento este que perpassa tanto usuários como profissionais.

O conceito de *mediação* (MARTINS, 2008) nos permite observar a atuação desses três critérios acontecendo, a partir de atitudes práticas e simbólicas desencadeadas por atores sociais concretos. Neste sentido, adotamos a perspectiva metodológica desenvolvida por Martins (2010) no texto “MARES – Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano”,¹ com o objetivo de compreender as relações entre usuários, profissionais e gestão, nos níveis individual, coletivo e institucional, registrando as atitudes inovadoras diante dos problemas encontrados no cotidiano das USFs estudadas. A partir do conceito de *mediação*, foi possível captar e descrever ações potencialmente inovadoras, bem como avaliar suas capacidades de geração de vínculo e inclusão social das diversidades. A *mediação*, tal como observamos nesta pesquisa, funciona como:

1. *Ação política e cultural mediada por redes de atores individuais e coletivos.* Este tipo de ação ocorre predominantemente no interior da sociedade civil e nos territórios da esfera pública local formada nas fronteiras da sociedade civil e da ação estatal descentralizada nos bairros e comunidades.
2. *Ação procedimental e de negociação intrassistêmica na organização da gestão local em saúde.* Este tipo de ação ocorre no interior do sistema de gestão estatal e pública descentralizada através de procedimentos e rotinas que articulam vertical e horizontalmente os sistemas de decisões.

Vale salientar a ambiguidade dos processos de mediação realizados pela categoria profissional, visto que operam como indivíduos e ao mesmo tempo como atores insti-

¹ Ver seção introdutória da presente coletânea.

tucionais, cujos papéis são definidos por Martins e Cuentro no texto “Os profissionais de saúde como mediadores individuais: a resolução da demanda ilimitada por cidadania pelo mecanismo do duplo registro”. Ressalta-se também a importância de ações procedimentais eficazes, que condicionam as atuações dos mediadores na rede de relações sociais em saúde abordados por Bezerra e Carvalho no texto “Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica”.

Nos quadros a seguir, demonstramos os objetos empíricos descritos em cada texto e seu entrelaçamento com os critérios de inovação, alteridade e vínculo. A partir desses quadros interpretativos, foram produzidos os dois textos, com o objetivo de descrever processos de mediação individual, coletiva e institucional:

QUADRO 1: ESTRUTURA DE MEDIAÇÃO INDIVIDUAL E INSTITUCIONAL

MEDI-AÇÃO com atores individuais nas redes locais	INOVAÇÃO (Inclusão)	ALTERIDADE (Diversidade)	VÍNCULO (Pertença)
Objetivos da Pesquisa	Investigar indivíduos que emergem como mediadores de processos de cuidados; Verificar como esses mediadores individuais agem na formação e reorganização de redes;	Analisar as especificidades das situações sociais em que emergem tais mediadores; Analisar o contexto simbólico que torna a mediação significativa para os indivíduos;	Identificar como a mediação individual contribui para ampliar a participação e solidariedade do usuário no sistema de saúde; Analisar riscos e o reconhecimento que marcam a mediação individual;
MEDI-AÇÃO com o sistema de Gestão Local em saúde	INOVAÇÃO (Inclusão)	ALTERIDADE (Diversidade)	VÍNCULO (Pertença)
Objetivos da Pesquisa	Estudar novos processos de gestão e tecnologias adequadas (procedimentos de atendimentos) na gestão local em saúde;	Analisar se a descentralização com hierarquia ajuda na democratização do poder na esfera da saúde (entre profissionais, usuários e gestão);	Verificar se a descentralização e os novos processos de gestão favorecem a organização do cuidado com transparência e acolhida, gerando gratidão e confiança do usuário no serviço.

No que diz respeito às ações programáticas e reflexivas, pode-se dizer que elas partem da devolutiva da pesquisa, passando pelos processos dialógicos de mudanças nas atitudes práticas dos sujeitos coletivos. A articulação entre pesquisa, formação e incubação segue a partir do planejamento organizado no quadro a seguir:

QUADRO 2: ARTICULAÇÃO DE AÇÕES DE PESQUISA, FORMAÇÃO E INCUBAÇÃO

<p>Ações programáticas e reflexivas a partir da pesquisa: Inovação + Alteridade + Vínculo</p>	<p>MEDI-AÇÃO com atores individuais nas redes locais</p>	<p>MEDI-AÇÃO com o sistema de Gestão Local em saúde</p>
<p>FORMAÇÃO</p>	<p>Promoção de seminários, cursos e oficinas sobre: <i>a)</i> teoria e prática dos movimentos sociais e culturais; <i>b)</i> formação de grupos identitários na saúde; <i>c)</i> formação de mediadores de conflitos na saúde; <i>d)</i> formação sobre como proceder para dar visibilidade às demandas.</p>	<p>Promoção de seminários, cursos e oficinas sobre: <i>a)</i> a função da atenção básica no SUS e o PSF; <i>b)</i> avaliação qualitativa dos serviços de saúde (p. ex., modelos de gestão, transparência nas decisões, participação do usuário); <i>c)</i> técnicas de atendimento e atenção à saúde (p. ex., acolhimento); <i>d)</i> formação de parcerias e negociações em sistemas descentralizados.</p>
<p>INCUBAÇÃO</p>	<p>Divulgar experiências de mediação de lideranças em outros bairros e unidades de saúde.</p> <p>Sistematizar e divulgar mecanismos estratégicos para apoiar e estimular o surgimento de novas lideranças</p> <p>Realização de contatos com instituições de ensino, pesquisa e prática da saúde para: <i>a)</i> a difusão da pesquisa e da metodologia MARES; <i>b)</i> a reflexão sobre o aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde, dados os problemas estudados</p>	<p>Sistematização e difusão das inovações tecnológicas e de gestão na avaliação dos procedimentos e das negociações.</p> <p>Disseminação de novas possibilidades de atuação social pelos profissionais de saúde.</p> <p>Sistematizar e difundir as técnicas e parcerias bem sucedidas no reconhecimento, sensibilização, acolhimento e produção de vínculos entre usuários, profissionais e gestão.</p>

Enfim, concluindo este texto introdutório, é importante salientar que a articulação entre o sistema teórico – inovação, alteridade e vínculo – e o sistema institucional – formação, pesquisa e extensão – acontece sempre que se busca contextualizar a ação pública em saúde. Neste nível de aprofundamento da análise da realidade no plano do cotidiano, percebem-se mediante diversos fenômenos – falas dos atores, organização do espaço de convívio coletivo, estrutura da vida privada e atendimento interpessoal na saúde – que os esforços de se inovar a ação, respeitando-se a diferença social e cultural com vistas à promoção de vínculos e alianças, geram necessariamente demandas de formação e desejos de incubação. Nesta perspectiva, podemos sugerir que o cotidiano aparece como uma cena in-tensa na qual se desenham todos os elementos de complexidade dos processos de socialização e de individuação, os quais se realizam necessariamente pelo Fazer, pelo Pensar e pelo Multiplicar coletivamente, mesmo quando se pensa no plano da individualidade.

Referência

MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 115-142.

APORTES METODOLÓGICOS

MARES – Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano

PAULO HENRIQUE MARTINS

A emoção é a realidade-humana que se assume ela própria e se dirige-comove.
Heidegger

A descrição fenomenológica da emoção traz à luz as estruturas essenciais da consciência, pois uma emoção é precisamente uma consciência.
Husserl

Sou antes de qualquer coisa um ser que compreende mais ou menos obscuramente sua realidade de homem, o que significa que me faço homem ao compreender-me como tal.
Sartre

Introdução: tramas da observação científica em face de um objeto em movimento

O esforço de sistematização da MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano) é a expressão de um movimento teórico mais amplo voltado para o mapeamento dos sistemas de sociabilidades coletivas em forma de redes em sociedades complexas, como as atuais. Nessas sociedades, as práticas cotidianas revelam uma crescente complexidade motivacional e fenomenal impulsionadas pela crescente diferenciação social, institucional e identitária. O fato de que a sistematização da MARES esteja sendo feita a partir do campo da Saúde Coletiva, no Brasil, revela os desafios importantes que estão surgindo para a teoria social a partir das inovações em termos de políticas, de ações e de inovações tecnológicas.

Em termos metodológicos, esta complexidade diversificadora do cotidiano, como observado na saúde, confirma a oportunidade da tese de C. Geertz de se evitar métodos abstratos e se adotar descrições mais densas da realidade (GEERTZ, 1978), o que significa que a realidade social e cultural é ela mesma um sistema fenomenologicamente denso. A complexidade do cotidiano implica entender que os motivos que interferem sobre os conflitos e/ou sobre as alianças e pactos sociais variam no tempo e no espaço em relação direta com

a particularidade da situação social e com as perspectivas do observador e do observado.¹

Nossas experiências de campo comprovam, por conseguinte, ser necessário o desenvolvimento de metodologias que facilitem a hermenêutica entre o pesquisador e o pesquisado, pois a densidade descritiva apenas ocorre pelo fato de existir uma ressonância bipolar de práticas que se informam mutuamente. Nesta perspectiva, toda análise que busque abranger a trama dos conflitos sociais para além dos reducionismos sociológicos que limitam o conflito ou a aliança a um problema econômico, político ou cultural, tem necessariamente que incluir a hipótese de que a subjetivação humana não é simplesmente moldada por sua dimensão cognitiva. Embora esta seja vista tradicionalmente pela sociologia como a dimensão prioritária, a densidade da realidade impõe o alargamento do espectro teórico de modo a por ao lado do fator cognitivo – que é base da racionalidade instrumental tão valorizada pelo objetivismo cartesiano –, outros fatores –, sensoriais, emocionais e morais –, que são a fonte de uma racionalidade expressiva mais ampla, e que também são prioritários na definição da situação social pesquisada.

A ampliação do espectro teórico da natureza da ação social tem impactos importantes sobre a formulação metodológica. Antes, supunha-se que a razão instrumental e cognitiva movida por determinações utilitaristas específicas (interesses profissionais, familiares, econômicos, partidários, religiosos etc.), bastava para descrever e explicar a ação social. Neste caso, cabia ao pesquisador apenas se precaver contra os impactos dos processos emocionais e psicológicos no desenvolvimento da pesquisa, os quais eram entendidos equivocadamente como fatores aleatórios e anticientíficos. Acreditava-se que o isolamento dos elementos não cognitivos vistos como ameaçadores seria obtido mediante técnicas de distanciamento do pesquisador com relação ao objeto da pesquisa (independentemente de tal objeto aparecer como um ser humano ou de algo não diretamente humano como uma organização formal). O envolvimento do pesquisador na realidade social pesquisada deveria se reduzir a uma mera curiosidade cognitiva livre de qualquer envolvimento afetivo e supunha-se que fora desta suposta neutralidade metodológica o edifício científico estaria ameaçado. Neste sentido, os fatores da subjetivação não-cognitivos eram interpretados como negativos para a pesquisa científica em vez de serem apreendidos como condicionantes necessários para se estabelecer as bases da hermenêutica na pesquisa. Certamente, esta limitação teórica não contribuiu para o entendimento da ciência como um processo de busca da sistematização do conhecimento que se faz em íntima cumplicidade fenomenal e dialógica com a realidade cultural, histórica e social.²

¹ Tal descrição revela-se mais aguda no caso das práticas de saúde, onde os aspectos descritivos e normativos se influem permanentemente, obrigando a se pensar seriamente a relação da responsabilidade com integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2003; PINHEIRO, 2008). Este comentário é particularmente importante pelo fato de que a sistematização da MARES vem avançando mais claramente no campo da saúde que em outros campos, o que revela o valor da tensão teórica que se desenvolve desde as práticas da atenção primária.

² Contra a ameaça representada pelas subjetivações sobre o edifício da ilusória objetividade científica, as ciências sociais modernas buscaram se aproximar o mais possível dos métodos demonstrativos das ciências naturais. Daí, o grande interesse das ciências sociais de usarem técnicas estatísticas e, mais recentemente, de programas computacionais, com vistas a evitar a identificação da pesquisa científica em ciências sociais com o relativismo científico. A ilusão da neutralidade foi produzida num contexto em que a ciência tinha como hipótese a objetividade substantiva do “fato social”, o que estimulava se organizar metodologias de base instrumental para se decifrar as propriedades positivas e regulares do objeto.

Na verdade, este reducionismo metodológico voltado para congelar as variáveis não cognitivas que aparentemente se furtavam a toda lógica algébrica não é mera elucubração de cientistas desavisados presos a crenças positivistas e preocupados apenas em descrever e experimentar a permanência das “leis eternas” da natureza. Este reducionismo reflete igualmente estruturas de poder complexas das instituições modernas. Assim, ao lado desta perspectiva ideológica reducionista, já revista pelas ciências “duras” contemporâneas (física quântica, biologia molecular etc.), há uma dimensão de poder e de dominação que necessita ser sublinhada. Pois a separação ontológica entre o Homem dotado de uma racionalidade cognitiva única, num lado, e no outro, a Natureza, dotada de irracionalidades, esconde os fundamentos morais do desenvolvimento do patriarcalismo, do capitalismo e do colonialismo. Este reducionismo científico moderno tem compromissos extra-científicos e utilitaristas com a reprodução de esquemas de poder e de dominação modernos ligados à colonização de gênero, de etnias e de culturas. Por isso, podemos sugerir que por trás da ciência positiva ocidental – e dos métodos empiricistas dominantes – existem esquemas ideológicos voltados para desvalorizar todos os saberes que não se enquadrem dentro de uma lógica de controle e de submissão da natureza pela racionalidade técnica e instrumental europeia (SANTOS, 2008). E o desconhecimento do amplo espectro de racionalidades expressivas que realçam percepções não algébricas da realidade ligadas ao não causal, ao deslizante, ao côncavo e curvo entre outras formas não convencionais implica a importância do saber científico se conectar com outros saberes e informações sobre a vida prática e sobretudo com os saberes estéticos, artísticos, mágicos e literários (WILBER, 2006).

Para responder aos novos desafios teóricos postos pela desilusão do progresso científico, por um lado, e pela dramaticidade da pesquisa científica neste contexto plurimotivacional e diversificado, por outro, a ciência contemporânea se vê, doravante, obrigada a ampliar suas metodologias de abordagem da realidade de modo que o observador possa acompanhar os movimentos de transmutações do objeto. Tomemos um exemplo concreto, para ilustrar essas reflexões, o de uma entrevista. Esta não é um mero processo técnico na qual o entrevistador permanece indiferente ao que o entrevistado fala. Na entrevista, estabelece-se uma troca entre ambas as partes e as significações dessas trocas são permeadas por tentativas de ordenação racional das ideias que se refletem sobre as posições dos atores envolvidos na trama. Por isso, frequentemente, as partes desenvolvem empatias ou antipatias que revelam o caráter dramático da entrevista e por mais que o entrevistador tente capturar a “verdade”, escondida na fala ou no rosto do entrevistado, a verdade sempre escapa por alguma nova lembrança, por uma nova ideia, por um lapso ou esquecimento, por um suspiro ou por um sorriso. No esforço de capturar a “verdade”, o entrevistador termina, muitas vezes, sendo capturado pela dinâmica da interação, e ele que se imaginava dono da situação se vê como presa, como prisioneiro do objeto que ele ambicionava controlar.

Com isto queremos dizer que a própria idealização das comunidades e indivíduos como objetos de investigação neutros nas ciências sociais é desfeita pela reação do “objeto” a toda tentativa de capturá-lo como simples coisa inerte. Assim, ele reage ao enquadra-

mento simplificador e ao fazê-lo ele termina capturando a ciência, impregnando esta de emoções e imaginações que refazem a realidade da pesquisa no momento mesmo em que ela está sendo narrada. O deslizamento do objeto é um princípio de realidade que prova que a vida não é fabricada de leis matemáticas imutáveis mas de regras mutáveis que para o biólogo R. Sheldrake são “hábitos evolutivos da natureza” (ABRAHAM; MCKENNA; SHELDRAKE, 1994). Esta constatação exige do observador, logo, que abandone quaisquer reducionismos metodológicos para poder entender a complexidade fenomenológica do “fato social”. Isto implica igualmente para o pesquisador o desafio de entender as relações “incestuosas” e inegáveis entre ciência, arte e moral, como já havia anunciado Kant, há dois séculos (WILBER, 2006).

Neste contexto, o que denominamos de racionalidade instrumental – capacidade do ator de monitorar a ação a partir do controle dos meios necessários a fins previamente identificados – conhece, na prática, reconfigurações e descontinuidades que comprovam a importância de se adotar outras racionalidades na leitura da realidade social. Nesta direção, C. Taylor propõe ao lado da racionalidade instrumental, a racionalidade expressiva (TAYLOR, 2005), ampliação esta que levou Honneth (2003), por exemplo, a estabelecer as bases de uma teoria social baseada no fator moral do reconhecimento. Na verdade, teorias como esta do reconhecimento ou então a teoria da dádiva – sistematizada por M. Mauss (2003) –, valorizam, necessariamente, os elementos morais, emocionais e lúdicos como recursos decisivos para se nortear a busca da “verdade científica”. Entendemos, agora, que é justamente a negação deste caráter dramático e expressivo do “fato social” e da observação científica que impede que a ciência social discuta com mais clareza os elementos simbólicos e subjetivos da ação social - os quais se tornam inevitáveis quando abandonamos a ilusão da neutralidade científica.

No caso da pesquisa científica podemos dizer, então, que tanto as hipóteses e variáveis do pesquisador como as expectativas e senso de humor do entrevistado, são elementos importantes na definição dos rumos a serem seguidos pelo “fato social”. Se compreendermos adequadamente esta questão então concluímos que os atributos da pesquisa, sobretudo em ciências sociais, não são apenas de descrever, compreender e explicar a realidade mas, igualmente, de transformá-la e normativizá-la. Isto significa que a ação metodológica interfere necessariamente sobre a realidade social e passa a ser dever ético do investigador de refletir sobre sua prática de pesquisa e sobre o impacto desta sobre a prática do outro. Neste sentido, pode-se dizer que, pelo menos no contexto atual de grandes movimentos de subjetivação coletivos e individuais e de declínio do pós-estruturalismo ou de desestruturação da teoria social moderna,³ a metodologia científica não pode ser neutra mas deve ajudar ao saber especializado se renovar no contacto com os saberes mundanos.

Ainda é importante registrar que o trabalho de desconstrução e reconstrução da prática social não se resolve com boas intenções e argumentações convincentes, sobretudo quando se está lidando com crenças e representações do mundo que trazem as marcas da

³ Ver a este respeito, nesta mesma coletânea, o texto “MARES-Atualidade teórica no contexto de declínio do pós-estruturalismo”, que complementa as reflexões metodológicas do presente texto.

violência, da opressão e da humilhação. Neste caso, o pesquisador tem necessariamente que prestar atenção às camadas de conceitos pré-estabelecidos que limitam a possibilidade do diálogo e da organização de um pensamento reflexivo.

Por conseguinte, é importante se repensar tanto o caráter estrutural das metodologias aplicadas à realidade social assim como os passos que o investigador necessita percorrer de modo a que possa entender e descrever o objeto sem ser capturado por seu feitiço. Neste sentido, temos que entender a realidade social como um processo dinâmico em transmutação e que envolve simultaneamente e reciprocamente o observador e o observado. Mas este envolvimento não significa a anulação da capacidade do observador de fazer ciência. Ou seja, as diferenças entre o saber comum e o saber científico continuam a existir e a meta do investigador de construir um conhecimento sobre a realidade continua a valer. O que muda de fato é o paradigma metodológico. Abandona-se uma imagem estática da realidade em observação e admite-se a existência de uma realidade complexa e em movimento que envolve todos os que delas fazem parte. Outro aspecto importante que se deduz desta perspectiva de uma realidade em movimento é a de que existem ideias, crenças, desejos e intenções que movem esta realidade. Mesmo que ela tenha algo de caótico na sua configuração o fato é que sua reprodução não é totalmente caótica mas se faz dentro de uma certa ordem instituinte, de uma imaginação criativa, como o propôs Castoriadis (1975).

No fundo, a prática social, qualquer que seja ela, termina escondendo uma estrutura de conflitos que expressa a interrupção dos sistemas de dádivas, o de trocas de obrigações coletivas que se realizam nos movimentos do dar, do receber e do retribuir (GODBOU; CAILLÉ, 1998; CAILLÉ, 2002; MARTINS, 2009).⁴ Na perspectiva da sociologia fenomenológica, percebe-se que os conflitos são camuflados por discursos (crenças e representações) e silêncios que tendem a deslocar o conflito estrutural para um lugar de *pretexto*. Este é um lugar em que o ator não se envolve com seu próprio texto de vida, seja por não acessar conscientemente a estrutura do conflito, seja por projetar o conflito em outro objeto que pode ser uma pessoa ou uma situação. Diferentemente, a solução do conflito passa, sobretudo, pela tomada de consciência do indivíduo (no caso o entrevistado) com relação às razões de interrupção da dádiva que tanto podem remeter a pessoas identificáveis como a traumas e emoções congeladas. A solução passa pela identificação de dispositivos de perpetuação e de liberação do pensamento crítico individual ou coletivo.

A mudança de paradigma metodológico é particularmente importante para os estudos das novas formas de organizações e mobilizações sociais em sociedades como as atuais onde a ação política envolve estratégias de negociação e ação complexas como são os casos das redes sociais. Estas são fenômenos limitados em termos de seu público específico

⁴ Quando a dádiva deixa de circular no interior de um sistema de relações ela provoca desorganizações de lugares e formação de mecanismos de dominação que tendem a se ampliar e se reproduzir no tempo e no espaço. Na perspectiva da dádiva, então, o conflito não é apenas o produto de um desentendimento ou de um sistema de dominação e exploração. Embora tais fatores sejam sintomáticos do conflito, este tem uma origem na estagnação ou interrupção de um sistema de trocas entre indivíduos ou grupos de indivíduos (famílias, classes, comunidades, nações etc.) e na desorganização das regras de funcionamento do sistema social.

(GODBOUT, 2004) ao contrário de movimentos tradicionais como o operário, mas com tensões interpessoais bastante expressivas. As redes de mobilizações contemporâneas aparecem necessariamente com este trabalho de diferenciações identitárias e são importantes para se pensar a configuração dos espaços públicos que se formam na atualidade entre a Sociedade Civil e o Estado (MARTINS, 2004). Nesses espaços híbridos há negociações permanentes entre os saberes especializados e os saberes comuns com vista a construção de formas intermediárias de mediação voltados tanto para descolonizar processos de dominação (MARTINS, 2008) como para se implementar novas práticas reflexivas como são os casos das redes de apoio social na saúde (LACERDA, 2010).

A MARES constitui um esforço de reorganização da metodologia científica numa perspectiva que incorpora o reconhecimento: a) de que a realidade social é estruturalmente mutante e que esta condição interfere sobre o vínculo social entre o pesquisador e o pesquisado no momento mesmo da pesquisa; ou seja, as subjetividades dos atores interferem sobre os rumos da pesquisa o que coloca um dilema ético para as ciências sociais; b) de que o reconhecimento da ilusão da neutralidade não elimina a possibilidade da investigação científica mas exige do pesquisador que preste atenção ao fato de que os conflitos que permeiam a vida cotidiana são fundados sobre representações e crenças que podem ser desconstruídas e reconstruídas em outro patamar de reflexividade para o grupo social e para os atores envolvidos na pesquisa; e c) de que de que a consciência do caráter “intervencionista” do pesquisador sobre a realidade, desconstruindo-a e reconstruindo-a, coloca desafios éticos e políticos para o pesquisador, pois sua “intervenção” na realidade social tem impactos sobre os rumos desta mesma realidade. Este aspecto político se torna dramático em sociedades marcadas por certa “cultura de humilhação” (MARTINS, 2010) e em que os pesquisados têm dificuldades de trabalhar a emergência do observador de “segunda ordem” que é uma condição para o surgimento e exercício de uma cultura cívica com vocação democrática.

Por isso, desde já, para se aprofundar a compreensão da estrutura da MARES, é necessário que fixemos nossa atenção sobre dois pontos: um deles é o de que a metodologia é um processo mais amplo que os métodos e técnicas empregados, e seu desenvolvimento já é em si mesmo um trabalho de desconstrução e reconstrução de representações e crenças. O outro ponto diz respeito à delimitação do problema em rede que deve ser objeto de atenção especial.

A necessária diferenciação dos momentos metodológicos

Os três momentos metodológicos

É importante assinalar a necessária diferenciação de três momentos importantes da pesquisa, sobretudo quando estamos falando de um tipo de atividade que impacta sobre o pesquisador e sobre o pesquisado. O primeiro momento é o teórico, o segundo, o metodológico/técnico e o terceiro, o propriamente metodológico.

O primeiro, o teórico, diz respeito à organização de um quadro conceitual formado por uma teoria central ou por um conjunto articulado de teorias e que dão o norte

central da pesquisa. Este primeiro momento delimita as possibilidades e rumos da pesquisa e é fundamental para se definir que caminhos devem ser percorridos para se atingir os objetivos propostos.

O segundo, o metódico/técnico, desdobra-se em dois outros: um deles é a organização dos métodos a utilizar que podem ser vários: análise de conteúdo, análise de discurso, análise dialética, análise histórica comparativa; o outro refere-se às técnicas (questionários, entrevistas, grupos focais etc.) utilizadas pelo pesquisador na execução da pesquisa. Muitas vezes, o pesquisador não faz a devida diferenciação entre métodos e técnicas, mas esta diferenciação é importante para se tomar consciência de que um deles, o metódico, tem a ver com a necessidade de articular a teoria com a empiria, enquanto o segundo, o técnico, constitui as ferramentas indispensáveis para a coleta de informações que devem sempre ser acionadas independentemente das opções teóricas.

Enfim, o terceiro momento, o propriamente metodológico, tem a ver com a articulação do momento teórico e do metódico/técnico. Este terceiro momento aparece quando a evidência da pesquisa empírica obriga a se testar a base teórica e se organizar sistemas classificatórios adequados para a descrição, análise e explicação do objeto estudado, com vistas à produção de relatórios e reflexões em forma de textos.

No que diz respeito a MARES, seu momento teórico é principalmente inspirado por um quadro de teorias que valorizam a dimensão interativa do cotidiano como encontramos, por exemplo, nas ideias de associação em Simmel, de dádiva em Mauss, de dramaturgia em Goffman, e do reconhecimento em Honneth. Quanto ao seu momento metódico/técnico, ele se revela pela eleição de recursos que facilitem desconstruir crenças banalizadas do senso comum, abrindo caminho para o entendimento da rede do indivíduo o que se faz com auxílio do Mapa da Pessoa,⁵ como veremos adiante. A análise sobre representações e crenças, as interações descritivas, a narrativa dos fatos vividos e memórias, as análises do discurso ou do contexto e a análise dramatúrgica são meios eficazes para se atingir este propósito. Quanto às técnicas, as mais adequadas são a de grupo focal com apoio em entrevista em profundidade e etnografia.

Sobre o momento metodológico propriamente dito, é importante registrar que ele deve contemplar algumas tarefas importantes, uma desconstrucionista, a outra, reconstrucionista, como veremos a seguir.

⁵ O termo *pessoa*, explica-nos Mauss no texto “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de eu”, refere-se à *persona*, máscara ritual que se encontra nas origens da civilização latina. Para o autor, esta expressão adquiriu diversos significados dependendo da cultura: “De um simples mascarado a uma máscara; de um personagem a uma pessoa, a um nome, a um indivíduo; deste a um ser com valor metafísico e moral; de uma consciência moral a um ser sagrado...” (MAUSS, 2003, p. 397). Na MARES, a expressão Mapa da Pessoa refere-se ao conjunto de elementos (outros indivíduos, memórias, crenças etc.) que interferem na organização da personalidade. Também se pode chamar o Mapa da Pessoa de Mapa do Self, no sentido usado por G. Mead, para exprimir a individuação que se desenvolve com a experiência social na qual o indivíduo emerge no contexto das relações com o conjunto dos outros indivíduos (MEAD, 1967, p. 135). Ou seja, no caso da MARES a noção de pessoa sofre um deslocamento semântico com relação às noções tradicionais, na medida em que a pessoa na modernidade ocidental se refere também a este processo de individuação que atravessa a estrutura comunitária.

Desconstrução de representações e crenças que os indivíduos nutrem sobre a vida cotidiana

Com frequência, as representações do cotidiano são preconceitos e opiniões reproduzidas no seio do grupo primário ou pela mídia. Tais representações e crenças são uma espécie de camada superficial da realidade que impede o sujeito social de desenvolver uma reflexão crítica mais centrada sobre seus propósitos com relação a si mesmo ou com relação à vida comunitária e com relação a seu ecossistema. Apesar de sua superficialidade, as crenças não deixam de se constituir importantes dispositivos de controle social e de definição das opiniões comuns e das práticas, como o demonstrou Durkheim no seu estudo sobre as crenças religiosas (DURKHEIM, 2003). Assim, é muito comum que os indivíduos adquiram hábitos inadequados sobre a dieta alimentar sem mesmo terem consciência de que esses hábitos podem prejudicar a saúde.⁶ São inúmeros os exemplos que podem ser relacionados a respeito deste pensamento de superfície que, em geral, contribuem para um processo de alienação do sujeito social com relação a suas motivações de viver mais profundas e que têm a ver com a dimensão da associação humana.

Ainda há a assinalar que muitas dessas crenças e representações são interiorizadas como emoções negativas que sugerem práticas de dominação e de violência. O machismo, por exemplo, é um exemplo típico deste caso e cujo impacto na vida associativa ainda é devastador, pois nutre vivências que são alienantes para a tomada de consciência por parte dos atores sobre a natureza real dos conflitos e pactos que organizam o cotidiano. Por isso, as teorias das representações sociais ou aquelas que exacerbam o valor do saber comum necessitam ser discutidas numa perspectiva ética e política, o que recoloca a importância da tensão entre o saber científico e o saber comum na organização de uma práxis reflexiva.

A proposta da MARES, logo, é de avançar nesta direção, o que exige se considerar três desafios importantes, a saber: a) Desconstrução das representações fundadas em opiniões que não se fundam em experiências mas em preconceitos. Por exemplo, “eu acho que...”, “me disseram que...”; b) Desconstrução das representações fundadas em experiências ordinárias e que por razões diversas se tornam opiniões compartilhadas pela comunidade do tipo: “eu passei por isso e sei como é...” ou então: “eu vi e juro por minha mãe...”; e c) Desconstrução de problemas vividos no cotidiano mas que aparecem como representações confusas impedindo o indivíduo de perceber sua dimensão coletiva. Por exemplo: “é assim mesmo, Deus quis assim e nada vai mudar...” ou então “vida de pobre é assim mesmo, não tem jeito...”.

⁶ Em geral, a dieta alimentar das populações mais pobres no Brasil e na América Latina poderia ser definida como “irracional”, se utilizássemos as categorias cognitivas – que são morais – dos especialistas em nutrição. De fato, entre as camadas populares do Nordeste do Brasil é muito comum se dar balas açucaradas a crianças pequenas para que elas não chorem, o que tem impacto negativo, posteriormente sobre a dentição e mesmo sobre o surgimento da obesidade. Pois, muitos acreditam que menino saudável é menino obeso. Mas esta “irracionalidade” não é tão arbitrária assim. Tais ideias sobre a alimentação são herdadas por uma tradição de reconhecimento pela qual o que se come, ou a quantidade do que se come podem ser elementos de distinção considerando a hierarquia de valores da comunidade. Mas nem por isso, cremos que o planejador, o gestor, o estudioso e o profissional da saúde em geral, devem cruzar os braços em atitude de respeito a tais comportamentos que provocam problemas de saúde os mais diversos para amplos segmentos da população. Neste contexto, a organização de um saber reflexivo que seja a síntese dialética do saber especializado e do saber prático é a condição mesma para a produção de uma práxis reflexiva que incorpora as teorias de uns e as experiências dos outros..

Reconstrução de representações e de práticas estruturadoras a partir do entendimento dos problemas de rede

A experiência de campo nos mostra que o “problema” sempre é vivido pelos indivíduos como uma experiência de mal estar e, frequentemente, revela dificuldades de acessar sua estrutura sistêmica. Os problemas tendem a ser reproduzidos inconscientemente, contribuindo para interromper as trocas de dádivas e ampliando o isolamento social nos diversos planos da vida cotidiana, desde aquele dos grupos primários até o do âmbito profissional. As dificuldades dos indivíduos acessarem reflexivamente estas estruturas de conflitos são agravadas pela ausência de políticas públicas que enfoquem mais detidamente esses aspectos do cotidiano.

Somente bem recentemente temos visto o surgimento de alguns programas sociais que buscam a responder a estas tramas do mundo da vida como são os casos no campo da Saúde Coletiva daqueles da Terapia Comunitária ou dos grupos temáticos (homens, idosos, adolescentes etc.). Mas essas experiências ainda são muito incipientes e, em geral, os gestores têm dificuldades de realizar exames mais aprofundados dos sistemas de conflitos presentes sob a aparência do que designamos de modo amplo de “problema”. Na verdade, tais problemas são formados por conflitos e dispositivos alienadores que produzem mal estar generalizado, desfazendo o vínculo comunitário e associativo e estimulando o isolamento e a violência criminal. Um dos sintomas da alienação produzido por este tipo de situação é dado pela tendência do indivíduo em conflito em responsabilizar terceiros ou, então, a buscar “muletas” como a droga, ou, simplesmente, desistir de viver bem e passar a nutrir comportamentos depressivos e melancólicos. Em todas essas situações se repete um mesmo quadro, o da incapacidade ou impossibilidade de o indivíduo compreender sua estrutura de conflitos.

Neste caso, o uso da MARES deve considerar alguns pontos: em primeiro lugar, estimular os atores participantes a buscarem eleger entre os seus vários problemas quais eles consideram ser os maiores problemas. Este esforço de seleção tem que ser adequado aos propósitos da pesquisa e visa estimular um primeiro momento de reflexividade grupal sobre problemas comuns. Em seguida, é importante que seja explicado aos atores participantes da pesquisa que todo problema esconde uma estrutura de conflitos nos quais existem atores e dispositivos (crenças, hábitos, traumas etc.) que contribuem para perpetuar o problema, mas que podem vir a ser solução do mesmo desde que seja objeto de um entendimento reflexivo individual e coletivo em rede. Este momento de reorganização de representações e práticas em rede tem importância particular para a liberação de processos de mediação (individuais, coletivos e dispositivos não humanos como a fé ou simplesmente a liberação da afetividade) a partir da identificação de sintomas de solidariedade. Ou seja, a reflexão em rede, sobretudo quando se está pesquisando com grupos sociais fragilizados e humilhados, é importante pelo fato de se fortalecer o *self* comunitário. Aqui, é de se destacar o papel dos mediadores de redes que são aqueles indivíduos que por motivos vários assumem responsabilidades de liderança ou de apoio tático e estratégico com relação ao grupo demonstrando empatia com a sobrevivência da comunidade.

Mapa da Pessoa

A técnica do Mapa da Pessoa (ou Mapa do *Self*) é importante para se abrir o problema que seja adequado aos propósitos da pesquisa. O Mapa da Pessoa permite se entender a configuração do campo sistêmico do indivíduo e/ou grupo social de modo a se realçar:

- O problema metodologicamente adequado em rede, isto é, identificar um problema compartilhado pelos indivíduos ou pelo grupo que seja relevante para os objetivos da pesquisa. O problema é metodologicamente adequado quando ele se refere ao objetivo da pesquisa. Exemplo: numa pesquisa sobre nutrição infantil não há razão para selecionar como *problema* o preço de medicamentos para adultos. O problema é metodologicamente adequado quando ele permite configurar uma rede: pessoas, dispositivos e mediadores colaboradores;
- Os dispositivos que perpetuam o problema de modo inconsciente e que são diversos como: fatos traumáticos, emoções negativas produzidas na vida cotidiana ou tradições religiosas e comunitárias que enrijecem os hábitos e comportamentos. O problema em rede refere-se a conflitos que interferem no sistema de ação do usuário, impedindo-o de tomar consciência dos conflitos, de se compromissar moralmente na sua superação de agir politicamente na organização de sua saúde. Os conflitos podem ser conscientes ou inconscientes. Eles podem se referir a experiências passadas ou presentes e podem envolver dois ou vários indivíduos numa estrutura de pertencimento em rede.

Técnica de abertura do problema

A abertura do problema é uma operação delicada que necessita, sempre, ser precedida do trabalho de desconstrução de representações e crenças de modo a criar uma situação de maior conforto grupal e de confiança entre o pesquisador e o pesquisado. Alguns passos práticos podem ser dados na direção de construção de um diagnóstico:

- Solicitar ao pesquisado (indivíduo ou grupo) que relacione três problemas em saúde que o afligem;
- Selecionar aquele problema que é “metodologicamente adequado em rede”, como visto na sessão anterior;
- Solicitar ao pesquisado que “fale” sobre o problema de modo que se ressaltem os fundamentos do conflito, os envolvidos, os marcadores diversos dos conflitos que são imagens em geral de violência, de trauma entre outros e os dispositivos que interferem na sua perpetuação. Estes dispositivos têm, em geral, uma função simbólica e prática na proteção do conflito como são exemplos a droga, a ansiedade de consumo ou a fuga em representações e crenças superficiais sobre a realidade que funcionam com muita eficiência na reprodução do problema.

Levantado o quadro de problemas e identificado aquele mais adequado para a reflexão grupal e para os objetivos da pesquisa pode-se solicitar ao pesquisado que indique:

- Pessoas que estão ajudando ou podem ajudar a resolver o conflito que chamamos aqui de *mediador individual*;
- Instituições ou grupos (identitários ou temáticos) que podem ser acionados para ajudar a resolver o conflito que denominamos aqui de *mediação grupal* e
- Dispositivos (lembranças, objetos, medicamentos etc.) que podem ser acionados para apoiar a mediação e que denominamos de *dispositivos de mediação*.

Como já foi dito, o grupo focal constitui uma técnica privilegiada para se realizar a MARES, podendo ser complementado por outras técnicas como questionários e en-

trevistas. Mas também se pode aplicar a MARES com entrevistas individuais em profundidade nos casos em que os indivíduos têm um amplo entendimento dos problemas da comunidade. De todo modo, o fundamental é que o pesquisador esteja atento ao movimento de desconstrução e reconstrução. Este movimento se faz no momento da pesquisa de campo, mas prossegue no momento da apuração, quando o pesquisador busca sistematizar as informações levantadas para produzir o relatório da pesquisa.

Apuração da pesquisa de campo

A apuração da pesquisa de campo e a produção do relatório constituem um momento metodológico importante da pesquisa quando se procura articular de forma sintética a posteriori a base teórica e a pesquisa empírica. Neste momento, o pesquisador (individual ou grupal) deve considerar alguns passos importantes: a) definição do marco teórico a ser usado na organização da apuração (ex: esquema da teoria do reconhecimento, esquema da teoria da dádiva etc.); b) separação e classificação do material (entrevistas, grupos focais, etnografias etc.), organizando-se tipos de situações (práticas de solidariedades, qualidade do Serviço, tipos de agressões etc.); c) construção da narrativa considerando-se: esquema classificatório, blocos de falas, articulação de narrativas, descrição das narrativas, abertura e fechamento da narrativa.

No desenvolvimento da MARES, até o momento, tem sido utilizado com mais frequência duas teorias importantes: a da Dádiva, que foi sistematizada inicialmente por Marcel Mauss e, mais recentemente, pelos simpatizantes do MAUSS (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais) e a do Reconhecimento, sistematizada por Axel Honneth. Todas essas duas teorias têm como ponto importante o de demonstrarem que a motivação e a moral social não são um problema da religião, mas da ciência do social, e que a negligência sobre este ponto conduz necessariamente o pesquisador a desenvolver uma compreensão superficial da realidade em estudo. Vejamos, rapidamente, como se faz a adequação dessas teorias no interior da MARES:

- a) Definição da Teoria do Reconhecimento como marco teórico a ser usado na organização da apuração: neste caso, as narrativas e situações sociais descritas são divididas em três conjuntos de temas que correspondem àqueles previstos na Teoria do Reconhecimento, a saber: I) afetividade/amor que gera a *autoconfiança*; II) Direito e justiça que gera *autorrespeito* e III) Solidariedade na vida cívica e no trabalho que gera *autoestima*. Aqui, o pesquisador deve separar as falas, fatos e material etnográfico em dois blocos: a) o que nega o reconhecimento naquele nível estudado (exemplo: violência doméstica no nível da afetividade) e b) o que afirma o reconhecimento naquele nível estudado (exemplo: solidariedade e amizade).

- b) Definição da Teoria da Dádiva como marco teórico a ser usado na organização da apuração: neste caso, as narrativas e situações sociais são divididas segundo o esquema de falas que denotam: I) circulação de dádivas (presentes, serviços, gestos de solidariedade, hospitalidades, competições etc.; II) interrupção da circulação de dádivas; e III) situações em que a dádiva está prestes a circular. Em qualquer desses três casos,

organizam-se tipologias de possibilidades de dádivas: igualitárias, comunitárias, agonísticas entre outras de modo a se melhor definir a qualidade dos bens em circulação.

Na apuração das falas e situações em que a dádiva deixa de circular é importante registrar os seguintes critérios: I) situações de machismo e violência doméstica; II) Situações de desarticulação dos sistemas comunitários tradicionais pela lógica mercantilista; III) situações de presenças de drogas e desorganização sócio-psíquica; IV) situações de ineficiências de políticas públicas.

Na apuração das falas e situações em que a dádiva está circulando é importante registrar os seguintes critérios de delimitação da situação: I) situações de dádiva igualitária e recíproca (superação do machismo); II) situações de presença de sistema comunitário tradicional de dádivas; III) situações de bem-estar afetivo e social; IV) situações em que as políticas públicas são eficientes.

Na apuração das falas e situações em que a dádiva está prestes a circular, mas que ainda não circula é importante registrar os seguintes critérios de delimitação da situação: I) situações de mobilizações sociais, culturais e políticas; II) situações de resistências das mulheres ao machismo; III) situações de luta por políticas públicas e novos direitos.

Algumas reflexões em termos de conclusão

Enfim, para concluir, gostaríamos de chamar a atenção que os estudos sobre as subjetivações abrem vasto campo de possibilidades para a teoria social, mas igualmente para as políticas públicas. No século XX, exagerou-se o valor da racionalidade instrumental e da possibilidade do ator medir calculadamente sua ação em função de suas prioridades, partindo-se da hipótese questionável de que os indivíduos sempre sabem o que é bom para si mesmo. Pesquisas recentes nos campos da física, da biologia e da matemática vêm, no lado contrário, questionando este paradigma da ordem e da evolução, de permanência das leis eternas da natureza e dos átomos, para demonstrar a importância das dimensões imaginativas e caóticas dos processos temporais e espaciais e das instituições sociais (CASTORIADIS, 1975; ABRAHAM; MCKENNA; SHELDRAKE, op. cit.). Tais reflexões não são aleatórias mas estão articuladas com a necessidade de explicar a reprodução caótica do capitalismo e a desorganização da vida social na segunda metade do século XX. Nas ciências sociais, em particular, a superação do paradigma biocartesiano tem, entre outros impactos, o de trazer para o primeiro plano o valor das emoções na organização da prática científica e, também, as implicações da ampliação dos esquemas de compreensão e de racionalização do mundo trazendo as dimensões éticas e estéticas do objeto da pesquisa.

Assim, no século XXI, o desafio é de equilibrar os pesos da razão instrumental e cognitiva com a razão emocional e expressiva, de readequar as relações entre ética e estética, de repensar as tramas entre ciência, arte e moral. As psicologias contemporâneas já deram grande contribuição para se entender o valor dos elementos emocionais na organização das percepções dos indivíduos sobre o mundo em que vive como são exemplos as contribuições da bioenergética de A. Lowen para o entendimento das “courageiras” emocionais que modelam a expressão biofísica e sentimental dos indivíduos, ou da “constelação familiar” de B.

Hellinger para se entender a presença de uma ordem implícita que rege os relacionamentos em rede, mesmo quando a realidade está determinada por uma desordem aparente.

No caso da MARES, o interesse de articular a ação de pesquisa com a dimensão pedagógica aparece como uma necessidade produzida pelo reconhecimento do impacto simultâneo e recíproco que o ato da pesquisa provoca sobre as partes envolvidas. De todo modo, a dimensão pedagógica da pesquisa não é o objeto central perseguido pelo pesquisador, mas um efeito derivado inevitável. É importante termos isto em mente para que não se veja a ação desconstrucionista e desconstrucionista como uma atividade militante ou pedagoga em si mesma, mas como o produto associado do trabalho da pesquisa que é, sempre, o da busca de descrição e de entendimento dos fundamentos da verdade existentes na realidade social, mesmo quando se reconhece que esta tem um caráter mutante e caótico.

Referências

- ABRAHAM, R.; MCKENNA, T.; SHELDRAKE, R. *Caos, criatividade e o retorno do sagrado*. Triálogos na fronteira do Ocidente. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1994.
- CAILÉ, A. Dádiva e associação In: MARTINS, P.H.; FONTES, B. (Org.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora da UFPE, 2002.
- CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Paris: Seuil, 1975.
- DURKHEIM, E. *Formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GODBOUT, J. Digressão sobre as redes e aparelhos MARTINS, P.H.; FONTES, B. (Org.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora da UFPE, 2004.
- GODBOUT, J.; CAILLÉ, A. *O espírito da dádiva*. Rio: FGV, 1998.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento*. São Paulo: Editora 34, 2003.
- LACERDA, A. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Tese (Doutorado em Ciências na Área da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- MARTINS, P.H. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico In: MARTINS, P.H.; FONTES, B. (Org.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora da UFPE, 2004.
- _____. De Lévi-Strauss à MAUSS – Movimento Antiutilitarista nas Ciências Sociais: itinerários do dom. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 66, p. 105-131, 2008.
- _____. Don, religion et eurocentrisme In: *Revue du MAUSS: Mauss vivant*, n. 36, second semestre, 2010.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- MEAD, G. *Mind, self, & society*. Chicago and London: The university of Chicago Press, 1967.
- PINHEIRO, R. Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio: Cepesc, 2008.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- SANTOS, B.S. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- TAYLOR, C. *As fontes do self*. São Paulo: Loyola, 2005.
- WILBER, K. *Uma breve história do universo: de Buda a Freud*. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2006.

Direito vivo, dádiva e integralidade: uma triangulação para pesquisar o direito à saúde¹

ROSENI PINHEIRO
FELIPE DUTRA ASENSI

Introdução

A saúde recebeu diversas significações ao longo da história brasileira, do ponto de vista político, social e jurídico. No estudo da trajetória dos sentidos que a saúde adquiriu no Brasil, é possível identificar três concepções que emergiram ao longo da história: enquanto *favor*; enquanto um *serviço* decorrente de um *direito trabalhista* ou como um *serviço privado*; enquanto *direito* (ASENSI, 2010a). Tais concepções possuem uma forte institucionalidade no âmbito do Estado e das instituições jurídicas e, além disso, permitem pensar a cultura política que se cristalizou no Brasil no que concerne à efetivação de direitos sociais e coletivos.

Deste modo, com a Constituição de 1988 e as intensas reivindicações de uma pluralidade de grupos sociais e políticos, a saúde foi alçada à categoria de direito fundamental, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos. A universalização da saúde foi acompanhada de sua institucionalização normativa, o que possibilitou a cristalização de princípios, normas e diretrizes que seriam desenvolvidos nos anos seguintes, cuja expressão mais significativa foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo 196, observa-se que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1998), o que denota a pretensão universalizante desse direito. Aqui, a saúde é caracterizada como um *direito fundamental e dever do Estado*, o que denota uma dupla-dimensão (direito-dever) em sua natureza.

Nesse contexto, atribuiu-se às ações e serviços de saúde o caráter de *relevância pública*, o que implica dizer que a alteração de tal preceito depende de amplo e rígido processo legislativo. Esta condição cristalizou a relevância jurídica, política e social da saúde no ordenamento brasileiro, sobretudo a partir de sua forte associação com o princípio da dignidade da pessoa humana. O direito à saúde ainda se constituiu como cláusula *pétrea* no âmbito constitucional, uma vez que, em virtude de sua associação direta com o direito à vida, não pode ser excluído do resguardo que lhe foi alçado pela Carta Constitucional e pelas legislações posteriores.

¹ Este texto contou com contribuições importantes de Paulo Henrique Martins, Francine Lube Guizardi e Alda Lacerda, que de modo generoso possibilitaram estas reflexões. Nossos agradecimentos.

Assim, este texto busca desenvolver um aporte teórico-metodológico que permita pensar a saúde como um direito vivo, isto é, como um direito que, apesar de previsto normativamente, só recebe sentido a partir do desenvolvimento de práticas sociais endogenamente constituídas. Para tal, serão delineadas considerações a respeito da dimensão “viva” do direito à saúde. Após, serão discutidos dois elementos fundamentais para a compreensão deste caráter “vivo”, quais sejam: dádiva e integralidade. Em seguida, são discutidos os limites e desafios para pensar a atuação das instituições jurídicas na efetivação do direito à saúde. Por fim, como considerações finais, são apresentadas novas perspectivas metodológicas de reflexão e pesquisa sobre direito à saúde e suas questões correlatas.

Saúde e direito vivo

As diversas teorias do direito constitucional debruçaram suas reflexões sobre a formulação de tipologias das constituições, sob o pressuposto da existência de normas que não necessariamente se encontram escritas ou previstas no texto constitucional, mas que são materialmente constitucionais porque refletem valores sociais. Com isso, tais teorias abriram a possibilidade de construção e reconhecimento de direitos que, embora não constantes do texto formal, preservam sua *força normativa* num dado ordenamento jurídico, de modo a fundamentar sua validade a partir de fontes políticas, sociais, econômicas, etc.

Um dos autores do campo do direito que mais se dedicaram a essa temática foi Ferdinand Lassale. Contemporâneo de Karl Marx – com o qual compartilhou alguns momentos, a exemplo da Revolução de 1848 –, Lassale buscou pensar justamente os aspectos não-formais que são constituintes de uma ordem jurídica. Com isso, buscou apresentar uma concepção material-sociológica de Constituição. O autor parte do princípio de que a Constituição não é norma escrita, é *realidade*. E, por ser realidade, a Constituição é informada pela articulação e conjugação de *fatores reais de poder*, isto é, elementos de poder presentes nas relações que os indivíduos estabelecem em sociedade. A Constituição, portanto, seria um reflexo dos arranjos institucionais, sociais, políticos, econômicos e históricos que permeiam sua formulação e concretização. Em seu argumento, se uma Constituição não corresponde aos *fatores reais de poder* de uma sociedade, essa Constituição consiste numa mera *folha de papel*, ou seja, não possui relevância social e eficácia para os atores no cotidiano de suas práticas. Seria um texto que não possui efeitos concretos, uma “forma” sem “alma”, ou, na acepção contemporânea, uma norma desprovida de efetividade.²

Segundo Lassale, em essência, a Constituição de um país é “a soma dos fatores reais do poder que regem uma nação” (LASSALE, 1988, p. 19). Uma vez que tais fatores reais se articulam e estabelecem pontos de interação que constroem sentidos aos atores, “os escrevemos em uma folha de papel e eles adquirem expressão escrita” (idem). Com isso, a partir desta incorporação em forma de papel, “não são simples fatores reais do poder, mas sim verdadeiro direito – instituições jurídicas” (idem).

² No Brasil, a ideia de efetividade da norma jurídica foi amplamente trabalhada por Luis Roberto Barroso em artigos, palestras e livros. A obra *Direito Constitucional e efetividade de suas normas* (BARROSO, 2006) busca justamente sistematizar os desafios e estratégias atinentes à efetividade de direitos constitucionais no Brasil. O autor, em outra oportunidade (BARROSO, 2008), ainda dedica especial atenção aos desafios da efetividade do direito à saúde no Brasil.

Por essa razão, apesar de não ser objeto próprio de sua reflexão, a concepção de Lassale nos permite, atualmente, afastar a ideia de que o direito é um campo fechado, autopoietico, coeso, etc. Lassale permite pensar no processo de formulação de normas jurídicas os fatores sociais orientados por relações de poder presentes no interior de uma sociedade. Ao se admitir esse pressuposto, os problemas constitucionais não seriam, *prima facie*, problemas meramente de direito, mas, fundamentalmente, de poder, que consistiria na “alma” da Constituição.

No Brasil, a perspectiva da existência de uma Constituição material recebeu atenção de muitos estudiosos e pesquisadores, sobretudo pelo que se convencionou denominar de *doutrina brasileira da efetividade*, que é capitaneada pelo jurista Luis Roberto Barroso. O argumento central desta perspectiva consiste no seguinte: para além da *eficácia jurídica* que uma norma possui, ou seja, sua possibilidade de produzir efeitos num ordenamento jurídico porque formalmente válida, o autor sugere o debruçar sobre a *eficácia social* das normas, ou seja, a possibilidade de produzirem efeitos concretos no cotidiano das práticas dos atores sociais.

Ao partir do pressuposto de que *o direito existe para se realizar*, a ideia de efetividade significa o desenvolvimento concreto da função social do direito. “Ela representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social” (BARROSO, 2006, p. 82-83). Portanto, busca pensar o desenvolvimento dos direitos na prática, de modo a superar a perspectiva formalista que se traduz na mera *eficácia jurídica*.

No entanto, talvez seja no campo da sociologia do direito que essa discussão tenha recebido maiores reflexões acadêmicas. Jean Carbonnier, por exemplo, aponta que o direito se consolidou historicamente por meio da ênfase da sua autonomia em relação às outras ciências. Mais precisamente, o que explica a ampla adesão a esta ideia é a defesa da exclusividade do direito e do dogmatismo, afirmando que “é próprio dele [direito] ser um deus ciumento que não tolera partilhas: cabe ao direito negar a qualquer outro sistema o título de direito” (CARBONNIER, 1980, p. 42). O campo do direito, portanto, evita, repele e estigmatiza qualquer explicação que não seja realizada por ele próprio. É *Deus* porque se propõe a responder todos os fenômenos sob uma perspectiva universalista; e é *ciumento* porque se propõe a responder sozinho, ou seja, sem a incorporação de outros campos de saber em seu discurso.

Esta perspectiva sobre o direito – fundamentalmente formalista – recebeu críticas ao longo do século XX e vivenciou momentos de forte crise num cenário cada vez mais complexo e fragmentado, em que as instituições jurídicas passaram por transformações estruturais, organizacionais e axiológicas. Principalmente após os excessos e descaminhos ocasionados pelas duas guerras mundiais, os problemas derivados de regimes totalitaristas e o colapso econômico de alguns países, o que se convencionou chamar de *pós-positivismo* buscou se consolidar como uma alternativa à insuficiência e insensibilidade das correntes anteriores, em especial o positivismo jurídico.

Na medida em que o tema do pluralismo foi recebendo destaque no debate jurídico e a multiplicidade de grupos sociais ganhou evidência com os eventos ocorridos ao longo

do século, o direito passou a ser pensado sob o prisma de outras categorias, tais como *heterogeneidade, comunicação, valores, argumentação*, etc. Além disso, ao priorizar os princípios como efetivas normas jurídicas, foram estabelecidos objetivos e finalidades a serem alcançados pelos Estados nacionais, o que possibilitou a ampliação dos elementos éticos, sociais e culturais a serem inseridos na interpretação e aplicação da norma jurídica. O direito deveria ser refletido a partir de seu papel na sociedade, compreendendo-se como direito não somente as regras escritas no texto da lei, mas também os princípios que permeiam todo o seu sistema de valores suprapositivos.³

A simples adequação fato/norma, que seria realizada de maneira mecanicista e pouco sensível às especificidades dos fatos sociais, deu lugar a uma nova forma de pensar o direito *em sociedade*, ou seja, um direito capaz de considerar e respeitar as diferenças e de levar em conta as particularidades inerentes ao caso concreto. Tais casos concretos, por definição, variam de acordo com os atores e as circunstâncias em que estão inseridos. Para captar e compreender tais casos, foi adotada como estratégia privilegiada da perspectiva pós-positivista a superação da “letra” da lei como fonte do conhecimento jurídico.

Utilizando a terminologia inaugurada pelo jurista norte-americano Oliver Holmes, é possível sustentar que a problematização da perspectiva positivista, que associa o direito à sua mera positividade, se insere na constatação do hiato existente entre o “direito dos livros” (*law in books*) e o “direito em ação” (*law in action*). É o descompasso entre os direitos assegurados e a prática concreta dos atores sociais que possibilita as tentativas de superação do formalismo no campo do direito mediante a análise e ênfase na efetividade da norma jurídica. Buscando extrapolar o mero texto jurídico, esta perspectiva confere relevância à investigação do direito na prática. A norma cristalizada num documento escrito passa a ser lida como uma norma construída pelas práticas sociais.

Numa perspectiva similar, Eugen Ehrlich realiza a distinção entre o *direito positivo*, que seria o direito positivado como texto na norma jurídica, e o *direito vivo*, que seria fruto da dinâmica social que se desenvolve a partir da interação entre os atores sociais. Ehrlich sustenta que “querer encerrar todo o direito de um tempo ou de um povo nos parágrafos de um código é tão razoável quanto querer prender uma correnteza numa lagoa” (EHRlich, 1980, p. 110). Trata-se, portanto, de uma perspectiva que confere destaque às práticas sociais em detrimento de modelos jurídicos abstratos e pouco sensíveis às especificidades próprias de cada contexto social. O direito, portanto, é maior do que a regra formal, e é por meio da sua prática no cotidiano dos atores que se pode observá-lo como dinâmica social em constante transformação.

O estudo do *direito vivo* nos termos propostos por Ehrlich permite extrapolar o raciocínio calcado na lei e nos livros, de natureza tipicamente positivista, pois assume o direito como um fenômeno social e, portanto, orientado por práticas sociais. Ehrlich sustenta que o *direito vivo* representa a ideia de que o direito é construído mediante a experiência concreta dos sujeitos, que se transforma ao longo do tempo e do espaço. Por

³ Para uma análise da ponderação de princípios no Brasil, inclusive do ponto de vista histórico, recebe destaque a reflexão de Sarmento (2002).

isso, na investigação do direito vivo, “não se tornam supérfluos nem o método histórico, nem o etnológico” (idem, p. 114). Ehrlich sustenta que o direito está intrinsecamente ligado à cultura e aos seus processos históricos constitutivos, e, desta forma, profundamente relacionado às transformações sociais. Ao se adotar a perspectiva do *direito vivo*, é possível pensar a construção de direitos na dinâmica do espaço público e a construção de novos sentidos para os direitos já positivados. A atividade de criação de direitos sustenta-se sobretudo no pressuposto de que o “direito é maior que as fontes formais do direito”⁴ (CARBONNIER, 1980, p. 45), pois engloba aspectos culturais, políticos, sociais, etc.

Aqui, se configura uma situação que radicaliza ainda mais a posição de Lassale: se neste autor o direito se consolida no texto escrito, sendo informado por *fatores reais de poder* que lhes são anteriores, na perspectiva do *direito vivo* é possível pensar a construção de direitos independentemente de eles serem efetivamente positivados no texto escrito ou de dependerem de intervenção de qualquer instituição estatal ou jurídica. A partir desta matriz de interpretação, é possível elencar três elementos subjacentes à ideia de construção de direitos:

- a) os fatores sociais são preponderantes na produção de normas jurídicas – entendendo-se como normas tanto as regras escritas quanto os princípios materiais que lhes são subjacentes –, e na produção e construção de novos direitos;
- b) o campo da produção jurídica envolve o embate e conflito de opiniões, interesses e perspectivas sobre os fatos sociais;
- c) o estabelecimento do consenso se apresenta como uma forma de cristalizar resultantes de conflitos e estabelecer sentidos para os novos direitos que deles decorrem.

Lawrence Friedman e Jack Ladinsky compartilham desta perspectiva ao refletirem sobre os processos de mudança do direito. Os autores, numa perspectiva normativa, sustentam que o direito deve, acima de tudo, responder às mudanças que ocorrem na sociedade. Tal assertiva se baseia no pressuposto de que os processos jurídicos “refletem os problemas sociais, as insatisfações coletivas e a direção na qual se move a solução coletiva dos problemas, os interesses diversos e em conflito que se referem ao processo de tomada de decisões” (FRIEDMAN; LADINSKY, 1980, p. 207). Assim, os autores realizam uma distinção entre *mudança no direito* e *mudança através do direito*. A diferença entre as duas se encontra na abrangência de suas transformações: a primeira se restringe ao domínio puramente formal e interno do direito positivo, ou seja, às mudanças formais pelas quais o texto jurídico passa procedimentalmente ao logo do tempo. A segunda, por sua vez, implica uma mudança dos comportamentos dos indivíduos e em suas ações no cotidiano de suas práticas, o que enseja uma problematização do direito existente e aponta para a configuração de novos direitos orientados pelas mudanças sociais.

4 Nesse contexto de ampliação das fontes do direito, é interessante o exemplo do art. 10 da Constituição Espanhola de 1978, *in verbis*: “A dignidade da pessoa, os direitos invioláveis que lhes são inerentes, o livre desenvolvimento da personalidade, o respeito à lei e ao direito dos demais, são fundamentos da ordem política e da paz social” (ESPANHA, 1978). Observe que são princípios do Estado espanhol não somente o respeito à lei, mas também ao direito, o que revela a distinção acima realizada entre direito e lei. A Lei nº 9.784, que vige no Brasil desde 1999 e versa sobre o processo administrativo, também se insere nessa lógica ao prever, em seu art. 2º, par. único, I: “Nos processos administrativos serão observados, entre outros, os critérios de: I - atuação conforme a lei e o Direito” (BRASIL, 1999)

Na perspectiva de Jürgen Habermas, o direito é visto como um *medium* entre os fatos que ocorrem no mundo cotidiano e as regras que os indivíduos criam em sociedade, ou seja, o direito se situa como mediador da tensão entre *facticidade* e *validade*. A tensão se estabelece na medida em que os critérios universalistas de validação do direito não se encontram necessariamente refletidos no âmbito das práticas sociais (fatuais). Diante dessa assimetria, Habermas confere relevo à ação comunicativa na superação ou, ao menos, redução desse hiato. Assim, “o significado universalista da validade excede todos os contextos, mas apenas o ato vinculante local de aceitação permite aos critérios de validade lidarem com o fardo da integração social num contexto ligado as práticas cotidianas” (HABERMAS, 1999, p. 21).

Habermas, ao apresentar a ideia de *ação comunicativa* – segundo a qual o debate e o diálogo travados nos espaços públicos podem, através da evocação de valores como a “razão”, “verdade”, “retidão” e “inteligibilidade”, gerar ações políticas efetivas na dissolução dos conflitos e alcance de consensos –, tem por objetivo refletir sobre a formação da uma *vontade comum* e os processos e mecanismos de produção de legitimidade no mundo do direito. Deste modo, o diálogo surge como elemento essencial para se obter consenso e entendimento na esfera pública, constituindo-se como um dos caminhos mais viáveis para resolução de conflitos na arena política.⁵ Habermas sustenta que o referencial a ser adotado é o do diálogo, ou seja, “a comunicação na qual o sujeito tem que investir uma parte de sua subjetividade, não importando de que maneira isso pode ser controlável, no sentido de ser capaz de encontrar sujeitos conflitantes num nível intersubjetivo, que faz o entendimento possível” (HABERMAS, 1974, p. 11). O espaço do conflito enquanto construção de sujeitos de forma intersubjetiva seria, nesta seara, o elemento fundamental para a aproximação entre *teoria* e *prática*, assunto amplamente dedicado por Habermas em diversas passagens de sua obra.

Além disso, “no modelo legal de validade, a facticidade da aplicação do direito é interligada à legitimidade da gênese do direito que clama por ser racional porque garante a liberdade” (HABERMAS, 1999, p. 28). Assim, para Habermas, é o princípio da democracia que deve estabelecer um processo legítimo de produção de normas, ou seja, apenas através de um contexto democrático seria possível a constituição de normas que, além de positivas, fossem legítimas, de modo a permitir que as práticas sociais recebam efetivamente *status* jurídico formal.

Pode-se dizer, portanto, que a ênfase no consenso pelo diálogo possibilita o movimento de aproximação entre o *direito positivo* e o *direito vivo*, entre o *law in books* e o *law in action*. A partir do consenso, ergue-se a possibilidade de se assegurar direitos por meio de práticas concretas. Em certa medida, isso amplia as possibilidades de incremento da efetividade social dos direitos, na medida em que, ao se extrapolar a regra jurídica, busca-se no seio social algum fundamento para a sua legitimidade. Assim, a construção

⁵ Na saúde, alguns conflitos são recorrentes, tais como: os conflitos entre demanda e oferta de serviços; a política de medicamentos; a criação de novos direitos que fortaleçam a cidadania e os valores democráticos, etc. O diálogo tem sido fundamental para a construção de decisões e compromissos de redução destes conflitos e efetivação do direito à saúde.

de direitos na saúde, por exemplo, pode surgir pelo diálogo entre os diversos atores que compõem o processo de fiscalização, execução e efetivação das políticas de saúde.

Nessa linha, Ricardo Teixeira faz referência à *palabre* – palavra africana da África pré-colonial que tem como origem a ideia de prática no parlamento – para situar um modo de sociabilidade no campo da saúde. Segundo o autor, a ideia de *palabre* nos termos propostos reúne três elementos fundamentais:

- a) o reconhecimento do outro como legítimo;
- b) o reconhecimento de cada um como insuficiente;
- c) o pressuposto de que o sentido de uma situação é construído pelo conjunto dos saberes presentes.

Deste modo, “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA, 2003, p. 105). Esta figura apresentada por Teixeira – de certo modo próxima da ideia de diálogo de Habermas – pode auxiliar a compreender e construir outras formas de solução de conflitos que não gerem uma cisão entre os sujeitos, mas, pelo contrário, uma convergência de objetivos, interesses e perspectivas distintas.

No campo da saúde, é possível afirmar a constituição de um novo tipo de direito que se caracteriza por sua dinamicidade, ou seja, um direito em permanente atividade que se cria e recria no cotidiano dos sujeitos. A possibilidade de extrapolação dos limites normativos está, em grande medida, associada à permanente abertura estatal a demandas e necessidades em saúde da população, por um lado, e ao grau de associativismo da sociedade civil, de outro. O arcabouço jurídico-institucional que se configurou na saúde brasileira permite a incorporação direta de instituições jurídicas e da sociedade civil no encaminhamento de necessidades e demandas, que são mutáveis no tempo e no espaço e, por isso, exigem a consideração de suas especificidades.

Com isso, é possível afirmar que um elemento indissociável do processo de construção do direito à saúde é a polifonia, que se manifesta por meio de diferentes “vozes” que, através de um processo dialógico, alcançam um consenso (ASENSI, 2010a). Mas para que essas vozes ecoem efetivamente nos serviços de saúde, é indispensável pensar a construção de espaços públicos de participação social, inclusive nas instituições jurídicas. Da mesma forma, é preciso discutir dois elementos fundamentais da constituição do direito à saúde como um direito vivo: dádiva e integralidade.

Integralidade e dádiva

A partir de um balanço crítico sobre a reforma do Estado no Brasil, podem-se constatar mudanças e transformações em vários setores, dos quais o setor saúde foi o mais bem-sucedido como exemplo de reforma do tipo descentralizadora e com ênfase na democratização das relações políticas. A reforma sanitária no Brasil, ao mesmo tempo em que reflete a complexidade dos problemas, desafios e dilemas para consolidação de um sistema público universal e gratuito, trouxe à luz um processo extremamente rico de transformações concretas nas políticas de saúde.

A construção da integralidade como um dos princípios doutrinários e organizativos do sistema público brasileiros, implica, necessariamente, a disponibilidade para trabalhar a partir como um campo de luta política e produção de real social, menos determinado pelas configurações institucionais e normativas e, portanto, especialmente constituído e materializado através da textura conflituosa dos encontros de diversos sujeitos e instituições.

Por mais óbvio que esse ponto de partida se afigure, é fundamental sua explicitação nesta discussão. Como já nos sinalizara Ayres (2001), é preciso fazer um deslocamento em nossas concepções de atuação no campo da saúde. Uma transformação no *agir* que o afaste da referência da intervenção e o aproxime da noção de *cuidado*. Isto porque, historicamente, o campo da saúde tem sido marcado por intervenções balizadas por um certo exercício do poder-saber técnico, cujo principal efeito – e, ao mesmo tempo, premissa de sua viabilidade – pode ser identificado na produção de um *outro* objeto de intervenção, e não sujeito de relação. Um *outro* (comunidade, “paciente”, família etc.) desprovido de singularidade, desejo, saber e história. Em suma, um encontro que se tem concretizado mediante a referência da normalização que marca o exercício do poder disciplinar que configurou e determinou as relações sociais na modernidade (FOUCAULT, 1945). E esta ainda nos constitui, apesar da aceleração das transformações contemporâneas.

Esses dispositivos de poder organizaram o campo da saúde numa direção oposta ao projeto político que nos move, o projeto de construção da saúde como direito de cidadania. Tais dispositivos constroem esse *encontro* como um lugar de *assujeitamento* (FOUCAULT, 2002), e não como produção comum de diferentes *sujeitos* (diferentes vozes, lugares, saberes e implicações). Eis, então, o que consideramos ao mesmo tempo condição fundamental e referencial transversal de análise quanto ao projeto da integralidade: sua concretização enquanto práticas e relações entre sujeitos, o que implica o reconhecimento da autonomia e da singularidade dos múltiplos polos da relação. Afinal, como coloca Mattos (2001, p. 61):

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

Nesse sentido, compreendemos que a integralidade remete antes à noção de cuidado do que à de intervenção, já que em seu campo de atravessamentos e construção os procedimentos e técnicas empregados se tornam secundários às relações engendradas: cuidar requer a aceitação de um outro-sujeito, a aceitação dessa dimensão de *encontro desejante* (AYRES, 2001) que constitui o campo de ação das políticas de saúde.

Tomando esse universo de referência, é possível conceber o cuidado como este encontro, que como prática social configura o próprio exercício do direito vivo, cuja práxis exige o imperativo da justiça social na saúde. Isto porque, se observarmos o contexto atual do Estado laico brasileiro, o processo de institucionalização da cidadania tende a cada vez mais buscar articular demanda por direitos com demandas por reconhecimento de identidades, o que nos impõe desafios à realização de conquistas por direitos como questão de cidadania (OLIVEIRA, 2004). Nesse contexto, a integralidade das ações em

saúde como princípio ético-político, ao operar como um eixo estruturante dos saberes e práticas dos sujeitos implicados com a oferta de cuidados, requer a afirmação da dignidade e da reciprocidade como os valores morais e éticos de sua efetivação. A relação entre dignidade, identidade e reciprocidade demonstra o sentimento de pertença pública, indicando visivelmente a importância da alteridade e do caráter dialógico do reconhecimento como operadores de sinergias entre as práticas dos sujeitos, cuja identificação de nexos constituintes entre as dimensões da justiça e a solidariedade se faz no saber-fazer de uma oferta de cuidado responsável.

Por isso, a democracia como regime de um estado de direito ganha relevância como elemento de análise social, pois nos exige examinar os modos de participação da sociedade civil nos espaços públicos, que, no caso da saúde, se institucionaliza mediante um arcabouço jurídico-político bastante avançado e articulado, sendo o processo de tomada de decisão sobre as políticas sociais e públicas o amálgama da responsabilidade pública como um imperativo no atendimento de demanda por direitos (HENRIQUES; PINHEIRO, 2008).

Contudo, identificamos em nossos estudos (PINHEIRO; MATTOS, 2004 e 2005; PINHEIRO, 1995; GUIZARDI, 2003; GUIZARDI et al., 2004) que a participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos se dá, muitas vezes, por meio de um processo de construção democrática contraditório e fragmentado. Vários fatores estão vinculados a esse processo, dos quais se excluem as possibilidades de conceder à sociedade civil o papel de protagonista do aprofundamento democrático. Um dos fatores que merece destaque se refere à permanente tensão entre democracia representativa e democracia direta. Essa tensão repercute de forma decisiva nos espaços públicos, na medida em que a primeira forma se vê questionada pela segunda quanto à legitimidade de seus processos constitutivos e de decisão. Isto ocorre, no contexto brasileiro e demais países latino-americanos, porque a centralidade da ação democrática ainda está fortemente no Estado e não na sociedade civil. Dessa forma, a democratização acaba por se limitar aos tradicionais mecanismos de institucionalidade democrática, quais sejam: partidos políticos e eleições governamentais.

Parece-nos evidente que o desafio está em aprimorar o valor epistêmico da democracia, isto é, a capacidade do processo democrático de construir decisões políticas justas, nesse sentido, incluídas e emancipatórias. Assim sendo, a saúde como direito de cidadania pode trazer contribuições inovadoras quando os atores em suas práticas cotidianas, em diferentes espaços públicos, concebem o exercício desse direito como uma estratégia política, ou seja, direito a ter outros direitos (TELLES, 1994). Isto significa a adoção de uma abordagem afirmativa dos problemas apresentados, cujas práticas associam o exercício da democracia na participação política, a institucionalização do controle social à fiscalização das ações do estado e garantia de acesso a bens e serviços de saúde. A tensão entre democracia representativa e direta traz à tona as relações de poder e centralização de decisões presentes em algumas políticas públicas no campo da saúde e nas práticas sociais, e aponta para a importância da participação e autonomia dos sujeitos nos processos decisórios e em distintos espaços públicos. É possível, portanto, pensar em uma nova forma de gestão social no campo da saúde que priorize as redes sociais e a solidariedade.

Essa mudança implica deslocar o foco do paradigma hegemônico do mercado, que se sustenta na produção de bens e mercadorias com valores utilitários, para o paradigma da dádiva (MAUSS, 2002), fundamentado na constituição dos vínculos e laços sociais, o que, por sua vez, permite processar as trocas entre os sujeitos por meio das relações do dar, do receber e do retribuir os diversos bens simbólicos. Nesse sentido, entendemos que o tema da dádiva é o principal nexos constituinte de redes participativas em saúde, cuja noção de espaço público agencia formas de pertencimento coletivo, modos de produção de apoio social e forja práticas políticas responsáveis e orgânicas nas ações de saúde. Trata-se, portanto, de uma nova configuração das relações de solidariedade entre os sujeitos e que caracteriza um modo de gestão social.

O sistema da dádiva foi inicialmente desenvolvido por Marcel Mauss (2002), nos anos 1920, ao observar o modo como se davam as trocas em algumas sociedades primitivas ou arcaicas. Desprovidas da forma-mercado, as transações e contratos feitos não envolviam a negociação da moeda ou a transação econômica, mas se submetiam a outro registro social que Mauss identificou como uma tripla e paradoxal obrigação do dar, do receber e do retribuir. Os bens não eram trocados individualmente, mas sim pelos clãs, pelas tribos ou famílias como um modo de perpetuar as virtudes e os dons recebidos, indicando que as trocas iam além dos interesses individuais e serviam aos interesses coletivos. A tríade de obrigação do dar-receber-retribuir institui um circuito marcado por uma salutar característica quando comparada ao mercado, já que os bens que aí circulam têm valor simbólico e são secundários aos vínculos e relações criados. Mantém-se assim uma rede de trocas simbólicas constantemente alimentada pelo sistema da dádiva, rede esta que é tecida pelos laços e vínculos sociais que se estabelecem entre os sujeitos. Apesar de o paradigma da dádiva, fundamentado na reciprocidade e na constituição dos vínculos sociais, ter sido formulado a partir das sociedades arcaicas, ele subsiste na modernidade e convive com o paradigma hegemônico mercantilista. Nessa perspectiva, é possível entender como algumas formas de gestão social no campo da saúde se voltam mais para o paradigma do mercado e outras para o paradigma da dádiva, o que, por sua vez, traz implicações diretas no exercício da cidadania e no processo democrático de construção das políticas públicas.

Entendemos que a dádiva pode fornecer subsídios teóricos para se pensar em novas formas de gestão social no campo da saúde, no qual a participação da sociedade civil é garantida mediante o diálogo e a confrontação dos diversos atores. A participação no setor saúde, principalmente no SUS, se faz com a expressão e intervenção dos diferentes sujeitos políticos implicados no modo como a demanda socialmente construída se efetiva em ações governamentais. Nesse sentido, a participação deve propiciar espaços de resistência e ser vista como prática de construção de espaços públicos, nos quais as demandas e respostas apresentadas pelos sujeitos e grupos sociais possam ser problematizadas, ressignificadas e pactuadas coletivamente. Os limites da democracia representativa e da participação dos sujeitos nos espaços institucionais são evidentes e têm, em grande medida, inviabilizado a formulação, o acompanhamento e a avaliação das políticas de saúde.

As características dos vínculos sociais e a reciprocidade, nos quais os sujeitos estão constantemente transitando pelas posições de doador e donatário, fazem com que os

diversos tipos de apoio sejam mobilizados de acordo com as necessidades e com a situação vivenciada. Em determinados momentos da vida, podemos receber apoio emocional e nos sentirmos acolhidos cuidados e respeitados; em outro momento, retribuimos com apoio informativo, ao fornecermos informações e orientações que possam ajudar os demais sujeitos a resolver conflitos e tomar decisões.

Os vários recursos de apoio social que circulam nas redes podem ser vistos como dons e bens simbólicos, no qual a tríade do dar-receber-retribuir está presente, indicando que o apoio social é uma forma de dádiva (LACERDA; VALLA, 2005). Nesse sentido, as correlações existentes entre apoio social e saúde sugerem que o sistema da dádiva, em determinadas circunstâncias, também pode ser promotor da saúde dos sujeitos e grupos sociais.

Os espaços públicos e a saúde têm na participação da sociedade civil uma possibilidade de materializar alternativas coletivas e solidárias de construção dos direitos de cidadania a partir da articulação dos sujeitos em rede. Por meio dos laços e vínculos sociais e da tríade do dar-receber-retribuir, o sistema da dádiva realimenta constantemente essas redes e permite fluir os recursos de apoio social. O compartilhar de valores e interesses comuns mobiliza os sujeitos a participar, de tal modo que a dádiva se faça presente e os vínculos se mantenham.

Os bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social fortalecem os sujeitos e abrem novas perspectivas de ação. Se, por um lado, a ação comunitária contribui para aumentar o empoderamento individual e comunitário, com benefícios à saúde (MINKLER, 1992), por outro, privar os sujeitos e grupos sociais de participar e decidir sobre as questões referentes à sua saúde, a sua vida, acentua a falta de esperança e de confiança em si próprio.

As iniciativas de participação da população nem sempre são reconhecidas e compreendidas pelos profissionais e gestores, já que suas análises têm como referência a legitimidade dos saberes técnico-científicos em detrimento dos saberes advindos da experiência. Superar a hegemonia do saber técnico e perceber as diferentes lógicas de construção do conhecimento no interior da sociedade abre espaço para escutar e respeitar o que os sujeitos pensam sobre seus problemas e quais soluções buscam.

O agir dos sujeitos e grupos sociais varia em função dos sentidos e significados atribuídos às situações vivenciadas. Diante de uma determinada situação, podem coexistir diferentes formas de participação, cada uma com um potencial intrínseco de transformação. Enquanto uns grupos pressionam o Estado por acreditarem que possam obter êxitos, outros agem de modo distinto, e o que para os mediadores pode parecer descaso, passividade, conformismo, não tem a mesma conotação para a população.

As diversas experiências de participação local, incluindo a mobilização dos sujeitos em torno das festas na comunidade, intensificam os vínculos de apoio social e, nesse sentido, são estratégias importantes de sobrevivência social ao romper com o isolamento causado pela cultura individualista, principal característica do modo de organização da civilização ocidental – o capitalismo. As relações de solidariedade que se constroem entre os sujeitos ao compartilharem situações semelhantes criam um sentimento de pertencimento e identidade de grupo. Nesse circuito da dádiva, os sujeitos se fortalecem nas trocas, no

encontro, no convívio e no compartilhamento de problemas e soluções, e, desse modo, vão ressignificando as experiências e atribuindo novos sentidos e significados às mesmas.

A vitalidade das redes participativas, tecidas pela própria população, se contrapõe à dificuldade de mobilização para a participação política nos espaços instituídos da saúde. Desse modo, um olhar atento para as estratégias e táticas de organização da população pode revelar caminhos e abrir novas perspectivas para uma democracia participativa, na qual os sujeitos sejam protagonistas na formulação e execução das políticas públicas. Dentro dessa perspectiva, é indispensável incorporar na discussão sobre as políticas públicas de saúde a forma como as redes participativas se organizam, os sentidos culturais que articulam e os vínculos que conformam. Este desafio constitui, de fato, o desafio de democratização das instituições de saúde, de articulação de uma forma inédita de gestão social fundamentada no sistema da dádiva e marcada pela participação ativa dos atores na materialização do direito à saúde. Daí que o papel das instituições jurídicas ganha destaque, na medida em que sua forma de atuação e os instrumentos utilizados para o cumprimento de suas atribuições redefinem o patamar ético entre Estado e sociedade. Mais que isso, a discursividade e as ações dessas instituições revelam o fio da navalha entre as demandas coletivas e demandas individuais/particulares, cujos conflitos decorrentes da luta por direitos incluem necessariamente o imperativo da intersubjetividade entre os sujeitos para obtenção do reconhecimento como cidadão.

O papel das instituições jurídicas

O direito à saúde tem recebido destaque do cenário contemporâneo das instituições jurídicas. Em 2009, a cúpula do Judiciário brasileiro – o Supremo Tribunal Federal (STF) – realizou audiência pública para debater os desafios relacionados à efetivação do direito à saúde no Brasil, sobretudo no que concerne à concessão de medicamentos. O STF recebeu a presença de 50 especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do SUS, nos dias 27, 28 e 29 de abril, e 4, 6 e 7 de maio de 2009.⁶ Os resultados foram bastante promissores, servindo como parâmetro decisório de ações presentes e futuras do Judiciário na matéria.

Em 2010, como exigência direta da Audiência Pública, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) – órgão administrativo destinado ao controle e à transparência administrativa e processual do Judiciário mediante ações de planejamento, coordenação, controle administrativo e aperfeiçoamento no serviço público da prestação da Justiça – publicou a Recomendação nº 31. Esta tem como objeto orientar os Tribunais na adoção de medidas visando a subsidiar os magistrados para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

O CNJ dispôs que os Tribunais devem, dentre outras medidas, celebrar convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para

⁶ Todos os resultados, relatórios e vídeos da Audiência Pública podem ser acessados em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>

auxiliá-los na apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais. Além disso, determina que magistrados: a) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; b) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; c) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; d) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, além de incorporar o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados; e) promovam visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Entretanto, em termos de política de saúde, os resultados da audiência pública do STF e da recomendação do CNJ são verdadeiros avanços institucionais do Judiciário. Tradicionalmente, a saúde fora analisada judicialmente como mais um direito social, sem considerar suas peculiaridades específicas. A necessidade de celeridade das decisões, a relação direta com o direito à vida e a complexidade do que significa tratamento e prevenção são elementos que diferenciam o direito à saúde dos demais direitos sociais. O reconhecimento por parte desta singularidade é um dos principais avanços institucionais do Judiciário, a exemplo dos julgados realizados na última década.

Mas até que ponto o reconhecimento basta para a efetivação do direito à saúde? De fato, reconhecer esta singularidade do direito à saúde e deferir pedidos realizados pelos usuários não necessariamente implica sua efetivação concreta. Na medida em que as partes ingressam nas instituições jurídicas, pode-se operar a desconsideração de suas peculiaridades, anseios e, inclusive, uma *desafetivização das relações sociais* abrangidas pela cura ou prevenção. As tensões entre as concepções de justiça e seu reconhecimento no interior das instituições jurídicas são um elemento marcante das decisões judiciais. Mais precisamente, ao deferir uma liminar, ao conceder um medicamento ou ao permitir a realização de um exame, o juiz, apesar de em muitos casos realizar a prática do reconhecimento, não necessariamente estabelece *estratégias de afetividade*. Com a liminar em suas mãos, o usuário pode ter acesso ao medicamento ou ao atendimento, mas é fundamental compreender que a saúde também enseja um dever dos próprios profissionais de saúde em desenvolver a afetividade por meio da integralidade – uma bandeira consagrada do movimento sanitário, que as instituições jurídicas têm timidamente incorporado em suas ações (ASENSI, 2010b).

De fato, o acolhimento e o vínculo são componentes do direito à saúde, porém são imponderáveis nas decisões judiciais sobre concessão de medicamentos, deferimento de exames, etc. O código binário decisório de “sim” ou “não”, “lícito” ou “ilícito”, “legal” ou “ilegal” não necessariamente suscita a discussão sobre “como”, “de que forma”, “sob

que condições”, etc. Em meio a diversas discussões no campo da Saúde Coletiva a respeito da necessidade de acolhimento, as instituições jurídicas ainda se encontram num passo anterior: o reconhecimento. A existência do direito não implica necessariamente seu reconhecimento, e o reconhecimento de um direito não implica necessariamente efetividade. As decisões judiciais no Brasil evidenciam o avanço do Judiciário em termos de reconhecimento. A concessão de medicamentos, o deferimento de exames e a realização de tratamentos de alta complexidade já são temas pacíficos no âmbito judicial, desde que orientados pelos critérios elencados pela Recomendação nº 31 do CNJ (em que pesem a lógica médico-centrada e o incipiente participacionismo expresso em seu texto). Porém, de posse de um mandado judicial, o usuário não necessariamente terá a garantia de acolhimento e efetividade por parte do profissional de saúde no momento da entrega do medicamento, da realização do exame ou na definição do tratamento (*idem*).

Isto significa que os principais desafios atuais não se encontram propriamente no reconhecimento por parte das instituições jurídicas das diversas dimensões do direito à saúde, mas sim na própria superação da ideia de saúde como fornecimento de medicamento, disponibilização de serviços ou ampliação de cobertura. O elemento da efetividade passa a ser fundamental na compreensão do aspecto humano e vivo que todo direito possui, e o princípio da integralidade é fundamental nesta compreensão.

Esta incorporação da integralidade e da dádiva pelas instituições jurídicas pode ser permeada por três referenciais: a) o “positivismo constitucional”; b) a consideração das especificidades das demandas e dos sujeitos em saúde, de modo a relativizar uma perspectiva mais quantitativista; c) a ampliação de estratégias e espaços de diálogo com atores estatais e sociais.

No que concerne ao primeiro referencial, é fundamental compreender que o direito à saúde é, antes de tudo, um direito constitucional positivado e presente na norma jurídica. Trata-se de uma perspectiva que adota a norma como ponto de partida e fundamento do direito, que se apresenta como dever do Estado e, por essa razão, deve ser efetivado. Com isso, o direito à saúde é um direito universal, de aplicação imediata, diferentemente da amplitude e dos sentidos que os serviços de saúde possuíram nos períodos anteriores à redemocratização da década de 80.

Neste sentido, a saúde seria um dever constitucional do Estado, que atuaria mediante políticas públicas, na medida em que se trata de um direito inerente ao ser humano. Nesta perspectiva, o Estado deve atuar positivamente na implementação deste direito, uma vez que a ideia de “titularidade de todos” enfatiza a dimensão do dever do Estado para sua consecução, satisfação e garantia. Assim, a ideia de “direito de todos e dever do Estado” traz um potencial semântico que não se reduz ao seu texto, de modo que o direito à saúde potencializa uma gama de sentidos e impulsiona discussões políticas, sociais, culturais, econômicas e jurídicas sobre sua implementação, que encontram amparo na Constituição.

Diante desse cenário, é possível sustentar que o MP tem adotado uma estratégia orientada pelo *positivismo constitucional*. O *positivismo constitucional* não importa em *reduzir* direito à norma, mas sim de *elevá-lo* a esta condição, pois até então ele havia sido menos do que norma. Segundo Barroso, “a efetividade foi o rito de passagem do velho

para o novo direito constitucional, fazendo com que a Constituição deixasse de ser uma miragem, com as honras de uma falsa supremacia, que não se traduzia em proveito da cidadania” (BARROSO, 2006, p. 296). Deste modo, a ideia de positivismo constitucional pode se expressar como: a) a compreensão de que a defesa do cumprimento da norma jurídica é uma necessidade democrática, e não meramente uma postura dogmatista; b) a admissão de que defender a norma jurídica não implica reduzir os sentidos e práticas de efetivação de direitos a tais normas, abrindo-se a possibilidade de construção e reconhecimento de *direitos vivos*; c) a ênfase na efetividade do direito à saúde, ou seja, no estabelecimento de estratégias para a ampliação de sua eficácia social.

Assim, o *positivismo constitucional da saúde* não se reduz à mera afirmação deste direito enquanto norma constitucional, na medida em que busca incorporar caracteres sociais e de cidadania em seu conteúdo e no estabelecimento de estratégias de efetivação. Considerar a prática social significa uma abertura à escuta, à alteridade e à construção conjunta do sentido de direito, que não está submetido ou determinado pela norma constitucional.

Vejam os seguintes referenciais, qual seja, a consideração das especificidades das demandas e dos sujeitos em saúde, de modo a relativizar uma perspectiva mais quantitativista. A recusa ao quantitativismo como único critério para a definição de estratégias tem sido cada vez mais realizada pelas instituições jurídicas, sobretudo o Ministério Público, ao enfatizar justamente a consideração dos sujeitos em suas especificidades, expectativas, desejos, etc. As estratégias qualitativas podem se expressar a partir das seguintes: a) a valorização da descentralização institucional como desconcentração efetiva de poder, ao menos entre setores mais avançados politicamente nas instituições de saúde e na sociedade civil; b) o crescimento da necessidade de transparência nas decisões governamentais; c) a superação da clássica dicotomia entre políticas de prevenção e políticas de cura; d) a compreensão de que a saúde não envolve somente ausência de doença, mas também bem-estar físico, mental, psicológico e social; e) a humanização do atendimento, que seria entendida como uma nova qualidade das ações, maior resolutividade, níveis de referência a serviços especializados bem estabelecidos e uma nova forma de compromisso entre os profissionais de saúde e os usuários; f) a ênfase no respeito aos direitos de qualquer cidadão e ser humano, considerando-o em sua singularidade e em sua dor.

No terceiro referencial, qual seja, a ampliação de estratégias e espaços de diálogo com atores estatais e sociais, podemos pensar a nova *arte de governar em saúde*, que engloba, em sua complexidade, instituições estatais (jurídicas e não-jurídicas) e, principalmente, instituições sociais, tais como os Conselhos de Saúde, Associações, etc. Tal incorporação vem relacionada a estratégias dialógicas que pressupõem a ausência de hierarquia entre os sujeitos que as compõem, de modo que, parafraseando Dworkin (1982), os *direitos sejam levados a sério*, e que o sejam coletivamente.

O reconhecimento do diálogo como estratégia privilegiada de resolução de conflitos e de ampliação de direitos representa não somente a expansão das possibilidades de atuação dos atores sociais, mas também uma nova forma de sociabilidade, calcada na celeridade e na efetividade da garantia de direitos sociais. Neste sentido, membros das instituições jurídicas, profissionais de saúde, conselheiros, etc. têm reconhecido cada vez

mais que não basta somente identificar o caráter cidadão do direito à saúde. A conquista do direito à saúde não ocorreria mais na forma da lei ou nos limites da legalidade, pois extrapolaria o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir seu sentido. O esforço para a garantia do direito à saúde remete ao próprio processo de *cidadanização*, ou seja, o processo de tornar garantias formais efetivamente exercidas pelos atores sociais em seu cotidiano. Não se trata mais de se *ter* o direito, mas de *exercê-lo*, de modo que este direito seja efetivamente praticado, lutado e implementado não pelo Estado, mas por seus próprios titulares num processo de juridicização.

Considerações finais

Justiça, dádiva e integralidade são elementos fundamentais na concretização do direito à saúde. Quando se pensa nos desafios que se apresentam aos operadores do direito e aos profissionais de saúde no que concerne à efetivação do direito à saúde, deve-se justamente considerar os mecanismos de inclusão e exclusão presentes em qualquer ação judicial. Relacionado à dissociação entre Estado e sociedade, o processo judicial revela um binômio intrínseco ao direito à saúde: enquanto direito do cidadão, é dever do Estado. Porém, do ponto de vista de sua efetivação, o direito à saúde ultrapassa a própria dicotomia tradicionalmente estabelecida no direito entre “tem razão” e “não tem razão”, entre “lícito e ilícito” ou, mais propriamente, entre “tem que fornecer medicamentos” ou “não tem que fornecer medicamentos”.

Reconhecer direitos não implica necessariamente incorporar a afetividade no interior da efetivação do direito, até porque a afetividade engloba diversos caracteres extrajurídicos: acolhimento, integralidade e atenção num contexto ausente de hierarquia. Ao deferir uma liminar, ao conceder um medicamento ou ao permitir a realização de um exame, o juiz, apesar de em muitos casos realizar a prática do reconhecimento, não necessariamente estabelece *estratégias de afetividade*.

O imponderável da decisão judicial consiste justamente no impasse entre os saberes e práticas próprios do direito, que se operam por meio de códigos binários abstratos de “sim” e “não”, e os saberes e práticas próprios da Saúde Coletiva, que exigem a consideração das especificidades dos sujeitos, a integralidade do serviço e o acolhimento para o desenvolvimento pleno do direito à saúde. Um pensa em extremos, o outro pensa em gradações. Um pensa objetivamente, e o outro considera a subjetividade como elemento fundamental.

Isto significa que os principais desafios atuais não se encontram propriamente no reconhecimento, por parte das instituições jurídicas, das diversas dimensões do direito à saúde, mas sim na própria superação da ideia de saúde como fornecimento de medicamento, disponibilização de serviços ou ampliação de cobertura. O elemento da afetividade passa a ser fundamental na compreensão do aspecto humano e vivo que todo direito possui, que é imponderável em contextos de abstração binária próprios do direito. Por outro lado, esta desafetização não é meramente unilateral. De fato, a ideia de Judiciário como profecia que se cumpre por si mesma reforça a perspectiva de que são os próprios usuários do sistema de saúde que contribuem para o fortalecimento da polarização e da objetificação de suas demandas. Ao assumirem, por diversas razões, os juízes como profetas, os usuários-segui-

dores passam a pautar suas ações nos limites da racionalidade instrumental do Judiciário. Qualquer estratégia que pleiteie acolhimento e afetividade passa a ser vista pelos usuários como estranha à dinâmica de inclusão/exclusão do reconhecimento do direito à saúde. Deste modo, a necessidade de conformação com as regras do procedimento faz com que: a) juízes não ingressem na discussão sobre afetividade, na medida em que devem realizar decisões polarizadas de reconhecimento; b) partes não exijam a afetividade, porque concebem a seara judicial como uma profecia de reconhecimento; c) profissionais de saúde não estejam vinculados às *estratégias de afetividade*, porque a decisão judicial enseja somente o reconhecimento do dever de prestação ou fornecimento objetivo do serviço.

Seria igualmente ilusório admitir que o Judiciário não possui porosidade alguma à incorporação da afetividade em suas decisões. Uma das principais estratégias se apresenta com a incorporação das demais instituições jurídicas e da sociedade, que se traduz numa ampliação efetiva do círculo de intérpretes que compõem o intragrupo e, portanto, que definem o conteúdo das decisões. A seara judicial, para ampliar a participação democrática e potencializar as possibilidades de efetivação de direitos, pode abrir-se à incorporação das lógicas de funcionamento e os pressupostos das instituições jurídicas – tais como o Ministério Público e a Defensoria Pública – e a sociedade civil. Com isto, a convergência de expectativas pode auxiliar na definição coletiva do conteúdo do direito, em que o intragrupo seja efetivamente poroso à incorporação efetiva, cotidiana e estrutural do extragrupo.

O direito à saúde no Brasil, mesmo após duas décadas de sua universalização e adoção de princípios constituintes, ainda enfrenta muitos desafios no plano de sua efetivação. Os desafios e debates sobre a garantia do direito não se encontram esgotados, abrindo espaço para novas concepções, sentidos, investigações e reflexões sobre a forma através da qual se pode garanti-lo eficazmente. De fato, muitos usuários do SUS não têm clara a dimensão do direito à saúde, por vezes associando a um direito baseado no imposto que pagam, chegando ao extremo de submetê-lo à contribuição com INSS – resqúcios de um longo período da história brasileira –, o que enseja limitações na própria concepção do conteúdo de seus direitos, que são muitas vezes associados a fatores econômicos, sociais, políticos, culturais e jurídicos. Por essa razão, tornar a saúde um direito universal traz avanços e, paralelamente, novos desafios para sua implementação e efetivação, sobretudo se adotamos como parâmetro o princípio da integralidade. Nesta perspectiva, surge o imperativo de se ter condições de lutar por direitos, o que enseja um debate sobre os limites e possibilidades dos usuários efetivamente interferirem nas políticas de saúde e nas decisões judiciais, de modo a constituir um ambiente efetivamente democrático e afetivo.

Referências

- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei*. Brasília: MS, 1993.
- CAILLÉ, A. A dádiva das palavras. In: MARTINS, P.H. (Org.). *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 99-136.

- CAILLÉ, A.; GRAEBER, D. Introdução. In: MARTINS, P.H. (Org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 17-32.
- CÔRTEZ, S.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan/jun 2002.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995. p. 79-98.
- GIESE-DAVIS, J.; SPIEGEL, D. Emotional expression and cancer progression. In: DAVIDSON, R.J.; SCHERER, K.R. (Org.). *Handbook of affective sciences*. New York: Oxford University, 2003. p. 1.053-1.082.
- GODBOUT, J. T. *O espírito da dívida*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- GUIZARDI, F.L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.
- GUIZARDI, F.L. *Participação política e os caminhos da construção do direito à saúde: a experiência da Pastoral da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando a dívida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 37-56.
- HAESLER, A. A demonstração pela dívida: abordagens filosóficas e sociológicas. In: MARTINS, P.H. (Org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 137-160.
- LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Espaços públicos e saúde: a dívida como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife Editora Universitária da UFPE. 2006. p. 332
- LACERDA, A.; VALLA, V.V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 169-196.
- _____. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dívida e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 279-291.
- MARTINS, P.H. Prefácio. In: MARTINS, P.H. (Org.). *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 7-16.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cossac & Naify, 2003.
- OLIVEIRA, L.R.C. Honra, dignidade e reciprocidade. In: MARTINS, P.H.; NUNES, B.F. (Org.). *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília. Ed Paralelo 15, 2004. 246p
- PINHEIRO, R. et al. *Relatório de Pesquisa – 2ª fase do Projeto Integralidade: saberes e praticas no cotidiano das instituições de saúde*. Mimeo, 2005.
- PINHEIRO, R. *Conselhos de Saúde: o direito e o avesso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos e participação social* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.
- _____. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- TELLES, V.S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 14, p. 7-18, 1998.
- VALLA, V.V.; STOTZ, E.N.; GUIMARÃES, M.B.L. (COORD.). *Os impasses da pobreza absoluta: Relatório da Pesquisa “Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica – Uma proposta de ouvidoria coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro”*, apresentado à Escola de Governo em Saúde/ENSP/FIOCRUZ, jan. 2005.

PARTE II
EXPERIÊNCIAS REGIONAIS DE ESTUDO

**REGIÃO NORTE – DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, MEDIAÇÃO E
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL**

Mediação e circulação da dádiva no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Acre

RODRIGO SILVEIRA
JULIANA LOFEGO
ANA CRISTINA MESSIAS
XIMENA CATALAN
LAISSE BARBOSA

Este trabalho representa um desdobramento da trajetória de pesquisa trilhada pelo grupo do Sítio Norte Lappis, sediado na Universidade Federal do Acre, em cinco anos de participação no grupo de pesquisa multicêntrico que congrega grupos de todas as regiões do país. Num primeiro momento, foi realizado estudo que objetivou analisar as práticas avaliativas presentes na gestão e no cotidiano do trabalho na atenção básica, tendo a integralidade como eixo de análise. Nessa ocasião, nas trocas de experiência e ideias com os demais grupos de pesquisa, realizou-se um ensaio com a metodologia dos itinerários terapêuticos (SILVEIRA et al., 2008) como prática avaliativa que pudesse se aproximar das noções de integralidade trabalhadas anteriormente no grupo como um todo (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004). Esse ensaio trabalhou nas linhas de cuidado da saúde mental e prevenção e controle do câncer de colo do útero, e representou uma aproximação com essa prática avaliativa.

Num segundo momento, o grupo aliou o desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa sobre desinstitucionalização em saúde mental com a continuação do projeto multicêntrico. Este já se desenhava em torno do aprofundamento da avaliação centrada no usuário, utilizando a metodologia dos itinerários terapêuticos. Houve então a aplicação dessa prática avaliativa, com o propósito de elucidar as possibilidades de cuidado no cotidiano de pessoas que vinham de internação de longa permanência (mais de dois anos), mas com certo potencial de desinstitucionalização. Foram entrevistados usuários e pessoas que participaram da busca de cuidado dos mesmos (denominados “mediadores”), principalmente familiares, vizinhos e profissionais de saúde, sendo utilizadas na análise três categorias operatórias: acessibilidade, visibilidade e participação social (LOFEGO et al., 2009).

A perspectiva de integralidade trabalhada no grupo multicêntrico nos leva a uma visão de usuário que procura fugir de uma concepção individualista e utilitarista. Concebe-o, assim, como sujeito constituinte de uma rede social e, de certa forma, representando demandas provavelmente coletivas. A concepção de mediadores segue a mesma linha; são pessoas ou dispositivos que influenciam de alguma forma na busca por cuidado e que constituem e mobilizam a rede social que compõem (MARTINS, 2008). A análise das relações intersubjetivas existentes na rede utilizou a perspectiva da dádiva, trabalhada por

autores do movimento antiutilitarista, que tem em Marcel Mauss sua principal referência, ao considerar as formas de aliança construídas a partir da circulação da dádiva, ou do Dom, como um “sistema de trocas horizontais, dar, receber e retribuir” (GODBOUT, 1999; CALLÉ, 2000). A aplicação para o cotidiano das práticas de saúde foi abordada na mesma linha da utilizada por Lacerda e Valla (2005), que reforçam as ideias de solidariedade, cidadania e democracia.

Nos resultados iniciais da pesquisa, observou-se um contexto de vulnerabilidade social importante, com famílias pobres habitando áreas de periferia, marcadas por relações conflituosas entre seus membros e adoecimento também de outros familiares, sobretudo das mães, que se mostraram muito fragilizadas. Neste caso, a responsabilidade de cuidado recai sobre uma irmã (geralmente mulheres), que, de acordo com outros dados da literatura (GONÇALVES; SENA, 2001), se constitui como principal agente de mediação do processo de busca por cuidado. As dificuldades principais nas relações entre o usuário e sua família se manifestam na tentativa destes de manter o usuário restrito e isolado, na utilização adequada das medicações e no modo de lidar com as crises. O contexto é de sobrecarga familiar, o que também é frequente em outros estudos (BANDEIRA et al., 2007) e de inexistência de dispositivos de apoio à mesma. A principal forma de participação social é através da frequência às igrejas, o que costuma ser prática importante no cotidiano de vida dessas famílias, muitas vezes em busca de uma possível cura.

A rede territorial substitutiva é ainda incipiente no estado, o que gera centralização da atenção no Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac), a principal unidade que, apesar de mudanças internas no processo de trabalho, privilegiando estratégias de humanização, reproduz um modelo hospitalocêntrico que já mostrou não responder adequadamente às necessidades de atenção dos usuários na perspectiva de um cuidado integral e de promoção da cidadania dos mesmos. A atenção primária não se mostra resolutiva e se limita a realizar o fornecimento de receitas e os encaminhamentos ao hospital.

A visibilidade na sociedade é de loucura como periculosidade, prevalecendo na visão a estigmatização e o medo, gerando por vezes atitudes violentas com os usuários. A crise é tratada como caso de polícia, que é o principal dispositivo acionado nesses casos. Não há equipe treinada para lidar com essa problemática no território, o que aumenta a possibilidade de desrespeito e violência. O isolamento é a única resposta considerada na atenção à crise (SILVEIRA et al., 2009). Esse contexto territorial é compatível com uma desinstitucionalização como “desassistência”, termo utilizado por Amarante (1994) para designá-la quando não há rede substitutiva forte, gerando internações e reinternações frequentes, num movimento de porta-giratória (fenômeno *revolving-door*).

A partir dos resultados acima resumidos, a equipe sentiu necessidade de aprofundar o papel dos mediadores no processo de cuidado no território, bem como as formas de mediação, como principais constituintes de uma possível rede social de apoio, que precisa ser fortalecida para que se possa sustentar um processo de desinstitucionalização responsável, que mude a concepção e a forma de lidar com a “loucura” e com os “loucos”, com base no respeito à diversidade, na inclusão social e na cidadania.

Percurso metodológico

O Estado do Acre se localiza no extremo oeste brasileiro e no sul da Amazônia. Cerca de 90% de seu território é constituído por florestas e sua população se encontra por volta de 700 mil habitantes, estando 50% concentrados na capital, Rio Branco. Vem acumulando avanços na última década na área de gestão pública, tendo na ideia de desenvolvimento sustentável o balizamento principal de sua trajetória. Na saúde, houve melhora expressiva nas unidades hospitalares e na organização do sistema, com base em ações de formação. Apesar do aumento da qualidade das ações tradicionais no campo da Saúde Mental, pouco se avançou na reorganização do sistema com a implantação de dispositivos substitutivos e a promoção de uma nova forma de cuidado integral aos usuários dessa área. De unidades próprias há somente um hospital psiquiátrico (Hosmac) e um CAPSad na capital e um CAPS 2 em Cruzeiro do Sul, segunda maior cidade do estado. No hospital, há uma política de gestão participativa, ações de humanização e uma tentativa de manutenção dos contatos com as famílias dos usuários internados. À época da pesquisa, eram 12 usuários “moradores” do hospital, em internação de longa permanência. Esse é o contexto em que a pesquisa se realizou e ao qual esta análise sobre os mediadores se aplica.

Os principais pressupostos metodológicos utilizados, bem como o detalhamento das técnicas de pesquisa, estão descritos em capítulos da coletânea anterior do grupo de pesquisa multicêntrica (LOFEGO et al., 2009; PINHEIRO; MARTINS, 2009) e são colocadas neste texto de forma resumida, visando a situar minimamente o leitor.

Este capítulo apresenta um olhar sobre os mediadores a partir da análise dos itinerários terapêuticos de usuários com internação de longa permanência no Hosmac. Considerando tratar-se de uma prática avaliativa centrada no usuário, esta metodologia produziu os resultados da primeira fase de uma pesquisa avaliativa mais ampla, que também analisou os aspectos ligados ao modelo assistencial, com os pontos de vista da gestão e das práticas no sistema de saúde.

Quando analisamos os mediadores, não nos limitamos a considerar somente as pessoas que intermediaram ou fizeram parte do itinerário de busca de cuidado, mas também os dispositivos de mediação, que podem ser instituições, concretas ou simbólicas, ou representações e processos que atuam diretamente nessa trajetória. Sendo assim, apesar de serem importantes as pessoas da família como mediadores, também figuraram como dispositivos profissionais, hospitais, polícia, igreja e a própria religiosidade. As categorias de análise definidas *a priori* trazem para a análise do papel dos mediadores e dos processos de mediação a noção de dádiva, trabalhada como sistemas de trocas horizontalizadas. Estas foram: vínculo, alteridade e inovação. As duas primeiras categorias têm sua concepção mais clara como constructo social, levando, no primeiro caso, a uma ideia de pertença ou pertencimento, e no segundo, à noção de valorização do outro. Como especificidade da abordagem no campo da Saúde Mental, trabalhamos a ideia de pertencimento e de pluralidade como forma de qualificação do outro.

A noção de inovação que esta pesquisa pretendeu trabalhar leva em consideração as concepções trabalhadas em outras análises do laboratório (PINHEIRO; MATTOS, 2006),

considerando necessariamente a experiência da inclusão, aqui relacionada ao sistema de trocas que configura a dádiva na constituição das redes de mediação.

Dentro de uma abordagem própria desse grupo nas análises do processo de desinstitucionalização em Saúde Mental, procuramos relacionar essas categorias com as utilizadas anteriormente na abordagem geral dos itinerários terapêuticos (PINHEIRO; MARTINS, 2009): acessibilidade, visibilidade e participação. Considerando a posição estratégica da rede de mediadores na busca de cuidado, as noções sobre as categorias aqui trabalhadas foram entendidas como produtos da análise dessas primeiras. Sendo assim, a ideia de vínculo dialoga com a de acessibilidade, a de alteridade com visibilidade e de inovação com participação.

Dentro dessas categorias mais gerais, a partir da análise do material empírico da primeira fase, procurou-se definir as categorias operatórias que pudessem qualificar concretamente as relações de mediação no processo de desinstitucionalização em saúde mental. Esse material partiu da aplicação de algumas técnicas de pesquisa, seguindo as diretrizes de análise da avaliação por triangulação de métodos, trabalhada por Minayo (2006). Foram construídos os itinerários de cinco usuários de longa permanência do Hosmac, definidos *a priori* entre os 12 “moradores” do hospital, conforme as potencialidades do processo de desinstitucionalização – ou seja, a existência de família ou rede social mínima no território. As técnicas utilizadas foram: entrevistas em profundidade com usuários e pelo menos dois mediadores, grupos focais com mediadores, profissionais e participantes da Associação de Parentes e Amigos da Saúde Mental (APASAMA), observação participante, análise de prontuário e técnicas de vídeo. A descrição de cada uma das técnicas pode ser acessada em Lofego et al. (2009).

A sistematização da análise se deu através de uma matriz, na qual se podem relacionar os aspectos observados em cada uma das categorias analíticas, com o detalhamento dos fenômenos nas falas das pessoas entrevistadas. Com esse material, formou-se um mosaico de dados a partir do qual se construiu um corpo de categorias operacionais que puderam qualificar a atuação dos mediadores nos itinerários terapêuticos dos usuários de longa permanência em processo de desinstitucionalização.

O projeto seguiu as normas para pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196/96). Sendo assim, foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre. O sigilo das informações foi assegurado e a divulgação dos resultados ocorreu sem que nenhuma identidade fosse revelada. As gravações são de propriedade exclusiva dos pesquisadores, não sendo utilizadas para outros meios que não o objetivo da pesquisa. Todos os registros foram autorizados pelos participantes através da assinatura (ou impressão digital) do termo de consentimento livre e esclarecido e do termo de cessão de imagem, que foi lido antes do início da entrevista. As informações contidas em prontuários e relatórios só serão utilizadas para fins da presente pesquisa.

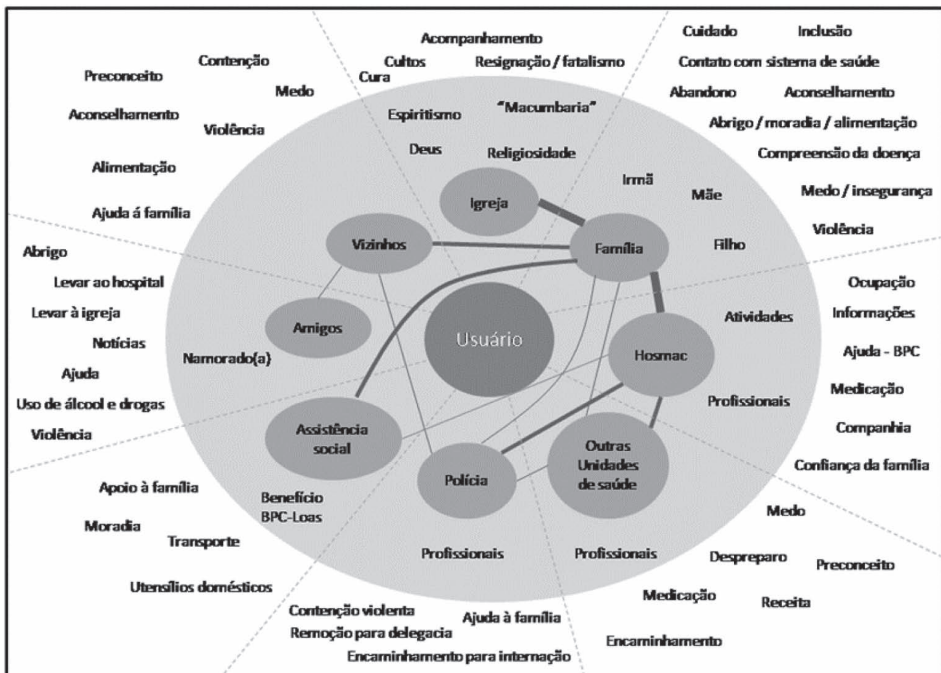
Mediadores e formas de mediação no contexto da desinstitucionalização

Dos usuários em contexto de internação de longa permanência no Hosmac, foram escolhidos aqueles que, de alguma maneira, têm contato com família e/ou rede social, ou

seja, que possuem potencial para desinstitucionalização. Desta forma, pudemos analisar a atuação dos mediadores e o potencial para o fortalecimento das redes sociais no cuidado em saúde mental. Foram então construídos os itinerários terapêuticos de cinco usuários nessas condições. A descrição básica desses itinerários se encontra disponível em Silveira et al. (2009), mas é importante salientar que foram muito parecidos e os mediadores que participam da busca por cuidado são basicamente os mesmos.

A figura 1, derivada do instrumento utilizado no grupo focal, descreve de forma esquemática a atuação dos mediadores no itinerário desses usuários. Nela podemos observar a centralidade no usuário e, num primeiro plano, os mediadores (incluindo pessoas ou dispositivos de mediação) evidenciados nas falas e observações realizadas pela equipe. Nota-se que, com um olhar didático, acima dos usuários encontram os mediadores cuja relação é afetiva em relação ao usuário, enquanto abaixo estão os mediadores com relação predominantemente institucional. Esses mediadores estão conectados por linhas mais ou menos espessas, o que representa a força de ligação entre eles e, numa representação visual esquemática, representam a rede que predominou no itinerário desses usuários. Ainda no primeiro plano (círculo em cinza), encontram-se particularidades da qualificação desses mediadores. Na parte externa da figura, estão representadas as maneiras de atuação de cada um dos mediadores no processo de cuidado com os usuários. Nota-se que existem maneiras de atuação que facilitam ou dificultam esse processo, podendo um mediador atuar de uma ou outra maneira de acordo com o contexto ou aspecto analisado.

Figura 1. Mediadores e formas de mediação na busca por cuidado de usuários em contexto de desinstitucionalização no Estado do Acre



A atuação como mediador mais estudada foi da família, e isso certamente tem relação com o fato de a saúde mental ser a área em que a pesquisa se debruçou, pois a vida em sociedade e a autonomia são questões problemáticas, ficando para a família o papel principal nas relações de busca por cuidado. Não é à toa que a sobrecarga familiar e a fragilidade de seus componentes foram achados importantes (SILVEIRA et al., 2009) e são estudados frequentemente por autores da área (COLVERO et al. 2004; BANDEIRA et al., 2008). Nesse processo, as pessoas do gênero feminino têm sido os mediadores principais: inicialmente, a mãe assume o cuidado e as mediações de busca e, com sua fragilização e falta de apoio, com frequente adoecimento, as irmãs passam a ter importante papel, sobretudo no contato com o sistema de saúde.

Nas relações familiares, há a dificuldade em entender o que se passa com o usuário, como se manifestam seus problemas de saúde e as formas de lidar com as situações. Falas como *“a gente não sabe cuidar dela...”* (irmã) são recorrentes, o que leva a formas de lidar que podem contribuir para uma piora do quadro e das relações, como a violência e o abandono, ajudando a conduzir a um processo de isolamento e institucionalização.

Porque meu pai não entende [...] ele diz que é “sem-vergonhice” que ela não é especial, ela é “sem vergonha” essas coisas que ele diz... Aí bota ela pra correr [...]. Acho que ela já disse isso, né? Bebe e fica dizendo um monte de coisa com ela, não tem paciência... (Irmã)

Aí a mãe... Tipo ela deixou ele lá né... Abandonou ele lá. Isso eu tenho que reconhecer realmente que foi tipo um abandono lá. (Irmã)

É possível que esse contexto familiar dificulte até o processo de mediação em si, pois além de uma importante fragilidade social, verificaram-se conflitos nas relações e insegurança no contato com o usuário, havendo certo alívio quando o mesmo se encontra institucionalizado. Resta então para a família o aconselhamento como forma de mediação, frequentemente de forma prescritiva como na citação abaixo, o que acaba por mostrar pouco resultado, já que na maioria das vezes em que há a tentativa de reinserção do usuário no contexto familiar, o mesmo encontra uma realidade em que existem poucas opções de convívio social.

Como representado na figura 1, os principais elos familiares neste processo de mediação são a igreja e o próprio sistema de saúde. De um modo geral, as famílias dos usuários incluídos na pesquisa têm inserção religiosa em pequenas igrejas evangélicas; as mulheres frequentam regularmente os cultos e tentam, de alguma forma, que o usuário também o faça. De fato, as igrejas aparecem como importantes mediadores, permeando as narrativas em diversos aspectos. A forma como essa mediação acontece talvez seja a mais interessante, tendo distintas motivações, ora assumindo uma perspectiva de trazer algum conforto ao sofrimento familiar, ora trazendo a esperança de cura. Em todos os casos, houve tentativa de trazer a “sanidade” ao usuário em cultos diversos, sendo citados exemplos como “espiritismo” ou “macumbaria”, revelando representações de causalidade ligadas ao plano espiritual, como “encosto”, “mal-olhado” ou algo parecido.

Outra forma interessante de mediação ligada à religiosidade é a clara referência a Deus como mediador, atuando através dos familiares para proporcionar ação cuidadora

ou força suficiente para lidar com as situações. Essa perspectiva aparece claramente nas falas abaixo, segundo as quais as esperanças são depositadas nessa relação com o divino.

[...] espero que ele me obedeça, que ele queira tomar o remédio, espero que Deus aja em mim e no coração dele [...] que ele me obedeça. Que eu só vou falar com ele assim... pra ele tomar o remédio, outro mais eu num vou acrescentar, vou deixar ele à vontade... E também eu digo que eu não gosto que ele saia, ele sai e chega de noite e eu vou atrás e ele não aceita... “eu vou embora, eu não me entendo aqui, não!” (Mãe)

Embora exista a associação da religiosidade com força ou sustentação no lidar cotidiano, também apareceu uma forma de mediação que reforça o fatalismo e a resignação por ter uma pessoa com transtorno mental na família, com falas como “Deus quis que fosse assim...”, trazendo ao mesmo tempo diminuição da angústia e um certo imobilismo nos processos de busca por cuidado.

Outro dispositivo que mantém forte ligação com a família é o sistema de saúde, sobretudo o Hosmac e os profissionais que atuam na unidade, sendo estes importantes mediadores. Aí, a característica do processo de mediação é voltado para dois aspectos: o primeiro, ligado a aquisição e uso adequado das medicações e às orientações sobre os transtornos mentais; e o segundo, à tentativa de haver cuidado sistemático ao usuário e à família para além do tratamento medicamentoso. Sendo assim, são identificados esforços para que as família recebam o benefício (BPC-Loas) e para que os usuários sejam inseridos em atividades de terapia ocupacional. Outras unidades do sistema participam de outra forma desse processo, sendo importantes na mediação com o Hosmac, facilitando o acesso dos usuários à unidade, tendo esta uma posição central (por que não solitária?) na atenção aos usuários com transtorno mental no Estado.

Essa posição intermediária das outras unidades pode, de certa forma, promover o cuidado através do acesso, mas poderia ter uma outra perspectiva, já que tem uma proximidade maior com os usuários e principalmente com as famílias. As iniciativas de atuação territorial na área da saúde mental ainda são incipientes, não havendo ainda unidades com essa característica nem treinamento dos profissionais que atuam na atenção primária. Esse fato leva a dificuldades para a realização de atividades ocupacionais pelos usuários e também para a continuidade do tratamento medicamentoso no contexto familiar. A possibilidade de haver outra crise no contexto do território é grande.

De todos os mediadores e dispositivos de mediação que figuraram na pesquisa, o que apresentou maior consistência na tentativa de reinserção dos usuários no contexto familiar, embora também limitado, foi o benefício social a que o usuário tem direito (BPC-Loas). As pessoas da família realmente pareceram utilizá-lo como uma ajuda à inserção do usuário, sendo feita a referência a auxílio para moradia, transporte e compra de utensílios domésticos. Neste ponto identifica-se um potencial para que haja melhor orientação de uso desse recurso de acordo com o contexto de vida de cada usuário. Ou seja, não precisa ser somente o fornecimento de benefício, o que pode gerar distorções frequentemente observadas, mas que se possam debater as possíveis formas de utilização, para que as famílias escolham com mais cuidado e tenham maior aproveitamento deste dispositivo.

[...] quando ele tem alta todo mundo entra em pânico! Diz assim: “o Tonho chegou... ele é agressivo!” e quando ele tinha crise ele invadia mesmo a casa, se num tava aberto ele arrombava, NE [...]. As portas do povo, dos vizinhos... Aí todo mundo já fica em pânico (Irmã)

O pessoal diz: “ah, se a tua irmã vim morar mais tu, nos vamos vender a casa... abandonar e ir embora” Por que ela briga mesmo com o pessoa, os vizinhos... É isso. (Irmã)

Nas situações mais problemáticas como a emergência de uma crise, os mesmos atuam de forma ambígua. Ao mesmo tempo em que acionam ajuda de ambulância ou da polícia, também se envolvem na contenção violenta gerando clima tenso na vizinhança quando o usuário se encontra em casa.

Assim como os vizinhos, os amigos também atuam de maneira diversa, facilitando ou dificultando o cuidado. Nesse caso, parece que uma relação mais cuidadora predomina com ajudas na forma de abrigo, transporte e tentativa de socialização através da igreja. Apesar de haver esse predomínio nas falas, também apareceram a mediação com o uso de drogas e o envolvimento em situações de violência, que podem colocar em risco a tentativa de inserção social pretendida.

Talvez o mais inusitado dispositivo de mediação, próprio no campo da saúde mental no Estado do Acre, seja a polícia, que é o principal recurso utilizado em caso de crise. O que ficou evidenciado nas entrevistas é o despreparo de dispositivos próprios da área da saúde em lidar com essas situações. Apesar de haver “boa intenção” por parte de integrantes da polícia, nota-se nas falas uma atuação também despreparada, baseada em atos violentos que mais dificultam o processo de cuidado que promovem benefício para os familiares e para o próprio usuário.

Aí ela disse desse jeito: “Vamos ligar pra... Pro hospital pra trazer a ambulância... Traz a ambulância pra ele ficar internado aqui no hospital. Porque ele num tá normal.” Aí pegaram [...] pegaram e trouxeram a ambulância. Quando trouxeram a ambulância aí também veio o carro da polícia... Aí os policiais pegaram e falaram assim: “Acho que é melhor nós pegar e levar ele.” Eu me lembro que eles me pegaram [...] me algemaram e me levaram [...] arrastado pelo meio da rua, até umas hora do dia. Quando pensei que não... Aí eu disse assim: “Dá de vocês me soltarem e me levarem pra delegacia? Porque eu sou um ser humano... Não sou bicho pra tá fazendo palhaçada aqui não... (Usuário)

Analisando a figura 1 e de acordo com os achados da primeira fase da pesquisa, vemos que, embora de forma fragmentada, existe um potencial para a formação ou fortalecimento da rede social de apoio. Outros dois dispositivos de mediação que não apareceram nos levantamentos de campo foram o trabalho e o movimento social. No campo da saúde mental, cada vez mais têm se pensado em formas de inserção dos usuários no mundo do trabalho, o que pode, além de aumentar as possibilidades de terapia ocupacional, avançar na perspectiva da geração renda, o que insere os usuários no campo produtivo da sociedade atual, capaz de produzir cidadania. As entidades do movimento social, embora atuem nos interesses dos usuários e suas famílias, não figuraram claramente como mediadores, o que sugere um contexto de fragilidade na ação cotidiano das mesmas. Aí, percebe-se um importante campo de atuação para que essas entidades se fortaleçam e tenham seu papel claramente definido, que pode ser de articulação dessa rede de apoio.

Vínculo, alteridade e inovação como qualificadores da dádiva na atuação dos mediadores

A perspectiva da dádiva nos traz a necessidade de analisar as relações solidárias existentes nessas redes em que os usuários de saúde mental em contexto de desinstitucionalização se inserem. É importante salientar, neste caso, que pela particularidade da situação de internação de longa permanência, o que se espera é uma grande fragilidade nessas relações. A emergência da institucionalização talvez seja produto de uma situação limite em que a família dos usuários se insere e que impede que o mesmo continue em seu ambiente domiciliar. Pensando em formas de se promover a reversão desse quadro, é importante dar visibilidade a essas relações de solidariedade que podem criar um ambiente em que há a possibilidade de reinserção, mesmo que lenta e gradual.

Em relação ao vínculo salientamos o papel da família nas relações baseadas no princípio da dádiva. Embora em um contexto de vulnerabilidade importante e com suas relações fragilizadas, a existência de contato e de atuação da família é fundamental para que o processo de desinstitucionalização de fato aconteça. O pilar de sustentação das famílias estudadas foi representado por aqueles membros que possuem uma estrutura de vida cotidiana mais sólida, com inserção no trabalho e vida religiosa ativa, que, no caso desses usuários, foi representado pelas irmãs. A atuação solidária das mesmas acontece no oferecimento de moradia aos usuários em suas casas quando os mesmos estão fora do hospital, nas mediações com o Hosmac e outras unidades do sistema, no cuidado com a administração das medicações quando o usuário se encontra em casa e nas tentativas de inserção em atividades religiosas. Essa atuação atenua, no contexto familiar, as dificuldades encontradas nas relações com os pais, marcadas por reações violentas, principalmente do usuário com as mães e dos pais com os usuários.

Um aspecto importante da situação atual da desinstitucionalização em saúde mental no Acre é a relação solidária existente entre os usuários e os profissionais do Hosmac. Isso ocorre certamente pelo tempo que os usuários se mantiveram “institucionalizados”. Ao mesmo tempo em que se deseja a reinserção dos mesmos na sociedade, esses manifestam claramente o vínculo existente com esses profissionais e a instituição (segundo as citações abaixo). Seria o caso até de se pensar na atuação desses profissionais que exercem a dádiva em suas relações em outras unidades, ou programas que mantenham contato territorial com os usuários egressos de longas internações, como as residências terapêuticas ou o programa “De Volta pra Casa”.

A manifestação de alteridade que observamos nas relações de mediação ocorre com mais frequência no contato dos usuários e famílias com instituições religiosas e, em algum sentido, no contato com a vizinhança. No primeiro caso, observaram-se mais concretamente, até pela natureza das entidades, relações baseadas na dádiva. No caso do Acre em particular, onde a rede territorial de cuidados em saúde mental é incipiente, quase inexistem ações que promovam a inserção social dos usuários e atividades de terapia ocupacional, e ainda se vive no imaginário de que o louco é perigoso e deve ser isolado (SILVEIRA et al., 2009), a igreja é praticamente a única possibilidade de inclusão e da

construção de uma nova visibilidade. A participação acontece sobretudo nas pequenas igrejas, não havendo restrição a uma tendência em particular. Sendo assim, os usuários frequentam ou são levados a várias igrejas diferentes e é onde se adquire algum conforto diante do sofrimento cotidiano da família.

Tem a igreja né... Que ele frequentava bastante, mas ele não frequentava só igreja católica, ele frequentava igreja evangélica também. Aí tinha os pastores, os irmãos... Que iam lá em casa ver como ele tava [...]. Quando sentiam falta dele, que ele não ia pra igreja eles iam buscar ele, né. (Irmã)

Nesse processo cotidiano das relações solidárias, a vizinhança também é importante, pois exerce diferentes formas de mediação, conforme explicitado anteriormente. Em que pese haver um contexto de medo e preconceito, também foram frequentes as manifestações em que há um sentimento de gratidão pela ajuda que os mesmos oferecem principalmente à família.

Tem varias pessoas, né... Nossos vizinhos sempre ajudaram nós, ajudam conversando com ele né, dizendo o que era bom o que era ruim [...]. Assim não dá [...]. Assim dá certo. Sempre os vizinhos ajudaram a gente. (Irmã)

Ainda assim, o que predomina em geral é um tipo de visibilidade negativa do usuário de saúde mental, prevalecendo o estigma próprio, que praticamente retira do mesmo a possibilidade de vida com cidadania e dificulta as relações de dádiva no conjunto da rede.

A manifestação da inovação, traduzida por ações ou atividades de inclusão, é a categoria de manifestação da dádiva analisada que obteve menos referência nas narrativas. O único caso foi a tentativa de inclusão em atividades domésticas em um dos usuários estudados, em seu retorno para a casa de sua irmã. Aqui é importante o reforço que ações de economia solidária, capazes de incluir os usuários em trabalhos específicos, podem representar ação inovadora capaz de promover novas formas de vida cotidiana desses usuários.

Considerações finais

Nessa trajetória de pesquisa, na avaliação da desinstitucionalização centrada no usuário, a necessidade de aprofundar o papel dos mediadores e formas de mediação foi imperiosa, pois gerou mais clareza nos caminhos de atuação das equipes que atuam em saúde mental no avanço da promoção do cuidado no contexto territorial. Com essa reflexão, é possível apontar a família como ponto de sustentação da rede em que a falta de apoio pode representar risco de isolamento e abandono. Sendo assim, é importante que se desenvolvam ações que promovam esse apoio, sendo no âmbito do sistema de saúde, com o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família em sua atuação no campo da saúde mental, assim como nos constituintes dessa rede, como, por exemplo, as igrejas, como fortes dispositivos de mediação e onde se pode trabalhar uma nova forma de visibilidade.

Apesar de um contexto atual de fragilidade da rede, manifestações da dádiva traduzida nas relações solidárias horizontais foram identificadas, porém ocorrem em relações

predominantemente duais (profissionais-usuários, família-usuários, igrejas-famílias). Talvez haja aí a possibilidade de essas relações de solidariedade se manifestarem em rede, o que pode fortalecer os nós e as próprias ligações, promovendo maior apoio e sustentação no cuidado aos usuários. Ainda nessa perspectiva, podem-se incluir nessa atuação em rede os dispositivos de inserção no trabalho, capazes de promover cidadania, com a inclusão de usuários em ações de economia solidária. Outro importante foco de atuação é o fortalecimento do movimento social, na figura da Associação de Amigos e Pacientes de Saúde Mental, sobretudo na articulação dessa rede, capaz de aumentar as possibilidades de sustentação do cuidado aos usuários.

Essas considerações são possibilidades de ressignificação da noção de desinstitucionalização, pois podem revelar caminhos de mudança das formas de visibilidade e de atitude na sociedade com as pessoas que possuem transtornos mentais graves. Essa mudança é capaz de “desconstruir”, na perspectiva colocada por Amarante (1994), os padrões de atenção a essas pessoas, o que é necessário para um verdadeiro processo de desinstitucionalização. Porém, no caso particular do Acre, ainda são necessários avanços mais significativos na constituição da rede de unidades de atuação territorial em saúde mental, com a implantação de Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, leitos em hospitais gerais e treinamento de equipes de atenção primária e de urgência e emergência. Esse fato coloca importantes desafios na trajetória de construção da atenção em saúde mental no Acre.

Ocorreu recentemente a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, com suas etapas municipais e estaduais. Os resultados desta pesquisa foram apresentados aos participantes numa forma de devolutiva para a sociedade e de aproximação com as instâncias de formulação das políticas do SUS. Desta forma, acreditamos estar contribuindo de forma importante para que novos caminhos sejam trilhados na construção de um sistema mais solidário e de fato cuidador nas relações com os usuários de saúde mental no Acre.

Referências

- AMARANTE, P.D.C. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M.G.P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008.
- CAILLÉ, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.
- GODBOUT, J.T. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.
- LACERDA, A.; VALLA, V.V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 279-292.
- LOFEGO, J. et al. Itinerários terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Recife: UFPE, 2009. p. 103-111.

MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 115-142.

MINAYO, M.S.M. *Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos*. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 163-190.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Recife: UFPe, 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

_____. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

_____. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

_____. As implicações da Integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, de formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

SILVEIRA, R.P. et al. Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2008. p. 215-224.

_____. Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade.. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Recife: UFPe, 2009. p. 95-102.

Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de colo do útero em uma Regional de Saúde no Estado do Acre

JULIANA LOFEGO
RODRIGO SILVEIRA

O presente capítulo faz parte dos estudos sobre avaliação centrada no usuário utilizando a metodologia dos Itinerários Terapêuticos, compartilhados na experiência da rede de pesquisa multicêntrica que é fruto da parceria entre o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) e o Núcleo de Cidadania da Universidade Federal de Pernambuco. O Sítio Norte do Lappis, sediado na Universidade Federal do Acre, participa dessa rede desenvolvendo pesquisas na área de Saúde Mental e na linha de cuidado da prevenção do câncer ginecológico. Esses estudos geraram publicações nas últimas duas coletâneas do grupo multicêntrico (SILVEIRA et al., 2008, 2009; LOFEGO et al., 2009). A partir da avaliação centrada no usuário, houve a necessidade de aprofundamento do grupo no papel dos mediadores e nas relações de dádiva existentes na busca por cuidado no sistema de saúde.

O texto apresenta resultados da primeira fase da pesquisa *Estudos avaliativos sobre a implantação do Plano Diretor de Regionalização no Estado do Acre*,¹ cujo objetivo é avaliar o processo de descentralização da política estadual de saúde e apontar as potencialidades e dificuldades do cuidado na perspectiva da integralidade em diferentes níveis de atenção. Na primeira fase, optou-se pela perspectiva centrada no usuário. Posteriormente, os pontos de vista da gestão e dos trabalhadores serão explorados e cotejados com os resultados da fase inicial.

Como objetivo, este trabalho busca analisar o papel dos mediadores e as formas de mediação no itinerário terapêutico de mulheres com lesões precursoras de câncer de colo de útero moradoras da Regional do Juruá, no Estado do Acre. A lógica da dádiva, baseada nas ideias de Marcel Mauss e Allan Caillé, foi utilizada para analisar a presença da solidariedade nos processos de mediação presentes na busca por cuidado.

Mediadores, redes sociais e dádiva no cuidado em saúde

A noção de mediação aborda questões de intersubjetividade, linguagem e política (DAVALLON, 2007). “A ideia de mediação leva a refletir que é nesse espaço ou inter-

¹ Projeto financiado pelo CNPq através do Edital CNPq PPSUS/2006 (Proj_012_9269256).

valo que se organiza [...] (res)significação das informações para os sujeitos, para além dos polos emissão-recepção” (ALMEIDA, 2008, p. 13).

A noção está presente no cotidiano dos serviços de saúde e aponta para o papel do mediador como um intermediário nas relações entre usuários e serviços, profissionais e gestores, com a função de ressignificar informações e conhecimentos que circulam. No âmbito da saúde, é interessante construir uma noção de mediação nas interfaces da esfera pública e da esfera privada, de modo que permita compreender o papel do mediador não só no cotidiano dos serviços, mas também no contexto do usuário e em seu território. Em pesquisa sobre itinerários terapêuticos (Its) de usuários em condição crônica, Bellato et al. (2009) identificam mediadores no cuidado:

“pessoas-chave”, ou mediadores de redes, que possibilitam, ou facilitam, o acesso de pessoa e família ao subsistema de cuidado profissional, fazendo *links* entre essas pessoas que necessitam de cuidado e os serviços de saúde que disponibilizam a atenção. [...] na função mediação, têm diferentes níveis de intervenção ou influência, podendo disponibilizar as condições para o cuidado, intermediar o acesso à atenção em saúde e/ou ser, ele próprio, um profissional que intervém junto aos outros profissionais. (BELLATO et al., 2009, p. 192).

Neste trabalho, a mediação é compreendida como uma ação produzida por pessoas, situações ou dispositivos que intermedeia, traduz ou ressignifica sentidos, interfere – positiva ou negativamente – nos caminhos percorridos pelos usuários do SUS em busca de cuidado. O mediador pode estar presente nas redes familiares e de vizinhança, em instituições e instâncias formais ou em dispositivos, como um programa de rádio, por exemplo. Destaca-se o papel dos mediadores como pessoa que dá apoio, acesso e confiança a usuários durante os percursos de cura ou tratamento.

A abordagem sobre redes sociais constitui um dos eixos teórico-conceituais desta pesquisa, uma vez que permite enfatizar aspectos relacionais entre usuários, mediadores, trabalhadores da saúde e gestores, ao focar nas possibilidades de acesso ao cuidado em contextos assistenciais, familiares, religiosos, associativos, evitando prender-se aos atributos de pessoas ou instituições.

O conceito de redes sociais permite “destacar a vida cotidiana como espaço estratégico para a articulação política e institucional das comunidades e grupos sociais” (MARTINS; FONTES, 2004, p. 106) e, no diálogo entre sociologia e saúde coletiva, o conceito pode ser um recurso para “explicar o potencial mobilizador da sociedade civil e as perspectivas políticas inovadoras que as ações solidárias geradas horizontalmente entre indivíduos e grupos sociais [...] podem oferecer para a compreensão dos desafios de construção da cidadania democrática” (MARTINS; FONTES, 2004, p. 14). Segundo Valla (2000), com o apoio social, através das redes sociais, não se busca apenas solução emergencial para os excluídos, pois além de promover a solidariedade e o apoio mútuo, ela também propicia uma discussão para os diversos grupos sociais a respeito de sua autonomia.

Uma questão que se entrelaça aos estudos de mediação está na análise sobre o papel das redes sociais no acesso a diferentes recursos, entre eles, o cuidado em saúde. Em pesquisas empíricas realizadas em Portugal, ao descrever a morfologia das redes e a articulação com outras esferas de bem-estar social, Silvia Portugal (2005) conclui que,

quando o Estado não consegue oferecer os serviços públicos de forma adequada, produz desigualdade e acaba abrindo caminho para ação das redes sociais, “que se funda nas obrigações tecidas no interconhecimento”. Ou seja, as mediações informais e privadas passam a ordenar prioridades nos serviços públicos.

A análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revela duas faces da mesma moeda: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre Estado e cidadãos. Os indivíduos conseguem através dos laços sociais aquilo que não conseguem através do vínculo de cidadania: serviços públicos eficientes e de qualidade. As deficiências da provisão de cuidados públicos são colmatadas pela das relações informais. (PORTUGAL, 2005, p. 21).

Na construção desses laços, as relações de mediação existentes nos itinerários constituem campo privilegiado de análise sob a lógica da dádiva, trabalhada por autores do movimento antiutilitarista, tendo nas ideias de Marcel Mauss sua maior fonte de inspiração. Os autores propõem a existência de um terceiro paradigma das relações sociais, o paradigma do dom (dádiva), representada pela “tríplice obrigação de dar, receber e retribuir”. Este se opõe ao paradigma individualista (utilitarista), que proclama que as relações são basicamente racionais e interessadas, e ao holista (estruturalista), que explica as ações com base na totalidade social, preexistente aos indivíduos. A perspectiva da dádiva nos traz a visão relacional das ações que supera a dualidade existente entre esses paradigmas (CAILLÉ, 2000).

Com base nessa perspectiva, Caillé vai mais longe na análise do pensamento de Mauss, ao explicitar que a lógica da dádiva é baseada em relações de troca, tendo o desinteresse como característica: “a obrigação de dar, de mostrar-se generosos, de não satisfazer o seu interesse próprio a não ser pelo desvio da satisfação do interesse dos outros” (CAILLÉ, 2000, p. 15).

Desta forma, uma característica das relações solidárias baseadas na dádiva é a *alteridade*, como uma ação que objetiva não o interesse próprio individual, mas basicamente o interesse do outro (quem recebe). Ainda nessa linha, Caillé ressalta que as relações baseadas na dádiva proporcionam tal sentimento de gratidão, de “obrigação”, que serve como alicerce para a formação de laços entre as pessoas ou grupos. Chamamos essa perspectiva associativista de *vínculo* nos processos de mediação dos itinerários terapêuticos.

Câncer de colo do útero como traçador da avaliação da regionalização no Acre e a construção dos itinerários terapêuticos

Localizado na Região Norte do Brasil, na Amazônia ocidental, o Acre faz divisas com os estados do Amazonas e Rondônia e fronteiras com Bolívia e Peru, contando com uma população de 732.793 habitantes (IBGE, 2010). Na organização da assistência à saúde descentralizada, conforme o Plano Diretor de Regionalização de 2003 (vigente até 2010), o Estado foi dividido em duas microrregiões: Purus e Juruá.² A capital, Rio

² **Regional Purus:** a leste do estado, onde se situa a capital Rio Branco, composta por 14 municípios. **Regional Juruá:** no extremo-oeste brasileiro, onde se situa o município de Cruzeiro do Sul, o segundo mais populoso do estado. Composta por quatro módulos assistenciais e com maior concentração da população indígena do Estado – 9.655 habitantes em 2002 (ACRE, 2003).

Branco, serve de referência para a maioria dos serviços de saúde especializados do estado e é grande o número de encaminhamentos feitos por transporte aéreo para a capital, o que representa um elevado custo de tratamento fora do domicílio (TFD).

Nos últimos dez anos, foram realizados investimentos em infraestrutura, na construção e reforma de unidades, garantindo a implantação e melhoria de serviços especializados que anteriormente só eram disponibilizados em outros estados, como oncologia. Houve também um incentivo à formação de profissionais na área da saúde, com fortalecimento no ensino de graduação e pós-graduação, criação dos cursos de Medicina e Saúde Coletiva, residências médicas e multiprofissionais, especializações, mestrados e doutorados na área.

A questão geográfica é apontada como um agravante para a construção de estratégias de descentralização em grande parte da Região Norte, devido à vasta e caudalosa hidrografia, vegetação densa, solo argiloso e clima tropical, que interferem em investimentos e tecnologia para a construção de malha viária. A dificuldade de acesso terrestre e fluvial aos municípios, com variações conforme a localização e os períodos climáticos do ano, é um fator que interfere na estrutura dos serviços de saúde, gerando consequências como o alto custo de transporte, manutenção de equipamentos e remuneração profissionais de saúde, além da escassez de recursos humanos qualificados, com dificuldade de fixação de profissionais.

Um estudo de caso de Viana et al. (2007), sobre diferentes situações geográficas na Amazônia legal, ressaltou que a diversidade de cenários que influenciam a saúde na região deve ser considerada pelas políticas públicas regionais. O desafio extrapola a criação de uma política regional para a Amazônia, levando a propor “várias políticas regionais dentro da região, que articulem estratégias para o desenvolvimento, a proteção social e a saúde”. (VIANA, 2007, p. S129).

Em artigo sobre a avaliação da integração de serviços de saúde, Hartz e Contandriopoulos (2004) apontam como “medidas de integralidade” alguns procedimentos que permitem ampliar a visão para múltiplos pontos envolvidos na integração dos serviços, como a utilização de “condições traçadoras” estabelecidas *a priori* ou o uso da trajetória dos pacientes, que permite a observação, análise e acompanhamento de passagens críticas no sistema.

A linha de cuidado de Controle ao Câncer de Colo de Útero foi eleita nesta pesquisa como condição traçadora para a análise, por permitir um acompanhamento da assistência em diferentes níveis de atenção, e também pela alta incidência existente no Estado do Acre. Excetuando os tumores de pele não-melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte (23/100.000), tendo como característica a ocorrência em uma faixa etária mais baixa do que o padrão epidemiológico de 20 a 29 anos (BRASIL, 2009). Em estudo realizado na capital Rio Branco, Leal et al. (2003) descreveram a frequência das lesões precursoras do câncer de colo uterino em mulheres de 15 a 29 anos de idade, evidenciando que a exposição precoce aos fatores de risco antecipa o desenvolvimento do câncer de colo uterino.

Os níveis de atenção nessa linha de cuidado estão sendo organizados de forma regionalizada no estado. Nas unidades de Atenção Primária, são realizadas as coletas de exame Papanicolaou, feitos os diagnósticos de alterações e os encaminhamentos para serviços

especializados ou tratamento fora de domicílio. O Centro de Controle Oncológico (Ceccon), situado na capital, realiza consultas ambulatoriais especializadas e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte. O Hospital do Câncer³ foi implantado no Acre em 2007, sendo responsável pelas ações de tratamento do câncer em fase mais avançada, contando com rádio e quimioterapia e cirurgias de médio e grande porte. Os serviços laboratoriais de anátomo-citopatologia, nos quais são examinados materiais de citopatologia e biópsias, atendem aos três níveis de atenção e, embora estivessem planejados para serem realizados em dois municípios-sede (Cruzeiro do Sul e Rio Branco), só acontecem neste último.

Como estratégia de análise, foi usado o itinerário terapêutico, que busca acompanhar a trajetória de usuárias na busca pela cura e permite observar não só a assistência à saúde relacionada ao sistema, mas o cuidado realizado na família e no território onde se vive.

A construção dos itinerários foi realizada a partir da história de vida focal, que tem uma perspectiva diacrônica da vida do usuário, no contexto de seu processo de adoecimento. Esta é uma estratégia metodológica que permite apreender as relações dos usuários em suas redes sociais, uma vez que enfoca as possibilidades de cuidado encontradas por indivíduos, que podem ir além das estruturas dos serviços de saúde. Ele proporciona uma análise sobre uma experiência real vivida em processos de adoecimento e possibilita a visibilidade das estratégias pessoais voltadas para a cura (ALVES; SOUZA, 1999).

Para a construção dos itinerários, foi utilizada a abordagem de Triangulação de Métodos como possibilidade de diferentes pontos de vista para enriquecimento do objeto estudado. Foram realizadas entrevistas em profundidade com as usuárias, com vários encontros em diferentes momentos ao longo do processo terapêutico. Foram entrevistados também mediadores e informantes-chave, no sentido de ampliar as fontes de informação sobre os diferentes pontos observados. Além das entrevistas, realizaram-se observação participante com diário de campo e registros em vídeo, numa aproximação com a metodologia de vídeo etnográfico. Sendo assim, os depoimentos das usuárias e o cotidiano dos serviços acessados foram filmados, após o consentimento informado.

O recorte territorial foi utilizado como critério de seleção das usuárias. Três entrevistas em profundidade foram realizadas na Regional de Cruzeiro do Sul, abrangendo diferentes contextos territoriais: localidade rural de difícil acesso, urbana na sede da regional e rural de fácil acesso à sede da regional, mas fora do limite estadual (no Estado do Amazonas). A escolha foi feita através de prontuários do Setor de Tratamento Fora de Domicílio, sendo selecionadas mulheres de diferentes faixas etárias em processo de encaminhamento para tratamento ou acompanhamento de lesões uterinas.

Acompanhando os caminhos de três Marias

Entre setembro de 2009 e maio de 2010, as três Marias e algumas pessoas que cruzavam seus caminhos foram entrevistadas (aqui apresentadas com nomes fictícios ou característicos das funções que exercem), a fim de contribuir para ampliar a compreensão sobre a estrutura do sistema de saúde e as situações vividas na busca por cuidado.

³ A Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), situado na capital.

Maria do Seringal

Maria tem 30 anos, é casada e tem cinco filhos, entre três e 11 anos. Mora na Comunidade Maranguape, localizada no Seringal Restauração, interior de Marechal Thaumaturgo. Ela relata o início do adoecimento depois do parto de sua última filha, quando passou a sentir dores “no pé da barriga”. Em maio de 2009, saiu de casa para cuidar da saúde, pegou um barco e desceu o rio Tejo durante nove horas. Na sede do município, foi ao posto de saúde da cidade (único), fez uma consulta e um exame preventivo. O exame foi encaminhado para análise na capital (de avião para Cruzeiro do Sul –160 km – e de lá para a capital – 732 km). Voltou para casa no dia seguinte, demorando um pouco mais para subir o rio.

Três meses depois da consulta, o médico foi à sua casa e disse que houve uma alteração no exame. Ela precisava ir a Rio Branco fazer uma consulta, que ele já havia marcado para o final do mês de agosto. Ela deixou os filhos com o marido, trabalhador rural, e seguiu viagem inicialmente de barco. No dia 15 de agosto conseguiram, pela Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Thaumaturgo, embarcá-la num avião monomotor para Cruzeiro do Sul. Lá ficou hospedada na casa de passagem financiada por seu município e apoiada por políticos locais.

Em Cruzeiro do Sul, descobriu que o médico de Marechal Thaumaturgo não poderia dar o encaminhamento por ser estrangeiro e não ter o registro no Conselho Regional de Medicina. Por causa disso, não pode embarcar para Rio Branco. A consulta anteriormente agendada foi perdida. Foi orientada a procurar uma médica na cidade e fez um novo exame preventivo. Confirmada a alteração, um laudo foi enviado para o serviço de TFD, para dar sequência ao tratamento em Rio Branco.

Um mês depois, cansada de esperar o encaminhamento, Maria foi ao TFD perguntar sobre a passagem para a capital. A gerente do serviço disse não ter sido avisada pela administração da casa de passagem de que a paciente estava na cidade aguardando. Na hora, verificaram a documentação e solicitaram a remarcação da consulta, por telefone, ao Centro de Controle Oncológico (Cecon) em Rio Branco. Após uma semana, em 16 de setembro, Maria viajou para Rio Branco. Como acompanhante, chamou uma cunhada. Ficaram hospedadas na Casa de Passagem para Pessoas em TFD, gerenciada por uma organização não-governamental e apoiada pelo governo estadual. Todo transporte aeroporto-casa-unidade de saúde é feito por uma empresa contratada pela Secretaria Estadual de Saúde.

No dia seguinte, foram para a consulta no Cecon, onde foi feita a biópsia do colo do útero. Foi orientada a ligar em 20 dias para verificar se o exame estava pronto. Enquanto aguardava as novas etapas do tratamento, Maria solicitou à funcionária da casa de passagem que a ajudasse a resolver outros problemas de saúde, pois sentia dor de cabeça, de estômago e nos últimos tempos não estava conseguindo dormir direito. Fez uma consulta no posto de saúde próximo e se sentiu melhor com os dois remédios que passou a tomar.

Com o exame pronto e a consulta marcada para início de novembro, um dia Maria sentiu fortes dores na barriga. A funcionária da casa solicitou a antecipação da consulta, com um encaixe, e a levou ao Cecon. O médico a atendeu e disse que foi detectada uma

mancha no útero. Solicitou uma série de exames para fazer uma Cirurgia de Alta Frequência (CAF) e pediu que, quando estivesse com os resultados, marcasse nova consulta. Maria saiu triste: “Vai demorar, pelo menos, aqui, uns três meses. [...] Fica difícil, assim...”.

Nesse tempo fora de casa, ela diz que o marido “perdeu a cabeça”. Abandonou tudo e foi embora, primeiro para Marechal Thaumaturgo, onde deixou dois filhos com a mãe dela, e depois seguiu com três filhos para a casa de sua sogra, em Mâncio Lima, perto de Cruzeiro do Sul. A falta de contato foi um dos agravantes. Desde o dia em que saiu, ficou mais de dois meses sem falar com o marido e os filhos, pois não há telefone na localidade onde moravam. Através do irmão em Marechal Thaumaturgo, mandava recados que nem sempre chegavam. Na mesma época, a cunhada, que a acompanhava há um mês e meio, teve que voltar para casa, pois seus filhos estavam com malária. A gerência da casa de passagem se comprometeu a acompanhar Maria e a funcionária passou a intermediar os agendamentos e consultas, pois conhecia alguns profissionais no local.

Os resultados dos exames ficaram prontos e uma nova consulta foi marcada para meados de novembro. Maria fez a cirurgia no dia 19 de novembro e o material retirado foi enviado para biópsia. O prazo previsto para o resultado foi de 40 dias, mas ficou pronto antes e ela foi atendida no dia 17 de dezembro. O médico disse que o resultado apresentara problemas e a encaminhou para o Hospital do Câncer.

Ela iniciou em 21 de dezembro o tratamento de quimio e radioterapia. O término da primeira etapa do tratamento foi em 5 de fevereiro. O carro de apoio ao TFD fez o transporte diário para o tratamento. A braquiterapia não pode ser iniciada em seguida, pois haveria demora no reparo de uma máquina importada. O médico disse para Maria aguardar em casa. Assim, voltou para casa no dia 10 de fevereiro, depois de seis meses longe da família. Devido à doença, resolveram efetivar a mudança para Mâncio Lima, pois ficariam mais perto.

Maria voltou a Rio Branco para a segunda etapa do tratamento no dia 13 de maio, para fazer quatro etapas da braquiterapia. O médico sugeriu fazer um laudo para tentar conseguir um benefício na previdência social, pois desde então o marido está sem trabalho e eles estão vivendo com ajuda dos parentes.

Maria da Cidade

Maria tem 26 anos e mora em Cruzeiro do Sul, numa casa simples na periferia da cidade. O marido tem um emprego fixo em uma empresa local e ela cuida dos quatro filhos, com idade entre dois e 13 anos. Fazendo acompanhamento ginecológico no posto de saúde do bairro, foi comunicada pela enfermeira sobre uma alteração no exame preventivo. Não se preocupou com o resultado e demorou um pouco para procurar a ginecologista. Como começou a sentir umas dores, decidiu ir e “por acaso” levou o exame antigo. A médica receitou um remédio e colheu material para uma biópsia. Ela levou a um laboratório particular e o diagnóstico foi lesão de alto grau no colo do útero. A médica falou que ela teria que viajar, pois a continuidade do tratamento só é feita na capital.

Ela foi ao TFD, deu entrada nos documentos e foi avaliada pela junta médica em meados de agosto. Como não tinha telefone, pediram que passasse a cada 15 dias para

se informar sobre a data de viagem. Ela pensava que o processo demoraria e não passou lá. O serviço do TFD passou um recado pela rádio local, e na véspera da consulta um assistente social foi até a casa dela. Em setembro, Maria viajou para Rio Branco, onde ficou hospedada na casa da irmã. A passagem de avião foi custeada pela Secretaria Estadual de Saúde, mas o deslocamento entre o aeroporto e as unidades de saúde ela costuma pedir para a assessoria de um político de Cruzeiro do Sul, que ajuda com transporte, estadia, alimentação e principalmente na realização de consultas e exames.

Em 24 de setembro, foi para a consulta no Cecon, onde foi colhido material para biópsia. Ao final, ela foi encaminhada para uma conversa com uma enfermeira, que lhe explicou sobre o procedimento da cirurgia de alta frequência que teria que fazer e pediu que assinasse um termo de consentimento para a realização. Durante a conversa, ela pediu para levar o material a um laboratório particular, pois queria os resultados antes dos 30 dias previstos. Fez contato com o assessor do político pedindo que ajudasse na negociação do pagamento com o laboratório, pois não dispunha de todo o dinheiro na hora. Ele garantiu o exame sem custos e ela levou o material para biópsia. O assessor, no entanto, levou o exame para o mesmo laboratório público no qual seria encaminhado pelo Cecon (na Fundação Hospitalar, hoje Hospital das Clínicas de Rio Branco).

Os resultados dos exames ficaram prontos em 20 dias e a nova consulta aconteceu em 29 de outubro. O médico marcou a cirurgia para meados de novembro, mas por impossibilidade dela, remarcou para o final do mês. Como aguardaria quase um mês, o marido pagou as passagens para ela voltar para casa e retornar na véspera da cirurgia. Na data prevista, foi feita a cirurgia e retirado novo material para biópsia, encaminhado novamente para exame via assessores do político. Estes foram responsáveis também pelo transporte entre aeroporto, casa da irmã e unidades de saúde, passando em postos de saúde para pegar medicamentos receitados pelo médico.

No início de dezembro, Maria pegou o resultado do exame da biópsia e, três dias depois, recebeu alta na consulta, com um próximo retorno em seis meses. Seguiu para o TFD de Rio Branco para solicitar a passagem e voltou para casa no dia 9 de dezembro.

Maria da Área Rural

Dona Maria tem 48 anos e mora no Estado do Amazonas, no caminho para a cidade de Guajará, área rural a poucos quilômetros de Cruzeiro do Sul. Ela é casada e tem nove filhos. O início de seu adoecimento foi em 2007, com uma hemorragia quando estava a caminho da casa de uma amiga. Esta a levou para o hospital, pagou o carro e os exames. Disseram que não era nada. Voltou ao hospital uma segunda vez, porque estava fraca e sangrando. Foi com a amiga, que ameaçou denunciar a negligência caso não a atendessem. O médico a internou, disse que tinha um câncer no útero e que teria de continuar o tratamento em Rio Branco.

Um profissional de saúde lhe informou que não poderia viajar pelo serviço de TFD por ser de outro estado, mas se conseguisse um endereço de um parente, dizendo que morava lá, seria atendida normalmente. Sua filha, que morava no Acre, levou um com-

provante de residência e ela pode dar entrada no encaminhamento. O médico teve que intermediar no TFD para que a passagem saísse logo.

Foi para Rio Branco com a filha mais velha como acompanhante. O serviço do TFD a levou e buscou no aeroporto. Ficou na casa de um irmão por dois meses: um mês esperando o resultado do exame e um mês para conseguir vaga na casa de passagem em Porto Velho (Rondônia), já que na época o Hospital do Câncer ainda estava em construção. Ela passou três meses fazendo tratamento de braquio e radioterapia em Porto Velho. Ao todo, ficou mais de cinco meses fora de casa. Nesse tempo, devido a desentendimentos, a filha deixou de acompanhá-la.

Desde então, ela viaja a cada três ou seis meses para Rio Branco, sem acompanhante, para o retorno agendado no Hospital do Câncer. Ela diz que está bem, sem alteração nos exames. A estadia dura cerca de um mês – o tempo para chegar o resultado do exame preventivo – e ela se hospeda na casa de apoio aos usuários de câncer, pois não tem mais parentes na cidade. Para atender a suas necessidades específicas nas idas e vindas do tratamento em Rio Branco, seja no deslocamento para o aeroporto ou mesmo na rotina de consultas e exames, ela recorre tanto aos meios institucionais da Secretaria Estadual de Saúde (transporte e hospedagem via TFD), como aos meios informais da assessoria do político de Cruzeiro do Sul.

Desta vez, Dona Maria foi para Rio Branco no dia 21 de setembro. A amiga foi no voo com ela, mas não como acompanhante oficial, já que ficou na casa de outra amiga na cidade. Apesar de não estar no dia a dia das consultas, a amiga continua a ajudá-la em tudo que precisa. Diz que é pobre, mas sabe dos seus direitos, e por isso defende Dona Maria, que fica mais quieta.

Na data marcada, foi à consulta e fez o preventivo. A médica solicitou o resultado do exame da visita anterior, que não tinha sido avaliado porque ela precisou voltar para cuidar dos filhos com malária. Foi marcada nova consulta para uma semana depois para avaliação dos resultados.

Dona Maria destaca alguns profissionais de saúde que a ajudam, como a assistente social, uma pessoa a quem recorre quando está “aperreada” para ir embora. Se for preciso, ela pega os exames e consegue acelerar a consulta.

Na consulta do dia 29, apresentou o exame anterior e recebeu alta, pois estava tudo bem. Apesar de liberada para voltar para casa, ela ficou uns dias a mais em Rio Branco para dar entrada na aposentadoria pela Previdência Social, intermediada pela amiga. No dia 6 de outubro, foi ao TFD pegar a passagem e no dia 7 embarcou para Cruzeiro do Sul com a amiga.

Alteridade, vínculo e utilitarismo na atuação dos mediadores nos itinerários

Para compreender como acontecem as mediações no contexto da regionalização do sistema de saúde no Acre, identificamos os principais mediadores e a forma como atuaram nos itinerários terapêuticos das três Marias.

Maria do Seringal inicia o itinerário pela busca por cuidado de forma individual e motivada por dores e incômodos. Para ter acesso aos serviços de saúde, enfrentou algumas dificuldades geográficas, por morar em uma comunidade isolada e com pequena oferta de serviços públicos (com escola para os filhos mas sem luz, água encanada, transporte ou telefone). Demonstrando uma atitude mais passiva, ela se conformava com o que lhe era oferecido, seguindo os fluxos e orientações institucionais, embora nem sempre concordasse com a situação apresentada. Exemplo disso é sua insatisfação com os prazos previstos para resultados de exames laboratoriais, na maioria das vezes considerados demasiadamente longos, sobretudo para pessoas como ela, que estão em tratamento fora de domicílio.

No seu caso, dos quase seis meses em que esteve fora de casa buscando tratamento, mais de dois meses foram de espera por resultados, que geraram insônia, ansiedade, desarranjo familiar e despesas com alimentação, hospedagem e transporte (pagos pela casa de passagem, principalmente por meio de convênio com o governo estadual). Mesmo assim, Maria do Seringal não buscava estratégias ou alternativas aos protocolos formais, diferentemente das outras Marias acompanhadas pela pesquisa, que acionavam diferentes mediadores para agilizar os processos, provavelmente motivadas por experiências anteriores nos serviços de saúde.

Os principais mediadores no percurso da Maria do Seringal foram as pessoas ligadas à saúde. A gerente da casa de passagem foi uma mediadora importante, pois passou a acompanhá-la nas consultas para potencializar o diálogo entre o médico e a usuária, solicitava aos laboratórios a entrega dos resultados dos exames e mantinha boas relações com os profissionais, especialmente do Cecon, com os quais já havia trabalhado anteriormente. Em algumas situações vividas, percebe-se que o mediador “institucional”, apesar de estar no exercício de suas funções, também pode extrapolar suas atribuições segundo a empatia com as pessoas que precisam de ajuda ou percepção de uma maior vulnerabilidade do usuário.

Maria da Cidade conta com um forte apoio familiar: enquanto faz o tratamento em Rio Branco, fica na casa da irmã, em Cruzeiro do Sul, os filhos ficam com o marido e os parentes mais próximos. Os principais mediadores de seu itinerário terapêutico são os assessores de políticos que disponibilizam um serviço extraoficial de acompanhamento, transporte e hospedagem de usuários. Todo o transporte entre aeroportos, residência e unidade de saúde é solicitado aos assessores, por telefone, conforme a demanda. A ajuda tem interesse em mão dupla: por um lado, está o político que visa ao voto; por outro, a usuária que visa ao conforto e agilidade.

Maria da Cidade faz as consultas na rede pública, mas tem preferência por fazer exames em laboratórios particulares porque considera o SUS muito demorado na entrega dos resultados. Um caso curioso aconteceu durante seu tratamento: quando quis fazer a primeira biópsia, não tinha dinheiro para pagar o exame particular e o assessor do político a orientou a levar o material colhido, que ele “daria um jeito”. Ela pensou que ele pagaria o exame particular, mas ele encaminhou ao mesmo laboratório público para o qual o exame iria em seu fluxo normal, mas garantindo uma agilidade maior do que

a prevista pela unidade de saúde. Um ponto a ressaltar foi que as Marias do Seringal e da Cidade fizeram uma consulta e colheram material para exame no mesmo dia. Para a primeira os profissionais deram o prazo de 20 dias para o resultado. Para a segunda, 30 dias. No final, o resultado intermediado pelo assessor saiu, para ambas, no prazo previsto para a primeira.

A Maria da Área Rural se encontra em uma relação diferenciada com os serviços de saúde, por estar em um momento posterior de tratamento, já em fase de retornos a cada seis meses para avaliação. Ela já se movimenta bem pelas unidades, conhece os profissionais de saúde, sabe com quem pode contar para mediar diferentes processos: à assistente social pede que ajude a acelerar os resultados dos exames; aos assessores dos políticos, pede transporte em Cruzeiro do Sul e conta com a hospedagem da Associação Amigos do Peito e o transporte do serviço do TFD em Rio Branco.

Ela tem uma amiga como mediadora que é muito presente na sua vida e, consequentemente, no itinerário terapêutico. Foi a amiga quem a levou para o hospital quando teve os primeiros sintomas, interferindo na agilidade do atendimento ao ameaçar uma denúncia. Por amizade, ajuda no que for preciso. Na última viagem a Rio Branco, foi junto com Maria da Área Rural e intermediou com conhecidos um benefício da Previdência Social.

Os mediadores também podem apresentar interferências negativas nos itinerários terapêuticos, como observado em algumas situações. No caso da Maria da Área Rural, por exemplo, a despeito de sua determinação para cumprir os retornos nas datas determinadas, teve problemas familiares durante as viagens para tratamento. Na primeira viagem, a filha era sua acompanhante e, em meio a contratempos na casa de apoio onde estavam hospedadas, abandonou a mãe durante o tratamento e foi morar com um rapaz. Outras situações envolveram o marido, que passava semanas fora de casa por problemas com o álcool durante sua ausência para tratamento, deixando os filhos em situação vulnerável.

Ao analisar os tipos de mediação presentes nesses três casos, percebe-se que as Marias do Seringal e da Área Rural desenvolvem relações onde há claramente a circulação de dádiva, já que a atuação, em especial de amigos e profissionais de saúde, se mostra solidária e desprovida de um interesse primário, pelo menos numa análise racional. A participação de profissionais nas mediações com as consultas realizadas, no caso da primeira, e a atuação da amiga, sempre acompanhando a Maria da Área Rural, não só facilitando os processos, mas sobretudo apoiando a luta pela cura, são evidentes manifestações da circulação da dádiva.

No itinerário da Maria do Seringal, a nosso ver, predomina a alteridade como categoria central presente na relação dádiosa, já que os profissionais priorizaram o interesse do outro, nas suas ações de mediação, preocupados com a piora do adoecimento e a diminuição das possibilidades de cura.

Ela jamais pode ir só, porque pra conseguir uma agendamento, uma consulta, acaba sendo mais difícil. [...]

Tô ligando, cobrando, tendo aquele acompanhamento de perto:

- Fulano, agiliza isso pra mim.

Porque é uma paciente que requer muitos cuidados, né? (funcionária da casa de passagem)

Já no caminho trilhado pela Maria da Área Rural, reconhecemos o vínculo como principal qualificador da relação. O laço de amizade existente entre a amiga motivou as ações de mediação e se fortaleceu ao longo do processo, transparecendo um profundo sentimento de gratidão em relação à amiga. “Nada é mais precioso que a aliança selada pelo dom” (CAILLÉ, 2000, p. 8).

“A Lúcia⁴ é boa pessoa, pra mim é tudo, né? Mesmo que uma mãe pra mim. Porque nas minhas horas mais difíceis, nos momentos mais difíceis, só é a **Lúcia** que está ao meu lado. Nem meus filhos, é ela mesmo. [...] A Lúcia paga consulta pra mim, paga exame, tudo pra mim pagar até com cinco meses. Há muito tempo que eu conheço a Lúcia. Nem só me ajuda, é eu e meus filhos. Quando é pra ir pro hospital ela tá ao meu lado com meus filhos. Se for possível ela briga com os médicos, pro médicos atender meus filhos ou me atender logo” (Maria da Área Rural).

No itinerário da Maria da Cidade, percebe-se outro tipo de relação de mediação, em que há interesses primários em jogo. A atuação dos assessores dos políticos locais como mediadores no caminho da usuária é realizada numa provável relação que se inscreve na lógica do toma-lá-dá-cá, manifestação que pode ser classificada como utilitária. Não obstante essa característica primária de utilitarismo, parece haver a possibilidade para o desenvolvimento de ações também baseadas na solidariedade. De acordo com a análise dos processos de mediação política realizada por Kuschnir (2000), esses assessores detêm os acessos às pessoas ou instâncias capazes de agilizar os processos. Sendo assim, a moeda de troca é esse acesso. Segundo a autora, esses podem ser capazes de se envolver e se sensibilizar com as dificuldades dos usuários e compartilhar os acessos com os mesmos. Ao mesmo tempo, além do voto, que caracteriza a relação utilitária, parece também se desenvolver um sentimento de gratidão por parte da usuária. Apesar desses possíveis “outros olhares”, não nos parece possível reconhecer a manifestação da dádiva neste tipo de relação, pela radical oposição às práticas utilitaristas.

Um aspecto a ser observado é a presença do pesquisador como mediador. Mendonça et al. (2004) apontam para formas particulares de interação entre observado e observador quando este se aproxima do objeto em contextos específicos e se compromete com a construção de uma realidade, como na pesquisa qualitativa. Nesta pesquisa, muitas entrevistas eram realizadas no cotidiano dos serviços, com a devida autorização das gerências, possibilitando um olhar diferenciado dos profissionais das unidades de saúde para as usuárias em companhia do pesquisador. Essa era uma questão que permeava a coleta de dados em vários momentos. Maria do Seringal, em uma situação mais direta, chegou a solicitar para a pesquisadora o pagamento de um dos exames em laboratório particular, sendo em seguida esclarecida sobre os aspectos éticos que envolviam tal situação. No caso dela, pairava outra questão: teria ela a mediação da funcionária da casa de passagem se não estivesse sendo “acompanhada” pelo pesquisador? Considera-se, desta forma, que o pesquisador é um mediador, uma vez que mesmo indiretamente pode contribuir para modificar situações vividas pelo usuário.

⁴ Nome fictício.

Considerações finais

Nos três itinerários aqui apresentados, pode-se comprovar o papel dos mediadores como pessoas que ajudam a transpassar obstáculos, ressignificam informações ou garantem acessos privilegiados dos usuários aos serviços de saúde, sendo possível observar mediadores flexibilizando a normatização institucional para garantir a melhora na situação do outro, seja de forma desinteressada (manifestação da dádiva) ou buscando vantagens como o voto.

Algumas ações previstas no Plano Diretor de Regionalização 2003 foram implementadas, como o Hospital do Câncer em Rio Branco, fazendo com que pessoas como a Maria da Área Rural não precisasse ir mais à Rondônia para fazer o acompanhamento. No entanto, a previsão de implantação de serviços de apoio e diagnóstico nos principais municípios, especialmente na sede da Regional do Juruá, não foi efetivada, o que tende a se configurar como um dos maiores entraves ao SUS do Acre: a centralização dos exames laboratoriais na capital e a demora excessiva na entrega dos resultados.

O Plano Diretor de Regionalização que embasa a pesquisa como a diretriz da política estadual de investimentos em saúde deveria ser reformulado em 2006, mas permaneceu em atividade até 2010, embora tenha sido alterado e aprovado no Conselho Estadual de Saúde um novo desenho organizador da assistência. Frente à ampliação dos serviços e da população ocorrida nesse período, é importante que seja realizado um novo diagnóstico sobre as necessidades atuais no processo de descentralização, se possível considerando a experiência dos profissionais das unidades e a vivência dos usuários, o que nem sempre é considerado na perspectiva da gestão.

A pesquisa que embasa este trabalho, especialmente a construção dos itinerários terapêuticos, cria a possibilidade de ser utilizada como instrumento de avaliação dos serviços. O uso do vídeo, embora inicialmente mais como forma de registro multimídia, pode gerar pequenos documentários que pautem discussões sobre variados aspectos do cotidiano das unidades, tendo os usuários como figura central dessa dinâmica. Neste ponto, podemos apontar um potencial para ações pautadas pelo princípio da integralidade (incubação) no trabalho e no ensino na interface da comunicação com a saúde.

Referências

- ACRE. *Plano Diretor de Regionalização*. Governo do Acre, Secretaria de Estado de Saúde, 2003.
- ALMEIDA, M.A. Mediações da cultura e da informação: perspectivas sociais, políticas e epistemológicas. *Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação*, v. 1, n. 1, 2008.
- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e Avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.B; SOUZA, I.M.A. (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-136.
- BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 187-202.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- CAILLÉ, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2000.

- DAVALLON, Jean. A mediação: a comunicação em processo? *Prisma.com*, n. 4, 2007. Disponível em: <http://prisma.cetac.up.pt/edicao_n4_junho_de_2007/a_mediacao_a_comunicacao_em_pr.html>. Acesso em: 31 maio 2010.
- HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p. S331-S336, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Informações sobre os estados brasileiros*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ac>. Acesso em: 03 dez. 2010.
- LEAL, E. et al. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco - Acre. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 81-86, 2003.
- LOFEGO, J. et al. Itinerários terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Recife: Editora Universitaria da UFPE, 2009. p. 103-111.
- MARTINS, P.H.; FONTES, B. (Org.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.
- MENDONÇA, M.H.M. et al. Estado e Proteção Social em Contextos de Iniquidade. In: VIII CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 2004, Coimbra. *Anais... A Questão Social no Novo Milênio*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2004. v. 1. p. 84-90.
- PORTUGAL, S. “Quem tem amigos tem saúde”: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. In: SIMPÓSIO FAMÍLIA, REDES SOCIAIS E SAÚDE, 2005. Hamburgo. *Comunicação...* Hamburgo: Instituto de Sociologia de Hamburgo, 2005. Disponível em: www.ces.uc.pt/publicações/oficina/235/235.pdf. Acesso em: 19 jun. 2010.
- SILVEIRA, R. et al. Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 215 -224.
- SILVEIRA, R.P. et al. Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade.. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Recife: Editora Universitaria da UFPE, 2009. p. 95-102.
- VIANA, C.M. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia legal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, Sup 2, p. S117-S131, 2007.
- VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

REGIÃO NORDESTE – MEDIADORES, DISPOSITIVOS DE CUIDADO E REDES

Os profissionais de saúde como mediadores individuais: a resolução da demanda ilimitada por cidadania pelo mecanismo do duplo registro

PAULO HENRIQUE MARTINS
ANA CECÍLIA CUENTRO

Introdução: fragilidade estrutural da cidadania e demanda por mediações

Conforme já observado em pesquisas anteriores (PINHEIRO; MARTINS, 2009), há uma vulnerabilidade estrutural, econômica, política, cultural e moral que atravessa a organização da cidadania nas áreas que vêm sendo objeto das políticas em saúde no Brasil, em particular aquelas que são objeto de ações ousadas como a da Atenção Primária, que busca a integralidade do Cuidado. Na amostra ampliada de usuários e profissionais de saúde que utilizamos no desenvolvimento da pesquisa sobre redes de mediação, no III Distrito da cidade do Recife, entre 2009 e 2010, ficou igualmente constatada a persistência desta vulnerabilidade estrutural que impacta necessariamente sobre a estrutura familiar (MARTINS; SANTIAGO; CARVALHO, 2009), sobre as lutas por direitos (MARTINS; BARBOSA; ALBUQUERQUE, 2009) e sobre a vida cívica e a solidariedade profissional (MARTINS; BEZERRA; NASCIMENTO, 2009). A análise preliminar desta fragilidade estrutural reflete desigualdades históricas importantes, tendo sido objeto de reflexão de diversos autores que estudam o caráter específico da cidadania no Brasil (SCALON, 2004; SOUZA, 2006). Ela demonstra, por um lado, os limites da cidadania republicana fundada sobre a propriedade privada e, por outro, as perspectivas amplas de organização da cidadania por redes de mediações estimuladas pelo Estado, mas que conhecem mediações importantes no choque de contato com a Sociedade Civil.

Há diversos motivos históricos e sociológicos que explicam o caráter dessas fragilidades estruturais, devendo ser ressaltadas as desarticulações conhecidas pelos movimentos sociais, sobretudo na época da ditadura militar, nos anos sessenta. Neste sentido, não podemos deixar de citar o exemplo de Casa Amarela, que constitui um bairro tradicional e com memórias importantes na cidade do Recife e onde vivem mais de 300 mil pessoas. Nessa mesma linha de reflexão, deve ser lembrada a sobrevivência de uma cultura de poder autoritária fundada no mandonismo e no clientelismo, como, também, a presença de uma cultura de humilhação que marca as experiências das sociedades pós-coloniais na América Latina (MARTINS, 2010) e que têm contribuído negativamente na organização de novos marcos cognitivos, políticos e morais. Por outro lado, face aos desafios complexos de organização do “mundo da vida” em contextos como o do Bairro de Casa Amarela e

adjacências – em que a ação estatal e pública é desafiada por uma grande demanda por direitos de cidadania –, observa-se a importância de certos indivíduos, que chamamos de mediadores, na organização de ações coletivas¹ e de redes de pertencimento no cotidiano.

Neste texto, vamos procurar explorar este trabalho de mediação entre o comunitário e o estatal com vistas à organização da esfera pública local. Nossa hipótese é que as ações dos mediadores individuais, em particular os mediadores profissionais de saúde (agentes, enfermeiras, médicas, residentes etc.), na organização da Atenção Primária na área estudada, vêm contribuindo para a formação de sociabilidades primárias públicas que podem ser a base para experiências associativas híbridas (CAILLÉ, 2004, p. 25-27). Se bem-sucedidas, essas inovações associativas produzidas com estímulo do serviço e profissionais de saúde podem ser a base para a organização de práticas de cidadania importantes que não se limitam à lógica republicanista europeia, fundada num amplo sistema de proteção social, mas a uma lógica associativa e de solidariedade gerada pelas novas mediações como resposta à ausência dessa proteção ampliada.

De fato, os impactos que a implantação de ações locais em saúde produz em termos de novas sociabilidades se, por um lado, surpreendem muitos profissionais da saúde, por outro, permitem desenvolver novas redes de sustentação e engenharias de gestão inovadoras entre o comunitário e o estatal. Tais redes abrem possibilidades institucionais muito interessantes para se pensar o desenvolvimento da ação pública local, em geral, e do Sistema Único de Saúde, em particular, como o demonstrou M. Moreira, com sua tese sobre redes associativas e voluntárias para saúde da criança em hospitais públicos (MOREIRA, 2006) e A. Lacerda, com sua tese sobre “redes de apoio social” nos programas de saúde da família (LACERDA, 2010).

Contexto da implantação das ações em saúde no plano local: novos atores, novas demandas

No que diz respeito ao processo de organização das unidades de saúde no III Distrito do Recife, observa-se que a implantação das unidades não foi sempre uma iniciativa consensual. Do mesmo modo que houve apoios, houve resistências por parte de lideranças e conselhos de moradores, por razões variadas relacionadas com disputas locais. Na verdade, nem sempre o desenvolvimento de uma ação que na perspectiva do planejador parece uma grande contribuição social é vista positivamente pelas populações locais. De fato, por razões várias, históricas, políticas e sociológicas, cada iniciativa governamental levanta reações tanto de adesão espontânea como de desconfiança. As lideranças comunitárias ou associativas vinculadas a grupos políticos frequentemente se sentem ameaçadas com a

¹ A ideia de mediadores tem uma tradição nos estudos jurídicos e organizacionais dando ênfase ao papel de certos indivíduos na resolução de conflitos com vistas a criar o diálogo (SAMPAIO; BRAGA NETO, 2007). No nosso caso, o tema dos mediadores não se limita a esta definição tradicional, mas está sobretudo atrelado ao surgimento de redes que articulam o comunitário e o estatal em torno do desafio de constituição de esferas públicas locais participativas. Aqui, a ideia de mediação fica mais bem esclarecida dentro da lógica da MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano), que está desenvolvida na parte introdutória deste livro, e com as responsabilidades que certos indivíduos ou grupos de indivíduos assumem quase sempre voluntariamente no trabalho de organização da cidadania participativa.

chegada ao bairro de um novo serviço que significa necessariamente uma nova estrutura de poder. De fato, a ação governamental introduz novos atores no jogo político local e o profissional de saúde passa a exercer papel de destaque na organização das forças em jogo pela sua simples presença como representante do Estado ou como especialista dotado de saberes particulares que o diferenciam dos demais atores da cena local.

O caso do Morro da Conceição, tradicional área de Casa Amarela, que compõe parte do III Distrito Sanitário do Recife, é interessante para fazermos estas observações preliminares. O Morro da Conceição é uma área histórica, muito conhecida por sua tradicional festa anual da padroeira do local, com romarias e grande número de visitas. Trata-se de um lugar conhecido por suas rezadeiras, mas também por suas instituições civis voltadas para a promoção das danças e dos festejos. Assim, nessa área, tivemos oportunidades de colher depoimentos diversos a respeito da recepção significada pela chegada da unidade de saúde. Segundo um agente de saúde entrevistado, a Associação de Moradores do local criou resistências importantes à instalação da unidade de saúde no Morro da Conceição por motivos diversos, mas que têm a ver, em geral, com esta relação de forças complexas no plano local envolvendo lideranças, instituições e governo:

Quando a gente começou o trabalho aqui no Morro, as pessoas diziam que a unidade de saúde era uma conquista da comunidade... de uma determinada instituição, a Associação de Moradores. No entanto quando a gente começou o trabalho mesmo, a gente viu que a Associação de Moradores muitas vezes se colocava contra a gente. E não estava conosco, pra juntos, lutarmos por melhorias, na saúde. Então, a gente passou tanto tempo, numa unidade desestruturada. E ninguém, praticamente, deu a mão à gente, pra trabalharmos juntos. Então a parceria da nossa unidade com associações, foi muito importante, mas ao mesmo tempo foi muito sofrida. Muitas vezes a gente se sentia só mesmo (ACS Morro Da Conceição).

Por outro lado, por razões também diversas, há outras instituições que se mostraram mais sensíveis à novidade, como é o caso da Igreja Católica:

Quando a gente precisava de espaço físico, a igreja católica cedia seu salão paroquial. Algumas outras entidades cediam o espaço físico pra gente fazer algum evento ou pra fazer mesmo as reuniões de grupo... (idem).

Passada a fase da negociação com relação à implantação das unidades e iniciados os serviços, percebe-se o que poderíamos chamar de uma “demanda incontida por reconhecimento” por parte dos usuários com relação aos profissionais de saúde. De fato, uma unidade de saúde não é apenas um espaço de cuidados profissionais, mas aparece para muitos usuários como uma extensão da vida privada e doméstica, um lugar para se encontrar e conversar sobre assuntos diversos como a casa e a rua (DAMATTA, 2003). O usuário cobra dos profissionais de suas unidades não só respostas a suas demandas específicas por cuidados, mas respostas a demandas bem mais amplas, que são afetivas e culturais. Este quadro conjuntural gera, frequentemente, perplexidade entre os gestores e profissionais de saúde, pois tais demandas extrapolam o âmbito da saúde para refletir uma situação de precariedade no processo de constituição da cidadania.

Nesta perspectiva, o mediador individual é uma figura importante para a reorganização das redes sociais, assim como para articular a demanda popular e a oferta dos serviços

do Estado em torno de um projeto mais amplo de promoção dos direitos de cidadania na saúde. Tratando-se, em geral, de indivíduos que demonstram compromisso moral com as populações locais por razões diversas (MARTINS, 2008), tais mediadores são intermediários importantes para o sucesso da ideia de descentralização e integralização dos serviços de saúde no plano local.

Fronteiras ambíguas entre o comunitário e o estatal e a exigência de mediações individuais

Para melhor ilustrarmos essa situação social, propomos duas hipóteses de trabalho:

- a) há problemas concretos na organização de unidade de saúde nas comunidades distritais e de desenvolvimento dos serviços, o que demonstra que os desafios técnicos – normalmente valorizados pelos planejadores e gestores – são sobrepostos por tensões políticas e culturais que extrapolam o campo da saúde no sentido estrito, penetrando no “mundo da vida”, isto é, nos espaços de produção e reprodução de representações, crenças e memórias coletivas. Há, logo, uma distância efetiva a ser discutida entre a idealização da atenção básica e sua realização efetiva;
- b) o modo de funcionamento do espaço comunitário local revela as dificuldades de criação de mecanismo de participação e de mediação e a fragilidade da cidadania. Considerando que, nas sociedades pós-coloniais, o que chamamos teoricamente de “sociedade civil” foi, em geral, espaços de sociabilidade e convívio organizados nas franjas do poder central e local, e, em particular, nas fronteiras do Estado, então a diferença entre o “público” e o “privado” ou comunitário nem sempre é evidente. Como já o lembrou DAMATTA (2003), há uma extensão tradicional entre a casa e a rua e tal fenômeno é reativado com as criações de unidades de saúde nos bairros e comunidades, atualizando todo um dispositivo tradicional de participação largamente marcado por relações personalizadas.

Pelas razões acima sugeridas, os profissionais de saúde que atuam na ponta do sistema, são, em geral, pressionados para exercerem o papel de mediadores individuais na relação entre o Serviço e a Comunidade. Trata-se de uma pressão complexa visto que as demandas, como foi aventado acima, ultrapassa o Cuidado no sentido estrito abrindo-se para uma demanda de cidadania mais ampla², a qual nem sempre é vivida politicamente pelos atores locais. Assim, se, algumas vezes, a comunidade reivindica explicitamente os serviços, outras vezes é o próprio profissional da saúde que assume a exigência em nome da comunidade, caracterizando assim seu papel como mediador individual. O depoimento abaixo é emblemático de uma situação em que o ACS aparece como alguém que tem expectativas com relação a uma ação de cidadania mais ativa por parte da população e que, na ausência de uma ação cidadã mais articulada, assume o papel de crítico do Serviço, que ele mesmo é o executor:

² De certo modo, esta contradição entre oferta restrita de cuidados e demanda ilimitada por cuidados e por cidadania foi estimulada pelos princípios do SUS. Na medida em que o SUS se funda num ideal amplo de saúde que tem a ver com a ideia de bem-estar, extrapolando mesmo o âmbito de ação do Ministério da Saúde, então estabelece-se esta perspectiva da demanda ilimitada por cuidado como reconhecimento.

Eu acho que o trabalho de agente comunitário de saúde, o trabalho na saúde da família, é fazer com que a comunidade, também, tenha autonomia, e tenha força para ter suas próprias melhorias. Então, isso é que eu sinto falta. Isso é o que a população não se questiona, por exemplo, quando a gente está há sete anos numa unidade de saúde e não tem um dentista. A comunidade não questiona, a comunidade não vem junto, a comunidade não luta.

O problema da fragilidade da cidadania não é, todavia, um problema de responsabilidade exclusiva dos usuários. Suas causas também se explicam pela estrutura tradicional das agências estatais no que diz respeito em particular à articulação de serviços de diferentes níveis de complexidade. Há falta de concatenação mais efetiva entre as instituições públicas e entre estas e outras privadas, como percebemos no depoimento abaixo:

Uma coisa que eu sempre noto aqui no Morro da Conceição, é que cada coisa funciona isoladamente. A escola funciona isoladamente da igreja, que funciona isoladamente da associação, do CERVAC (esta instituição cuida de pessoas especiais, reintroduzindo-as na sociedade trabalhando com os seus aspectos positivos e melhorando as dificuldades). A gente tem grandes potencialidades, mas cada um fica retido no seu lugar, como uma ilha. Eu acredito que a história do Morro tem muito haver com isso, é uma história que tem muitas cisões.

Um terceiro fator que pode ser arrolado como inibidor de uma maior fluidez dos cuidados em saúde no plano local tem a ver não com a população, mas com as dificuldades muitas vezes observadas de articulação interna da gestão, entre a unidade e a gerência distrital: “A gente se sente só dentro da unidade, com todos os problemas, com todas as obrigações, mas sem ter a quem recorrer” (ACS Macaxeira).

Ou então, acontece que o grande número de famílias atendidas por cada ACS passa a interferir na qualidade dos serviços:

A gente não era pra trabalhar mais com famílias, era pra gente trabalhar com pessoas, com número de pessoas. Então era pra se ter em torno de 750 pessoas por agente de saúde. Aqui ainda se trabalha com o número de famílias, que é 150. O ideal seria em torno de 150 famílias. Mas Maria mesmo tem 260 famílias, 260 e poucas. Três agentes de saúde que têm mais que 200 famílias. Então assim, se eles têm que fazer... Por regra, elas teriam que fazer 8 visitas por dia. 8 vistas por dia em 20 dias, que seriam os dias do mês, seriam 160. Então ela nunca vai cobrir a área dela (Jônia, ACS Macaxeira).

Os profissionais de saúde reclamam frequentemente da solidão do seu trabalho, gerada tanto devido aos problemas de gestão entre Estado e Sociedade Civil, como dentro do aparelho estatal, o que leva os profissionais de saúde a se articularem em rede, favorecendo o surgimento de mediadores grupais que articulam soluções voluntárias para a gestão dos cuidados:

E a gente fica só muitas vezes. A gente sozinha aqui consegue resolver as coisas sem comunicar ao distrito, entre nós mesmos. O grupo é muito bom, a gente consegue se unir e resolver (Médica da Unidade da Macaxeira).

Podemos dizer que a contradição entre a demanda ilimitada por reconhecimento e os limites da oferta dos serviços (que jamais poderão suprir a ilimitação da demanda) impulsiona os profissionais de saúde da ponta do sistema a extrapolar suas funções técnicas restritas e desenvolverem certa prática de voluntariado:

E assim, eles [usuários] ficaram muito agradecidos, porque eles viam o quanto nós estávamos lá também, suando, correndo atrás. Eles viram o esforço que nós fizemos de enfrentamos toda aquela falta de estrutura juntos, pra tentar dar uma coisa positiva. Assim, eles reconheceram isso, assim em todas as causas (ACS, da Unidade da Macaxeira).

Não devemos avaliar esta equação entre ação profissional e ação voluntária como algo bom ou ruim em si mesmo, mas como um imperativo da prática do profissional, como uma resposta necessária para se mediar a lógica comunitária e a lógica gerencial e estatal. Nossa hipótese é que as dificuldades de gestão das ações em saúde entre a unidade e a comunidade, ou dentro do sistema de saúde, estimulam o surgimento de mediadores individuais. Estes mediadores individuais acabam atuando de forma híbrida, ocorrendo uma mediação de *duplo registro*, na qual o profissional extrapola sua função institucional, atuando na construção da cidadania cívica e política mais ampla dos usuários. Respondem, assim, a uma demanda que vai além de suas obrigações, mas que eles percebem ser fundamentais no vínculo entre eles e a comunidade, perpassando o plano da cura e caminhando para a resolução de problemas pessoais que ajudarão na construção cívica dos usuários, estabelecendo um conflito entre cidadania em saúde e cidadania cívica e política.

Os mediadores individuais e a lógica do duplo registro

Quando estamos falando em *duplo registro*, nos referimos a situações em que o profissional tem que improvisar para assegurar o funcionamento do serviço; ele tem que articular ações voluntárias com vistas a garantir atendimento dos usuários. Esta dimensão voluntária do trabalho do profissional da saúde apresenta diversos motivos, como problemas de logística, de demanda afetiva, entre outras. Na fala abaixo, percebe-se a exigência do duplo registro em situação de falta de logística para desenvolvimento das ações. Em uma das unidades visitadas, observou-se, de fato, o problema de falta de espaços para a realização dos trabalhos e do acolhimento (como ação pública) em particular, o que obrigou a gestora dos serviços a improvisar os atendimentos na garagem:

A gente continuou, para não distanciar tanto da unidade de saúde; continuamos fazendo os acolhimentos na garagem. Aí, pra não distanciar tanto daqui e ficar sempre chamando o povo pra estar vindo pra cá e tirar suas dúvidas do que estava acontecendo com aqui no posto, aí a gente ficou aqui na garagem (Médica da Unidade da Macaxeira).

Ação profissional e ação voluntária se complementam na organização da prática do cuidado e não apenas em termos de improvisação de espaços logísticos, como visto acima, mas também em termos de disponibilidade para escuta que ultrapassa o mero registro técnico. O depoimento abaixo é interessante para a compreensão do *duplo registro*, permitindo-se entender que a demanda por reconhecimento passa a significar ações de dádivas que extrapolam a função profissional restrita para recriar redes sociais que Lacerda (2010) chama de “redes de apoio social”. Ou seja, na busca de resolver a contradição entre serviços limitados e demandas ilimitadas e ao assumir o duplo registro da prática, o profissional da saúde passa a exercer papel de mediação entre o comunitário e o estatal. Mas tal duplicidade não é necessariamente vivida como algo pesaroso, mas

também como um novo status social, como um contexto de vivência de experiências de dádivas que normalmente são inibidas pela ação meramente burocrática. É o que observamos no depoimento abaixo:

O povo gosta tanto da gente, que vem demais às vezes, sobrecarrega. Porque vem muita gente! E você às vezes é médico, psicólogo, conselheiro, assistente social, é tudo. Tem toda uma experiência de vida, ser um pouco médico, ser um pouco pessoa, gente. Então têm todas essas experiências de vida. Às vezes Esqueço que eu sou médica, assim o que eu passo é o que eu sinto pra aquelas pessoas, pra ver se melhora, que não é a parte clínica (Médica da Unidade da Macaxeira).

Então, eu me sinto uma pessoa respeitada dentro, da minha área, Eu sinto que eles contam comigo: “não, pode ir à Maria, qualquer coisa de saúde, que ela resolve”. Está entendendo? E eu tenho essa segurança. tem não. Então hoje, graças a Deus, estou trabalhando muito bem. Mas a gente sofreu um pouquinho aqui. Mas agora é tudo na paz [construção da afetividade] (ACS da Unidade da Guabiraba).

O valor da dádiva da palavra na perspectiva do duplo registro fica evidente nos depoimentos abaixo, reforçando a importância da escuta na organização dos cuidados em saúde:

Tem muita gente que vem aqui pra ouvir a gente e só. Eles não querem consulta, eles querem ouvir, conversar. Depois que conversa, sai bonzinho. É muito comum. Chega aqui no ataque de nervosismo. Então chega aqui, na sala a gente acolhe, conversa, sai maravilhoso, só porque você conversou, você ouviu aquela pessoa. Então, isso é importante porque eles sabem, quando estão aperreados, ele tem alguém aqui no posto que ouça eles (ACS da Unidade da Guabiraba).

Têm muitos casos que vêm aqui, que são pessoas carentes... E elas não precisam de nada, já foi resolvido, ela só está aguardando o encaminhamento. Pronto, tem uma senhora que toda sexta-feira está aqui, que é um problema numa lesão numa perna e que está aguardando a consulta com o vascular. Enquanto ela não tem essa consulta com o vascular, ela está aqui conversando com a gente. Vem toda vez perguntar e a gente toda vez orienta: “espere a consulta com o vascular”.

No entanto, muitas vezes, a resolução da contradição entre serviços limitados e demandas ilimitadas pelo duplo registro (ação profissional associada à ação voluntária), gerando a função de mediação na organização das sociabilidades primárias e públicas, não tem resolução pacífica. Há casos em que a demanda do usuário ultrapassa as leis do convívio, gerando conflitos e desentendimentos, revelando uma interrupção da dádiva:

A gente aqui sem nem estar ciente do problema, já vem com agressão pro lado da gente. E isso acontece com a gente que está aqui na base. E principalmente a partir do momento que a gente está aqui pra receber todo mundo no dia do acolhimento de 8h a 10h da manhã.

Alguns comentários conclusivos

Finalmente, para concluir o presente texto, gostaríamos de assinalar que as reflexões aqui sugeridas devem ser aprofundadas não somente pelo estudo do caso do Recife, mas também com outras comunidades e de preferência mediante estudos comparativos. De todo modo, em termos de organização das mediações individuais, podemos sugerir que:

- a) Tais mediações existem tanto nos espaços da sociedade civil como naqueles do Estado, sobretudo na ponta do sistema como resposta da gestão pública em formação em face da inexistência de condições estruturais amplas para implantação da cidadania republicana nos moldes europeus. Os mediadores – individuais, grupais ou dispositivos de mediação – são recursos fundamentais para se induzir novas sociabilidades coletivas e públicas. Existem, assim, vários tipos de mediadores individuais no plano local, alguns ligados tradicionalmente aos movimentos sociais locais, outros que apareceram com as ações de descentralização em saúde, e que foram objeto deste texto. O que nos pareceu interessante nesta pesquisa foi observar a importância do profissional de saúde como mediador na organização dos serviços, mediação que surge como uma exigência de resposta à contradição colocada pelos próprios princípios do SUS. Na medida em que a Atenção à Saúde não se restringe ao binômio saúde-doença, mas passa a incorporar a própria organização da cidadania e dos direitos do cidadão, abre-se uma contradição entre a limitação dos recursos e dos serviços oferecidos pela unidade de saúde e a demanda ilimitada por serviços e por reconhecimento por parte da população local.
- b) A possibilidade do profissional de saúde aparecer como mediador individual exige que ele desenvolva uma ação de duplo registro, ou seja, ao mesmo tempo em que ele é um profissional da saúde, ele é também um mobilizador cívico solidário. O duplo registro se impõe como uma exigência da prática do serviço, pois as demandas extrapolam em muito o mero cuidado e há um quadro de relativa desmobilização cívica exigindo a iniciativa voluntária do profissional de saúde. As pessoas vão para a unidade de saúde não apenas para serem atendidas pelo profissional, mas para circularem, se falarem, trocarem ideias sobre a casa e a rua, respondendo a uma mobilização doméstica mas não cívica. Os corredores das unidades deixam de ser um espaço do serviço público para serem, muitas vezes, continuações dos espaços domésticos. Lugares onde se fala de doença, mas também de crianças, vizinhos e “fofocas”. E o profissional de saúde, ao extrapolar sua função restrita e se assumir como mediador individual dos processos coletivos, tem igualmente que organizar sua rede de apoio (LACERDA, 2010), realizar ações que deixam de ser meramente técnicas para serem dadas (CAILLÉ, 2006; MARTINS, 2006). A escuta ou a palavra ultrapassam suas dimensões técnicas para se tornarem motivos de aproximação, de acolhimento e cuidado.

Enfim, para concluir, é importante destacar que o fenômeno do duplo registro não é uma anomalia funcional gerada pela ação em saúde descentralizada. Ao contrário, ela é uma resposta adequada ao desafio de gerar ações participativas e de responsabilidade (PINHEIRO, 2008) em contextos de fragilidade institucional e emocional das populações locais. As mediações em redes, necessárias para flexibilizar a ação estatal na ponta do sistema, aparecem necessariamente como duplo registro, visto que quanto mais se aproxima do mundo da vida, mais o profissional é obrigado a temperar sua prática com os dons dos cuidados.

Referências

- CAILLÉ, A. A sociedade mundial no horizonte In: MARTINS, P.H.; FERREIRA, B.N. (Org.). *A nova ordem social*. Perspectivas da solidariedade contemporânea. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- _____. O dom entre interesse e desinteressamento In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006.
- DAMATTA, R. *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.
- LACERDA, A. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Tese (Doutorado em Ciências na Área da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2010.
- MARTINS, P.H. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação In MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006.
- MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 115-142.
- MARTINS, P.H.; SANTIAGO, M.; CARVALHO, R.B. A cidadania como afetividade: a luta pela autoconfiança In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 139-148.
- MARTINS, P.H.; BARBOSA, J.A.; ALBUQUERQUE, M. A cidadania como direito: a luta pelo autorrespeito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 149-158.
- MARTINS, P.H.; BEZERRA, R.; NASCIMENTO, W. A cidadania como solidariedade cívica na esfera pública: a luta pela estima. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 159-170.
- _____. Don, religion et eurocentrisme. *Revue du MAUSS: Mauss vivant The living Mauss*, n. 36, second semestre, 2010.
- MOREIRA, M.N. Dádiva, reciprocidade e associação em rede na área da saúde. MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- PINHEIRO, R. Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 11-19.
- SAMPAIO, L.R.C.; BRAGA NETO, A. *O que é mediação de conflitos*. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- SCALON, C. *Imagens da desigualdade*. Rio de Janeiro: Iuperj, 2004.
- SOUZA, J. *A invisibilidade da desigualdade brasileira*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2006.

Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na Atenção Básica

RAPHAEL SOARES BEZERRA
ENDERSON LUIZ CARVALHO

Introdução

O funcionamento eficaz da atenção básica pode ser considerado o carro-chefe de uma lógica de atuação do SUS que vem se aperfeiçoando desde o Programa Saúde da Família (PSF): a prevenção e o cuidado. Acompanhamos o funcionamento do PSF nas comunidades do distrito III da cidade do Recife desde 2008, quando desenvolvemos a pesquisa “Saúde, redes e determinantes sociais”, financiada pelo CNPq. Desta pesquisa, foram produzidos textos, que integraram o livro *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário* (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

O objetivo desses textos era discutir a permeabilidade de elementos sociológicos no funcionamento da política pública de saúde territorializada, adaptada ao contexto de uma comunidade do Recife, o Córrego do Jenipapo. Acorados nas reflexões de Martins (2009b) na construção da já conhecida MARES e na Teoria do Reconhecimento (HONNETH, 2003), dividimos os elementos sociais “determinantes” na construção de uma esfera pública na saúde na: a) construção da afetividade (MARTINS; CARVALHO; SANTIAGO, 2009); b) construção dos direitos e do autorrespeito (MARTINS; ALBUQUERQUE; BARBOSA, 2009); e c) construção da solidariedade cívica e da autoestima (MARTINS; BEZERRA; SANTOS, 2009). Ou seja, realizamos uma cartografia mais ampla das relações sociais cujo centro era a formação da esfera pública, da qual a Unidade Saúde da Família (USF) fazia parte.

Nesta etapa da nova pesquisa, “Usuários, redes de mediação e esfera pública na saúde”, financiada pela Facepe,¹ desenvolvemos o foco nas qualidades das mediações no ambiente das USF, tomando-as como centro. Agora, estamos interessados em descrever as USF como construídas a partir do cotidiano das relações entre profissionais, usuários e gestores. Como funciona uma USF no cotidiano? Que tipos de dificuldades são enfrentadas pelos profissionais? O que contribui para a eficácia das USF, do ponto de vista institucional? Partimos dos pressupostos desenvolvidos por Martins (2009a; 2010) sobre o conceito de *mediação*. A meta do presente texto é analisar a atuação (ou não) de dispositivos de mediação institucional nas relações entre profissionais de saúde, usuários e o distrito sanitário.

¹ Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco.

Seguimos a abordagem interacionista e construcionista da MARES (MARTINS, 2009a; 2009b), entendendo que: a) as USF são construídas a partir de diferentes tipos de relações humanas; b) nestes tipos de relação estão inseridos os processos de mediação institucional, que contribuem ou não para a eficácia da atenção básica; c) os processos de mediação institucional relacionam-se com a experiência humana das interações entre profissionais e usuários, contribuindo para a “humanização” dos processos de gestão; d) os dispositivos de mediação institucional podem funcionar: i) alimentando e perpetuando conflitos nas interações entre os atores envolvidos, ou ii) gerando dádivas e reciprocidade, contribuindo para a qualificação da atenção básica.

Nesta abordagem, o conceito de definição da situação é fundamental, desde que caminhemos a partir de um situacionismo metodológico. Compreender como os profissionais definem a situação da USF na qual trabalham, como descrevem situações cotidianas, é importante para que possamos perceber os dispositivos de mediação presentes nas interações no contexto das USF. Como nos ensina Goffman (2007, 1988), as interações sociais são como jogos de papéis e expectativas, que podem ter efeitos construtivos ou perversos para a formação dos *selves* dos indivíduos engajados nos diálogos, provocando estigmas situacionais, conflitos hierárquicos, entre outros problemas. Os dispositivos de mediação institucional fazem parte do cenário estrutural, que condiciona e define certos padrões de interação: a) aumentando as chances de construção de uma situação em que a dádiva circula (preservação do reconhecimento entre as partes na interação), ou b) produzindo cenários que propiciam o conflito e a falta de circulação de dádivas (desconfiança, descrença, e antagonismos).

Eis a lógica da nossa exposição: desenvolveremos, a princípio, os processos de mediação institucional nas USF estudadas, explorando uma descrição densa da situação social dessas USF do ponto de vista da mediação institucional. Todas elas se encontram no distrito sanitário III, da cidade do Recife: USF da Macaxeira/Burity, USF do Morro da Conceição e USF de Guabiraba. Depois dessa descrição, desenvolveremos mais dois tópicos: um relacionado aos problemas gerais ou mais importantes encontrados nas USF, e outro demonstrando os maiores ganhos em eficácia na atenção básica provocados por mediações institucionais que favorecem a circulação de dádivas e reciprocidades.

Os processos de mediação institucional nas USF

USF da Guabiraba

Esta unidade é composta de duas equipes do PSF, que atendem de forma isolada em uma das maiores USF entre as quais pesquisamos. Cada equipe possui sete agentes comunitários de saúde (ACS), um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, uma dentista e uma auxiliar de dentista (existe apenas uma dentista e uma auxiliar para as duas equipes). Ainda há, na unidade, uma recepcionista e uma auxiliar de farmácia, terceirizadas. Os agentes de saúde ambiental (ASA) visitam constantemente a unidade, fazendo-a seu ponto de apoio. A unidade é formada por térreo e primeiro andar e possui uma rampa de acesso para deficientes físicos. O prédio possui recepção, sala de espera, farmácia, sala de esterilização, copa, salas de reunião, consultórios médicos, de dentista

e das enfermeiras. Na recepção ficam os quadros de avisos, os armários com pastas de prontuários e fichas preenchidas com os dados do cadastramento territorial da família.

Nesta USF, além do clássico grupo de Hiperdia (Hipertensão+Diabetes), também são realizados atendimentos e momentos coletivos de educação em saúde no grupo de planejamento familiar e em dois grupos de Idosos. Os encontros nestes últimos são sempre semanais, por exemplo, o grupo de planejamento familiar funciona nas terças à tarde, e no momento só recebe mulheres.

Esta foi a única unidade pesquisada em que ainda não foi implantado o *acolhimento* (BRASIL, 2004). Este dispositivo de mediação tem mostrado sua eficiência na qualificação da relação dos usuários com as USF, como veremos adiante. Uma enfermeira, entrevistada pela equipe de pesquisa, busca justificar a falta de planejamento com as férias intercaladas entre os médicos e a falta de discussão entre as equipes. Esse é um dos problemas enfrentados na USF Guabiraba: a falta de comunicação entre as equipes. Evidencia-se neste depoimento de uma ACS:

Tem gente que ainda não aceita. Mas aqui, eu sou da equipe 1, eu estou falando da minha equipe, eu não quero saber da equipe de ninguém, eu estou falando da minha, cada um tem um jeito de trabalhar (ACS 2: Guabiraba).

Essa falta de cooperação e planejamento (necessário para a implantação do acolhimento) gera uma individualização por parte dos profissionais, fazendo com que eles se dividam e se preocupem apenas com a parte que lhes cabe. Isso fragmenta o trabalho e a proposta do PSF. Na medida em que os profissionais não assumem o compromisso coletivo, não impera a lógica do duplo registro (MARTINS; CUENTRO, 2010), e a regra, que deve servir para beneficiar o serviço e qualificar o vínculo, passa a ser utilizada como um empecilho, um entrave na circulação de dádivas:

Então aquela pessoa na unidade, ela pode resolver aquele problema naquele momento. Mas por uma ou outra questão de burocracia, ela não resolve; burocracias existem, mas às vezes a gente tem que ver a situação que está existindo naquele momento e a gente tem que abrir, entendeu, muitas vezes. Então, você tem que fazer, tem que abrir uma exceção. Às vezes acontece que a pessoa (o profissional) não tem esse olhar. Quando chega outra pessoa, que *interfere*, que vê e que chama outra e que tenta resolver, está entendendo? *Então é nesse sentido, de sensibilidade, de humanização em relação àquilo que ela está vendo.* Então, eu acho que se tivesse mais isso, compromisso (Enfermeira 1: Guabiraba).

A enfermeira acredita que a falta de compromisso é resultado da atuação de profissionais que não possuem o “perfil do PSF”. Quando em conversa, a mesma enfermeira e outros profissionais descrevem o indivíduo que tem o “perfil do PSF” aquele “capaz de doar”, que “gosta de povo” e que “assume o compromisso”, “veste a camisa”. Ora, são requisitadas qualidades humanas, e não técnicas, no sentido do domínio de uma *expertise*. O “perfil do PSF” é, possivelmente, aquele profissional que lida com as dificuldades estruturais e “humaniza” a relação com os usuários e com a equipe. Essa constatação importante do ponto de vista da mediação individual não deixa de estar vinculada a uma falha na mediação institucional, que propicia a chance de um conflito que é evitada por esse profissional mediador, que restaura a circulação de dádivas. A falha na mediação institucional se dá pela falta de dispositivos de mediação, que perpetuam situações mo-

ralmente degradantes para profissionais e usuários. É o caso, por exemplo, da necessidade de se marcar uma consulta para especialista. Tais consultas são marcadas nas USF, por telefone, em contato com a Central de Regulação.² No entanto, como já foi discutido em outros textos (BARBOSA; ALBUQUERQUE, 2009; BEZERRA; SANTOS, 2009), as vagas são ínfimas e provocam uma média de espera de quatro meses. Isso, dentre outras situações, contribui para o descrédito do serviço, e estigmatiza a imagem social da USF, que passa a sofrer as consequências de uma interação com um usuário nervoso:

Os profissionais tentam minimizar os conflitos gerados pela demora e falta de vagas, tanto o indivíduo na posição de profissional, quanto no âmbito pessoal, de forma amigável, educadora, para fazer com que o indivíduo compreenda (Enfermeira 1: Guabiraba).

A gente, aqui é assim, a gente é como se fosse o escudo. Então assim, tudo que se acontece na unidade reflete na visita, tudo. Então assim, se a pessoa foi mal atendida, vai refletir na gente. Se ela veio aqui, não conseguiu um encaminhamento, vai refletir em mim. Assim, eles usam uma expressão assim: “esse posto e merda é a mesma coisa”, entendeu? Então, isso pra gente é, assim, ofende porque assim, a gente é da unidade, eu sou a unidade, entendeu? (ACS 1: Guabiraba).

Os dois depoimentos demonstram a situação delicada em que fica o profissional de saúde, diante do usuário, quando há falhas nos dispositivos de mediação. A situação demonstra que as qualidades estruturais da unidade colocam em risco uma relação de confiança e respeito entre profissionais e usuários.

Observa-se que a USF Guabiraba se destaca por ter conseguido uma recepcionista, o que liberou o ACS desse papel, e pelo oferecimento de vale-transporte às pessoas que não têm condições de se deslocar para atendimentos mais afastados do bairro.

USF da Macaxeira

A USF Macaxeira/Burity, maior entre as estudadas, possui três, em vez de duas equipes. Cada equipe atende a 1.400 famílias, quando o ideal, segundo a médica da equipe II, seria 900. Uma questão frequentemente observada é a queixa a respeito da alta demanda, que impediria o devido planejamento das equipes saúde da família (ESF), pois estas são levadas pelo fluxo das atividades cotidianas cujo alto risco de interrupção atua como elemento impeditivo para a organização dos indicadores locais coletados durante o atendimento, como elemento orientador das intervenções das unidades. Essa foi uma das principais queixas dos profissionais em todas as USF. A demanda incontida provoca dificuldades na gestão dos atendimentos domiciliares e das visitas dos ACS, como demonstra o depoimento a seguir:

Mas M. mesmo tem 260 famílias, 260 e poucas. Três agentes de saúde que têm mais que 200 famílias. Então assim, se eles têm que fazer... Por regra, elas teriam que fazer 8 visitas por dia. 8 vistas por dia em 20 dias, que seriam os dias do mês, seriam 160. Então ela nunca vai cobrir a área dela (Enfermeira 1: Macaxeira).

² A Central de Regulação é o órgão responsável pela marcação de encaminhamentos da atenção básica para as policlínicas e hospitais, onde se encontram os médicos especialistas. Os profissionais normalmente telefonam para a Central com o intuito de marcar consultas ou checar vagas para os usuários.

Num período de quatro meses, profissionais e usuários sofreram com uma reforma, o que explicita a falta de dispositivos de mediação institucional entre profissionais e o distrito. O casarão transformado em USF possui problemas de estrutura e, com as chuvas, infiltrações que danificaram tetos e paredes. Em 2009, foi preciso interditar uma sala, a sala de vacinas, por conta de um armário que caiu. Pouco tempo depois, parte do teto veio abaixo. As profissionais da equipe II afirmam ter encaminhado vários ofícios ao distrito, mas foi preciso parar a vacinação para que o distrito os atendesse. Por uma questão de higiene, os profissionais preferiram não vacinar na mesma sala em que se faz curativos. Depois de visita e vistoria, o distrito simplesmente avisou aos profissionais que haveria a reforma e que, durante esse período, a USF estaria fechada, e as equipes pulverizadas, com médicos atendendo na policlínica Barros Lima, e outros profissionais dispersos entre outras USF da região.

Foi preciso o teto literalmente cair para construtora vir e ajeitar o teto. Porque até então a gente trabalhava olhando pras rachaduras do teto, pra ver se não ia cair nada na cabeça da gente. Mas infelizmente nós voltamos pra uma unidade que, realmente, agora tem um telhado e tem as paredes brancas, mas sem nenhuma diferença (auxiliar dentista 1: Macaxeira).

A frustração dos profissionais é explicada pelo fato de que não houve um planejamento em grupo, mas sim uma ordem hierárquica, mal estruturada. Uma reforma que apenas “maquiou” os problemas estruturais da unidade e tapou o buraco do teto que caiu, como relataram os profissionais em um grupo focal. Um conjunto de profissionais decidiu continuar atendendo na USF, pensando nos usuários que não poderiam se locomover para muito longe. Organizaram o acolhimento na garagem da unidade. Num espaço que mal cabe uma ambulância “SAMU”, sem janelas ou ventilação, colocaram duas mesas, uma para consultas rápidas, outra para o acolhimento e recepção. Conseguiram “puxar” um fio telefônico para fazer marcação de consultas com a Central de Regulação. Em outras palavras, organizaram uma miniatura de USF que atendeu nas segundas, quartas e sextas, recebendo, para o acolhimento, uma média de 50 pessoas por dia, como foi possível registrar em diários de campo. Neste período de estresse, cresceu a insatisfação dos profissionais com o distrito, que em conversas, entrevistas e grupos focais, demonstravam ressentimento devido à situação que lhes foi imposta.

A preocupação deles é porque não estávamos vacinando. Mas eles vieram, passaram uns quatro meses pra poder resolver o porquê que a gente parou a vacina, entendeu? E aí, em vez de tentar resolver, não. A cobrança era só dizer: “não, vocês têm que voltar a vacinar, vocês têm que voltar a vacinar”. Mas a gente não tinha como vacinar (Enfermeira 1: Macaxeira).

Como é que você explica pra uma comunidade que tem um dentista residente, mas que não atende, que não pode atender porque não tem consultório? (Residente Dentista: Macaxeira).

As profissionais sentem falta da coordenação do distrito e sugeriram, em reunião, a presença da gerente nas USF durante uma tarde por mês. Existe um gerente por cada microrregião. No entanto, esses gerentes estão aparentemente envolvidos em atividades e movimentos sociais locais, não restando tempo para a atividade de mediação entre a USF e o distrito. Nas reuniões do distrito, não se discutem problemas específicos de cada unidade. Como foi observado em visita à reunião do distrito, a interação das USF

com os gestores é protocolar, pois além da ausência do distrito no cotidiano das unidades, há uma despolitização dos embates coletivos nas reuniões, sendo tratados como assuntos individuais a serem resolvidos no gabinete, em vez de serem debatidos entre as unidades. Os gestores oferecem possibilidades de serviços, discutem temas abrangentes e não criam, com as unidades, uma reciprocidade.

Quando falta o suporte do distrito, aparece a mediação da Universidade de Pernambuco (UPE) no gerenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), seu programa de residentes fixos e itinerantes. Muitas vezes, os residentes acabam suprindo a falta de material, a falta de especialistas (como fisioterapeutas e psicólogos) e de apoio social (assistente social). A presença dos residentes contribui para que a dádiva funcione nas relações entre os profissionais. No período estudado, foram realizados cursos para os usuários, como o curso para cuidadores de acamados. Esse curso contou com o apoio de um mediador forte, o conselho de moradores da Macaxeira/Burity, que cedeu o espaço, como faz com frequência para o desenvolvimento de atividades nas quais a USF participa. O curso realizado pelos residentes do NASF foi considerado um sucesso, e os usuários produziram uma pequena cartilha, para não esquecerem o que foi aprendido.

Os profissionais ainda apontam como mediadores vários usuários, pois conseguiram estabelecer uma relação de confiança com uma parte considerável da população. Como foi uma das USF pioneiras na implantação do acolhimento no Recife, a Macaxeira conseguiu imprimir um novo ritmo de trabalho, e tem cultivado uma relação qualificada com os usuários, que passaram a confiar na qualidade do atendimento da USF, requisitá-la e agradecer, oferecendo presentes, até mesmo cartões de Natal assinados com dedicatórias. A médica fala com satisfação:

Ah, o que eu vi, pelo paciente quando adoce, qualquer coisa, ele não vai mais pra urgência. Ele sabe que na Macaxeira, naquele dia, tem acolhimento, ele vai lá se consultar, entendeu? Ele sabe que naquele dia ele vai ser acolhido, vai ser ouvido, vai ser medicado.

Desta forma, sobretudo os profissionais da equipe II conseguem desenvolver uma relação de dádiva com os usuários, que têm procurado mais a unidade, insistindo para não ter que ir para um especialista, e sim tratar-se na unidade mesmo. A USF ainda conta com a mediação do conselho de moradores e do NASF; no entanto, a relação com o distrito ainda necessita de uma mediação mais eficaz para o desenvolvimento de reciprocidades, para que se quebre a cadeia de cobranças de uma relação de hierarquia sem retribuição.

USF do Morro da Conceição

A USF do Morro da Conceição sofre de problemas semelhantes. Há áreas descobertas por ACS nas duas equipes, por falta de ACS para repor as vagas de quem não mais trabalha lá. As duas equipes atendem num espaço mínimo, que já foi um banheiro público. No início da pesquisa, os profissionais já se organizavam para uma reivindicação por outro espaço de trabalho, mais digno:

A gente tem que começar por um ambiente salubre. Porque como é que nós vendemos imagem de saúde se nós não temos nem um ambiente saudável? Viroses, tuberculoses, hansen. As salas são com ar-condicionado sem janela, se vocês forem olhar aí. Tem janela

não. Se faltar luz a gente também não trabalha. A gente não tem luz natural. Temos luz aqui no corredor. Então esse dia, que tinha um verdadeiro dilúvio na portaria. Os pacientes também não tinham onde ficar e a gente teve que cancelar quem tinha agenda, né, porque faltou energia, não retornou. E porque o ambiente aqui dá medo, dá choque nas paredes (Médica 1: Morro).

A médica também critica os projetos arquitetônicos das USF, que poderiam ser mais bem desenhados e executados, no sentido de evitar, por exemplo, a proximidade entre uma área de vacinação e uma sala de curativos. Não é por acaso que os profissionais da USF do Morro possuem uma demanda enraivecida acerca da estrutura física. A USF não tem sala de espera, o corredor que dá acesso às salas é estreito. As duas equipes fazem reuniões para discutir e tentar melhorar o funcionamento da USF. Em reunião registrada por nós nos diários de campo, alguns ACS estavam se mostrando insatisfeitos com o acolhimento. Sugeriram até que atendessem duas pessoas de uma só vez. As médicas falaram “mais alto”, em seus argumentos, e o acolhimento foi mantido do jeito que é. A chateação de alguns ACS com o acolhimento diz respeito a um problema mais grave e sentido por eles: a alta demanda. Associado a esse problema está outro: a má qualidade da recepção, como afirma uma médica:

Fisicamente a gente tem um grande atrapalho pra isso, né, nós temos uma péssima recepção. Quando isso tumultua, aí os profissionais também, dentro, por sua vez, se sentem pressionados e se sentem mal e às vezes a gente não quer passar por isso (Médica 1: Morro).

A falta de um treinamento na recepção, associada à alta demanda, provoca um clima de stress no cotidiano dessa USF, que precisa ser contornado com interferência de mediadores individuais. Por essas razões, a médica citada acima considera que não conseguiu sair da mera assistência, demonstrando sua frustração de ser engolida pela demanda e pelos problemas estruturais. Há relatos de que a USF do Morro tem atendido usuários de outras áreas. A solução foi pedir comprovante de residência e tentar providenciar cartões da família. As reuniões com o distrito tem sido desgastantes, por conta do tipo de cobrança (preencher melhor o encaminhamento) e da falta de mediação institucional (desenvolver um dispositivo que regule a produção da contra referência). Outro problema importante é a autocrítica dos profissionais, que reconhecem ser necessária uma melhor articulação entre as equipes, e um maior apreço pelas atas de reunião, na tentativa de seguir aquilo que foi previamente acordado.

Diante de todas essas dificuldades estruturais, os profissionais decidiram organizar uma paralisação, em protesto, cujo cerne da demanda era uma USF nova. No primeiro dia de paralisação, poucos usuários compareceram, o que deixou o emocional dos profissionais abalado. Decidiram, então, ir de casa em casa, buscando os usuários, explicando face a face quais os motivos da paralisação. Com isso, conseguiram maior visibilidade para com os usuários e um acordo com o distrito, que prometeu, em ofício do dia 29 de abril, a concessão do direito ao uso de um imóvel adequado. Eis um trecho da carta aberta à sociedade, redigida pelos profissionais no dia 20 de abril:

É de conhecimento da Secretaria de Saúde e dos comunitários do Morro da Conceição que a mudança de prédio de nossa atual unidade de saúde vem sendo planejada antes

mesmo de sua inauguração, que se deu no ano de 2003, e desde então vimo-nos obrigados a prestar atendimento em prédio antigamente usado como banheiro público. O próprio orçamento participativo priorizou em 2006 a reforma do CSU (Centro Social Urbano do Morro da Conceição) para transformação do prédio nas futuras instalações da dita USF. Desde então, inúmeras reuniões ocorreram com esclarecimentos e promessas da gestão, mas sem encaminhamento concreto com data de início e término das obras. Sentimo-nos envergonhados de oferecer infra-estrutura tão problemática e sem nenhuma qualidade aos nossos comunitários! Estamos em constante luta para a concretização desse projeto que não há de ser só um sonho, mas a concretização de um direito há tanto negado a essas pessoas que tanto necessitam.

Esse momento importante contribuiu para restaurar a relação de compromisso e dádiva entre profissionais e usuários. Como vimos anteriormente, os problemas da falta de qualidade na recepção e na estrutura física contribuíram para que houvesse atritos e cobranças por parte dos usuários. À medida que se uniram aos profissionais por uma causa comum, conseguindo o êxito, ambos se sentiram parte de algo maior, num momento de solidariedade cívica. Ressalta uma médica:

Quando fomos buscá-los [usuários] dentro da sua própria residência, em cada residência, de boca a boca, ele conseguiu nos escutar e a gente conseguiu escutá-los. Então isso fez com que eles retornassem para nós. E isso fez com eles acreditassem que a luta dele ainda não terminou e que ele tem muita força sobre isso. Porque em momento algum a gente se uniu à política, em nenhum momento a grupo, nada. A gente deixou aberto pra todo mundo, entendeu? (Médica 2: Morro).

Desta forma, pode-se afirmar que a relação entre profissionais e usuários se tornou mais qualificada, em torno de um objetivo comum: melhorias na estrutura física. Outro fator essencial é o acolhimento, reconhecido como um instrumento de escuta qualificada eficaz. A USF do Morro ainda conta com o apoio dos residentes do NASF, que são agentes dessa nova forma de pensar a atenção básica, fruto de várias pesquisas e vários embates intelectuais.

Inchaços na demanda e conflitos na gestão das USF

Como podemos observar a partir da descrição do cotidiano das USF em questão, elas compartilham muitos dos problemas citados. Isto é, falta de dispositivos de mediação com o distrito, estrutura física insuficiente, ausência de especialistas ou demora excessiva para a realização de consultas na média e alta complexidade, ausência de contrarreferência, incapacidade de cobertura total das áreas pelos ACS. Esses problemas contribuem para a perpetuação de conflitos e bloqueiam o sistema de dádivas das relações humanas que constroem o cotidiano da atenção básica na unidade. Todos esses problemas são elementos cruciais no cenário das interações sociais na prática da ação em saúde, e são levados em consideração pelos atores, que orientam suas expectativas e produzem significados distintos para as USF, podendo prejudicar sua imagem social e estigmatizar seus profissionais, desenvolvendo um tipo de lógica perversa. A partir do momento em que o profissional de saúde se identifica com a USF em que trabalha, uma depreciação da imagem da mesma acarreta em um sentimento de depreciação moral por parte desse

tipo de profissional; em condições melhores ele agiria como um importante mediador, o profissional que tem o “perfil do PSF”.

Assim, eles usam uma expressão assim: “esse posto e merda é a mesma coisa”, entendeu? Então, isso pra gente é, assim, ofende porque assim, a gente é da unidade, eu sou a unidade, entendeu? Então, independente se a unidade funcionar ruim ou não, eu faço parte daquela unidade (ACS 1: Guabiraba).

Da mesma forma, o usuário que, por direito, merece um atendimento qualificado, sente-se moralmente lesado quando não consegue ser atendido. Na maioria das vezes, usam dos instrumentos que têm para reivindicar: xingam, falam mal, denunciam. Em boa parte das vezes, os profissionais revidam. “Marcam” o usuário “reclamão” e passam a atendê-lo mal, ignorá-lo. Quando se torna comum a situação de precariedade, os conflitos se perpetuam.

Aí eu peguei, fui lá dizer a ela que não tinha conseguido, que ia demorar muito, que ela procurasse outro lugar que ela pudesse fazer, tudinho. A mulher me deu um bale, ela disse que esse posto era mesmo que merda, que bem que ela nunca quis precisar mesmo, que ela não precisa, que a gente não fazia nada, que não sei pra quê a gente visitava, ela disse que não sabia o quê eu estava fazendo na casa dela (ACS 2: Guabiraba).

Assim, em muitas situações, os ambientes das USF são marcados por tensões, um ambiente moralmente prejudicado. Dentre várias razões possíveis, isso também acontece quando falta um dispositivo de mediação institucional simples, como a qualificação dos profissionais de atendimento, na entrada da unidade.

Sei lá, vem alguém aqui: “cadê o agente de saúde tal?” E simplesmente dizem assim: “ah, ele não veio, ele não está”, isso não é resposta, né? Então é isso que eu digo de um atendimento qualificado pra comunidade, começando lá fora, sempre. Porque não adianta eu atender bem aqui dentro, eu, minha colega, se o cabra já foi atendido mal fora, lá fora, assim, né: “ah, sei não!”. Parece que está lhe fazendo um favor (Médica 1: Morro).

Todos esses depoimentos demonstram a exigência por dignidade existente quando se trata de relações entre pessoas; o bom funcionamento de dispositivos de gestão é algo crucial se tratando das USF. Desta forma, percebemos os impactos possíveis nas formas de relação humana provocados por mecanismos de gestão ineficazes. O ônus é moral, e afeta as interações entre profissionais, usuários e gestores de maneira geral.

Dádivas e reciprocidades na atenção básica: o acolhimento, o NASF e a eficácia profissional

O cotidiano das USF não se resume apenas a conflitos e tensões. Existem iniciativas que logram êxito na qualificação das relações humanas, contribuindo para a circulação de dádivas e o funcionamento moralmente saudável dos serviços nas unidades. É preciso existir, e existe, um elemento motivador, que faz com que os profissionais continuem trabalhando e, certamente, para boa parte das categorias profissionais que compõem o PSF, esse elemento não é o dinheiro.

Os tipos de inovação institucional que mais têm qualificado as relações humanas, contribuindo para a eficácia do serviço de saúde, são o acolhimento e o sistema de residência do NASF.

A literatura de saúde pública caracteriza o trabalho de acolhimento de acordo com seus critérios normativos, ou metas, estudando-o de acordo com questões de acessibilidade. Em primeiro lugar, o atendimento universal, autossugestivo, indica que todos os indivíduos que procurarem por cuidado no posto serão atendidos no acolhimento. Em segundo lugar, a descentralização da equipe de saúde, que perde o médico como centro de referência. Neste sentido, o acolhimento funciona como um controle das consultas médicas, sendo os usuários encaminhados a consultas médicas apenas quando se julgar necessário. Terceiro, o acolhimento visa a “qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania” (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999, p. 347). Ainda, destaca-se a exigência de um atendimento resolutivo, que demonstre a responsabilização clínica do acolhedor em dar um desfecho positivo à queixa do usuário. Esse avanço do SUS provoca uma modificação na lógica do sistema, que tira a consulta médica do centro do serviço, e tira a figura do médico como centralidade do saber, diminuindo, estruturalmente, o protagonismo da consulta médica como forma essencial do cuidado. Esses elementos inovadores provocam a inclusão de mais usuários no sistema:

O que eu acho bom no acolhimento é o seguinte: é porque pessoas que não tinham acesso aqui porque marcavam consulta na fila, né, na fila de marcar consulta, aí chegava aqui: “não acabou as fichas, não têm mais consulta”, aí lá vai tentar outro dia (Enfermeira 1: Macaxeira).

Além disso, o acolhimento possibilita uma maior interação entre profissionais e usuários. Outra inovação é a presença dos residentes do NASF. A presença deles provoca uma renovação nos estímulos dos profissionais, favorecendo a troca de conhecimentos e parcerias. Com todos os avanços em pesquisas, a construção do conhecimento acadêmico favorece novas posturas, que passam a ser compartilhadas por outros profissionais mais distantes da academia. A presença dos residentes NASF acaba por disseminar as novas tecnologias humanas na saúde, atualizando o sistema.

Eu acho que uma coisa maravilhosa que acontece é o fato dos residentes estarem aqui dentro. Realmente, eles mexeram, eles trazem saber diferente, da academia, um olhar diferente, renova, deu uma mexida, uma sacudida, pra gente poder, realmente, modificar isso aí. Eu acho que se a equipe tivesse, como tradicionalmente ela era, a gente não tinha avançado muita coisa, não. Porque a gente fica no tradicional, na assistência, no dinossauro, entendeu? Então tem que ter isso aí [risos] (Médica 1: Morro).

Todas essas inovações, associadas ao compromisso profissional e ao respeito, por parte dos usuários, contribuí para o aumento da confiança e a produção de vínculos importantes; principalmente em um ambiente construído por relações humanas cotidianas, fazendo da sociabilidade e do reconhecimento valores que devem guiar as atitudes dos atores para uma “humanização” nas interações sociais.

Agora onde é que a gente tem esse reconhecimento é justamente dessas pessoas que demonstram um carinho pela gente que está aqui trabalhando e está sempre prestando serviço pra eles. E aí eles vêm até com respostas. E nas festas, então, de fim de ano, eles tiram de onde até nem têm pra sempre estar dando uma lembrancinha por vontade própria mesmo, entendeu? É aí onde a gente recebe a valorização. (Enfermeira 1: Macaxeira).

Considerações finais

Nosso objetivo neste texto foi descrever o cotidiano das relações sociais nas USF, avaliando os impactos da presença ou ausência de dispositivos de mediação institucional na produção de cenários e roteiros, expectativas e significados, que guiam as interações sociais cotidianas, como no caso da relação entre profissionais e usuários.

Preferimos um estilo de escrita que priorizasse as descrições do cotidiano do trabalho pelas variadas categorias de profissionais do PSF (como enfermeiras, ACS e médicas), dando visibilidade às suas demandas mais essenciais. Por esse motivo, há uma série de problemas descritos, mas também situações em que é possível observar dádivas circulando. Do ponto de vista institucional, os grandes avanços são o acolhimento e o NASF. A implantação do acolhimento é algo que vem sendo encorajado pela prefeitura do Recife. No segundo semestre de 2009, foram realizados cursos, o que possibilitou que mais USF pudessem renovar sua estrutura de atendimento. Outras prefeituras poderiam realizar cursos de formação semelhantes, inclusive incluindo pesquisadores e profissionais da área.

O NASF certamente é uma iniciativa que merece ser difundida não apenas para as USF-escolas. O grupo de residentes itinerantes cobre uma lacuna no modelo do PSF, oferecendo, por exemplo, atendimentos de fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. A atuação prática aliada ao conhecimento teórico é fértil na produção de conhecimento novo, científico e administrativo. Por exemplo, a ideia dos residentes de organizar o curso para cuidadores de pessoas acamadas.

Quem sabe o próprio distrito, em parceria com universidades públicas e privadas interessadas, poderia criar um programa fixo de residências que cobrisse todas as USF, não excluindo o Estado da responsabilidade pela a realização de concursos públicos e contratação de profissionais da área para suprir as principais demandas. A relação com o distrito sanitário tem-se mostrado uma questão importante para o avanço na humanização da atenção em saúde. Talvez seja necessário gerar mecanismos que obriguem os gestores a se responsabilizar por certas demandas dos profissionais, como é o caso dos coordenadores de microrregião. Uma ideia frutífera foi lançada por uma médica, que solicitou uma visita mensal desses profissionais, o que melhoraria o fluxo de informações entre USF e distrito sanitário.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento com classificação e avaliação de risco*. Brasília: ministério da Saúde: 2004.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MEHRY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento*. A gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- MARTINS, P. H. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário*: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009(a). p. 53-60.

MARTINS, P. H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais”. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009(b). p. 61-89..

MARTINS, P.H.; CARVALHO, R.B.; SANTIAGO, M. A cidadania como afetividade: a luta pela autoconfiança”. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 139-148.

MARTINS, P.H. MARES – Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

MARTINS, P.H.; ALBUQUERQUE, M.; BARBOSA, J.A. A cidadania como direito: a luta pelo autorrespeito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 149-158.

MARTINS, P.H.; BEZERRA, R.S.; SANTOS, W.N. A cidadania como solidariedade cívica na esfera pública: a luta pela estima”. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 159-170.

MARTINS, P.H.; CUENTRO, A.C. Os profissionais de saúde como mediadores individuais: a resolução da demanda ilimitada por cidadania pelo mecanismo do duplo registro. . In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

Idosos mediadores do *Cuidado de si*: resistência e subjetivação em redes de interação no cuidado da saúde

MA. ANTONIÊTA ALBUQUERQUE DE SOUZA
MARLENE LEANDRO DOS S. PEIXOTO
ALDIANE GOMES DE MACEDO

Introdução

Este artigo tem por finalidade indicar como as relações das redes de mediadores na saúde se estabelecem e se disseminam, prioritariamente, por meio de laços de amor, respeito e solidariedade, no *Cuidado de si* de idosos@ petrolinenses (PE), muitas vezes em resposta inovadora à condição de excluído.

As investigações aqui desenvolvidas são sistematizadas sob o signo das *redes de interação* na *integralidade no/do Cuidado* (PINHEIRO; MARTINS, 2009). Ressaltam os efeitos da *responsabilidade* desses vínculos nos níveis comunitário, institucional e técnico de organização social das redes, conforme explora a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano – MARES. A distinção dos níveis tem em vista melhor apreender o reconhecimento (Honneth) da dádiva (Caillé, Martins), como defendem R. Pinheiro e P. H. Martins, em vários de seus trabalhos e na sistematização da MARES. Essa perspectiva vem sendo elaborada pelos pesquisadores multicêntricos em Saúde Coletiva, coordenados pelo Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/IMS-UERJ) e Núcleo de Cidadania e Mudança (UFPE/PPGS/NUCEM).

Essas articulações, orientadas metodologicamente pelos matizes que perpassam as construções dessa pesquisa multicêntrica sobre a saúde, tornaram visível um rascunho de “*forma de vida*” grifada na condição de “enviesado”, numa releitura pertinente ao sentido que Foucault (1981, 2007) lhe confere.

Forma de vida,¹ *subjetivação coletiva e amizade* são, para esse filósofo, tecnologias de subjetivação, constitutivas da ética política do Cuidado de si. Partindo da noção socrática do “governador”, na *polis* grega, o qual tinha que primeiro saber governar a si próprio para governar outrem, o Cuidado de si é uma “condição ética, pedagógica

¹ Diz Foucault: “Esta noção de modo de vida me parece importante. Não seria preciso introduzir uma diversificação outra que não aquela devida às classes sociais, diferenças de profissão, de níveis culturais, uma diversificação que seria também uma forma de relação e que seria “o modo de vida”? Um modo de vida pode ser partilhado por indivíduos de idade, estatuto e atividades sociais diferentes. Pode dar lugar a uma cultura e a uma ética. Ser *gay* é, creio, não se identificar aos traços psicológicos e às máscaras visíveis do homossexual, mas buscar definir e desenvolver um modo de vida. [...] A homossexualidade é uma ocasião histórica de reabrir virtualidades relacionais e afetivas [...] pela posição de “enviesado” (FOUCAULT, 1981, p. 39).

e ontológica”, na constituição de um bom governador. Destaca uma dupla relação com o outro – uma dobra na *relação consigo mesmo e um movimento de si para o outro*. (ORTEGA, 1999, p. 128-130; CASTRO, 2006; FOUCAULT, v 1. 1998, v. 3(2002); GONDRA; KOHAN, 2006).

Nesses termos, o problema em questão (plagiando Foucault em a *Amizade como forma de vida*) não é saber como aquela categoria etária define “Quem sou eu?”, “Qual o segredo do meu desejo?” Interessa perguntar sobre os vínculos: quais relações podem ser trabalhadas através da saúde do idos@ e a sua quase identificação com a doença e as perdas? Como se usar da “saúde do idos@” para alcançar uma multiplicidade de relações baseadas no amor (alteridade, respeito, solidariedade, prazer recíproco), para o delineamento e a defesa de um “modo de vida”, onde se quer torná-lo “a cada vez” saudável?

É importante destacar que, no Cuidado de si, torná-lo *desejável* (“desejo-inquietação”) para alguns, implica que a presença, a experiência da existência, possa se mostrar “fora” das relações institucionais, de família, de profissão, de saúde, de companheirismo obrigatório etc. E o sentimento de injustiça pelas desigualdades na distribuição de recursos, serviços, assistência e atenção pode mover táticas de resistências no reconhecimento do Cuidado de si, nessas e em outras áreas.

É sabido como, na cronologização da vida moderna, as idades, as classes de idades, as fases e as gerações (mesmo com o alargamento da longevidade e as desordens atuais nessas fronteiras), organizam os quadros institucionais na vida social, com efeito de homogeneização e de individualização (SOUZA, 2006). E não é diferente nas intervenções epidemiológicas, ao contrário. Na vida cotidiana, os laços simbólicos organizados por idades, até porque marcam o corpo e a mente do nascimento à morte, possuem uma dimensão existencial que abrange o conjunto da vida. Por isso são laços passíveis de projetá-la e de transformá-la, criando “formas de subjetivação coletiva” como a de “idos@s”, onde se sublinha um espaço entre as necessidades individuais e os interesses coletivos. Essa idade, iniciada na fronteira da velhice, é facilmente projetável na direção do acúmulo de perdas – deterioração e doença.

Na institucionalização da “saúde do idoso”, atrelada à idade de 60 anos e mais, não é fácil encontrar um lugar para estar-se à vontade nas fronteiras da “saúde da criança”, da “saúde do adolescente, da juventude”, o que se torna problemático quando se trata de estratégias para as definições das ações no Cuidado em saúde (cuidador-usuário), porque as mediações perpassam as várias “fases”, sobretudo no interior da família. Por outro lado, nesses pontos, reside a força da transgressão conferindo a posição de “enviado”. Ora, neste caso, que se abre à possibilidade de tornar visíveis formas de (des)entendimentos sobre uma existência saudável que se quer ter, misturando as identificações associadas às idades e à saúde. O Cuidado de si aparece, assim, como uma forma de diversificação das relações no terreno da saúde, que dá a chance ao imprevisível até o momento.

É nesse sentido que essa forma de Cuidado é aqui considerada uma tecnologia que instiga a inovação no âmbito das sociabilidades e da inclusão, resguardando, no processo, o compromisso com a alteridade – tecnologia de *inovação*.

Essa é uma razão por que Foucault, na *História da sexualidade*, considera o Cuidado de si uma tecnologia de constituição de sujeitos – “subjettivação” – com seus conjuntos mutáveis de técnicas de si. Na lógica desse Cuidado, há uma preocupação de como alguém pode libertar-se de si nos constrangimentos da sociedade atual, mediante um trabalho sobre si. O que e como alguns idosos@s tentam fazer de si mesmos? Em que estão se transformando na experiência da saúde nessa idade?

O importante, como aponta a análise, é que, sob o signo do *amor* e do *respeito*, organizam-se relações em um horizonte para além da codificação predominante no discurso sobre “o velho”, “o idoso” e as suas saúdes. São os limites (abertos) no interior da velhice que vão oferecer certa unidade textual aos processos e às práticas na construção de subjettivações diferenciadas, nos espaços da chamada “saúde do idoso”.

Entre outras questões, estudiosos e gestores da e na saúde buscam a regulação das áreas de intervenção na atenção primeira, no esforço estratégico de considerar a família, a escola, a vizinhança e a igreja, instituições que muito podem influenciar no cuidado. Acontece que as agências de socialização primária (família, escola) podem operar reduzindo os laços do amor e das emoções, que amalgama as relações na base da ordem social (ORTEGA, 1999), e que são muito importantes para os processos de subjettivação do Cuidado de si. Nesse sentido, na regulação da vida social, os vínculos de *alteridade* e transgressão são faces da reflexão da responsabilidade na constituição de sujeitos no Cuidado de si – *tecnologia de subjettivação*.

A opção pelo foco no “usuário” e no “cuidado como valor no horizonte da integralidade na saúde” – como enfatizam mais ou menos Martins e Pinheiro na MARES e algures, abre o espaço aos pressupostos de constituição de sujeitos que comportem a “transgressão” (PINHEIRO; MATTOS, 2007; MARTINS, 2008; PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Por essa razão, ao trazer o Cuidado de si, foi possível interpretar, no imaginário de atores locais, os sentidos que dão colorido ao horizonte de referências para os limites discursivos das redes de apoio ao idosos@ no cuidado. Foi possível introduzir os registros, designados por meio de “*atribuição externa*” dos integrados, que se refere a porções de *excluídos* que, por sua vez, organizam suas enunciações (atitudes) sob a forma “*resignação impotente*” ou “*rejeição desorganizada*” (BURITY, 2000).

Quando se considera, no campo da saúde, a construção de Foucault – Arte de viver e Estética da Existência – sobre o Cuidado de si (estética da moral), a reflexividade pode se mostrar, inclusive, em estratégias “*ofensivas dispersas e descontínuas*” (ORTEGA, 2010), tão necessárias à compreensão dos vínculos em defesa cotidiana da própria saúde e até dos outros idosos, ou não, com quem compartilham práticas e experiências. Segundo esse filósofo, o Cuidar de si é projetar porque se *responsabiliza* por si e para si no “tornar-se” no presente na direção ao outro.

² Ver a matriz de desenvolvimento metodológico da mediação de idosos no cuidado de si, no final do texto, que explicita cada categoria dessas estabelecendo as relações com as noções de *vínculo*, *alteridade* e *inovação*. A condição de excluído não é objeto de identificação, mas sim “atribuição externa”, ela não resulta em movimento de contestação, se afirma com atitudes, como explicita Burity (2000), baseado em Jacques Rancière.

Ayres (2004), quando desconstrói a categoria “cuidado”, traz a ligação com a genealogia de Foucault. Destaca que, para cuidar, é preciso considerar os projetos humanos moldados em uma forma de vida que quer assegurar opor-se à fragmentação e que procura garantir e fazer valer sua presença no mundo em que vive³.

Na perspectiva dialógica da metodologia MARES (MARTINS, 2008, 2009), os três níveis de regulação institucional não prescindem do “reconhecimento” de si (no e do outro) que, de qualquer forma, remetem a uma responsabilidade implicada na reciprocidade da dádiva. Não obstante a indissociabilidade entre os níveis, destacam-se: o das relações primárias, onde a *autoconfiança* é movida pelo dom do amor e atravessa as redes sociocomunitárias o das relações secundárias, onde “a reflexividade é condicionada pelo *autorrespeito* que se move pelo *direito* e as normas de funcionamento das instituições” (redes socioinstitucionais), e “a *autoestima*, que se move pela *solidariedade*” (redes socio-técnicas, no interior das organizações formais) (MARTINS, 2008, p. 121).

Porém, e o mais importante, é que se considere que não necessariamente o posicionamento nos três níveis seja orientado apenas pelas regras de formalização institucional. Ao contrário, é essencial o caráter transgressor, improvável, das relações no Cuidado de si que brotam nos espaços que tecem a moral no tecido social nesses níveis: *o amor, o respeito e a solidariedade*.

As colocações feitas perseguem essas práticas de Cuidado de si, que se traduzem muitas vezes em (contra)estratégias e (contra)táticas para investidas cotidianas em objeção a constrangimentos e/ou em defesa da própria saúde. Essas relações de resistência e assentimento, sobre os processos de “subjetivação coletiva”, suscitam não perder de vista a alteridade e os efeitos das dissimetrias implicadas na reciprocidade.

Na responsabilidade dos atores com a integralidade, esses movimentos organizam os vínculos nas redes de mediação e de mediadores do Cuidado de si. Sendo “o cuidado um condicionante da saúde”, ao se considerar a “centralidade do usuário”, também se “reconhecem mediadores sociais e práticas associativas públicas na construção de demandas e respostas de saúde” (PINHEIRO; MATTOS, 2008, p. 15).

Assim, o texto organiza-se em três momentos: 1) Introdução com acenos metodológicos, na qual se situam o tema e a problemática, assinalando o recorte teórico com indicações metodológicas das categorias conceituais mais importantes; 2) Mediadores idosos@s no Cuidado de si, onde se introduz a condição de excluído em redes no espaço sociocomunitário e no espaço socioadministrativo; e 3) À guisa de conclusão, que é um indicativo de esboço de *forma de vida* e a condição de excluído no Cuidado de si.

³ Ayres parte do pressuposto de que, na saúde, os cuidadores (especialistas e peritos nas experiências médico-sanitaristas) silenciam as práticas de resistências que aproximam/distanciam o “outro” a quem chamam “nossas populações-alvo”. Admoesta que, para desprezar a alteridade que se revela no desencontro (resistência), as tentativas de “tornar os sujeitos atores de suas saúdes são experiências avaliadas [...] pela versão de um ‘fracasso’ [...] nosso em comunicar ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas” (p. 58). Então, introduz a noção de “sucesso prático” para vencer a restrição do “sucesso técnico”, e a metáfora do voo da pomba (Kant), para que não se prescinda de uma alteridade mais intensa (AYRES, 2001, p. 65-66).

Mediadores idosos no cuidado de si

Situando-se na condição de excluído

A enunciação sobre a condição social “idos@” e “velh@” e as suas essencializações e naturalizações findam por traçar um conjunto de circunstâncias das quais passam essas posições a depender e a ser mais ou menos socialmente valorizadas. Em relação à saúde, os efeitos da destituição são traduzidos por idosos@s como *desprezo e preconceito com “a idade”*. É que a velhice, institucionalizada aos 60 anos, sentencia cruelmente aquele que está no limiar:⁴

(Esquema metodológico, tática 1, resignação impotente- R.I)⁵

(Devolutiva. Agente Com. de Saúde- ACS) “[...] o sentido de velho tá dizendo assim: uma coisa que não presta mais, que pode ser jogado fora, que pode ser isolado, esse é no sentido velho, chamar de velho [...]”.

(Rejeição desorganizada- RD, 3.2)(S5-GF2) [...] ai gritou um homem: “ei véa sai dai”, eu digo: “e eu sou velha? Nem me lembrava que era velha!” (risos).

(Tática 2) [...] como dói dentro da pessoa ser chamado de velho, a gente sabe que tá envelhecendo, mas dói muito. [...] Ai você já se sente tão pequenininha, é por que ninguém gosta. [...] O rapazinho disse assim (na fila de idosos): “olhe, eu tenho um ódio de velho...”.

(Contra-tática, 2 excluído):o silêncio: “Não disse nada, continuei na fila, deixei ele lá com o ódio dele”.

Nessa enunciação, ficam situados os lugares sociais daqueles a/de quem se falará sobre saúde. A eles, em geral, a maioria (do bairro, da cidade e nos espaços de saúde) chama de “idos@” como metáfora de “velh@”, dividindo o campo discursivo de forma descontínua e conferindo extrema porosidade aos limites de um e outro elemento do discurso sobre o cuidado da saúde d@ idosos@ – *Quer dizer, até a pessoa que tá pedindo esmola discrimina (S5-GF2)*.

Os exemplos seriam muitos e remetem ao “(não-)lugar que cada forma de sociedade atribui aos que, segundo parâmetros institucionalizados politicamente ou sancionados culturalmente, são discrepantes, inaptos, indesejados, incapacitados, repugnantes ou simplesmente irrelevantes para a reprodução do destino da comunidade” (BURITY, 2000, p. 16).

Os registros explicitam a exclusão, como referido por Foucault (1981), sobre as partes de um todo (maioria, minoria, minoritário). E, nesta interpretação, com base em Burity (2000, p. 16), localiza-se um contingente de destituídos que é olhado pelas outras partes sob a forma do espectro: “velh@” – O desprezo: *Prá onde é que tu vais com esse bocado de velha?*

⁴ [...] a exclusão pode ser uma proposição coletiva, constituir um movimento de pessoas que se afirmam como excluídas, ou que partem da condição de exclusão para articularem propostas ou arranjos alternativos de organização social e política. Não que as pessoas se afirmem como excluídas por quererem ser assim reconhecidas. Antes, elas chamam para si a atenção da sociedade e dos poderes estabelecidos, a fim de apontar a injustiça e a violência da exclusão, com vistas a sua erradicação (BURITY, 2000).

⁵ As citações dos sujeitos da pesquisa virão sempre em itálico ou recuadas. O esquema metodológico refere-se ao disposto na matriz apresentada ao final deste texto. Os sujeitos são indicados com números, para preservar as suas identidades (S1, S2...). No mesmo local, é informado se participaram do Grupo Focal MARES 1 OU 2 (GF1, GF2), ou a devolutiva.

Entre as referências sobre o que pensam os “cuidadores”,⁶ está: “viver desconsiderando a doença ou a possibilidade dela, para “não se entregar”. É interessante observar que uma cuidadora idosa voluntária e um ACS de 30 anos, presentes na devolutiva da pesquisa, defenderam, e os outros não discordaram, que esse “*desconsiderando*” inclui tarefa de autoelaboração: manter-se *rindo* mesmo na perturbação da saúde. O *autoconhecimento* é imprescindível quando o estado de saúde ameaçado pelo sintoma se revela em doença, e é preciso manter a tranquilidade manifestada no *riso e na brincadeira*. Na pesquisa, a longevidade exige a intensificação do *autoconhecimento*, mais *cuidados* e mais *dinheiro* (remédios, alimentação).

(S5- GF1) cuidar de idoso, não todo idoso, mas, às vezes cuidar de idoso é o mesmo que cuidar de criança, por que como tem idoso vivendo tem criança vivendo também. Como a gente se diverte com criança tem idoso, também, muito divertido. Além de cuidar deles a gente se diverte. Brincar com criança e idoso eu gosto. E, gosto de rir e idoso diz cada brincadeira que eu fico bestinha.

As inscrições de referentes da “terceira idade” no discurso da velhice são bem ambivalentes e fragmentadas, o que facilita sua absorção pelos significados dos termos velho-idoso. Estando na margem dos limites discursivos da velhice idoso/velho, para os idosos pesquisados, a “terceira idade” quer dizer *grupo de velhos/igual a idosos/mais um nome pra o preconceito com a idade*, mas também é *dançar/estar em atividade* (S9-GF1). É esta última característica que realça a diferença entre as demais nomações e que é explorada no discurso sobre a saúde do idoso conotado pelo envelhecimento ativo e saudável. Observe-se que as práticas de dançar, estar em atividade, experimentar a novidade, são muito próximas do significado e da emoção regrada da brincadeira.

A atribuição externa de dois cuidadores (integrados) de UBS denuncia as dificuldades da política de saúde para designar o nome “terceira idade” desarticulado das redes de sentidos *velho - idoso*. (Técnico em Enfermagem, devolutiva, 55 anos):

[...] antes a gente conhecia tudo como “velho”, aí acharam (os governantes) que era uma palavra forte. Aí, então disse: ‘vamos chamar idoso’. Eu já fui até reprimido uma vez por chamar ‘meus velhinhos’. Por que agora é idoso. Aí agora já mudou o tratar para ‘terceira idade’. E hoje é mais interessante falar terceira idade que velho ou idoso. Então, esses dois tratamentos eles dizem que são um pouco grosseiro, por parte da sociedade, e partiu então para a ‘terceira idade’. [...] E, a gente fica assim, não sabe o que é terceira idade e vai levando....

Dançar, rir, exercitar-se, desenvolver sociabilidades, buscar o conforto e caprichar no autocuidado, aliados ao apelo à autoestima, à autoconfiança e ao respeito, são referentes

⁶ No universo pesquisado, quando indagados sobre o que pensam as pessoas (*outros*) sobre o que significa “a saúde da pessoa idosa”, 7% dos sujeitos acreditam que “pensam pouco”, são “*desinteressadas*”. A mesma proporção crê que os outros acham que eles devem ter temperança na *alimentação* (7,1); 14,3% acham que as pessoas “*desconsideram*” quando o idoso adoecer, e que *igualem a velhice à doença*. O percentual sobe para 21,4% quando se referem aos “*cuidadores*”: eles pensam que o “*velho*” deve ser ativo e autônomo (14,3) e por isso precisa alimentar-se bem, fazer atividade física e ter bom sono (7,1); e viver “*desconsiderando*” estar doente. O restante não soube responder.

para horizonte de “modo de vida” saudável? Estabelecem-se cadeias discursivas desses termos, para desenvolver estratégias na luta cotidiana da recusa à presença iminente do espectro “velho”. É que os efeitos assombrados desta condição produzem sentimentos de “tristeza” (que as “*rugos*” e os cabelos brancos marcam), tirando o ânimo para a produção da existência e, por conseguinte, da saúde, pois existe a clareza de que: “*saúde é tão importante quanto a vida*”, “*é tudo*” (53,0%), é a “*paz e união*”, é a “*sociabilidade*” humana (23,5%), a “*dignidade do trabalho*” e a “*educação*” (11,8). É o dom da vida.

Assim, o projeto de saúde, para alguns idosos, vai na direção contrária à simples consideração da vida sem doença ou de recursos e serviços para seu controle. Saúde aparece no sentido ampliado, em sua integralidade, como um projeto para uma existência para além da visão utilitarista.

O dom da saúde (vida) no *Cuidado de si* emerge regido pelos signos do amor, do respeito, da consideração, do riso, da tranquilidade, da paz da convivência harmoniosa – provavelmente, tornando essa idade *desejável* (FOUCAULT, 1981), para alguns até mesmo não idosos. Os registros dessa estratégia passam ao largo do discurso, ainda predominante na prática da assistência e promoção da saúde: centrado na cura da doença e não nas relações que envolvem manter-se sadio e/ou considerar a existência da pessoa que se queixa de sentir-se e/ou estar adoentada.⁷

As *técnicas de si*, favoráveis às vivências e práticas que refletem a conotação “*pessoa idosa saudável*”, inscrevem-se claramente no estímulo ao *cuidado de si* mais holístico (15,7%)⁸. Este, por vezes, é pontuado na valorização da atividade física, da brincadeira, da amizade e do coleguismo, do amor, da alegria e felicidade (10,5%), da tranquilidade, da não-perturbação (disposição para viver), da autonomia. Percebendo-se “sujeito” no *Cuidado de si*, usuários idosos, petrolinenses, resistem às pretensões da simples objetivação e da fragmentação?

Do ponto de vista da maioria idos@s no *Cuidado de si*, a doença tende a aparecer como consequência de modo de vida, pois a característica mais notada na fronteira do envelhecimento vem a ser a negligência com os desgastes do corpo e os desestímulos à vontade de viver como os que fluem do sofrimento. Assim é que se registraram como ativadores do envelhecimento: a falta de higiene, o modo de vestir, a tristeza, a queixa, o lamento, o mau humor, a fala melancólica, o andar lento, o “calibre fraco” e, sobretudo, a aparência das rugas e dos cabelos brancos; 70% dessas escolhas que caracterizam a velhice salientam componentes da *depressão* e as *baixas autoestima e autoconfiança*.

A presença do *desprezo, da ingratidão, do desrespeito* na recepção, na assistência e nos serviços, torna fácil a compreensão da resistência nas interfaces dos três níveis de organização social (MARES), que perpassam a “saúde da pessoa idosa”.

⁷ Registramos, a contrapelo dessa tendência, a produção do LAPPIS-IMS-UERJ e do NUCEM-UFPE-PPGS e dos pesquisadores multicêntricos coordenados por estes, nas pessoas dos professores Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Martins.

⁸ Quando não especificado, o valor da proporção é de 5,2%, no total de 19 escolhas feitas pelos usuários idosos informantes, e 15,7% não responderam.

Indicações do encontro com o outro no espaço sociocomunitário

REDE - FACILIDADES PARA RESOLVER OS PROBLEMAS DE SAÚDE. Segundo ordem da escolha.

1. Amizade ↔ 2. UBS local ↔ 3. Amizade interna na UBS ↔ Vizinha ↔ Dinheiro. 4. Nora ↔ Médico ↔ Associação de Moradores (marca consulta/exames) ↔ Remédio em casa ↔ Grupo de idosos ↔ ACS ↔ Neta ↔ Filhos presentes ↔ Plano de saúde ↔ Transporte (acessibilidade).

Como explica Foucault (1981 apud ORTEGA, 2001), a amizade é uma forma de “subjetivação coletiva”, cria um espaço intersticial que fortalece as interações entre as e das necessidades individuais e os objetivos coletivos. Nesse lugar, a “amizade” como valor, a amizade da vizinha, a amizade com o elemento componente da equipe da UBS, a amizade no grupo de idosos, representam 57% dos mediadores citados pelos sujeitos da pesquisa.

Essa predominância, na rede de interação do Cuidado de si, assinala as *facilitações dos agentes* na resolução dos problemas de/em saúde. Porém, amizade/amigo ainda não constituem elo forte na posição que distingue a “*procura para resolver* os problemas de saúde” dos sujeitos da pesquisa. Nesta, as escolhas concentram-se em filhos-família (57%), mas a confiança nessa assistência e no cuidado é mediana.

REDE - A QUEM PROCURA QUANDO SENTE MAL-ESTAR (por ordem de frequência na escolha)

Filhos ↔ órgão público ↔ médico ↔ nora ↔ família ↔ USF ↔ si próprio ↔ qualquer um ↔ esposo ↔ amigo ↔ vizinho ↔ Deus.

A ambivalência do vínculo (e a contingência da mediação em pauta) expande-se nas interfaces da rede de mediadores, abrindo espaço à circulação da dádiva horizontal, quando, mesmo assim, se confia que os “outros” acreditam quando se queixam de mal-estar e doença. Além disso, usuários idosos (43%) manifestaram que não “*gostaria de contar com o apoio de mais alguém*”. Se esse reconhecimento tende a bloquear a expansão dos mediadores nessa rede de apoio ao Cuidado de si no plano comunitário, por outro, ajuda a fortalecer os nós na rede de interação do Cuidado de si.

O comprometimento da confiança nas relações mediadas pela *amizade* (85,7%) tem provavelmente a ver com a convicção de que amigos não têm a obrigação de cuidar, o fazem em gesto de altruísmo, caridade, solidariedade (espontânea ou profissional). São atos de voltar-se ao outro, inclusive ao desconhecido, que tendem a fazer parte do “modo de vida” em comunidade, de alguns idosos,⁹ para manter-se saudável espiritual e materialmente.

⁹ Na pesquisa e na devolutiva desta, os cuidadores cobrem idades muito variadas, incluem em cuidados mais simples até mesmo as crianças (netos). Nesse ponto, a configuração do modo de vida neste discurso, para alguns idosos, traspassa várias instâncias institucionais, mas a particularidade da doação, da solidariedade, também faz parte da moral regida pelo respeito que o idos@ deve ter para com o outro de todas as idades. Traz o compromisso com os laços de existência na vida social, que finda por lhe conferir um tom ético-político (na direção da igualdade e da cidadania).

O cuidador voluntário (S12, devolutiva), por exemplo, faz circular a dádiva fortalecendo técnicas de si nas esferas da pessoa (autoconfiança) e das tecnologias de saúde (a auscultação e acolhimento), para facilitar a interação entre o usuário e o atendimento e o desbloqueio dos serviços, elevando a autoestima e a prática solidária e integralizada em ambos.

A despeito de essas práticas visarem a prover os necessitados de cuidados ou oferecer soluções às demandas neste terreno, elevam a autoconfiança (de si e do outro) e da autoestima (prática solidária e assentimento comunitário). Ao entrar no circuito da dádiva pelo veio da doação na renúncia de si, é retribuído com a sensação “de cumprimento do dever”, de ter feito a coisa certa, ter sido justo consigo e com o outro. Traduz o esforço da prática da obrigação de responsabilidade com as perturbações na saúde do outro e, ao agir assim, mesmo que a “autossuficiência” (BURITY, 2000) não seja bastante para a resolução, pode sentir-se útil/bem, por ajudar, escutar, socorrer alguém, colaborar.

Com a família é diferente: quando não se pode contar com os parentes, emerge o sentimento de “injustiça”, equivalendo à iniquidade, que tende a acentuar-se por grau de proximidade, quase no limite com a *ingratidão* (78,6%). Considerada por Ricoeur (2006) o protótipo do oposto ao reconhecimento de sujeitos, nas falas de idosos a vivência do *desprezo* produz o envelhecimento e é mais intensa quando se está doente. São momentos em que a possibilidade da reciprocidade no reconhecimento da dádiva (CAILLÉ, 2009) acha-se praticamente anulada, uma vez que não se atribui valor a um lado da relação, bloqueando a comunicação

(S13. GF1. RI, 2.1) Quando não tem uma pessoa para tomar conta, para dar assistência, aí a pessoa se sente injustiçada, por que se sente sem valor nenhum. Porque quando a pessoa tá precisando e não tem uma pessoa para dar uma palavra, a pessoa se sente injustiçada.

Essa extrema necessidade de contar com a família se deve muito à importância afetiva a ela atribuída, e ao medo assombrado de precisar e não ser socorrido. Daí, no Cuidado de si, a dupla ambivalência: entre o receio concreto de não contar e o medo da possibilidade que isso venha acontecer um dia, e as buscas de justificativas baseadas nos laços de amor e de obrigação de filiação.

Indicações do encontro com o outro, no espaço socioadministrativo

Na metodologia MARES, baseado em Honnet (2003), o *respeito* é a principal qualidade moral que organiza as relações nessa esfera da ordem social sistematizada por relações orientadas no Direito. Por isso, é imprescindível para a distinção do modo de vida aqui rabiscado, pois o *respeito* e a *união* (a amizade, a solidariedade, a consideração da diferença) emergem como distinção da idade idosa, e princípio de interação nas ações e atitudes mediadoras da saúde. Mas, como esse discurso sobre o Cuidado de si na saúde racionaliza a exclusão no cuidado nesta esfera? Traz a carência de direitos? Valoriza o direito ao direito? Defende o direito relacional? Defende o ideal de saúde em que todos tenham condições através da igualdade?

Instigante é a colocação de um sujeito idoso informante (S11) que situa e defende o direito às relações baseadas no modo de comportar-se e na ética política da existência

dos mais velhos. Referindo-se a uma pessoa mais nova, requer o reconhecimento na forma da “subjetivação coletiva” (Foucault):

(Estratégia metodológica RD, 3.1 e 3.2, S11): (...) parece ter 45 anos, mas a conversa, o respeitar o idoso é o mesmo [do idoso], por que a gente ver que tem gente jovem que tem a conversa de uma pessoa velha, né? Sabe tratar bem, passa e cumprimenta a pessoa. (...) Ela é mais nova, mas, o respeito dela é como uma pessoa de idade”. (S3 GF2): No Recife, tem uma doutora (...). Quando ela chega a moça sai e olha “fulana de tal, idosa vem prá cá”. Atende todos os idosos primeiro, isso é que tá certo, mas, aqui e, lá, também, eu já encontrei lugares que não são assim. (...) Na fila não, eu tenho direito. Eu sou idosa e tenho o direito de não entrar na fila. Falta de respeito com o idoso, né? Onde é a prioridade, não tem prioridade não? Cadê o direito do idoso, ou só é conversa?

Então, solicita a igualdade nessa direção, para qualquer um, em qualquer ambiente, para constituir o tecido social baseado na união e garantir a existência:

(S11) Tratar bem a qualquer um, grande, pequeno. Se a senhora tratar bem a senhora vive mais, que hoje em dia os jovens estão se acabando mais por isso, não tem respeito com ninguém. Se agente não respeitar, tá caçando encrenca e morte. Ter respeito e união para a agente viver mais.

Sendo o respeito e a união uma dádiva que substancia um modo de vida de porções de idosos, olhadas através de espectro, penetram em todas as áreas da existência. No campo da saúde, a *tristeza*, pelo efeito do desrespeito nas relações de promoção e assistência, assume várias formas: desconsideração, violência simbólica, agressão física, preconceitos e estigmas dos mais jovens contra os mais velhos e mesmo de “outros” idosos – nas filas, na espera de marcação e entrega de exames, remédios, nas consultas, nas emergências e urgências etc.

Um problema que surge com o atendimento por 0800 é que o usuário perde o controle pessoal dos lugares das filas de espera. Isso é problemático quando se avalia a confiança numa posição de “rejeição desorganizada”: *Agora não tem mais fila não, eu não sei quem são os idosos!* (S4, GF2).

O desrespeito e a injustiça são muito presentes nos vazios das necessidades nos serviços e cuidados na atenção básica ao idoso. A própria regulação legal – Direitos da Pessoa Idosa –, que sustenta a política de saúde para essa categoria, solicita relações respeitadas na saúde. Esse esforço é reconhecido pelo usuário: *“antes era pior, hoje as pessoas temem a lei”* (S6). Existe clareza quanto à obrigação do Estado com a regulação do cuidado da saúde, porque a regra é importante para evitar o desrespeito, por se querer que “se cumpra a lei”, por se requerer o “direito ao direito da pessoa idosa”.

À guisa de conclusão

Ao concentrar o foco na “dobra” do limite da mediação de idosos no Cuidado de si, este texto buscou tornar visível essa parte de usuários que, mesmo recebendo do sistema, o faz com muito sofrimento. Ainda assim, age sob formas de resistência para contribuir, até de modo *inovador* e criativo, no (re)desenho de modo de vida saudável reconhecidos (às vezes invejavelmente) para idosos. Nesse movimento, que acena para

uma velhice “desejável”, tenta romper com a colonização da dádiva médica e a cultura da passividade tão fértil à condição de espectro.

Do ponto de vista do ator idosos@ (excluído), os vínculos que organizam em redes as estratégias têm muito de silenciamento. Possivelmente, para enfraquecer os sinais do discurso ainda predominante, passando, quando possível e/ou por escolha, fora da normalização.

A intensa valorização do amor no circuito da dádiva, nas redes *respeito – amizade – solidariedade/união*, particulariza as relações dessa parte minoritária de mediadores no Cuidado de si, alinhavando um “modo de vida”.

Pinheiro (2008) repete que o critério basilar da ética da responsabilidade “é quem somos na visibilidade do espaço público” e, também, como estabelecemos relações dialógicas nas práticas, que nos constituem nesse público.

Quem sabe se se podem inovar, áreas de transformação de vínculos do *desprezo-sofrimento-dor*, em redes de *riso-autoconfiança-estima*, ao ir-se tornando idosos@ no Cuidado de si integralizado da saúde na velhice?¹⁰

Referências

- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 62-72, 2001.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface*. Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2004. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso em: 30 jul. 2010.
- BURITY, J. *Pluralismo, identidade e exclusão social na reinvenção da cultura participativa*. Anexo 2. Relatório. Mimeo. Fundaj, 2000. 38p.
- CAILLÉ, A. Reconhecimento e Sociologia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 66, p. 151-210, 2009.
- CASTRO, E. Leituras da modernidade educativa. In KOHAN, W. (Org.). *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- FOUCAULT, M. De l'amitié comme mode de vie. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. *Gai Pied*, n. 25, p. 38-39, abr. 1981.
- _____. *A História da sexualidade*. 14ª ed. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento*. A gramática moral dos conflitos sociais. 1ª Ed. São Paulo: Editora 34, 2003.
- MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

¹⁰ O desenvolvimento das argumentações é produto da pesquisa desenvolvida sobre Determinantes Sociais em Redes de Usuários Idosos, no campo da saúde. Foi realizada em Petrolina (PE) em 2009, e o desenho da amostra comportou 14 entrevistas em profundidade com idosos pertencentes a grupos de convivência locais e residentes em bairros diferentes; dois grupos MARES com 13 componentes ao todo; e três encontros de “devolutiva” dos resultados sendo: um com o sujeito pesquisado anteriormente; o outro uma entrevista coletiva com liderança comunitária para a organização do Colóquio; o terceiro foi a realização desse Colóquio, com debates onde estavam presentes 18 lideranças associadas a atividades de saúde no bairro, incluindo cuidadores voluntários. O trabalho segue na direção de uma incubadora, uma vez que já estão sendo articuladas, por solicitação da comunidade, duas atividades em parceria: a reativação de grupo de idosos@s e uma oficina para produção artesanal. A pesquisa contou com a parceria teórica da Rede Multicêntrica de Pesquisadores coordenada pelo LAPPIS e o NUCEM, pelos quais somos muito beneficiados. Agradecemos a colaboração do discente de Enfermagem João Cleme Junior, no trabalho de organização da devolutiva da pesquisa Determinantes Sociais na Saúde de Idoso(a), Petrolina (PE).

_____. MARES. Metodologia para análise de redes no cotidiano: aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

ORTEGA, F. *A Amizade e a estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

_____. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

VILELA, E. Resistência e acontecimento. As palavras sem centro. In: GONDRA, J.; KOHAN, W. (Org.). *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SOUZA, M.A.A. *'Novas' Identidades do rejuvenescimento: equivalências entre idade, jovialidade e maturidade no curso da vida*, 2006. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

_____. Luta por reconhecimento na saúde de idosos(as): subjetividade, decisão e redes na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

MATRIZ ORIENTADORA DO CAMINHO DA ANÁLISE

NIVEIS DE ORGANIZAÇÃO DAS REDES MARES	ESTÍMULOS À TECNOLOGIA DO CUIDADO DE FOUCAULT (AYRES E PINHEIRO) (base: amor e respeito)	VÍNCULOS DA TÉCNICA DE SI - Atitudes estratégicas (JANCIERRE/ BURITY)
<p>1o Sociocomunitário (amor) Autoconfiança</p>	<p>A- Voltar-se para o outro (alteridade) (localiza a condição “prisma”)</p> <p>B- Otimizar a interação (inclusão) Fruição da sabedoria: “a capacidade de integrar a informação ao núcleo pessoal de existência, isto é, de dar sentido às experiências vividas e informações adquiridas”</p> <p>C- Ampliar horizontes (inovação) (Modo de vida)</p>	<p>1 Atribuição externa 1.1 Parte dos <i>integrados</i> denuncia a existência de outros que são excluídos em nome da sua inclusão; 1.2 Parte dos <i>integrados</i> denuncia a existência de outros que são excluídos, demandando ações e exigindo proteção estatal contra estes. 2 Resignação impotente: 2.1 Parte dos <i>excluídos</i> aceita resignada a condição de exclusão, ainda quando se sente injustiçada. 3 Rejeição desorganizada: 3.1 Parte dos <i>excluídos</i> reage contra o tratamento recebido dos integrados, porém assumindo a identidade a eles atribuída (velho, inativo, doente, etc.). 3.2 Idem, não assumindo a identidade a eles atribuída.</p>
<p>2o Socioadministrativo (respeito) Direito</p>	<p>1- Voltar-se para o outro (respeito) 2- Otimizar a interação (inclusão) 3-Ampliar horizontes (Cuidado de si - inovação) (modo de vida)</p>	<p>REPLICA A ANTERIOR</p>
<p>3o. Sociotécnico (autoestima) Solidariedade</p>	<p>1- Voltar-se para o outro (inclusão) 2- Otimizar a interação (integralidade no cuidado) 3-Ampliar horizontes (Cuidado de si - Inovação) (Modo de vida)</p>	<p>REPLICA A ANTERIOR</p>

REGIÃO CENTRO-OESTE – CONDIÇÃO CRÔNICA, DIREITO, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso

ROSENEY BELLATO
LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO
LEANDRO FELIPE MUFATO
CLECIENE DOS ANJOS MUSQUIM

Aproximações da temática da mediação nas redes para o cuidado em saúde

O Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania (GPESC)¹ vem realizando estudos e pesquisas sob a perspectiva privilegiada das pessoas e famílias na vivência do adoecimento e, neste viver, a busca, a produção e o gerenciamento de cuidados para saúde de diferentes naturezas e cenários onde os mesmos se realizem, com ênfase no cuidado familiar e na condição crônica.

Entender a realidade de vida e saúde e os enfrentamentos cotidianamente vividos por estas pessoas assume, no GPESC, também uma perspectiva ético-crítica, dado que esta experiência de adoecer e cuidar se situa também no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso. Neste, a produção, o gerenciamento e a oferta do cuidado profissional produzem efeitos, sob determinada forma e medida, na vida dessas pessoas, possibilitando questionamentos quanto ao alcance dos princípios da integralidade e resolutividade (BELLATO et al., 2009), bem como quanto ao modo como o direito à saúde se materializa na atenção à saúde.

A compreensão desta experiência de adoecimento e cuidado, dada sua complexidade, tem nos exigido aproximações de diferentes referenciais teórico-metodológicos, em espaços diversos de convergência de esforços, por meio de pesquisas matriciais² e multicêntricas na parceria com o LAPPIS/NUCEM. Desta parceria têm derivado produções de conhecimento, agregadas em grandes eixos, ou matrizes, sobre: experiência de adoecimento, condição crônica, Itinerário Terapêutico (IT) e, especificamente neste livro, a abordagem da mediação para o cuidado à saúde.

A noção de mediação começa a tomar forma a partir da visibilidade conferida às redes para o cuidado à saúde em nossos estudos sobre IT (COSTA et al., 2009; ARAUJO;

¹ Grupo de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso.

² Pesquisas (a) “Desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR163 no Estado de Mato Grosso”, Edital/CNPq nº 402866/2005-3; (b) “Avaliação dos múltiplos custos em saúde na perspectiva dos itinerários terapêuticos de famílias e da produção do cuidado em saúde em municípios de Mato Grosso”, Edital PPSUS-MT 2006/FAPEMAT – Nº. 010/2006; (c) “As instituições de saúde e do poder judiciário como mediadores na efetivação do direito pátrio em saúde: análise de Itinerários Terapêuticos (ITs) de pessoas/famílias no SUS/MT”.

BELLATO; HILLER, 2009). Estes, embora não trabalhando diretamente com a mediação e mediadores, evidenciam que as pessoas em experiência de adoecimento e suas famílias empreendem buscas nos diferentes subsistemas de cuidado e, nessas trajetórias, tecem múltiplas redes de sustentação e apoio que possam lhes dar certa sustentabilidade ao longo do adoecimento. É possível evidenciar que essas trajetórias são afetadas também pelo modo como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, dando-lhes respostas mais ou menos resolutivas e capazes de serem integrativas.

Esses estudos possibilitaram discussões iniciais sobre mediadores, com ênfase nos ITs e, dentre as diversas possibilidades de compreender este tema, nosso foco tem-se dirigido às redes para o cuidado à saúde e a mediação que aí se faz presente em diversos momentos, permitindo, com certa potência e eficácia, a obtenção e produção de cuidados.

Neste capítulo situamos a temática mediação relacionada à experiência de adoecimento por condição crônica e aos cuidados continuados e prolongados que a mesma impõe às pessoas e famílias, tendo em vista as necessidades constantemente renovadas e ampliadas. Questionamos, ainda, a efetividade do sistema profissional de saúde na constituição de práticas que tenham certa permanência e eficácia na vida dessas pessoas, configurando aquilo que Starfield (2002) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) denominam de longitudinalidade do cuidado.

Experiência de adoecimento por condição crônica

Entendemos a experiência de adoecimento como o modo próprio e personalíssimo de se vivenciar a enfermidade – acontecimento que se amalgama ao próprio viver. Instaura-se na vida, não como mero entrecruzamento de processos de adoecer e viver, mas em relação um com outro, formando um terceiro que não é somente a soma dos anteriores. Amalgamar será, sempre, uma relação de coisas ou pessoas, sendo ambos originalmente diferentes em qualidades, transformando-se mutuamente de diversos modos: combinando-se, envolvendo-se, confundindo-se. Assim sendo, o adoecimento instaura outras normalidades na vida das pessoas, afetando-as de modo significativo em várias dimensões de seu cotidiano, distanciando-nos, então, da ideia da doença como uma entidade mórbida, biológica e física, ampliando a noção do adoecimento como fazendo parte da cotidianidade dos processos de vida. Ou, como afirma Canguilhem (2000, p. 149) “a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida”.

O cotidiano é compreendido por nós como um espaço-tempo privilegiado do vivido das pessoas, referenciado por elas como o lugar onde as coisas tomam sentidos próximos e próprios, são experimentadas, exacerbando-se e se domesticando numa circularidade, inscritas no ritmo da rotina que toma conformações orgânicas mais próximas do hábito do que do cronômetro. A casa, lugar em que se habita e, especialmente, constitui-se como referência de pertencimento, é onde as pessoas procuram ser e estar, onde as coisas se arranjam e devem ser rearranjadas sempre que eventos se instaurem, tais como a doença.

O cotidiano é, então, este lugar onde o adoecimento se inscreve como mais um dos diversos eventos que aí circulam (BELLATO, 2001). E é nessa vida de todo dia, alicerçada em sentimentos de ambiguidade, limite e terminalidade, que o querer viver

se tensiona com o processo de adoecer, experiência única e pessoal, que, por vezes, é transgressora das “ordens” dos profissionais, visto que estas nem sempre correspondem aos sentidos próximos e próprios que as pessoas atribuem à sua experiência de adoecimento (FARIA; BELLATO, 2009).

E se nós, profissionais, pensamos em “mudanças de estilo de vida” frente a um agravamento à saúde, esta compreensão da experiência do adoecimento, instaurando-se no cotidiano das pessoas, nos obriga a pensar este dia a dia de forma mais complexa, apontando algumas direções, dentre elas, para os afetamentos que se instituem nesse lugar, os rearranjos que a doença impõe e as possibilidades das pessoas conviverem com tudo isto. Tais afetamentos são considerados, segundo Canguilhem (2000), como mudança na normalidade. Assim, a experiência da doença pode ser uma oportunidade de refletir a própria vida, estabelecendo outras prioridades e tornando-se capaz de assumir mudanças, valorizando diferentes dimensões do cotidiano (MEDEIROS, 2009).

É, então, neste espaço-tempo cotidiano que as coisas se realizam na medida das condições possíveis, acomodadas numa certa zona de atrito-conforto das relações que se amoldam, numa movimentação dos afetos entre as pessoas, construindo pertencimentos e afastamentos, o que Maffesoli (2001) designa como relações regidas pelos sentimentos de atração-repulsão, ou seja, pautadas no “afetual”. Se nós, profissionais, estamos acostumados a nos referir às relações afetivas numa dualidade de bem ou mal, este afetual nos remete às relações nas quais amor e desamor coexistem em complexos dinâmicos, instáveis, constituídos e se movimentando a cada dia.

A compreensão do adoecimento em sua cotidianidade ganha relevância particularmente frente à cronicidade de muitos agravos, considerando seus traços singulares, dados como sombras e relevos, modulações, matizes e profundidades. Esta compreensão da cronicidade e dos modos como ela afeta a vida permite apreendê-la em sua espessura viva, pois vivenciada pelas pessoas e expressa em diversas dimensões – por sofrimentos, gestos, atitudes, termos, queixas.

Somente agora nós, profissionais, começamos a entender que muitos agravos se conformam como condição crônica, cuja permanência requer a constituição de cuidados inovadores (OMS, 2003). Decorre, então, não mais designarmos pessoas como portadoras de um agravo, tal como o “portador de estomia”, pois não se trata de algo que se pode, ou não, carregar, deixando-se quando desejável. Tampouco as designarmos como “o estomizado”, pois não se trata, também, de tomar o agravo como o todo da vida da pessoa, pois o adoecimento, ao se instaurar na cotidianidade, é experienciado no conjunto dos fatos da vida.

A condição crônica se expressa em temporalidades não limitadas à cronologia da evolução do agravo, segundo os termos clínicos agudização e estabilidade, mas diz respeito à experiência cotidiana biográfica, pois é vivida diferentemente por cada pessoa e cada família e, nela, variadas intensidades que proporcionam a percepção de duração no adoecimento. Esta duração é sempre uma experiência sensível – desta forma, alguns minutos podem parecer um tempo longo, dada a percepção subjetiva de sua plenitude e relevância (BACHELARD, 1994; BELLATO, 2001).

A condição crônica toma relevos, movimentos e densidades próprias, impressos de inúmeras formas, de modo instável e movimentando-se entre os polos crise-normalidade. Estudos sobre a vivência da condição crônica evidenciam períodos que não são precisamente delimitados pelas pessoas e que se constituem em certa “estabilidade” – nos quais se elaboram noções sobre estar equilibrado ou normal, e de “desequilíbrio” – fora do normal ou escapando do que é estável na cotidianidade (BELLATO et al., 2009; ANJOS; BELLATO; CASTRO, 2008).

Frente às necessidades diferenciadas que a condição crônica impõe à família, em suas diferentes temporalidades e a tudo que escapa à racionalidade no modo de organizar e ofertar serviços de saúde, evidenciamos um descompasso entre necessidades de cuidado e práticas profissionais. Nesse processo, a tessitura de redes para o cuidado à saúde se faz ainda mais importante – ou seja, torna-se uma busca por maior sustentabilidade e apoio na experiência do adoecimento, de modo que este cuidado possa ser continuamente produzido.

Destas redes deveriam fazer parte de modo efetivo os serviços e profissionais de saúde, com uma “relação personalizada que perdure no tempo” (OMS, 2008, p. 45), o que constitui a longitudinalidade no cuidado. Conforme aponta Starfield (2002, p. 247-8), essa longitudinalidade implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independentemente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Ter atenção longitudinal significa que as pessoas identificam uma fonte de atenção como “sua” e que, por sua vez, os serviços reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e ainda, que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada.

Abordar a experiência do adoecimento por condição crônica implica que o cuidado profissional seja uma produção mais artesanal que em linha de montagem, configurando-se como um cuidado personalíssimo, ou seja, “modelando-se” de modo a: (a) ser orientado para as pessoas e suas famílias, amparando-as na constituição de “normalidades possíveis no adoecimento”; (b) ser articulado ao cuidado familiar, produzindo sinergia em seus potenciais próprios de cuidado e amparando-as em seus limites, dadas as exigências continuadas, progressivas e, às vezes, permanentes que a condição crônica impõe; (c) ser reconhecidamente constituído de elementos das mais diversas naturezas, presentes em diferentes lugares das redes tecidas e que os profissionais de saúde devam fazer parte destas, fortalecendo-as por meio de vínculos e respostas resolutivas a seus problemas. Nessas redes tecidas para o cuidado, algumas pessoas participam de modo diferenciado, aumentando o potencial da família para realizá-lo, sendo por nós nomeadas de mediadoras. Daí a importância de analisar o modo de atuação desses mediadores e como a mediação por eles realizada tem afetado a vida de pessoas e famílias em experiência de adoecimento por condição crônica.

Ao realizar uma aproximação com a noção de mediação, percebemos que ela tem se caracterizado como a atividade realizada por participantes das redes para o cuidado à saúde,

seja de sustentação ou apoio, que afeta a trajetória de cuidado, propiciando melhores condições para sua realização. Entendemos como característica da mediação esta positividade que se pode imprimir em situações de carências de diversas naturezas, modificando-as.

Vários percursos são possíveis de serem trilhados pela família na busca por resolver necessidades de saúde e muitos cuidados podem ser efetivados por ela. Contudo, alguns recursos e informações podem estar fora de seu alcance, sendo necessário avançar para outros patamares nos quais estes estejam disponíveis. E é nessa situação que acionar um mediador se mostra ser importante para, por exemplo, conseguir acesso a algum serviço de saúde.

Através da mediação, pessoas ou instituições promovem a articulação com novos sujeitos e instituições constituindo outros fluxos que possibilitem acessos a recursos e cuidados. Compreendemos que os mediadores efetivam, em algum grau, o que a família em primeiro momento tem como uma necessidade não resolvida, oferecendo, desta forma, algumas condições para o cuidado, aliviando tensões geradas pelos recursos escassos. Na experiência de adoecimento, a mediação aumenta o potencial de cuidado familiar ao conferir maior dinamicidade às redes de apoio e sustentação, pois, por meio da conectividade que ela realiza, constitui e amplia fluxos. Portanto, a noção de rede nos permite analisar, mais do que um retrato, uma cena em movimento, na qual os personagens estão em constante interação, fortalecendo e/ou afrouxando vínculos, intensificando trocas, articulando novos elementos, na tentativa da família de cuidar, cuidar-se e ser cuidada. Estas redes, bem como as mediações nelas existentes, conformam-se de modo único para cada família e se diferenciam, nesta, ao longo do adoecimento.

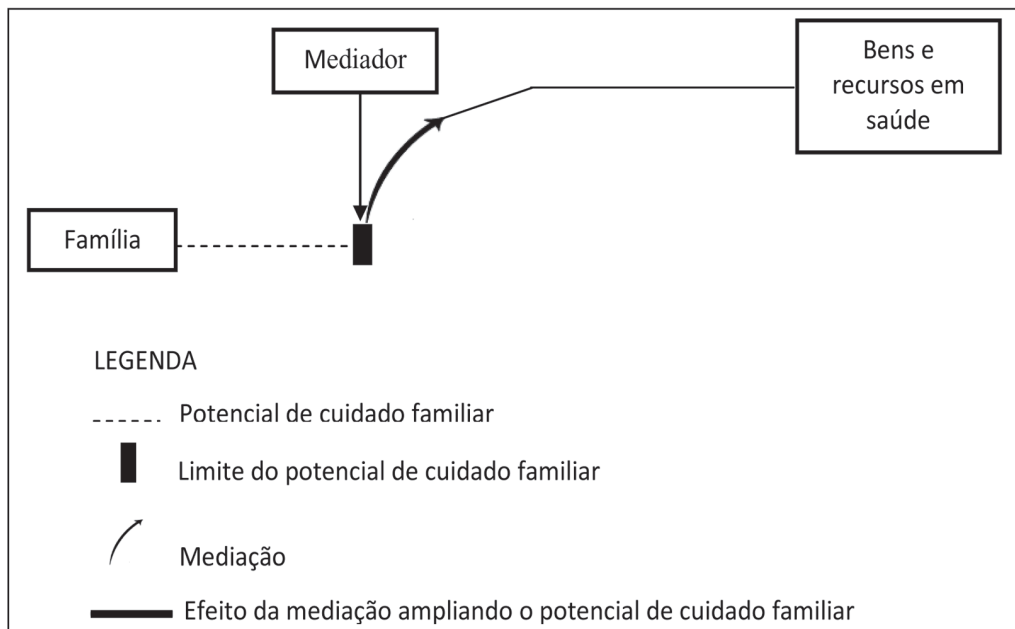
Os mediadores têm diversos vínculos com as famílias, podendo estar ligados por laços de parentesco, amizade ou vizinhança, presentes como membro da rede de sustentação e/ou apoio, vinculados ou não a uma instituição de saúde ou outra. Pode, ainda, ser uma instituição, tal como a jurídica, cuja relação implica maior impessoalidade, demonstrando, assim, a pluralidade dos modos em que a mediação pode ocorrer.

Os mediadores têm atuado em determinados momentos do adoecimento, principalmente naqueles de carências de condições materiais e imateriais que tensionam o limiar de potencial do cuidado familiar, elevando esse potencial ao direcionar qual percurso trilhado pode ter maior efetividade e ser mais resolutivo, tornando a peregrinação da família menos árdua.

O mediador, ao atuar complementando o potencial de cuidado da família, quando este é tensionado, estabelece conectividade, possibilitando trocas entre dois pontos da rede, sendo um terceiro elemento. Neste sentido, ao efetivar o acesso dessas famílias ao que se espera ser de melhor resolução para suas necessidades, a mediação potencializa o seu modo de cuidar, mudando uma situação inicial de carências para outra, melhor, tal como representamos abaixo (figura 1).

Dentre os mediadores, a instituição jurídica tem sido por nós considerada como tendo potencial para ampliar o acesso a recursos em saúde, permitindo a efetivação, em alguma medida, do direito à saúde garantido constitucionalmente.

Figura 1 – Afetamento da mediação sobre o potencial de cuidado familiar



Em nossos estudos, temos evidenciado que a efetivação deste direito se faz, principalmente, através de demandas por medicamentos, cirurgias, transportes, suplementos alimentares e insumos. Embora bastante pontuais, as respostas judiciais a estas demandas têm possibilitado algumas condições de desenvolvimento de cuidados pelas pessoas que, sem a atuação deste mediador, não poderiam ser alcançados, seja pela situação de carência das próprias famílias ou pelas múltiplas insuficiências dos serviços de saúde. Assim, a pressão judicial tem feito com que estas demandas devam ser acolhidas e resolvidas.

Por observarmos o crescente uso da instituição jurídica na obtenção das condições necessárias para o cuidado, buscamos avaliar o modo como a mediação pode ser efetivada por esta instância, afetando a experiência de adoecimento de pessoas e famílias. Nesse sentido, problematizaremos, no capítulo a seguir, a mediação realizada pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso.

A judicialização da saúde é fenômeno crescente e tem despertado inúmeros debates, bem como o interesse de pesquisadores em compreendê-lo (PEPE, 2010; DINIZ, 2009; CHIEFFI, 2009). Temos focado que, apesar de o Poder Judiciário conceder às pessoas o que elas demandam, questionamos que efeitos esta mediação produz, dado que a demanda constitui-se como recorte muito pontual de necessidades e que a ação deste mediador também se realiza de forma estrita ao seu atendimento, em contraponto às necessidades continuamente renovadas, ampliadas e progressivas de cuidados que a condição crônica impõe.

Referências

- ANJOS, P.S.S.; BELLATO, R.; CASTRO, P. “Me acode!”: itinerários terapêuticos de uma usuária com hipertensão arterial em busca pelo cuidado. Um convite à reflexão sobre integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Ateliê do cuidado: serviço, pesquisa e ensino*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 215-230.
- ARAÚJO, L.F.S.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 203-214.
- BACHELARD, G. *A dialética da duração*. São Paulo: Ática, 1994.
- BELLATO, R. *A vivência da hospitalização pela pessoa doente*. 2001. 210 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 187-194.
- CANGUILHERM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- COSTA, A.L.R.C. et al. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 195-202.
- CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago, 2009.
- DINIZ, D. *Judicialização de medicamentos no SUS: memorial ao STF*. Série Anis, Ano IX, n.66, p. 1-15, Brasília, Letras Livres, junho de 2009. Disponível em: <http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa66_diniz_medicamentos_stf.pdf> Acesso em: 21 jul 2010.
- FARIA, A.P.S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online], v. 43, n. 4, p. 752-759, 2009.
- MAFFESOLI, M. *A conquista do presente*. Natal: Argos, 2001.
- MEDEIROS, L.H.L. *O significado da experiência do adoecimento por câncer: um estudo biográfico*. 2010. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Saúde 2008*. Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca. Lisboa: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf> Acesso em: 25 jun. 2009.
- _____. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório Mundial. Brasília: OPAS, 2003.
- PEPE, V.L.E. et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, mar. 2010.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Análise da demanda do direito à saúde e as possibilidades de mediação pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso

LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO

ROSENEY BELLATO

GEOVANA HAGATA DE LIMA SOUZA THAINES CORRÊA

LEANDRO FELIPE MUFATO

MARLY AKEMI SHIROMA NEPOMUCENO

Neste capítulo, analisamos a mediação realizada pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso (TJMT) frente às demandas do direito de usuários de serviços de saúde nesse Estado em termos de sua efetividade – no caso, compreendida como permanência de certa eficácia dessa mediação, modificando práticas de atenção e gestão em saúde e afetando, positivamente, a experiência de adoecimento de pessoas e famílias.

Concebemos o direito à saúde como direito humano fundamental e de cidadania, a ser consubstanciado em práticas cotidianas concretas, pois, segundo Machado, Pinheiro e Guizardi (2005), a autonomia ocorre em situações cotidianas e reais de existência, e não num espaço ideal. Entendemos que a declaração do direito abre o campo social para a criação de demandas e exigências dos sujeitos por meio de diversas formas de reivindicação, o que pode, desta forma, efetivá-lo como um direito real (CHAUÍ, 2001).

No cotidiano das experiências de adoecimento de pessoas e famílias, dadas suas inúmeras e constantes carências, somadas aos descuidos das mais diferentes ordens pelos serviços de saúde, considerados por vezes banais, produzem-se efeitos em cascata no cuidado familiar, quando este deveria ser garantido de forma continuada e prolongada. Dada a natureza dos adoecimentos, particularmente nas condições crônicas, questionamos em que medida o direito à saúde dessas pessoas está sendo garantido.

A condição crônica tem sido foco de nossos estudos, visto sua relação com necessidades continuadas, prolongadas e que podem se tornar progressivamente mais intensas, demandando dos serviços de saúde e, especialmente da família, *quantum* de cuidado cada vez maior. A família tem sido por nós considerada a principal produtora de cuidados, sendo que é, portanto, sobre ela que recaem os múltiplos custos e demandas dessa produção (ARAUJO; BELLATO; HILLER, 2009). Na busca por ampliar seus potenciais de cuidado, a família tece redes que possam lhe dar certa sustentabilidade e apoio na realização do próprio cuidado, bem como no alcance das condições necessárias para realizá-lo. Os serviços de saúde também podem fazer parte dessas redes – no entanto, sua atuação tem se dado, geralmente, de forma pontual, em situações de agudização do agravo crônico e, mesmo neste momento, constituindo-se como um elo frágil (BELLATO et al., 2009), mostrando-se pouco capaz para constituir longitudinalidade na atenção (STARFIELD, 2008).

Esse pouco amparo, somado aos descuidos cotidianos na relação com os serviços de saúde, tem levado as pessoas a recorrerem às instâncias jurídicas, dentre outras, para ter efetivados seus direitos, o que tem produzido o fenômeno da judicialização na saúde (DINIZ, 2009; FERRAZ, 2009; JESUS, 2005). Consideramos, ainda, que a demanda que transita por via judicial é ínfima se comparada àquela que cotidianamente se banaliza nos serviços de saúde. E apesar da potência vocalizadora desta instância, questionamos sua capacidade de produzir sinergia de esforços com o campo da saúde para conformação de práticas nas quais estejam presentes inovação, alteridade e vínculo, que abordados por nós no capítulo que se segue.

A judicialização da saúde tem se produzido no confronto entre responsabilidade sanitária, necessidades de usuários e recursos limitados em saúde (DINIZ, 2009; FERRAZ, 2009; JESUS, 2005). Neste confronto, a instância jurídica poderia ser compreendida como mediadora, ou “fel da balança”, nas situações em que equidade e universalidade pendem como dois polos. Este fenômeno, estudado por diversos autores em todo o país (DINIZ, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009; PEPE et al., 2010), tem sua relevância destacada, especialmente no Estado de Mato Grosso, pela inexistência de outros estudos dessa natureza. Neste sentido, nosso objetivo foi analisar a demanda do direito à saúde no TJMT e sua atuação mediadora na efetivação desse direito.

Percurso metodológico na análise da demanda e mediação do TJMT

Estudo qualitativo com base em pesquisa documental (POUPART et al., 2008), no qual analisamos decisões judiciais de demandas de direito à saúde acolhidas no TJMT, relativas ao período de maio de 2008 a abril de 2009. Os relatos e alegações dos autores das decisões foram considerados discursos qualificados do campo do direito em nosso estado em relação às questões do direito à saúde, permitindo-nos analisar a demanda em si e também os discursos nela presentes. Nesse sentido, a decisão judicial foi considerada um documento útil, pois se trata do inteiro teor de um julgamento e não apenas um fragmento qualquer.

As decisões judiciais foram acessadas em banco de dados governamental de natureza jurídica e domínio público.¹ Utilizamos como critério de busca: (a) uso do descritor “direito à saúde” no “inteiro teor” das decisões, área da saúde dentre os campos do direito cível e localizando o descritor em toda extensão da decisão; (b) por todos os magistrados (incluindo os aposentados), em julgamentos do período delimitado; (c) classe de “mandado de segurança” e “mandado de segurança coletivo”, mecanismos processuais mais utilizados por usuários. Foram analisadas, então, 338 decisões judiciais.

Elementos estruturais comuns às decisões conformaram categorias preliminares de análise (MINAYO, 2006), dispostas numa tabela descritivo-analítica nomeada planilha de identificação, contendo informações quanto a: número do protocolo, câmara julgadora, comarca, tipo de recurso, autor, réu, data da propositura na instância de 2º grau, data do julgamento, ementa e objeto da demanda. Esta planilha foi submetida ao procedimento

¹ www.tjmt.gov.br

analítico quantitativo em sua distribuição absoluta e relativa; bem como qualitativo, em sua análise discursiva, especificamente ao discurso contido em sua “ementa”.

Análise das demandas do direito à saúde no TJMT e seus modos de atuação

Das 338 decisões analisadas, a capital de Mato Grosso, Cuiabá, foi onde mais se originaram demandas, com 56,80% (192), seguida por Várzea Grande (27), Sinop (18), Rondonópolis (15), Tangará da Serra (14) e Alta Floresta (11), representando, juntas, 25,15% das demandas. Segundo Pepe et al. (2010), essa concentração de decisões judiciais na capital pode estar relacionada ao maior número de serviços de saúde aí localizados, bem como o de instâncias jurídicas às quais o usuário possa recorrer. Em seu estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, há uma distribuição mais equilibrada entre ações movidas nas comarcas da capital e do interior – a maioria das ações teve início na capital, com 36% da demanda – diferentemente dos achados em nosso estudo.

Em nosso estado, esta configuração de demanda acompanha a distribuição populacional, mas não somente, uma vez que Sinop (110.513 hab.) e Sorriso (57.799 hab.) têm distribuição bastante desigual de demandas, respectivamente, 18 e 2. Sendo cidades vizinhas, na região centro-norte, Sorriso é sede de uma Regional de Saúde, o que talvez contribua para a menor demanda judicial. Contudo, a influência da estruturação da rede de serviços de saúde e jurídicos na origem de demandas do direito à saúde requer maiores estudos.

A maioria das decisões se constitui como “recurso”, representando 95,27% (322), sendo este o modo pelo qual a parte que se considera prejudicada por uma decisão judicial se dirige à autoridade que a deferiu, ou à autoridade superior, para obter mudança ou anulação da decisão já tomada (SILVA, 2000). Desses 322 recursos, o tipo predominante foi o “recurso de agravo” (245), com 77,78% do total, designando-se um recurso contra uma decisão interlocutória, ou seja, deferida antes do término do processo como um todo.

Já o “agravo de instrumento” constitui-se em maioria dos agravos (218), com 88,98% das decisões, sendo interposto quando as decisões podem causar lesão grave e de difícil reparação a uma das partes (SILVA, 2000). Desta forma, do conjunto dos recursos no TJMT, as demandas têm sido interpeladas, majoritariamente, como “agravo”, dando-se celeridade ao processo nesta instância, subentendendo-se o provável risco à vida relacionado ao direito violado.

O autor do processo, nomeado demandante, agravante, apelante, embargante, impetrante ou interessado, é aquele que tem parte na causa e, inconformado com a decisão judicial, recorre desta interpondo um recurso e, assim, pede ou requer que seja, a bem de seu direito, tendo legítimo interesse por algo que deva merecer proteção legal. Isto é importante, pois, das 338 decisões, o grande demandante no TJMT é o poder público (290) em 85,80% das decisões, seja o Estado de Mato Grosso (278), ou um de seus municípios (12). O usuário como demandante (27) corresponde a apenas 7,99% no âmbito das demais decisões.

O poder público “Estado”, que figurava como réu nos processos interpostos por usuários em 1ª instância, em ações de 2ª instância passa a ocupar o polo ativo, como autor. Havendo ou não a manifestação estatal, o Poder Judiciário, por si só, interpõe

matéria de “ofício”, ou seja, mediante “reanálise necessária”, obrigatoriamente, para que seja revisada a matéria julgada.

Desta forma, temos duas grandes instituições em debate: o Ministério Público – representando o usuário –, e o Estado de Mato Grosso, tornando-se demandante em grau recursal. O TJMT recebeu e deu provimento parcial ao Estado de Mato Grosso em apenas 3,41% dos recursos (11); sendo os demais rejeitados e improvidos, mantendo a decisão inicial de 1ª instância, acolhendo a demanda do usuário.

Na ementa das decisões judiciais contendo o resumo e o veredito do magistrado, no “acórdão” (SILVA, 2000) emerge com frequência a citação do “direito à saúde”, embasado na Constituição Federal, a afirmação da obrigação do Estado em prover este direito e a negação do magistrado às justificativas do autor, para o não-fornecimento das demandas solicitadas, que em sua maioria são demandas por medicamentos (199), representando 58,8% das 338 decisões.

O Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Medicamentos para garantir a segurança, eficácia e qualidade dos mesmos, seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, bem como fármacos de alto custo (BRASIL, 2001). A partir desta Política, foram criadas listas de medicamentos a serem fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, mesmo com esta garantia, a maioria das decisões, em nosso estudo, foi de demanda por medicamentos, o que evidencia dificuldades em sua disponibilidade em nosso estado, em consonância com realidades encontradas em todo o país (BATISTA, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009; PEPE et al., 2010), onde medicamentos constituem a demanda primeira no Judiciário.

Mesmo com o aumento da demanda judicial por medicamentos, não ocorre igual incorporação de novos fármacos nas portarias e protocolos clínicos (BRASIL, 2010), bem como de procedimentos, suplementos alimentares e insumos, também solicitados judicialmente com frequência. As alegações do Estado de Mato Grosso para o não-fornecimento dos medicamentos requeridos dizem respeito, primeiramente, à sua gestão orçamentária, o que não permitiria seu fornecimento; também é alegado que os medicamentos demandados não constam em portarias e protocolos clínicos no Estado. Mas, em geral, ambas alegações são contestadas pelos magistrados nos termos “*Problemas orçamentários não podem impedir o implemento, pelo Estado, do direito à saúde, previsto constitucionalmente*” (Decisão judicial 81) ou “*Fornecimento de medicamento não inscrito na portaria ministerial nº 2577/06/MS e nos protocolos clínicos estaduais a que fazem referência a portaria estadual nº 225/04/SES/MT – irrelevância – prevalência do direito à vida*” (Decisão judicial 63).

Sobre a gestão orçamentária, estudos apontam que os recursos financeiros para a saúde são limitados face à demanda (FERRAZ, 2009; JESUS, 2005); outros afirmam que, apesar de limitados, não quer dizer que sejam inflexíveis (DINIZ, 2009), pois possuem várias fontes previstas na Constituição Federal (BRASIL, 1990), e o poder de negociação do país é grande para que possam ser adquiridos novos fármacos (BRASIL, 2010).

As alegações do Estado são negadas pelos magistrados em 97% das decisões, sendo então favoráveis ao usuário. Pepe et al. (2010) evidenciaram a acolhida absoluta do usuário

ao analisarem as decisões do TJRJ no ano de 2006, nas quais o magistrado concedeu a liminar sem pedir provas adicionais, além da prescrição médica. Desta forma, o magistrado se baseia no direito à saúde, garantido pela Constituição Federal, com o argumento de o direito à saúde e a vida constituir-se um bem maior e inviolável, estando acima de portarias e protocolos clínicos estabelecidos pelo Estado, conforme recorrente frase dos magistrados nas decisões: “o direito à saúde não pode ser relativizado em detrimento de políticas administrativas – preceito constitucional” (Decisão judicial 41).

O direito à saúde é mencionado em 45% (153) das ementas das decisões, descrito de modo exemplar como: “direito à saúde assegurado pela Constituição”, “saúde – direito de todos indiscriminadamente” e “a Constituição Federal garante a todos a inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, caput)”. Também é citado ao longo de todas as ementas, às vezes mais de uma vez em uma mesma, nos termos diferenciados: “direito fundamental” (56 vezes), “direito à vida” (57 vezes), “direito público subjetivo à saúde” (18 vezes), “saúde é direito de todos” (17 vezes) e “bem jurídico constitucionalmente tutelado” (11 vezes).

Enfatizando a importância da efetivação do direito à saúde e justificando suas decisões favoráveis ao usuário em 96%, os magistrados utilizam diversos termos para caracterizar o usuário já na ementa: “portador” (45 vezes) discriminado como “portador de doença grave, doença congênita, patologia grave”; “menor” (16 vezes); “criança” (17 vezes); “Idoso” (15 vezes); “pessoa hipossuficiente/hipossuficiência” (17 vezes), discriminando-o em relação à sua precária condição financeira; “carente” (15 vezes) discriminado como *pessoa carente, menor carente, gêmeos carentes, autora carente, pessoa idosa e carente, pessoa comprovadamente carente*. Essas expressões reafirmam a necessidade de que o magistrado conceda a demanda solicitada e efetive o direito à saúde.

É importante ressaltar que mais da metade das demandas analisadas são decorrentes de uma condição crônica (60,0%), e que esta tem como características perdurar no tempo ou ser permanente e impor necessidades constantemente renovadas e ampliadas, sendo seu atendimento dependente de práticas eficazes de cuidado. Na falta destas, o Judiciário tem se colocado como árbitro, tentando resolver contendas oriundas do próprio poder público, visto ser o Estado, em suas múltiplas esferas, o grande gestor do SUS.

O direito à saúde, definido como um direito social (BRASIL, 1990), requer acesso universal aos cuidados de saúde, com recursos necessários para provê-los, oferecidos por serviços de qualidade (CECÍLIO, 2001), demandando esforços intersetoriais, visto envolver ações mais amplas do que apenas o fornecimento pontual de insumos específicos, como observado em nosso estudo. Ressaltamos que o Brasil é um dos únicos países no mundo que garantem o direito à saúde, e não o direito a serviços de saúde (DINIZ, 2009). Esse direito, contudo, não pode ser alcançado através de um limitado recorte de necessidades, concretizado na prescrição médica em forma de um medicamento, insumo ou procedimento.

O procedimento judicial reitera esse recorte da necessidade do usuário desde seu início, pois, tendo por “prova” do direito negado a prescrição médica, dela extrai, em geral, elemento único que se torna o objeto da demanda. Então, o processo judicial transitará por um período que pode ser superior a um ano, requerendo-se “o” medicamento, ou exame, ou cirurgia, ou dado procedimento. Este recorte também se faz presente quan-

do se estipula a quantidade e/ou período em que dado insumo deverá ser fornecido, tal como “[...] *determinar que o agravante forneça imediatamente 09 (nove) latas/mês de LEITE PREGOMIN à criança*” (Decisão judicial 02). Esta quantificação de “latas” está especificada em 38,4% (10) das 28 decisões cuja demanda foi por suplementos alimentares e insumos, não fazendo relação com o aumento da necessidade do suplemento pela criança ao longo do tempo.

Juntamente com a alegação do direito à saúde, o magistrado afirma ser “*dever do Estado*” proteger e prover tal direito à população, termo presente em 36% (123) das ementas analisadas, dentre outros com mesmo sentido, tal como “*Obrigações de fornecer*” (16 vezes), “*Dever do Estado fornecer/fornecer gratuitamente*” (13), “*Responsáveis pelo provimento*” (05) dentre outras. O imperativo de tal dever pode ser exemplificado no seguinte trecho:

O Estado, na proteção à saúde, é obrigado a fornecer, gratuitamente, medicamentos aos administrados hipossuficientes, não podendo, normas infralegais, de caráter exclusivamente regulamentares, limitar o alcance do referido direito social que, como sabido, é imperativo e de caráter imediato (Decisão judicial 63).

Alguns estudos questionam a ação do Judiciário em relação à concessão de demandas contra o Estado, afirmando que as necessidades são infinitas, mas que os recursos financeiros não, podendo prejudicar as políticas de saúde e seu gerenciamento (JESUS, 2005; CHIEFFI; BARATA, 2009). Outros questionam a utilização apenas do conceito de “hipossuficiente” que o magistrado tem do usuário, bem como o uso apenas do receituário médico como critérios para deferir a sentença. Pepe et al. (2010, p. 468) lembram que “diversos fatores podem influenciar negativamente na qualidade da prescrição médica”. No entanto, o argumento da garantia do direito à saúde baseado na Constituição Federal foi prioritariamente empregado pelo magistrado em 97% das decisões por nós analisadas.

Embora haja o acolhimento da maioria das demandas dos usuários em desfavor do Estado pelo TJMT, o procedimento judicial não incorpora, em sua prática, acompanhamento rotineiro daquilo que lhe foi decidido favoravelmente – ou seja, o benefício concedido frente a uma demanda realizada em dado momento de seu adoecimento. Assim, não há controle do benefício concedido em relação à persistência, ou não, da necessidade ao longo do tempo, ou sua ampliação. E, não havendo uma avaliação da efetividade da atuação jurídica, indagamos como esta afeta a experiência de adoecimento dos usuários demandantes e quais as possibilidades de garantia do direito à saúde por meio dessa atuação.

Entendemos que a resposta judicial à demanda impõe tríplice movimento regulatório do direito à saúde, ou seja, o que foi demandado passa por um fluxo longo e pouco conhecido pelo campo saúde; esse fluxo apresenta filtros de diversas ordens desde a origem da demanda, já recortada pelo profissional médico em sua prescrição, até aqueles que são próprios do campo jurídico. Finalmente, aquilo que é concedido permanecerá inalterado, ou seja, delimitado na oferta e no tempo pelo magistrado em atendimento estrito ao que se pede, não tendo como avaliar se a necessidade que gerou a demanda permanecerá ou não, a não ser por nova demanda do usuário, sendo que esta não será apensada àquela.

Assim, a condição crônica perde sua visibilidade como exigente de cuidados e insumos que se modificam e se intensificam ao longo do tempo; e aquilo que foi demandado e concedido judicialmente, por ser fixo, perde sua eficácia frente à mutabilidade das necessidades no adoecimento por uma condição crônica. Esta temporalidade diferenciada da atuação jurídica em seus tramites administrativos próprios contrasta com as características do adoecimento por condição crônica em seu movimento também próprio, que pode incluir períodos de agudização e de relativa estabilidade (BELLATO et al., 2009). Retornamos ao questionamento inicial sobre a potência da instância jurídica como mediadora para efetivar o direito à saúde de pessoas e famílias que vivenciam tal situação.

Considerações finais

Embora a Constituição Federal tenha incorporado como responsabilidade estatal a prestação de serviços essenciais, dentre eles os de saúde, seja por entes privados ou públicos; que a atenção à saúde seja orientada pelos princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade, bem como organizacionais de descentralização e participação social; e que a oferta dessa atenção seja organizada por meio de dispositivos legais e administrativos, estas garantias não se mostram ainda efetivas para concretizar o direito à saúde. E, na tentativa de obtenção de cuidado profissional, pessoas têm acionado instâncias jurídicas, por meio de demandas judiciais, para que haja a efetivação desse direito. Em nosso estado, tais demandas são, em geral, individuais, com elementos pontuais de necessidades bastante recortadas, a maioria por medicamentos.

Em nosso estudo, as demandas judiciais não conferiram visibilidade às necessidades ampliadas das pessoas, tal como na vivência de uma condição crônica, considerando-se que esta afeta a vida da pessoa adoecida, como também de sua família, ao longo do tempo, produzindo necessidades variadas e de diversas naturezas. Também os benefícios, concedidos pontualmente, não geram afetamentos que possam repercutir ao longo do adoecimento da pessoa e família. E, sendo consideradas demandas individuais, ainda que retiradas em relação a determinadas demandas, não tomam um cunho coletivo, de modo a direcionar a reorganização dos serviços de saúde e sua oferta de cuidado. Desta forma, a sinergia de esforços que poderia haver entre o campo jurídico e da saúde mostra-se ainda incipiente, e seus discursos, tal como evidenciam as decisões judiciais, são conflitantes.

Compreender os afetamentos que a experiência de adoecimento por condição crônica traz para a pessoa e sua família, bem como a potência e eficácia do “remédio jurídico” no cuidado a estas pessoas, efetivando ou não o direito à saúde, parece-nos imprescindível na discussão, tão acirrada atualmente, sobre a judicialização da saúde. Faz-se necessário, para isso, refletir sobre o modo de atuação do Poder Judiciário e sua potência para, mais do que exercer uma função, desenvolver a mediação na garantia do direito à saúde.

No capítulo seguinte, apresentamos elementos importantes que podem contribuir com esta discussão, ao explicitarmos a experiência de adoecimento de uma criança em condição crônica que exige cuidado permanente e progressivamente mais intenso, cuja família, frente a inobservância e violação do seu direito à saúde, tem reiteradas demandas judiciais por insumos para seu cuidado.

Referências

- ARAÚJO, L.F.S.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 203-214.
- BATISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.
- BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; FARIA, A.P.S.; COSTA, A.L.R.C.; MARUYAMA, S.A.T. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 187-194.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do CONASS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos 2001*. Brasília: 2001.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. 12 ed. São Paulo: Ática, 2001.
- CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1.839-1.849, ago, 2009.
- DINIZ, D. Judicialização de medicamentos no SUS: memorial ao STF. *Série Anis*, ano IX, n. 66, jun. 2009.
- FERRAZ, O.L.M.; VIEIRA, F.S. Direito à Saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.
- JESUS, R.A.R. *Possibilidades e limites do controle jurisdicional de políticas públicas de efetivação do direito à saúde, à luz da Constituição Federal de 1988*. 2005. 70f. Monografia (Curso de Especialização em Políticas Públicas) – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas da Universidade de Brasília. Brasília, 2005.
- MACHADO, F.R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 47-63.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- PEPE, V.L.E; VENTURA, M.; SANT'ANA, J.M.B; FIGUEIREDO, T.A.; SOUZA, V.R; SIMAS, L; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, mar, 2010.
- POUPART, J.; DESLAURIES, J.P.; GROULX, L.H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- SILVA, P. *Vocabulário jurídico*. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

“Remédio jurídico” e seus afetamentos no cuidado à saúde de uma família

ROSENEY BELLATO
LAURA FILOMENA SANTOS DE ARAÚJO
MARLY AKEMI SHIROMA NEPOMUCENO
LEANDRO FELIPE MUFATO

No capítulo anterior, a análise da demanda do direito à saúde em Mato Grosso permitiu-nos evidenciar que, embora tenha havido o acolhimento da quase totalidade das demandas realizadas pelos usuários, a efetividade do direito à saúde proporcionada pela atuação do Tribunal de Justiça de Mato Grosso (TJMT) ocorreu apenas no que diz respeito a uma necessidade em saúde estritamente recortada, reafirmando fragmentos de cuidados juridicamente demandados, sendo que seu atendimento não se faz em termos de induzir modificações substanciais em práticas de gestão e atenção em saúde, dado o caráter individual e pontual da demanda. Tais fragmentos se traduzem como “um” insumo ou “um” procedimento, em contraposição às necessidades ampliadas e dinâmicas das pessoas em condição crônica, para as quais se faz imprescindível que seja ofertado o “básico em saúde” (PEREIRA, 2000), entendido como as condições essenciais para que o cuidado aconteça.

A *efetividade* é entendida como certa permanência no tempo da eficácia de um cuidado; é importante considerar essa noção na discussão das condições crônicas, prevalentes e com tendência progressiva de aumento, bem como daquilo que Starfield (2002) conceitua como longitudinalidade das práticas em saúde. Entendemos que as práticas em saúde devem almejar certa resolutividade frente às necessidades de saúde das pessoas, o que nos parece ser um ótimo critério de avaliação dos efeitos dos cuidados produzidos pelos serviços em cada nível da atenção. Com isto, espera-se que os problemas de saúde possam ser resolvidos através de práticas eficazes, eficientes e efetivas, ou seja, que produzam os efeitos desejados, com menor custo e desgaste para as pessoas e suas famílias e que tenham permanência no tempo.

Assim, buscando compreender que afetamentos a intervenção judicial pode produzir na experiência de adoecimento por condição crônica, tomamos como caso exemplar a situação de uma criança e sua família que vivenciam o adoecimento por adrenoleucodistrofia (ALD). Também será nosso foco de análise em que medida esta atuação possibilitou a efetivação, ou não, do direito à saúde dessas pessoas.

Intentamos orientar esta discussão em torno das categorias inovação, alteridade e vínculo compreendidas, inicialmente: (a) *inovação* como a concepção da sinergia de

esforços entre os campos do direito e da saúde na consecução e permanência do direito à saúde; (b) *alteridade* como visibilidade produzida pela intrínseca relação entre necessidades da pessoa adoecida, a tradução dessas necessidades em demandas de direito à saúde e a efetividade da prática jurídica na consecução deste direito; (c) *vínculo* como corresponsabilidade intersectorial dos campos do direito, da saúde e da gestão estatal produzindo afetações na vida das pessoas em condição crônica, por meio da reorganização das práticas nestes campos, em direção à consecução do direito à saúde.

Busca por cuidado na experiência de adoecimento de criança e sua família

Apresentamos um breve relato da história de adoecimento de uma criança e sua família e, nela, as particularidades de seu adoecimento, do cuidado profissional e cuidado familiar, bem como do apoio para que este ocorra.

É uma família cujo filho caçula, Belchior,¹ tem 10 anos, reside com o pai, Baltasar, a mãe, Maria e a irmã, Mirra, e vivencia a condição crônica por adrenoleucodistrofia (ALD), em torno da qual o núcleo de cuidado familiar despende energias físicas, emocionais e outras, dadas as conformações de seu adoecimento e das necessidades de cuidados integrais e ininterruptos. A família é extensa em seus laços de consanguinidade e de relacionamentos; porém, seu núcleo de cuidado é composto somente por seus pais e irmã, que com ele coabitam. Sua casa é num bairro popular, periférico, que conta com infraestrutura básica, como serviços de saúde, transporte coletivo e comunidades religiosas. A casa é simples, com cômodos pouco amplos, mas com impressão de serem espaçosos, pois todos os móveis ficam alinhados às paredes, de modo se tenha acesso livre à movimentação, o que é revelador do intenso cuidado cotidiano à criança.

A história de adoecimento de Belchior teve início na fase de educação infantil, quando, ao acompanharem as tarefas escolares, seus pais perceberam que o aproveitamento estava aquém do esperado para sua idade:

A gente mandava ele pega um... um lápis, ele pegava outra coisa! A gente mandava escrever na margem do caderno, ele escrevia lá na outra margem! A gente mandava fazer um “a”, ía, fazia outra letra! (Baltasar).

Orientados pela psicóloga da escola, seus pais procuraram um neurologista para fazer uma avaliação. Esta busca se deu no Sistema Único de Saúde (SUS), mas devido à demora e percebendo o agravamento das dificuldades de Belchior, decidiram pelo sistema privado. Mesmo com dificuldades a criança continuou frequentando a escola, até que suas limitações a impedissem:

Fez um ano que eu não sei o que é viver tranquilo [...] Ficou só assim, falando meio arastado e... [pausa] quase não dá pra falar. Eu falei, ainda eu comentei pra mulher: - Eu não sei não, mas eu tô achando que meu filho vai perder a fala! (Baltasar).

Com o desenvolvimento da doença, a família passou a empreender intensos esforços na busca por cuidados profissionais a Belchior, envolvendo exames específicos, exercícios de fisioterapia e de fonoaudiologia, consultas médicas, procedimentos cirúrgicos para uso de

¹ Usamos nomes fictícios para todos os participantes da pesquisa para preservar o anonimato.

sonda gastroenteral, fórmulas lácteas apropriadas para esta sonda, serviços de *home care*, este último concedido à família somente com maior agravamento de seu adoecimento.

Também empreenderam buscas por benefícios previdenciários, como sua aposentadoria; e buscas por alguns insumos necessários ao cuidado, como a fralda usada diuturnamente e que deveria ser adequada ao seu estágio de crescimento ao longo de seu adoecimento. E, cada vez mais, Belchior passou a apresentar limitações de movimento, fala, visão e deglutição, além de atrofia dos membros, ficando dependente para suas atividades cotidianas mais simples, como as de higiene pessoal, sentar-se, andar e se alimentar. Com seu agravamento, também foi necessário estabelecer uma via artificial para alimentar-se, gastroenteral, o que passou a exigir dieta especial. Observamos algumas implicações do adoecimento na vida dessa família:

Houve um momento em que Baltasar pegou Belchior em seu colo e o colocou ao seu lado no sofá, dando-lhe apoio ao passar o braço pelas costas do filho. Essa cena chama a atenção, pois pai e filho, sentados lado a lado, não deve ser algo do cotidiano da família e demonstra, ainda, quanto é difícil, pela condição de adoecimento do filho, conseguir algo que parece ser simples para um pai: sentar-se junto ao filho (Diário de campo).

Houve necessidade de muitos rearranjos no cotidiano para o cuidado familiar, de diversas dimensões. Como exemplo, mudanças em relação ao emprego de Maria e Baltasar. Ela, esgotadas as possibilidades de licenças médicas para cuidar do filho, buscou, por meio legal, horário diferenciado e reduzido de trabalho; atualmente é cozeira em um serviço público de saúde, atuando três horas por noite. Baltasar, encanador, trabalha na construção civil e, por acordo informal com a empresa, passa a ser dispensado mais cedo para estar em casa antes que sua esposa saia para o trabalho. Estes arranjos no trabalho permitem o cuidado continuado e permanente pelos pais, sendo a mãe durante o dia e o pai à noite, num sistema de "plantões familiares", dada a necessidade de vigília e cuidados constantes, pois Belchior, dentre outros, tem risco de asfixia por incapacidade de deglutir até mesmo sua saliva:

Eu consegui diminuição... Trabalhava assim: - Trabalhava um dia, folgava dois, doze por sessenta. Aí, com essa lei, diminuí três horas, aí, teve que esse horário, porque também eu tive que arrumar alguém pra cuidar dele, né. Aí... Quando eu tô saindo, meu marido chega, aí ele cuida dele (Maria).

É assim: - ela cuida durante o dia e eu chego a noite [...] Só que aqui é assim, é a mesma coisa que, por exemplo, tá no hospital, um dia ela dorme com ele outro dia eu durmo, revezando (Baltasar).

A família é apoiada por parentes próximos: um sobrinho busca Maria todas as noites em seu trabalho, dada a distância e o horário tardio de sua saída; uma irmã de Maria a auxilia nos afazeres domésticos para que ela possa cuidar de Belchior; e Mirra, irmã de Belchior, cuida dele quando os pais não podem estar próximos. Dessa forma, se configura a rede de sustentação (BELLATO et al., 2009) capaz de promover condições de diferentes naturezas para que a família produza e gere os intensos cuidados cotidianos.

A família é também amparada por pessoas de sua comunidade religiosa, que realizam eventos para arrecadar recursos financeiros necessários para realizarem exames

particulares, sempre que estes são de difícil acesso, ou não são realizados pelo SUS. Essas pessoas fazem parte da rede de apoio da família, constituída por vínculos de amizade e que também promovem condições para o cuidado familiar de forma mais pontual (BELLATO et al., 2009).

A busca por cuidado profissional se deu nos níveis de atenção secundária e terciária – centro de reabilitação, pronto-socorro municipal, hospital conveniado com o SUS e hospital público universitário. Apesar das múltiplas necessidades da criança, e mesmo a família residindo na área de abrangência de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), este serviço não lhe ofertou acompanhamento, restringindo-se a realizar visitas esporádicas, pontuais e/ou quando solicitadas pela própria família. Desde o início do adoecimento de Belchior, os serviços públicos de saúde não foram a via mais eficaz para o diagnóstico e tratamento, pela demora em suas respostas frente à rápida progressão da doença, com agudizações frequentes e que se encaminha para a finitude.

Com seu agravamento e as inúmeras necessidades de cuidado, outras instituições foram buscadas, também fora do campo saúde. Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar e companhia de energia elétrica foram buscados pela família para atendimento de diversas necessidades, de modo a garantir, em alguma medida, a realização de determinados procedimentos e acesso a insumos para o cuidado. A retirada de um poste de iluminação pública em frente à sua residência, de modo a facilitar o acesso da criança a transporte, quando de seu traslado para serviços de saúde mostra a amplitude das condições necessárias para o seu cuidado.

Mesmo mediados por essas diferentes instâncias, a busca por cuidado continuou árdua, com dificuldades de diversas ordens, tais como não cumprimento, em agosto de 2010, de liminar datada de dezembro de 2009, que determinava a realização de exame imprescindível para o acompanhando e tratamento de sua doença.

Belchior realizou sessões de fisioterapia e fonoaudiologia em um centro de reabilitação público, levado pela família enquanto podia caminhar; mas, com a progressão e agravamento de suas limitações, não tiveram mais condições de levá-lo. Este serviço não o atendeu no domicílio conforme ele necessitava, e a família foi orientada, no próprio serviço, a buscar judicialmente a garantia deste atendimento domiciliar, o que foi determinado judicialmente por seis meses. Ao fim destes, a família precisou acionar novamente a instância jurídica para dar continuidade a esse tratamento; para tanto, foi exigido relatório médico que comprovasse a necessidade de Belchior, embora já antes tivesse sido evidenciada.

Os profissionais de fisioterapia e fonoaudiologia que o atendiam na vigência da decisão judicial continuaram a fazê-lo ao seu término sem vínculo com a instituição e por decisão própria. Porém, esse atendimento dependia da disponibilidade de tempo desses profissionais, o que fez com que Belchior tivesse menos sessões frente ao que necessitava.

Também houve necessidade de demandar judicialmente o medicamento conhecido como “óleo de Lorenzo”, através da Defensoria Pública de Mato Grosso e fornecido por certo tempo. Quando da suspensão deste tratamento pelo neurologista, anterior ao tempo definido judicialmente para o fornecimento deste medicamento, a família teve que requerer formalmente a sua suspensão, caso contrário o Estado continuaria a fornecê-lo. Este caso

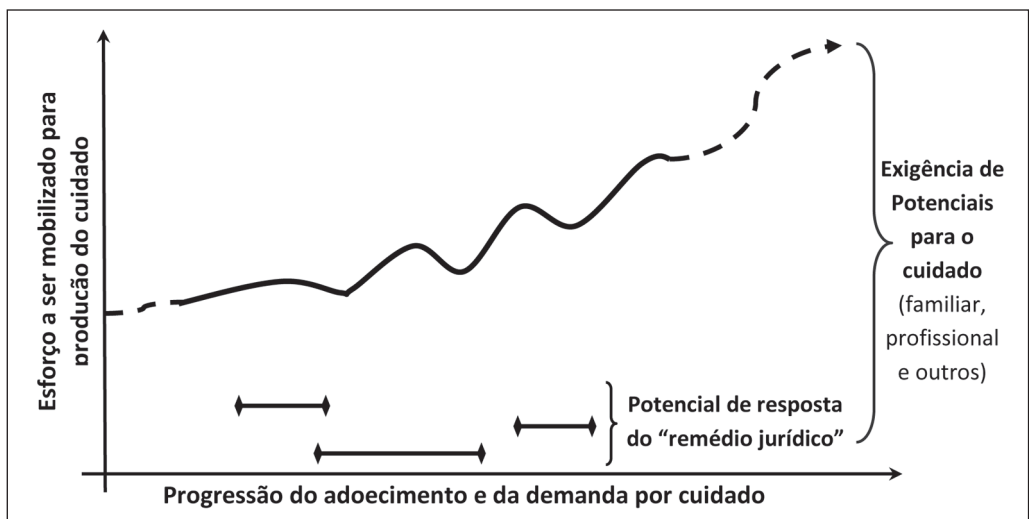
é exemplar do modo de atuação do Poder Judiciário, estrito ao que se demanda e marcado temporalmente, sem que se proceda a uma avaliação continuada do fornecimento do “remédio jurídico” que, frente à dinâmica do adoecimento que o originou, mostra-se fixo.

O adoecimento vivenciado por Belchior mostra essa dinamicidade, por produzir necessidades constantemente *renovadas*, o que exige reavaliações das demandas de cuidados e insumos ao longo do tempo; *permanentes*, o que implica a manutenção sem interrupção, diuturnamente, de muitos dos cuidados essenciais para a vida; e *progressivamente mais intensas*, dado o caráter deteriorador da enfermidade ADL. Assim, os cuidados por ele exigidos devem ter as mesmas características, demandando potenciais de cuidado familiar e profissional que respondam a essa dinamicidade.

Frente à exigência extrema de cuidados da criança e os potenciais que sua família detém para produzi-los, buscá-los e gerenciá-los, torna-se ainda mais importante entender os muitos afetamentos que o adoecimento produz em suas vidas, principalmente em termos de dispêndios e desgastes (ARAUJO; BELLATO; HILLER, 2009). Tais dispêndios e desgastes se mostram superlativos com a busca pelo “remédio jurídico” a cada necessidade não atendida pelos serviços de saúde.

Nossa compreensão da complexidade da situação de adoecimento vivenciada por Belchior e sua família é disposta na Figura 1, na qual representamos dois vetores: 1) esforço a ser mobilizado para a produção do cuidado; e 2) progressão do adoecimento e da demanda por cuidado. Resulta dessa “equação” a exigência de potenciais para o cuidado à criança, seja familiar, profissional ou outros, que se apresentem como renovados, permanentes e progressivamente múltiplos e mais intensos. Damos destaque para o “remédio jurídico”, ou seja, a resposta judicial e o modo como ela atende à demanda, com certa limitação e fixidez no tempo e espaço em relação às necessidades de cuidado.

Figura 1 - Adrenoleucodistrofia - uma condição crônica que demanda cuidados renovados, permanentes e progressivamente múltiplos e mais intensos



Observamos que a família de Belchior dispõe de certo potencial de cuidado, com recursos limitados, nos quais o cuidado profissional deveria atuar articulando-se a ele. Contudo, essa atuação se mostrou pouco efetiva, sendo necessário acionar o campo jurídico em busca da ampliação desse potencial de cuidado. A resposta desse campo, que aqui denominamos “remédio jurídico”, também se mostra pouco efetivo quanto ao acompanhamento das necessidades de saúde da criança em sua dinamicidade. Assim, consideramos que, mesmo com a atuação desse campo, a *longitudinalidade* (STARFIELD, 2003) no cuidado não foi assegurada, sendo que esta se mostra como importante analisador das vulnerabilidades dessa criança e sua família, se a tomarmos como um dos critérios sensíveis para dimensionar as repercussões do cuidado profissional na vida delas (GERHARDT et al., 2010).

Da mesma forma, Ayres (2003) discorre sobre três elementos que compõem a vulnerabilidade, sendo: (a) individual – informação, valores, crenças, afetos, pulsões, etc.; (b) social – condições de vida e trabalho, cultura, situação econômica, ambiente, relações de gênero, relações de classe, relações geracionais, etc.; e (c) programático – acesso a serviços, existência e sustentação de programas, qualidade da atenção, etc. Destes, e em relação à Belchior e sua família, buscamos evidenciar os componentes que podem se referir aos *potenciais de cuidado familiar*, dada sua natureza muito própria, sendo cuidados intensos, ao mesmo tempo rotineiros, implicando em sua renovação constante. Se considerarmos que é a família que primariamente cuida e, por isso, deva ser também cuidada, seus potenciais para o cuidado na experiência de adoecimento também se mostram importante analisadores de vulnerabilidades, frente às suas necessidades múltiplas e mutáveis no tempo.

A *atuação jurídica* seria efetiva se buscasse reduzir elementos que constituem vulnerabilidades, garantindo o máximo de suportes, material e institucional, ao cuidado familiar. Esta noção de vulnerabilidade talvez pudesse ser contraposta ao conceito de “hipossuficiente”, uma perspectiva estritamente econômica, por meio da qual a instituição jurídica tem acolhido, em certa medida, demandas do direito à saúde. No campo jurídico, uma família denominada hipossuficiente tem sempre uma boa acolhida para, em geral, uma demanda específica. Contudo, ser hipossuficiente é apenas uma das múltiplas vulnerabilidades familiares e, mesmo estando presentes os recursos econômicos, podem não estar garantidos os potenciais de cuidado familiar necessários na condição crônica.

Temos percebido que as vulnerabilidades da família se evidenciam frente às condições de fragilidade dos aparatos institucionais que lhes garantiriam cuidados, o que nos remete ao componente programático referido por Ayres (2003). E, embora as instâncias jurídicas venham sendo cada vez mais acionadas frente a não-observância, negativa e violação do direito à saúde, gerando crescimento intenso de demandas judiciais, o “remédio jurídico” tem-se mostrado pouco efetivo para a manutenção do cuidado que a família necessita.

Afetamentos do “remédio jurídico” no cuidado: discutindo inovação, alteridade e vínculo

Retomando a discussão dos efeitos do “remédio jurídico” em relação às necessidades de Belchior não atendidas no campo saúde, podemos dizer que o Estado, quando foi obrigado a cumprir a decisão judicial, o fez estritamente em relação ao objeto da demanda,

bem como por um período delimitado no tempo, tal como a assistência fisioterápica e fonoaudiológica, por apenas seis meses:

A primeira vez eu fui lá, graças a Deus, conseguimos pela Promotoria da Infância, conseguimos fono e fisioterapeuta, só que eles têm uma quantidade de seção, aí se acabar vai ter que renovar o processo (Baltasar).

Já fizeram seis meses, né! E nós demos entrada pra conseguir ação de novo, né! Porque não tem condições da gente ir no Centro de Reabilitação (Maria)

Por parte do centro de reabilitação parece-nos que não houve reconhecimento da *alteridade* da criança, visto a pouca visibilidade de suas necessidades e não-continuidade do atendimento fisioterápico e fonoaudiológico ao cessar o prazo determinado na decisão judicial, ainda que a necessidade desse atendimento se fizesse com maior intensidade, dado o agravamento da condição de Belchior. Ressaltamos, anteriormente, que esses profissionais continuaram a assisti-lo numa ação solidária, sem vinculação institucional.

Elas vêm assim... Elas vem, né! A fisioterapeuta ainda tá vindo né! A fono também ela vem, assim, diminuiu, né! Porque né! Ela vem três vezes [...] Na semana né! Só que agora ela vem duas, assim, até esperar. Ela falou: “- Eu vou vim, se por acaso me chama eu também vou” (Maria).

Desta piora da condição da criança e da interrupção institucional na oferta do cuidado profissional, o Estado e o campo jurídico não se colocaram como *corresponsáveis*, dado que o campo jurídico não dispõe de gerenciamento dos efeitos da consecução e permanência de sua prática na garantia do direito desta criança de ser cuidada ao longo do tempo. Somente atuará novamente “se provocado”, através de nova demanda judicial pela família, o que representa, para esta, novo dispêndio de energias e, para a criança, a interrupção de cuidados profissionais. Este modo de atuar é exemplarmente traduzido na linguagem do próprio campo pela expressão “a máquina jurídica tem que ser acionada” – ou seja, “posta em funcionamento” cada vez que seja preciso obter “fragmentos de resolução” para um problema de saúde.

O Estado, por sua vez, atuou sob coerção judicial frente a uma demanda específica, não reconhecendo a criança em sua inteireza e, disto decorrendo, não propiciando práticas acolhedoras em relação a suas necessidades renovadas e ampliadas. Desta forma, não houve estabelecimento de *vínculos* e *responsabilização institucional* com essa família.

Indagamos, por isso, da *responsabilidade mútua* do campo da saúde e do direito no atendimento das necessidades da criança e sua família – antes, durante e após a atuação judicial. Ao mesmo tempo, problematizamos a potência do “remédio jurídico”, pois seu modo de acontecer determina ao campo da saúde o atendimento, mas não cria sinergia de esforços, nem dispõe de acompanhamento e avaliação de sua prática. Dessa forma, torna pouco efetiva sua intervenção, mesmo para atender uma demanda individual e estrita.

Interessante salientar que, no cumprimento de uma demanda judicial, o Estado é representado pelos serviços e profissionais de saúde na sua execução. Estes, na relação com essa criança, não conseguiram dar *visibilidade* a necessidades outras que aquelas demandadas judicialmente, próprias da vivência de uma condição crônica, embora as atuais discussões sobre as exigências de cuidados nesta condição, tal como apontado pela Organização

Mundial de Saúde, de reorganização das práticas profissionais (OMS, 2003), e que estas tenham centralidade nas pessoas (OMS, 2008), constituindo o grande desafio da atualidade.

Finalmente, salientamos que, mesmo sendo a mãe de Belchior trabalhadora em instituição de saúde e a família residente em área adstrita de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve dificuldades no *acolhimento* de Belchior nos serviços de saúde:

Eu sou a primeira funcionária de lá, [...] mas, a gente é funcionária, mas nessas horas né! (Maria)

[...] foi uma falha, porque se é um... a saúde da família... então é fazer visita nas casas. Nós precisamos dele, ele não veio socorrer a gente, mandou que levasse no Pronto Socorro que ia da um jeito no transporte... Disse: “- Não, transporte não. To tão nervoso já...”. Modo de dizer que não vinha transporte. Nós demos um jeito de leva! (Baltasar).

Por diversas vezes esta família teve que buscar o “*remédio jurídico*”, mesmo que este tivesse um prazo estabelecido de fornecimento, ou seja, por tempo e quantidade específicos:

Igual o que aconteceu com o leite. Veio 244 latas. Eles mandaram 60, aí depois, diz que tinha que pegar lá (Baltasar)

Vai uns seis mês, né! Aí, acabando essas que tem [...] aí, tem que fazer outro processo de novo (Maria).

Este “remédio jurídico” atua em detrimento da permanência e ampliação progressiva da necessidade dessa criança.

Considerações finais

Ao longo dos três capítulos, buscamos trazer contribuições sobre a demanda judicial de garantia do direito à saúde no Estado de Mato Grosso, relacionada a uma reflexão sobre o modo de atuação jurídica, bem como aos afetamentos que ela é capaz de produzir na vida das pessoas, particularmente na vida de Belchior, criança que vivencia uma condição crônica por ALD. Embora certa raridade em sua incidência, este agravo assemelha-se a diversos outros que têm curso longo, progressivamente deteriorador e demandam esforços permanentes e continuados de todos aqueles implicados no cuidado à saúde, particularmente a família.

Buscamos evidenciar que a *sinergia de esforços* dos campos saúde e jurídico ainda é muito incipiente, o que poderia vir a ser uma *prática inovadora*. Contudo, tal como apontado no capítulo anterior, decisões judiciais se dão em torno de demandas individuais, mesmo que reiteradas, e produzem respostas pontuais e fixas no tempo.

Nos autos, as tensões entre estes campos ganham visibilidade no discurso do principal demandante, o Estado, contraposto pelo discurso do magistrado, os dois grandes contendores. E nesta, em segunda instância, o Estado contesta a demanda do usuário anteriormente acolhida, por “rito jurídico-administrativo” a que deve forçosamente se submeter. Ainda exemplar nesta “contenda” é, pelo campo jurídico, a incontestabilidade da prescrição médica e o poder discricionário de decisão do magistrado no arbítrio do caso; e, pelo Estado, a posição paradoxal de contestador da acolhida da demanda do

usuário, o que, inclusive, contraria sua responsabilidade como garantidor do direito à saúde a todos, segundo a Constituição Federal.

A atuação jurídica reitera a pouca visibilidade conferida pelo campo saúde às pessoas e suas famílias, recortando necessidades em “demandas juridicamente interpostas”, por meio de filtros e fluxos, o que não permite o reconhecimento da inteireza das pessoas e suas famílias, de seus contextos e potenciais de cuidado, tanto próprios como dos formais de saúde. Isso nos faz indagar da potência do “remédio jurídico” *na efetivação e permanência do direito à saúde*, e de sua própria participação no fenômeno da judicialização, dado que novas e reiteradas demandas judiciais vão produzindo efeitos “em cascata” na máquina jurídica.

A instituição jurídica pode vir a ser um “mediador” tal como o entendemos: aquele que realiza a *conectividade entre pessoas e famílias e os espaços diferenciados, de atenção à saúde ou outros*, nos quais suas necessidades de saúde possam vir a ser reconhecidas e acolhidas. A instituição mediadora seria uma “*estação integradora ou integrativa*”, pois, em seu modo de atuar, produzindo conectividade, poderia *criar uma sinergia de esforços* de todos os envolvidos no cuidado em torno de respostas resolutivas e integrais. Visualizamos, portanto, que as reiteradas demandas judiciais poderiam ser direcionadoras da reorganização das próprias práticas que as geraram; e, nisto, o campo jurídico seria, não mero cumpridor de uma função, mas um mediador em potencial.

Referências

- ARAÚJO, L.F.S.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 203-214p.
- AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 187-194p.
- GERHARDT, T. et al. Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A.G. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. p. 293-306.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008. *Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca*. Lisboa: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf> Acesso em: 25 jun. 2009.
- _____. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório Mundial. Genebra: OMS, 2003.
- PEREIRA, P.A.P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 726p.

**REGIÃO SUDESTE – MEDIAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS - INOVAÇÕES
NO COTIDIANO DAS PRÁTICAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde: uma proposta de formação profissional conjunta

ALDA LACERDA
ANGELA CASANOVA
MIRNA BARROS TEIXEIRA

Introdução

A articulação da atenção básica com a vigilância em saúde vem sendo debatida como prioridade no âmbito da política pública de saúde no Brasil, conforme se evidencia nas ações e estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Apesar de a legislação regulamentar a incorporação dos Agentes de Vigilância em Saúde (AVS), também denominados Agentes de Combate às Endemias, na atenção primária à saúde (Brasil, 2010), as ações ainda se encontram no plano político e sem uma ação efetiva desses trabalhadores no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Um dos desafios a ser superado no Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se justamente à desarticulação das ações desenvolvidas pelos diversos setores responsáveis pelo cuidado em saúde, com implicações diretas para a garantia da integralidade. No âmbito da Vigilância em Saúde, essa desarticulação se expressa em distintos níveis, desde a dicotomia das ações de vigilância – sanitária, ambiental, epidemiológica e da saúde do trabalhador – desenvolvidas pelos serviços, até a falta de integração, no nível local, das ações do AVS com as da equipe de saúde da família, ambos atuando muitas vezes sobre o mesmo território.

A Vigilância em Saúde, concebida em termos de um modelo de atenção, caracteriza-se pela articulação de ações com vista à atuação sobre causas, riscos¹ e danos à saúde, e carrega em seu bojo os princípios da promoção da saúde, com atuação sobre um território específico, integrando ações coletivas e individuais (TEIXEIRA et al., 1998). As ações e estratégias de promoção da saúde implicam deslocar o foco de atuação dos trabalhadores da saúde da centralidade da doença para a integralidade na atenção e no cuidado, de modo a reorientar a sua práxis. Tal deslocamento aparece como princípio norteador da Vigilância em Saúde e da Estratégia Saúde da Família no contexto da atenção primária, apontando para a sinergia dessas duas estratégias e, portanto, para as possibilidades de integração das práticas desses trabalhadores.

¹ A atuação sobre os riscos implica ainda outro nível de integração que corresponde às ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e em saúde do trabalhador em um território específico.

É nesse sentido que se coloca o desafio de integrar as ações dos AVS às dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2009), de modo a ampliar o trabalho de equipe de saúde da família, fortalecer as ações de vigilância e efetivar a resolutividade. A integração das ações pode ser reforçada, entre outros aspectos, pela organização das práticas de cuidado baseadas na territorialidade, um dos principais pilares da Vigilância em Saúde e da Estratégia Saúde da Família, e pela construção de redes de apoio social que possibilitem identificar os vínculos que os trabalhadores estabelecem no território e reforçar as ações comunitárias.

A atuação conjunta de ACS e AVS pode contribuir para a identificação e análise de problemas e necessidades da população, tendo em vista a definição de prioridades no desenho das estratégias de intervenção sobre o território e, conseqüentemente, para a reorganização do trabalho de equipe de saúde da família. Para tanto, entendemos ser relevante discutir as possibilidades de articulação das práticas dos atores sociais envolvidos com as ações de vigilância em saúde e atenção primária no âmbito do território, a partir de uma reflexão conjunta acerca dos problemas vivenciados na comunidade, identificando os pontos de conexão e as especificidades de atuação de cada um.

Diante da importância de elaborar propostas curriculares voltadas para a educação profissional desses trabalhadores, e que sejam inovadoras no sentido de integrar suas práticas no contexto da Estratégia Saúde da Família, este texto tem por objetivo identificar elementos comuns no seu cotidiano de trabalho, de modo a favorecer a sinergia das ações de cuidado em saúde em um mesmo território. Partimos do pressuposto de que essa formação deve reforçar o papel ético-político e emancipador dos sujeitos e o potencial dos trabalhadores da saúde como mediadores na construção das redes de apoio social.

A pesquisa, desenvolvida no âmbito deste texto, faz parte de um estudo multicêntrico em parceria com o LAPPIS/IMS/UERJ e NUCEM/UFPE, tendo sido realizada com ACS e AVS que atuam no território de Manguinhos. Esse território é situado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, na Área Programática 3.1, local em que predominam diversas situações de vulnerabilidade socioambiental, como pobreza, precárias condições de vida, falta de saneamento básico, ausência de coleta regular de lixo, situações de conflitos e violência, dentre outras, cuja população se distribui em diversas comunidades e conjuntos habitacionais de baixa renda.

Saúde da Família e Vigilância em saúde: uma proposta de articulação dos trabalhadores que atuam em um mesmo território

A Saúde da Família e a Vigilância em Saúde adotam o mesmo conceito de território, compreendido, para além de sua dimensão geográfica, enquanto espaço dinâmico de relações sociais e políticas onde vivem grupos específicos que podem compartilhar, ou não, valores, crenças e concepções (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Sob essa perspectiva, considera-se o território como um espaço de poder, de articulações e de conflitos, onde se configuram as diversas redes sociais

Por esta razão, ressaltamos o potencial que os trabalhadores da saúde têm como mediadores de redes que se formam no cotidiano, tecidas por vínculos de solidariedade

e confiança, por meio das quais circulam os diversos tipos de apoio social, entre outros bens materiais e simbólicos (LACERDA, 2010). Ao operarmos na lógica das redes de apoio social, visamos, no âmbito da atenção individual, a ampliar a compreensão do processo de adoecimento e sofrimento e favorecer o suporte para definir as intervenções, além de, no nível coletivo, contribuir para a implementação de ações educativas e comunitárias, ativando redes mais amplas na constituição de espaços públicos locais. Sob esse aspecto, a mediação das redes no território pode contribuir para mobilizar a participação da comunidade, para o empoderamento individual e coletivo (TEIXEIRA, 2002), com potencial de transformação das situações sociais, reforçado por meio de práticas de saúde que operem na lógica das redes sociais.

Ainda que o papel de mediador social dos ACS (BRASIL, 2006a) e dos AVS (BRASIL, 2009) venha sendo apontado como elemento central em suas práticas, esse conceito tem sido muitas vezes naturalizado na literatura acadêmica (NOGUEIRA et al., 2000) e tratado como uma categoria dada *a priori*. Esse processo ocorre ao tratar esses trabalhadores como um elo, uma ponte entre a comunidade e os serviços, como tradutor de conhecimentos, sem levar em conta a complexidade que essa dimensão envolve e a necessidade de uma qualificação adequada para seu exercício no cotidiano do trabalho.

Segundo Velho e Kuschnir (2001), o mediador é aquele que transita e articula dois mundos distantes do ponto de vista cultural e simbólico, perpassando a linguagem, os valores e códigos sociais, indicando que a mediação não pode ser considerada uma tarefa simples. Para reafirmarmos o papel de mediador dos ACS e AVS ao lidar com a complexidade da interface entre as classes populares e os serviços públicos de saúde, entendemos ser necessário proceder a uma análise crítica e contextualizada capaz de abordar limites e potencialidades desses trabalhadores como mediadores na formação de redes de apoio social (LACERDA, 2010). Esse papel é importante tendo em vista que a Estratégia Saúde da Família pressupõe um trabalho em equipe organizado em rede e conectado a outras redes de apoio social, de modo a dar sustentabilidade às ações de integralidade e fomentar a participação social e a intersetorialidade.

Outro elemento comum na atribuição dos ACS e AVS apontado na legislação é o foco nas ações de prevenção e promoção da saúde, a serem desenvolvidas de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b). O AVS deve desenvolver ações de promoção da saúde, especialmente envolvendo a educação e a comunicação em saúde, e de prevenção, no âmbito da vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, sendo capaz de reconhecer riscos e atuar sobre eles, de forma conjunta com a equipe local. Por sua vez, as ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no nível individual e coletivo também são a centralidade do trabalho dos ACS, acrescentando algumas ações de vigilância que já desenvolvem no território. Desse modo, é fundamental que as práticas desses trabalhadores não se superponham para não serem enfraquecidas, mas sejam complementares, conforme sinaliza a Portaria nº 1007/2010, ao regulamentar a incorporação dos AVS nas equipes de saúde da família:

Considerando que muitas ações de vigilância em saúde já são desenvolvidas pelas equipes da atenção primária à saúde/equipe de saúde da família, tais como diagnóstico, tratamento,

busca ativa e notificação, e que existem outras que são desenvolvidas no mesmo território da atenção primária à saúde, tais como **controle ambiental, de endemias, de zoonoses, de riscos e danos à saúde que ainda não foram incorporados integralmente pela atenção primária à saúde** (BRASIL, 2010 - grifo nosso).

O AVS deve, portanto, ser capaz de contribuir no processo de territorialização, com o diagnóstico das condições de vida e situação de saúde da população, bem como com o planejamento e a programação das ações, em conjunto com a equipe de saúde da família. A articulação das ações dos trabalhadores no território com uma atuação em rede fortalece as práticas e contribui para reorganizar o trabalho de equipe, reafirmando, assim, a integralidade na atenção e no cuidado à saúde.

A experiência da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano - MARES com os agentes comunitários e agentes de vigilância do território de Manguinhos

Os ACS e AVS que participaram da pesquisa atuam no contexto dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), mais especificamente no TEIAS-Escola Manguinhos,² que corresponde à proposta do Ministério da Saúde para fortalecimento da atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família. O território, nesse caso, passa a ser compreendido como espaço de inovação das práticas de cuidado, do ensino e da pesquisa em saúde com vista à melhoria da condição atual de saúde da população, integrando a atenção primária com os demais equipamentos do SUS existentes no município.

O Teias-Escola Manguinhos tem por objetivo a cobertura de 100% do território, o que será alcançado por meio da ampliação das equipes de saúde da família e de saúde bucal distribuídas em Clínicas da Família. Outro aspecto relevante é a cobertura dos agentes de vigilância, com a perspectiva de um AVS por equipe de saúde da família.³ Essa proposta encontra-se em processo de implementação no âmbito do município do Rio de Janeiro, com a ampliação da contratação desses trabalhadores para a cobertura de todo o território.

O grupo focal, realizado em agosto de 2010, foi composto por dois ACS e quatro AVS que atuam em Manguinhos, sendo utilizada a metodologia MARES - Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano, já descrita em artigos anteriores (MARTINS, 2009; LACERDA; MARTINS, 2009). Trata-se de uma metodologia qualitativa, fundamentada na teoria da dádiva ou dom (MAUSS, 1985 [1923-1924]),⁴ a qual busca compreender a complexidade das redes sociais com seu potencial de mobilização coletiva. A MARES permite discutir os aspectos intersubjetivos das práticas sociais, articulando simultaneamente as dimensões da afetividade, da moral, do direito, da economia, da política e da cultura como um *fato social total*, buscando evidenciar seu entrelaçamento na organização das práticas desses trabalhadores (Martins) e na constituição das redes sociais.

² O território de Manguinhos possui a peculiaridade de estabelecer-se enquanto território-escola, sob a parceria da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fiocruz (ENSP/ FIOCRUZ).

³ Atualmente, há apenas cinco AVS para a cobertura de todo o território de Manguinhos.

⁴ A dádiva, sistematizada por Marcel Mauss (1985), é um sistema de ação social que inclui o triplo movimento de dar, de receber e de retribuir os bens simbólicos e materiais entre os sujeitos e grupos sociais.

Com a aplicação da MARES no grupo focal, foram identificados, primeiro, os problemas macrossociais e, posteriormente, os problemas no cotidiano de trabalho, de forma a tecer os mediadores inibidores e facilitadores das redes de apoio social que desvelam os conflitos, as alianças e as parcerias na comunidade e que podem apoiar ou não o processo de trabalho. Em seguida, os ACS e AVS discorreram sobre suas práticas buscando as interfaces entre as respectivas atribuições, conforme discutiremos a seguir.

Resultados: os desafios para a articulação do trabalho dos ACS e AVS e para uma formação conjunta

Os problemas macrossociais identificados pelos AVS e ACS foram, entre outros, o lixo, a violência em suas dimensões materiais e simbólicas, a ausência de parcerias e ações inter-setoriais e a falta de infraestrutura, tais como caixa d'água, vaso sanitário e saneamento. Os trabalhadores chamaram atenção para a carência de ações voltadas para as necessidades de saúde da população, as quais exigiriam desenvolver estratégias conjuntas para solucionar os problemas. A circulação de um grande número de roedores nas comunidades evidencia tal questão, sendo identificado pelos AVS como o principal problema no território atualmente. A despeito do reconhecimento da magnitude desse problema para a comunidade e de suas implicações para a saúde individual e coletiva, eles reconhecem que não tem recursos materiais – insumos e treinamento – e sociais para nele intervir. Esses trabalhadores reconhecem ainda que a questão dos roedores exige intervenções imediatas que têm sido negligenciadas por distintos órgãos públicos, ao mesmo tempo em que a priorização das estratégias estão voltadas para o controle vetorial da dengue:

Existe uma falta de colaboração de outros segmentos, falta de parcerias. [...] Um dos problemas é os roedores, é um problema geral no entorno da Fiocruz. A gente tem trabalhado especificamente na dengue..., mas tem o problema dos roedores, é um problema comum à comunidade, é um problema geral aqui na Fiocruz. [...] A gente fica muito limitado a esse serviço da dengue (AVS 1).

O relato acima é muito elucidativo, no sentido de algumas ações de cidadania que devem ser enfatizadas e que estão diretamente relacionadas ao acúmulo de lixo e a precariedade da coleta nessas áreas – ou seja, o problema envolve as necessidades sociais ampliadas do território sobre o qual tanto a Vigilância em Saúde como a Estratégia Saúde da Família deveriam atuar prioritariamente. As ações de controle da dengue são sem dúvida relevantes; no entanto, a prática desses trabalhadores deve ser potencializada para uma atuação sinérgica que propicie responder a outros problemas e necessidades existentes. É indiscutível que o problema do lixo e seu impacto sobre a saúde da comunidade não pode ser resolvido com a atuação exclusiva desses trabalhadores, exigindo articulação com outros setores como saneamento, educação, limpeza urbana – ou seja, ações políticas com ações intersetoriais.

Diante dessas questões, o potencial dos ACS e AVS como mediadores de redes de apoio social no território para a promoção da saúde emerge como uma temática relevante, ainda que, para tanto, seja necessário que esses trabalhadores se qualifiquem para identificar como mobilizar as redes de apoio. Essa discussão revela a necessidade de

incluir esse aporte nos componentes curriculares de formação e habilitá-los a trabalhar em rede com a equipe de saúde da família, propiciando o fortalecimento do vínculo com a comunidade e fomentando a alteridade de trabalhadores e população.

Dentre os problemas do cotidiano de trabalho, foram destacados a falta de recursos materiais para o trabalho; a insatisfação dos usuários com a demora de atendimento na unidade de saúde, o que interfere na recepção desses AVS pela comunidade; a falta de comunicação entre os trabalhadores; as situações de conflitos e violência que impedem a circulação na comunidade e a visita aos domicílios; o sofrimento e adoecimento pessoal e a falta de reconhecimento por parte de alguns usuários e gestores acerca do trabalho que desenvolvem.

Aos problemas já mencionados, os AVS acrescentaram ainda a carência de um número adequado de trabalhadores para a cobertura integral do território, ainda que se reconheça que *"poucas pessoas querem trabalhar na comunidade"* (AVS 1) e a falta de qualificação profissional, pois *"só se fala em dengue. Falta curso de médio e longo prazo. Depois de muitos anos [agora é que] vamos fazer o PROFORMAR"* (AVS 2).

O fala do AVS 1 abriu uma discussão no grupo focal sobre a importância do vínculo desses trabalhadores com os usuários, elemento fundamental para o acolhimento e o sentimento de pertencimento nas práticas de cuidado em saúde e para o reconhecimento dos sujeitos. Cabe sinalizar que, enquanto os ACS residem na comunidade por indicação da própria política (BRASIL, 2006b), a mesma exigência não se aplica aos AVS, apesar de ambos trabalharem em um território adscrito. Temos evidenciado que os ACS, em geral, constroem seus vínculos de trabalho em função da moradia na comunidade, compartilhando os códigos e valores culturais e construindo redes de afetividade na relação com os usuários (LACERDA, 2010). Os agentes de vigilância, por sua vez, precisam constituir o vínculo a partir de outros patamares que não a residência no território, o que nos leva a inferir que as relações com os usuários vão se processar mais na dimensão do respeito em detrimento das relações de afetividade. Esse aspecto do vínculo do AVS pode vir a ser modificado em face da incorporação efetiva desses trabalhadores às equipes de saúde da família e, principalmente, com a atuação articulada com os ACS no território.

Ainda em relação aos vínculos, é interessante destacar que os agentes comunitários costumam sentir-se reconhecidos pelos usuários e tendem a construir redes de apoio social no seu cotidiano (LACERDA, 2010). Em contrapartida, não observamos a constituição dessas redes no trabalho dos AVS, embora aspectos do seu processo de trabalho, como o desenvolvimento de ações de vigilância ambiental em saúde no território, possam potencializar esse papel.⁵ Desse modo, a incorporação da discussão do reconhecimento do trabalhador e das metodologias de redes sociais no currículo da educação profissional dos ACS e AVS, com a qualificação para o papel de mediador na formação de redes de apoio em suas práticas de cuidado, é uma inovação a ser implementada no âmbito da formação técnica.

⁵ Evidenciamos a necessidade de realização de mais um grupo focal com esses atores, aplicando a MARES, para aprofundar o mapeamento das redes de apoio social dos AVS. Para maiores informações sobre as redes de apoio social dos ACS, ver Lacerda (2010).

Em consonância com o que já havia sido apontado em outras pesquisas (LACERDA, 2010), a formação técnica pode ser identificada como uma forma de reconhecimento do trabalhador e da superação da clássica dicotomia entre trabalho simples e trabalho complexo, ou seja, entre trabalho manual e trabalho intelectual. A dimensão da formação técnica conjunta assume relevância, pois não obstante a política pública de saúde regulamentar a integração da Vigilância com a Saúde da Família (BRASIL, 2010), no contexto da Promoção da Saúde, constatamos em nossa pesquisa um grande desconhecimento das atribuições desses trabalhadores que atuam no mesmo território. Em outras palavras, observou-se que o ACS desconhece as atribuições do AVS e as possibilidades do trabalho ampliado de vigilância, ao mesmo tempo em que este trabalhador desconhece o escopo de atuação dos agentes comunitários e dos demais integrantes da equipe de saúde da família:

Cada um sabe o seu trabalho específico, porque embora o nosso trabalho seja parecido existem coisas assim diferentes. O trabalho do agente de saúde trabalha saúde do indivíduo e a gente trabalha o local onde o indivíduo mora. Nosso serviço é mais parecido na visita domiciliar, tanto é que vocês (ACS) não precisam adentrar a casa do morador para fazer o serviço, precisam? (Renato - AVS).

No relato acima, fica demarcado o entendimento de que existiria uma separação das atribuições entre eles, os ACS priorizando a ação sobre a saúde individual e os AVS a ação sobre o meio-ambiente. Observa-se também a falta de clareza desses trabalhadores quanto à visita domiciliar e às ações educativas, embora estas sejam atividades centrais a ambos os trabalhadores.

Tendo como referência o trabalho da equipe de saúde da família, algumas lógicas que reforçam o modelo biomédico sem dúvida precisam ser superadas na compreensão das atribuições comuns dos ACS e AVS. A primeira é desconstruir o imaginário de que o ACS realiza ações educativas apenas no plano individual, e a outra é que o AVS opera apenas no território dentro de uma visão restrita ao ambiente como espaço geográfico. Esses atores atuam sobre um mesmo território, ainda que conservem objetos distintos na sua prática profissional. É no âmbito da concepção do território-vivo, espaço de circulação de alianças, poder, de dimensões subjetivas e simbólicas, que se tem o potencial de constituição das redes de apoio social no cotidiano da vida e do trabalho em saúde e da integração das práticas de integralidade no cuidado.

Outra questão que nos parece relevante ao sinalizar a falta de articulação desses trabalhadores no território envolve o desconhecimento sobre os possíveis encaminhamentos frente aos problemas apresentados pelos usuários, reafirmando as dificuldades no estabelecimento de parcerias com as redes locais e com os projetos sociais existentes na comunidade, assim como uma atuação mais isolada por parte dos AVS:

A gente não sabe quem recorrer para resolver os problemas. Eu só vou no campo fazer combate à dengue, não tenho contato com grupos [outros trabalhadores] (AVS 3).

A atuação de forma integrada permanece como uma imagem-objetivo, haja vista que os trabalhadores da Vigilância em Saúde e da Saúde da Família atuam de modo independente e com a fragmentação do trabalho. Essa situação pode levar à superposição de atividades, tal como reflete um dos ACS, ao afirmar que os *“limites do trabalho deveriam*

ser bem definidos” (ACS 1) para que as ações em saúde sejam potencializadas e integradas. Essa integração das práticas pode ser favorecida por meio da reflexão conjunta das atribuições comuns desses atores, assim como pela reflexão, junto à comunidade, sobre seus problemas e prioridades identificadas no território, de forma a articular ações de promoção e prevenção às ações assistenciais desenvolvidas pela equipe de saúde da família.

Torna-se, portanto, evidente a necessidade de criação de mecanismos de identificação de ambos os trabalhadores como agentes de saúde da comunidade, respeitando as especificidades do âmbito de atuação e potencializando as atribuições comuns por meio de ações educativas de prevenção e promoção da saúde. Por um lado, os AVS precisam ir além do espaço físico e ter um olhar voltado para os sujeitos que residem nesse espaço territorial. Por outro, os ACS precisam compreender o usuário em sua relação com o território, entendendo que a dinâmica territorial e as vulnerabilidades sociais são determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva.

A partir das análises feitas, entendendo que a qualificação desses atores deve se dar de forma conjunta, alguns elementos norteadores são relevantes para a elaboração de uma proposta articulada de formação desses trabalhadores que atuam no território. O primeiro é que a qualificação seja voltada para uma formação ético-política a enfatizar a dimensão da cidadania, do reconhecimento e do direito do cidadão, além de permitir uma análise crítica das legislações que regulamentam o trabalho. Outro elemento norteador se refere à discussão da educação territorializada, com uma definição clara das atribuições de cada trabalhador e as perspectivas teórico-práticas de articulação da atenção primária e da vigilância em saúde. Deve-se priorizar, aqui, o trabalho de equipe organizado em rede, com ênfase nas ações educativas individuais e coletivas, de prevenção e promoção, e nas práticas de integralidade do cuidado. Destacamos ainda a necessidade de aprofundar a metodologia de rede que fomenta, por meio da análise crítica, o papel desses trabalhadores como mediadores de rede de apoio social, de modo a fortalecer a mobilização social e a identificação de parcerias e ações intersetoriais. Por último, acrescentamos a importância de se problematizar a dimensão do reconhecimento desses trabalhadores e seus impactos na práxis cotidiana.

Considerações finais

A perspectiva de articular a ação dos ACS e AVS em um mesmo território, tanto no que diz respeito à formação profissional conjunta dos trabalhadores quanto à práxis do cuidado, é uma experiência inovadora que deve caminhar no sentido de fortalecer a ação pública, o trabalho de equipe de saúde da família organizado em rede e a integralidade no SUS. O trabalho em rede, por sua vez, traz em sua essência a dimensão da inovação tecnológica, por apontar para novas formas de gestão social que permitam entrelaçar experiências que expressem a diversidade, a pluralidade e riqueza de ações, o que se torna relevante diante da complexidade do território.

Os AVS e ACS podem potencializar suas práticas de cuidado, haja vista que as ações desses trabalhadores, quando pautadas na integralidade, são convergentes em

vários aspectos, inclusive no papel de mediador social entre as classes populares e os serviços de saúde. Entretanto, o que observamos é que os ACS atuam como mediadores no plano molecular, enquanto os AVS ainda não exercem esse papel na comunidade. Ademais, as ações desses trabalhadores ainda se encontram desarticuladas e, a nosso ver, a qualificação profissional conjunta é um importante dispositivo que pode favorecer a integração dos AVS às equipes de saúde da família e o fortalecimento de sua práxis.

A possibilidade de identificar, por meio da metodologia MARES, as redes de apoio social desses atores e seu papel como mediadores de rede, ao mesmo tempo contribuindo para a proposta de articulação das ações de vigilância em saúde e da atenção primária em seus marcos teórico-conceituais, permite que, não importando a localidade ou contexto, essa experiência se dissemine, adequando-se às especificidades locorregionais na atuação conjunta dos trabalhadores sobre o território. Nesse sentido, o presente estudo pode colaborar para outras experiências de formação profissional conjunta e de integração das práticas dos trabalhadores da saúde, apontando os conflitos e disputas mas também as possibilidades de alianças para o fortalecimento de uma atuação integrada.

Referências

- BRASIL. Portaria nº. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006a; 28 mar.
- BRASIL. Lei nº 11350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5 do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006b; 15 fev.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz. Documento Preliminar. *Diretrizes para a integração entre atenção básica e vigilância em Saúde*. Brasília. 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1007/GM, de 4 de maio de 2010. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, Brasília, DF 2010; 5 maio.
- LACERDA, A.; MARTINS, P.H. Metodologia de análise de redes do cotidiano - MARES: uma etnografia do grupo focal com agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 271-83.
- LACERDA, A. A. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- MARTINS, P.H. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 131-37.
- MAUSS, M. Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: . *Sociologie et Anthropologie*. 9ª ed. Paris: Quadrige; 1985 [1923-1924]; p. 145-279.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai-jun, 2005.
- NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000.

TEIXEIRA, M. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S; VILASBÓIA, S A. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, n. 8, p. 7-26, 1998.

VELHO, G.; KUSCHNIR, K. Biografia, trajetória e mediação. In: _____. (Org.). *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001. 14-28.

O plantonista social como mediador na construção da cidadania e das ações de saúde¹

TATIANA COELHO LOPES
ÁGUIDA ALMEIDA
CAROLINE OLIVEIRA ALVES
ELYSÂNGELA DITZ DUARTE
ERIKA DA SILVA DITZ
JÚLIA CRISTINA AMARAL HORTA

Introdução

Partimos da compreensão de que a participação dos usuários nos serviços de saúde favorece a construção de redes sociais locais pautadas por valores de solidariedade que possibilitam o exercício da democracia e a construção de práticas inovadoras, necessárias para a efetivação do direito a saúde.

A participação comunitária nos serviços de saúde implica *novos espaços públicos de participação*, que não se reduzem às práticas de controle social, caracterizadas pelo alto grau “fiscalizatório” dos usuários sobre as ações de saúde. Nesse sentido, a integralidade tem na ideia de inovação um grande potencial para a inclusão dessa participação, já que permite criar novos padrões de institucionalidades que forjam a matriz hegemônica de organização das práticas de trabalho na qual os saberes disciplinares tendem a neutralizar os saberes locais (PINHEIRO, 2009).

Essa nova perspectiva de participação nos processos decisórios e no cuidado em saúde demanda a existência de um espaço que valorize a cultura participativa na instituição. Segundo Andrade e Vaitsman (2002), a concretização dessa participação demanda de fatores tais como o reconhecimento dos usuários, por parte dos profissionais, como sujeitos no processo do cuidado com a saúde, além da conscientização dos direitos dos usuários e seu papel na defesa dos próprios interesses.

Ao resgatar a história do Hospital Sofia Feldman, verifica-se que a participação comunitária está presente desde sua criação. Foi a mobilização da comunidade local que realizou a construção do hospital, bem como a busca por estratégias que garantissem sua sustentabilidade. Essa prática participativa continua até os dias atuais em espaços institucionais de gestão e de cuidado, seja como integrante do colegiado gestor, seja como voluntários em projetos realizados com a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF).

¹ Este estudo é um desdobramento da Pesquisa Multicêntrica “Desenvolvimento e capacitação de metodologias centradas no usuário como subsídio na redefinição dos determinantes sociais e das práticas avaliativas de integralidade em saúde” em parceria com o LAPPIS/NUCEM, inserida no elenco de pesquisas realizadas pelo Programa de Fortalecimento Técnico Científico Interinstitucional “Incubadora da Integralidade” do Hospital Sofia Feldman.

Embora a comunidade tenha uma participação histórica e constante no cotidiano da instituição, tem-se a necessidade de compreender sua ação mediadora e sua relação com a organização e realização do cuidado. A escolha da figura do plantonista social surgiu da necessidade de criar visibilidade para as diferentes mediações, específicas da saúde, que se estabelecem tanto nos espaços institucionais quanto da comunidade.

Neste texto, tem-se como objetivo sistematizar e disseminar as formas de mediação presentes no cuidado à parturiente e família, por meio da prática dos plantonistas sociais² no Hospital Sofia Feldman.

O texto foi elaborado a partir de um banco de dados construído para uma tese de doutorado (LOPES, 2009) que abordou o itinerário da paternidade de homens que tiveram seus filhos internados na UTI neonatal do HSF, sendo que a análise apresentada utilizou como fonte de dados as entrevistas realizadas com os plantonistas sociais do Hospital Sofia Feldman. A partir do material transcrito, foi realizada uma leitura buscando identificar os aspectos relacionados ao objetivo deste estudo. Esclarecemos que a pesquisa de doutorado atendeu às orientações da Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996) e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman – parecer nº 07/2008.

Desenvolvimento

A importância de pessoas no tecido social que desempenham papel de organizadoras da vida comunitária e individual, em especial nos momentos de adoecimento, tem sido destacada em diversos estudos (LACERDA; VALLA, 2005; MARTINS, 2006a; BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008; GERHART; RIQUINHO; ROTOLLI, 2008). Essas pessoas têm sido identificadas de forma individual e/ou coletiva como apoio social, a partir do referencial de Valla (2000, p. 41) como sendo “qualquer informação falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos”.

Essa assertiva permite considerar os atores sociais como sujeitos ativos no cotidiano do cuidado em saúde e que se organizam num complexo sistema de redes de relacionamentos e significações interferindo no funcionamento das organizações e dos serviços de saúde. Torna-se importante contextualizar a teoria de redes sociais para melhor compreender as motivações e condicionantes das práticas de saúde dos sujeitos, assim como favorecer o reconhecimento dos usuários (MARTINS, 2009). Coerente com este desafio, encontramos esteio no referencial construído por Martins (2004, 2006, 2008, 2009) que avança numa perspectiva sistêmica, fenomenológica e interacionista das redes sociais como “um sistema de trocas formado por fluxos incessantes de dons, bens materiais e símbolos que organizam os sistemas sociais e as próprias individualidades” (MARTINS, 2008, p. 124).

As redes comunitárias podem apresentar indícios importantes para a discussão se atentarmos para a vitalidade dos circuitos de dom e para a potencialidade que o cir-

² O “Plantonista Social” é um membro da diretoria da ACAU/HSF ou do Conselho de Saúde, que atua como voluntário responsável por realizar a escuta dos usuários e trabalhadores, buscando atendê-las quando possível, ou encaminhá-las a Linha de Políticas Institucionais/ HSF e/ou Conselho de Saúde (MADEIRA et al., 2007).

cular desses bens simbólicos apresenta para a construção de novas formas de inserção política no Sistema Único de Saúde (LACERDA; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Acreditamos que esse sistema de trocas, baseado na reciprocidade e no estabelecimento de vínculos, pode nos ajudar a refletir sobre novas possibilidades de participação social que traz implicações diretas no exercício da cidadania e na construção do SUS.

Esse aspecto fica evidente ao analisarmos o relato do plantonista social que expressa as motivações que o levaram a se inserir em espaços de controle social:

Em 92 eu aposentei. [...] Mas como eu queria preencher meu tempo, eu fui convidado pra participar de uma reunião no posto de saúde, que eles estavam na época formando uma Comissão Local. [...] Teve uma eleição lá e eles votaram pra eu ser o presidente da Comissão, sem conhecer absolutamente nada. Aí eu fui, [...] lendo muitas coisas sobre controle social na área da saúde... Fui gostando... Foi um ano, dois e já tem 8 anos que eu estou lá. (Plantonista Social 1).

Ao mesmo tempo, essa inserção possibilita a criação de novas redes decorrentes da ação dessas lideranças comunitárias em outros espaços de controle social institucionalizados na área da saúde. Além disso, verifica-se que a vivência dos plantonistas sociais nesses espaços de controle social possibilita-lhes o aprendizado e amplia sua capacidade de ação e de articulação com a comunidade.

Eu sou diretora da SOMASMIT, associação do bairro Tupi, eu faço parte do OP [Orçamento Participativo]; eu sou diretora da COMSEP [Conselho Municipal de Segurança Pública] e também sou do Posto Tupi, como vice-presidente do Conselho de Saúde e aqui [Hospital Sofia Feldman] sou Conselheira Fiscal da ACAU [Associação Comunitária de Amigos e Usuários do HSF] e do Conselho de Saúde do Sofia [Hospital Sofia Feldman], diretamente não. Mas eu fiz o curso, tenho o diploma e tudo. (Plantonista Social 2).

Fui participar do Conselho do Distrito, representar a Comissão no Conselho Distrital da Norte. Aí no Conselho Distrital eles votaram pra eu participar do Conselho Municipal. Eu participei uns quatro anos e estou nessa gestão agora. [...] E o controle social a gente vai estudando e a cada dia a gente aprende uma coisa diferente. A saúde você sabe que não pára né? (Plantonista Social 1).

Os vínculos estabelecidos entre estes sujeitos nas redes sociais articulam elementos como ação e estrutura (constituintes de um movimento interrompido e ambivalente de trocas, objetos materiais e simbólicos, dinâmicos, em circulação na vida social), resultam, a cada momento, na criação de novos lugares (estruturas) e identificações (ações) (MARTINS, 2004). Nesse plano, consideramos que a inclusão do plantonista social em diferentes espaços e o aprendizado decorrente dessa inserção lhes permitem também participar dos processos decisórios. Assim, compartilhamos com Campos (2000) o entendimento de que a prática democrática depende do acesso dos sujeitos à informação e aos conhecimentos, bem como sua participação na tomada de decisão.

Apesar de identificarmos a existência de uma diversidade de situações sociais que motivaram essa inclusão, os discursos dos plantonistas sociais expressam o entendimento de que a participação social viabiliza a construção do bem comum pela garantia do direito à saúde.

O plantonista social é o seguinte... a gente assim... em prol dos direitos do usuário dentro do Hospital [Hospital Sofia Feldman]. Aquilo que é lei, que eles têm direito, é direito por lei, que é o acompanhamento, o direito ao acompanhante, a locomoção dentro do hospital, a liberdade de transitar dentro do hospital, entendeu? Na alimentação e no atendimento digno, humanizado. E a gente atua não só com a usuária, mas com o usuário. (Plantonista Social 1).

Pelo exposto, concordamos com Guizardi e Cavalcanti (2010), ao defenderem a necessidade de reorganização das instituições de saúde e dos modelos de gestão com vistas a possibilitar a construção de práticas de cuidado que se configurem como um bem comum.³

Na fala de um dos plantonistas, a construção do bem comum está relacionada à construção do SUS, e se daria por meio da garantia dos direitos dos usuários de acesso aos serviços de saúde.

As pessoas foram tendo mais dificuldade, foi caindo a qualidade de vida, então foram procurar o SUS [Sistema Único de Saúde]. Hoje quase todo mundo procura [o SUS]. Tem aqueles que têm boa condição financeira e que procuram o SUS porque os planos de saúde geralmente não cobrem tudo que o usuário precisa e acaba caindo no SUS mesmo! Então hoje é muito procurado. [...] Mas o SUS é um ótimo... o melhor plano de saúde que existe, porque atende todo mundo. Todo mundo tem direito. Por lei atende a todos. E a gente, nessa luta, estudando cada vez mais os direitos do usuário para que a gente possa ajudá-los no seu direito de procurar o SUS e ser atendido pelo SUS. (Plantonista Social 1).

Outro aspecto a ser ressaltado é que os plantonistas sociais atuam em diversos espaços da comunidade, realizando mobilização, socialização e liderança comunitária. A ação desses atores tem sustentação no que Martins (2008) caracteriza como mediadores colaboradores uma vez que são pessoas importantes por distribuírem solidariedade sem nenhum interesse de ganho pessoal, que têm uma consciência do coletivo e exercem papéis de reguladores de conflitos ou multiplicadores de ações comunitárias e associativas.

Em nosso estudo, identificamos esse sistema de trocas nas relações estabelecidas pelos plantonistas sociais com usuários ou membros da equipe assistencial que possibilitam a mediação de conflitos interferindo diretamente na produção do cuidado.

Olha, [o plantonista social] é o seguinte: [...] se tiver alguma confusão, a gente chega para resolver, para conversar, para separar as partes, né? Vê quem tem razão e quem não tem. Entre os usuários, médicos, enfermeira, acontece de vez em quando. Então a gente chega para ajudar aquela pessoa. Não deixar nem um nem outro em dificuldade. Para que o usuário não seja maltratado, tampouco a enfermeira seja também... Enfermeira ou médico. Então eu procuro acalmar as partes, conversar com as partes, direitinho. Separo e falo: “vem aqui conversar comigo”. Às vezes eu tenho até que pegar assim [mostrando que segura pelo braço] e trazer aqui para fora. O usuário, né... porque está avançando nas pessoas lá dentro, não pode deixar. Eu pego ele [usuário] pelo braço e falo: “Vem cá, vem conversar comigo, vamos tomar um café”. Aí eu levo ele [usuário] pra fora, ele acalma e conversa. Aí ele fica me devendo obrigação. (Plantonista Social 2).

³ Para esses autores, o bem comum é resultante de “territórios existenciais que acolhem as singularidades em sua prerrogativa normativa de constituição de mundo, tendo como critério de valoração a expansão da vida e não sua exploração, limitação ou cerceamento” (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

As relações estabelecidas pelos plantonistas sociais com os profissionais de saúde, usuários e sua rede social se constituem a partir de sistemas simbólicos e materiais circulantes, que alimentam relações de reconhecimento. Assim, os mediadores exercem papel de reguladores de conflitos e mediadores de ações na comunidade motivados por relações solidárias, de amizade ou de consciência do coletivo (MARTINS, 2008).

Além disso, a inserção do plantonista social no cotidiano da instituição possibilita dar visibilidade às necessidades de saúde desses usuários. Para isso, esses mediadores utilizam o acolhimento e a escuta dos usuários, bem como o conhecimento que possuem da Instituição para potencializar suas ações. Isso fica evidente no relato de uma plantonista social sobre o acolhimento a um pai na Instituição, que havia chegado do interior do Estado para acompanhar a internação do seu filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:

Ele [pai] chegou e logo eu vi. Eu sempre venho receber as pessoas de fora, né? Aí eu fico sabendo se é de longe, se é de perto, do que precisa e do que não precisa. Quando eu o recebi, levei até o elevador. Eu chamo o elevador e levo até lá em cima, aí assim que eles vão para a UTI eu volto e venho cuidar aqui em baixo. Aí, eu já perguntei para ele de onde ele era, de onde ele vinha. Ele me falou que a esposa tinha ficado lá, que tava assim, meio desorientado, que não sabia o que fazer. Aí eu falei pra ele “Olha o Sr. pode ficar despreocupado. Agora o Sr. vai atender o seu neném lá em cima porque o médico vai querer conversar com o Sr. e assim que o Sr. terminar lá em cima o Sr. me procura que eu arranjo um lugar para você dormir, levo o Sr. para jantar, arrumo um lugar para o Sr. dormir.” Aí quando ele terminou lá em cima, ele desceu e me procurou. Aí eu o levei lá embaixo [Hospital Dia], dei coberta pra ele, lençol, naquelas cadeiras né? [cadeira de acompanhante]. Quando foi de manhã, eu o busquei para tomar café e expliquei para ele sobre a reunião [Reunião Acompanhantes] que tem aqui também. (Plantonista Social 2).

Lacerda e Valla (2005) também identificam que o apoio social realizado por pessoas da comunidade permite acolher a demanda e configurá-las a partir de valores como solidariedade, acolhimento e sentimento de pertencimento no grupo. Dessa forma, a solidariedade presente nestes sistemas é capaz de readequar e recompor a demanda do serviço de saúde a partir do reconhecimento destes usuários.

O Hospital Sofia Feldman é uma maternidade de referência tanto para o estado quanto para a região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Na medida em que o hospital tem abertura para o atendimento aos usuários do SUS, recebendo gestantes e recém-nascidos de diferentes localidades, é necessário que a instituição crie estratégias para atender às especificidades dessa clientela. Um dos fatores que também é determinante para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários na instituição refere-se à busca por uma assistência integral, expressa na missão institucional e evidenciado pelo compromisso de que no cuidado ao recém-nascido seja também considerado sua família. Dessa forma, o hospital disponibiliza uma casa para a permanência, em período integral, das mães de bebês internados na UTI neonatal. Essa iniciativa evidencia um reconhecimento da importância da mãe junto do filho por profissionais, gestores e usuários.

Contudo, os relatos dos plantonistas sociais expressam também a necessidade de considerar a inclusão de outros membros da rede de apoio social do recém-nascido, em especial, da

figura paterna. Para os plantonistas sociais, a inclusão desses outros membros no cuidado depende do oferecimento de condições para alimentação, higiene pessoal e repouso:

As mães do interior que chegam e não têm onde ficar em Belo Horizonte, não têm parente, e às vezes, quando tem mora longe, então elas ficam no Hospital. O Hospital dá esse conforto para elas. O que o homem não tem. Então, quando o pai vem visitar, às vezes são pessoas simples, humildes que nem têm condição de pagar uma pensão ou coisa assim... chega aqui e fica em dificuldade. Muitas vezes chega aqui e nem tem dinheiro para alimentar, não tem onde dormir. E, muitas vezes, ficam até nos bancos de jardim da cidade. Aqui no Hospital a gente tenta fazer alguma coisa para esses pais. A gente pega um sofá, um cobertor e uns lençóis para ele dormir aqui... passar a noite. Eu acho que assim... o Hospital poderia ter... arrumar um recurso pra ter... oferecer para esses pais também [local para permanência] [...] Isso seria muito bom para que a gente pudesse ajudar esses pais [...] Então a gente tenta fazer dessa forma... arruma um sofá para eles. (Plantonista Social 1).

A análise da atuação dos plantonistas sociais expressa os desafios para o atendimento das necessidades ampliadas de saúde dos usuários que impulsionam um constante repensar acerca dos serviços e das práticas de cuidado ofertadas a essa população. Esse movimento permite-nos considerar que a ação mediadora do plantonista social favorece o processo de incubação,⁴ pois, a partir do reconhecimento das necessidades dos usuários, são criadas novas possibilidades de cuidado que reorientam as políticas institucionais.

À guisa de conclusões

A noção de redes sociais como uma rede dinâmica de interação entre os sujeitos possibilita, no escopo deste trabalho, a identificação de outras formas de agir em saúde e a criação de novas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, a partir da ação do plantonista social. Isso significa apreender novos saberes e práticas que são apropriadas na relação entre a comunidade, gestores, usuários e profissionais, potencializando-os como sujeitos de transformação.

A integralidade como princípio norteador da prática desses usuários possibilita a construção de relações horizontalizadas e de espaços de gestão compartilhados, permeados por valores democráticos quando analisamos sua repercussão no plano das políticas institucionais. Já no plano micro, é pertinente considerar a importância do plantonista social para a construção do reconhecimento dos usuários, uma vez que eles constroem relações de confiança, respeito e solidariedade com os usuários no cotidiano do serviço de saúde.

Referências

ANDRADE, G.R.B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em 20 de junho de 2009.

⁴ Entendida como um processo de reflexão, maturação e disseminação de uma prática no cotidiano.

- BELLATO, R.; ARAUJO, L.F.S. de; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. da; MATTOS, R.A. de (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 167-188.
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.
- GERHARDT, T.E.; RIQUINHO, D.L.; ROTOLI, A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade nas ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 143-176.
- GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O.L. Considerações ético-políticas sobre a produção do cuidado como bem-comum. In: PINHEIRO, R.; LOPES T.C. (Org.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro, Cepesc, 2010. p. 33-44.
- LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Espaços públicos e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2006. p. 311- 332.
- LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 91-102.
- _____. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 279-292.
- LOPES, T.C. *Itinerário da paternidade: a construção social da integralidade do cuidado ao recém nascido e família na UTI- Neonatal*.132f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- MADEIRA, L.M.; DUARTE, E.D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; de MATTOS, R.A. de (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 65-80.
- MADEIRA, L.M. et al. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 185-198.
- MARTINS, P.H. As redes sociais, o sistema de dádiva e o paradoxo sociológico. In: FONTES, B.; MARTINS, P.H. (Org.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária UFPE. 2004. p. 21-48.
- MARTINS, P.H. Ação pública, redes e arranjos familiares. In: FONTES, B.; MARTINS, P.H. (Org.). *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Pernambuco: Editora Universitária UFPE, 2006. p. 19-50.
- MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e ações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.115-142.
- MARTINS, P.H. *Redes sociais: un nuevo paradigma en el horizonte sociológico*. 2009. 23p. no prelo.
- PINHEIRO, R. Novos padrões de institucionalidade no sistema de saúde brasileiro: a integralidade como dispositivo ético-político de lutas identitárias em espaços públicos. In: MARTINS, P.H.; MEDEIROS, R. *América Latina e Brasil em perspectiva*. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2009. p. 287- 305.
- VALLA, V.V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crises. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

Tecnologia e inovação das doulas comunitárias: mediações na assistência ao parto

JÚLIA CRISTINA AMARAL HORTA
ÁGUIDA ALMEIDA
CAROLINE OLIVEIRA ALVES
ELYSÂNGELA DITZ DUARTE
ERIKA DA SILVA DITZ
TATIANA COELHO LOPES

Doulas comunitárias: mediações na assistência ao parto

O Hospital Sofia Feldman, desde sua inauguração, incentiva o parto normal e humanizado, sempre permitindo, à parturiente, a presença de acompanhante. Assim, algumas mulheres da comunidade tornaram-se constantes na enfermaria de pré-parto e parto dessa instituição, acompanhando pessoas conhecidas e com um cuidado diferenciado daquele oferecido pela equipe assistencial.

Essa prática de mulheres cuidando de mulheres vem ocorrendo ao longo dos tempos e em diferentes culturas. Doula¹ é a denominação utilizada para descrever uma pessoa, aquela que cerca a mãe, se junta a ela, em qualquer momento dentro do período perinatal. A função da Doula varia nas diferentes culturas: vai de um pequeno socorro a uma completa ajuda. O que importa não é o que a doula faz, nem como faz, mas o fato de estar ao lado e à disposição da mulher (RAPHAEL, 1973).

A partir da observação cotidiana do acompanhamento voluntário das mulheres da comunidade às parturientes no Hospital Sofia Feldman e com base na literatura que apresenta os benefícios do suporte oferecido durante o trabalho de parto e parto por outra mulher (HODNET et al, 2007; LANGER et al, 1998; KLAUS; KENNEL; KLAUS, 1993; HOFMEYER et al, 1991), foi criado no hospital, em julho de 1997, em parceria com a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman a (ACAU/HSF), o Projeto “Doula Comunitária”. O projeto mantém a essência do cuidado entre mulheres e foi estruturado a partir da identificação de mulheres da comunidade para exercerem trabalho voluntário de acompanhante da parturiente durante o trabalho de parto e parto, na maternidade do hospital (HSF, 1997).

Reconhecer o papel da doula comunitária na humanização do parto requer o cuidado de entender que não se limita à sua introdução neste cenário. Essa estratégia vem ao encontro do movimento de humanização da assistência obstétrica que se consolida nas últimas décadas e cujo foco principal é o resgate do sentido do parto e da integralidade da assistência (HORTA, 2008).

¹ Palavra de origem grega que significa serva, escrava (RAPHAEL, 1973, p. 24).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, lançado em 2001, nasceu de uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para estimular iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre os profissionais de saúde e os usuários, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade (BRASIL, 2002). Em 2004, o programa passa a ser uma política que norteia as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS – a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004). Foi por meio dessa política ministerial que o Projeto “Doula Comunitária” do HSF foi reconhecido como uma estratégia de humanização da assistência ao parto e ao nascimento e como forma de implementar ações voltadas à redução da mortalidade materna e neonatal do país.

Considerando os argumentos favoráveis à atuação de doulas no processo de melhoria e de humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido, no parto e nascimento, e ainda a participação da comunidade na atenção à saúde, o MS propôs a adoção da experiência do HSF por outras instituições brasileiras que prestam serviços aos usuários do SUS (HORTA, 2008).

Atualmente, essa parceria também se estabelece com as Secretarias Estadual de Saúde de Minas Gerais e Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com o propósito de capacitar e de inserir as doulas comunitárias nas maternidades públicas e conveniadas ao SUS de Belo Horizonte e de outros municípios do Estado (LANSKY, 2006).

Todo esse processo de inserção da doula no atual contexto de cuidado sinaliza para que ela seja tomada no seu caráter de inovação e como uma tecnologia para o cuidado em saúde. Seu reconhecimento como uma tecnologia parte de compreensões encontradas em Dejours (1999) que a defende como um conjunto de ferramentas capazes de transformar o mundo e o sujeito, submetido aos usos e costumes de determinada cultura. De acordo com o autor, como diz respeito à ordem humana, tem uma perspectiva evolutiva e historicizante.

Tomando a doula como uma tecnologia, deve-se ainda considerar que sua inserção no cotidiano dos serviços de saúde vem da incorporação de conhecimentos científicos e empíricos, associados às experiências e habilidades necessárias à sua aplicação nesse novo contexto. No caso específico das doulas, ressalta-se a importância de associação de outros atributos a esse fazer, visto que a sua essência reside na relação estabelecida entre os envolvidos.

Embora a prática de mulheres cuidando de mulheres tenha ocorrido ao longo dos tempos, ela foi suprimida com a mudança do *locus* de nascimento do domicílio para o hospital. Nesse novo contexto de cuidado, tem-se a hegemonia do saber científico, por vezes suplantando aqueles que permitiriam reconhecer as necessidades das mulheres durante esse período da vida. A mudança do cenário do parto e nascimento ocorreu, contudo, da necessidade de um cuidado que reconhecesse as mulheres na sua singularidade se manteve, e é nessa perspectiva que a adoção da tecnologia da doula comunitária assume um caráter inovador, uma vez que, já tendo sido reconhecida como uma prática social de cuidado às mulheres, se reinventa para atendê-las nos partos hospitalares.

Mediante este desenho do cuidado, outro desafio que esta prática nos impõe é apostar na ideia da doula comunitária como um componente da rede de usuários mediadores. Para tal, tomamos a direção oferecida por Martins (2008), de que os agentes de mediação fazem parte dos processos sociais e institucionais com uma atuação capaz de organizar práticas associativas. Segundo o mesmo autor,

o mediador é um elo, se pensamos numa perspectiva funcional, mas é muito mais que isso: ele é, em geral, aquele indivíduo que tem um registro mais amplo das memórias e fundamentos morais das práticas familiares associativas e comunitárias, uma visão crítica apurada da natureza dos conflitos e das soluções adequadas e uma disposição moral para colaborar na organização das alianças. (MARTINS, 2008. p. 139).

Esse entendimento permite reconhecer na doula comunitária uma função histórica de mediadora que, acompanhando as mudanças do contexto da assistência obstétrica, se estende agora ao cuidado à mulher no parto e nascimento nos hospitais. Nesse cenário, traz consigo a responsabilidade de, a partir de sua experiência, nutrir as sociabilidades promovendo o resgate do parto como um evento familiar e social.

Frente ao exposto acerca do processo de inserção da doula comunitária, partimos do pressuposto de que, em alguma medida, trata-se de uma estratégia também para efetivar a participação da comunidade no cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento. Assim, neste texto, buscaremos apreender como se dá a mediação das doulas comunitárias no cuidado à parturiente e familiares durante o trabalho de parto e nascimento.

Metodologia

O texto foi elaborado a partir de um banco de dados construído para uma dissertação de mestrado.² Os dados foram coletados utilizando-se da história de vida considerando-a como um instrumento privilegiado para interpretar o processo social, a partir das pessoas envolvidas, na medida em que se consideram as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e por meio delas (MINAYO, 2004). Nessa técnica, é enfatizado o valor da perspectiva do ator, por aceitar que a compreensão do comportamento de uma pessoa só é possível quando é visto do ponto de vista de quem está narrando (HAGUETTE, 2003).

Participaram do estudo nove mulheres. A coleta aconteceu individualmente, por meio de entrevista que foi gravada e posteriormente transcrita, transformando-se em nove histórias de vida. Um novo encontro individual foi agendado com cada doula para devolução, alterações desejadas e validação de suas histórias coletadas. Para este texto, utilizou-se do banco de dados estruturado, tendo sido feita uma leitura das histórias buscando-se identificar os aspectos referentes ao objetivo deste estudo.

O estudo atendeu às orientações da Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996) e teve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF).

² HORTA, J.C.A. A Doula Comunitária: uma experiência reinventada. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. 2008. 162p.

A ação mediadora da doula comunitária: favorecendo vínculos, construindo alteridades e qualificando o cuidado no parto e nascimento

O discurso das doulas nos permite identificar um conjunto de valores, princípios e aspirações preexistentes que as levaram a se inserirem no Projeto Doula Comunitária do Hospital Sofia Feldman. Foram apontadas por elas questões subjetivas e objetivas que possibilitaram a experiência de acompanhar mulheres no parto, o desejo de ajudar e a solidariedade.

[...] Eu sempre gostei de estar junto com gente! Junto com outras pessoas. Sempre gostei, admirei muito o nascimento, a mulher grávida. Na minha comunidade já ajudei a minha vizinha, quando ela teve neném eu ajudei a cuidar do bebê. Uma outra levei para o hospital, o marido não estava, eu levei, assisti o parto, dessa vez foi cesárea. Daí por diante foi crescendo cada vez mais a minha vontade de estar participando desse momento, para mim é muito importante, muito bonito, momento bonito da mulher de dar à luz e de dar apoio para ela. [...] Ser doula para mim, é o que completa mais a minha vida. Essa doação faz parte do meu ser. Meu ser humano de doação, de querer ajudar o meu próximo, principalmente à mulher em trabalho de parto. (Magnólia)

[...] Minha mãe foi parteira, ela contava muitos casos, eu cresci lá no interior e aprendi com ela ajudar as pessoas. Minha mãe ajudava muito às pessoas e eu gosto muito de ajudar. Então fui convidada para ser Doula e me interessei. (Camélia)

Para Landim (2001), um novo projeto de trabalho, voluntário e de doação, não cai em um deserto, mas vem se inserir em contextos preexistentes de determinadas “culturas de doações”, de redes sociais, organizações, recursos humanos e lideranças. Caillé (2002) oferece também aporte a esse entendimento, quando defende que o dom é gerado a partir de um contexto social com o seu emaranhado de inter-relações que constituem os indivíduos e são também constituídas por eles. Nessa dinâmica social, o dom é o que sela as alianças estabelecidas mantendo-as e garantindo a sua existência em uma permanente troca de bens de valor simbólico.

O desejo de estar junto com as parturientes para cuidar, proporcionar apoio, são alguns dos fatores que podem ser destacados como responsáveis pela inserção das mulheres da comunidade no Projeto Doula Comunitária. Se a possibilidade de oferecer esse apoio se apresenta como um disparador na circulação do dom e como motivador da sua atuação como doula, a reciprocidade por elas identificadas mantém essa circulação e aparece como um dos determinantes para a sua prática.

Eu estou lá ajudando, estou lá dando meu amor, meu carinho, meu apoio! Recebendo muito também! Porque na hora que a gente abraça aquelas parturientes e que elas abraçam a gente... A gente não sabe se é a gente que está acarinhando elas ou se é elas que estão acarinhando a gente. (Glicínia)

É o que eu escolhi ajudar ou fui escolhida, não sei? Escolhida por Deus para estar aqui, para estar ajudando as pessoas? Eu acho que é um dom. Quando a gente não tem esse dom, não adianta eu querer se eu não tenho esse dom. Não posso fazer força para ter esse dom. Não adianta! Tem que nascer, tem que vir de dentro! Não é uma profissão que a gente estuda. Algo que tem uma técnica. Amor não tem técnica! Nasce de dentro para ajudar! (Magnólia)

Verifica-se aqui uma disponibilidade das doulas comunitárias para doação sem uma preocupação, *a priori*, de receber algo em troca. E é esta disponibilidade inicial que abre caminho para o estabelecimento da trílice relação de dar, receber e retribuir (CAILLÉ, 2002).

Alguns relatos das doulas comunitárias apontam como elas constroem o laço social em função do conjunto das inter-relações estabelecidas com os usuários, por meio das alianças seladas pela doação. Uma aliança que possibilita a passagem do dom, mas que se torna mais importante do que o próprio bem circulante.

Outras já falam assim: Essa é a mãe que eu não tive! A mãe que não está aqui! [...] Então, a gente engrandece muito. Não, que você espera aquele agradecimento, você está fazendo a sua parte, mas a gente sente que pelo menos a gente foi útil. (Gardênia)

É muito gratificante você ver ali uma mulher que chegou, ela começa a conversar com você vai, ela conta um caso, ela começa a expor sua vida para você e quando você pensa que não, você está amiga daquela pessoa. (Camélia)

As doulas comunitárias expressam as suas diferentes formas de intervir no cotidiano do cuidado à mulher/parturiente, permitindo reconhecer sua alteridade nesse cenário, ao mesmo tempo em que determinam sua pertença a esse grupo de pessoas que acompanham a mulher no parto.

Verifica-se ainda, a partir dos relatos, que ao distribuírem solidariedade sem interesse de ganho pessoal, revelando disponibilidade para colaborar, as doulas comunitárias se constituem mediadoras nas relações entre usuários e profissionais, viabilizando e negociando cuidados, regulando tensões e gerenciando conflitos.

[...] No caso da anestesia, a mulher fala: Eu quero uma anestesia. Eu falo: Eu não posso fazer nada por você, mas vou chamar uma pessoa que pode. Eu chamo a enfermeira: Faz o favor, ela está querendo conversar com você.

[...] Também dou bem com os usuários. [...] se o acompanhante está muito agitado [...] eu falo assim: Oh! Vamos lá fora, eu vou com você lá. [...] Falo com ele que o negócio é assim: Tudo tem hora certa. Vocês não podem falar que eles não estão cuidando. Porque eles estão cuidando, está tudo certinho do jeito que eles estão fazendo. Eu estou aqui dentro como uma voluntária. Eu não sou igual eles não! Porque eles são funcionários e eu sou voluntária aqui e estou te ajudando. (Petúnia).

[...] Às vezes elas (enfermeiras) falam: Azaleia, agora está com a senhora! Já escutou o BCF [Batimentos cardíofetal], já fez o toque, agora a senhora leva ela, a senhora faz exercício com ela, porque é só mesmo exercício, para esse neném nascer. (Azaleia).

Outro aspecto que os relatos nos convidam a uma reflexão refere-se a como, em uma ação social, as doulas constroem sua alteridade. Utilizando-se de um fazer próprio elas se diferenciam dos demais usuários (acompanhantes) e dos profissionais de saúde e, em alguma medida, pode-se ainda afirmar que, em um espaço assistencial marcado por poderes e normas, o reconhecimento da alteridade das doulas comunitárias possibilita o seu acesso e permanência no espaço institucional.

Na relação entre mulheres e doulas, elas vão construindo formas de cuidar que melhor as atendam tornando legítimo um saber da doula comunitária advindo da sua experiência e prática, o qual é denominado de “*saber prático*” (PINHEIRO; CECCIM, 2006). Tem-se uma reinvenção do cuidado à mulher construído ao longo de sua trajetória:

[...] Às vezes, as meninas da enfermagem, as enfermeiras obstetras falam: Tem que pedir para elas fazer força. Ensina para elas. Explica para elas, como que faz força. “Eu inventei de colocar um paninho, para elas puxar, pego um lençolzinho... Pego um lençolzinho e falo para ela: Vamos tentar puxar assim, elas puxam aquele lençol. Se elas vêem, eu vejo que a força dela não está indo lá embaixo, não... Então: Vamos ficar de quatro, eu faço ela virar de todos os jeitos e quando elas conseguem fazer uma força naquela hora que é preciso mesmo, que elas fazem e o neném nasce. Depois elas não gostam nem soltar a mão da gente. (Prímula).

Além de podermos apreender a incorporação de novos fazeres advindos da ação de cuidado das doulas, este discurso abre espaço para uma discussão referente à reprodução de práticas e experiências inovadoras. Ambos são frutos de construção contextualizada de saberes e fazeres, o que não permite que sejam plenamente reproduzidos e que se tornem exitosos em outros contextos.

Fica reafirmado a ação mediadora da doula comunitária no resgate dos valores do parto e nascimento como um evento familiar e social. Traz de volta para a cena do parto a rede social da mulher “produzindo novos padrões de sociabilidades e novos tipos de humanidades” nos espaços institucionais de cuidado em saúde (PINHEIRO, 2009, p. 299):

Eu também mostro para o acompanhante, como é importante ele acompanhar o trabalho de parto. Sempre falo para ele, que antes ele levava a mulher para o hospital, deixava ela lá, perguntava se estava tudo bem, mas sem poder acompanhar, ficava do lado de fora. Quando ele entrava para visitar a mulher, ela estava bonitinha, de banho tomado, o neném enroladinho. Hoje ele tem esse privilégio de acompanhar de perto o trabalho de parto. Porque é muito importante para a mulher ter alguém que ela confia. Às vezes ele esta desanimado, com medo... Então, eu mostro a importância da família, do amor, para ajudar a mulher vencer esses momentos do trabalho de parto. Porque para ela é muito difícil estar com gente desconhecida.” (Magnólia).

À guisa de conclusões

O caráter inovador da doula comunitária decorre das ações mediadoras estabelecidas por elas com as mulheres, familiares e profissionais de saúde. Sua ação traz a possibilidade de coexistirem, em um mesmo espaço, saberes científicos e populares. Na medida em que se orienta pelas necessidades da mulher, a doula comunitária possibilita a renovação e reinvenção de práticas de cuidado.

A partir de suas histórias de vida, as doulas comunitárias permitiram apreender como sua ação em um espaço normatizado e estruturado por saberes científicos abre possibilidades para o estabelecimento de alianças sociais e a produção de práticas humanizadas e solidárias que qualificam a atenção à mulher.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 out. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador de práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 49p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CAILLE, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. 2 ed. 102 p.
- HODNETT, E.D. et al. *Continuous support for women during childbirth*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue4, 2007. Oxford: Update Software.
- HAGUETTE, M.T.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 224p.
- HOFMEYER, G.J. et al. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, London, v. 98, p.756-764, Aug. 1991.
- HORTA, J.C.A. *A doula comunitária: uma experiência reinventada*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. 162p.
- HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *Doula comunitária: descrição do papel*. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, 1997. Mimeografado.
- KLAUS, M.; KENNEL, J.; KLAUS, P. *Mothering the mother: how a Doula can help you have a shorter, easier and healthier birth*. Cambridge: Perseus Books, 1993. 168p.
- LANDIM, L. *As pessoas*. Voluntariado, recursos humanos, liderança. In: SEMINÁRIO “FILANTROPIA, RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CIUDADANIA”, 3-5 abril, 2001, Antigua, Guatemala: CEDES; W.K. Kellogg, 2001. 10p.
- LANGER, A. et al. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers’ wellbeing in a Mexican public hospital: a randomized clinical trial. *British Journal Obstetric Gynaecology*, London, v. 105, p. 1.056-1063, Oct. 1998.
- LANSKY, S. *A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado à saúde para a mulher ea criança no SUS-BH: a experiência da Comissão Perinatal*. IN: MOSTRA DE VIVÊNCIAS INOVADORAS DE GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Expogest), 1., 4 a 7 de junho, 2006, Brasília. Anais... Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SONIA%20LANSKY.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2008
- MARTINS, P.H. Usuarios, rede de mediadores e associações publicas hibridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. P. 115-142.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 270p.
- RAPHAEL, D. *The tender gift breastfeeding*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1973. 200p
- PINHEIRO, R. Novos padrões de institucionalidade no sistema de saúde brasileiro: a integralidade como dispositivo ético-político de lutas identitárias em espaços públicos. IN: MARTINS, P.H.; MEDEIROS, R. (Org.). *América Latina e Brasil em perspectiva*. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2009. p. 287- 305.
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. *Experienciação*, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 12-33.

Refletindo sobre uma escuta do usuário ou uma escuta com o usuário? Um ensaio sobre os “ruidos” nas relações entre profissionais e usuários na APS¹

CESAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO
ROSENI PINHEIRO

Escutar o usuário ou escutar com o usuário? Esta é uma pergunta bastante oportuna para o campo da Saúde Coletiva, pois nos desafia a compreender as possibilidades e limites de interação entre os atores em suas práticas cotidianas na gestão, na atenção e na formação em saúde. Nesse sentido, analisar a escuta nos modelos de atenção, na perspectiva da clínica, nos parece um caminho fértil para problematizar suas possibilidades de constituir um dispositivo de transformações para efetivação da integralidade do cuidado em saúde.

Este ensaio tem o objetivo de refletir o lugar da escuta no modelo de atenção à saúde, buscando analisar suas repercussões e efeitos – neste caso, nas práticas das equipes na Atenção Primária em Saúde. Tal reflexão diz respeito ao enfrentamento de situações em que a proposta de superação de um modelo de atenção à saúde médico-centrado e medicalizador é confrontada com falas e demandas dos usuários que, em uma primeira aproximação, parece ser justamente a antítese de uma perspectiva de mudança para uma atenção fundada na integralidade e nas ações de promoção à saúde.

Nesse confronto, os profissionais das equipes de Programa Saúde da Família (PSF) com frequência se queixam e se sentem impotentes frente à resistência dos usuários em compreender e aceitar os discursos e práticas empreendidos no modo de organização das equipes para oferecer ações coerentes com a Estratégia Saúde da Família. De outro lado, são visivelmente identificados os pressupostos políticos e institucionais de promoção do acolhimento e da escuta ampliada na atenção individual e familiar, como principal *leitmotiv* para a implementação de ações de educação/promoção em saúde nos espaços coletivos preconizados tanto pela Estratégia de Saúde da Família como pela Política de Humanização.

Contudo, os profissionais do PSF culpam com frequência a incompreensão dos usuários pelas dificuldades em implementar esses objetivos. Queixam-se dos descompassos, e mesmo desencontros, entre estas propostas de ação e as demandas e expectativas da população. As equipes relatam dificuldades de lidar com falas e solicitações dos usuários que refletem uma percepção fragmentada do corpo e uma expectativa de que o cuidado centrado no consumo de medicamentos e exames possa atender às sensações e aflições

¹ Nossos agradecimentos ao Professor Paulo Henrique Martins, pela inestimável contribuição neste texto.

da vida. Estas demandas, que significam muitas vezes o único recurso dos usuários para lidar com uma visão normativa, fragmentada e medicalizada do corpo e suas manifestações, tornam-se ruídos nas relações entre profissionais e usuários,

Isso ocorre tanto por parte dos profissionais como dos gestores da organização do modelo de atenção. Denominamos de “ruídos” as dificuldades de diálogo, de comunicação e de inclusão do usuário na decisão sobre seu projeto terapêutico, que acabam por influenciar a efetividade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde da unidade. Existem estudos que apontam como principal causa dessas dificuldades o não-reconhecimento, no cotidiano, das práticas individuais e coletivas do processo político e ideológico e as condições sociais e culturais que envolvem estas percepções medicalizadas do corpo, da vida e do próprio sofrimento (FAVORETO, 200).

Embora não seja tácita a existência desses “ruídos” para o conjunto da sociedade, é inegável a influência das grandes narrativas da tecnociência biomédica e dos interesses do complexo médico-empresarial da saúde nas narrativas singulares do adoecimento (ABMA, 2002). Mais do que isso, podem existir limites de diferentes ordens para compreender como estas narrativas pessoais são envolvidas por classificações nosológicas da vida afetiva e social e por normas biométricas que hierarquizam estilos de vida e comportamentos sociais e pessoais (MOL; LAW, 2003).

Diante desta discussão, parece-nos evidente a necessidade de se considerar que a ideia de escuta traz, nas práticas cotidianas dos atores envolvidos, aspectos positivos e/ou negativos no saber-fazer – neste caso, da própria clínica. Isso porque a prática da escuta tanto pode significar uma técnica desprovida de aspectos subjetivos, como pode significar uma ferramenta dialógica, relacional e inclusiva de saberes e práticas entre os atores implicados – usuários, profissionais-gestores-estudante-docentes – na integralidade do cuidado em saúde. O que não se pode deixar de observar é que tais práticas requerem uma análise contextualizada, situada, pois o cotidiano dos atores nas instituições de saúde se reveste de importância ao configurar um universo de referências políticas, ideológicas e culturais que lhe dão sentido e definem o modo de agir em saúde.

Para consubstanciar esses argumentos, destacamos dois aspectos que não são excluídos entre si a respeito da escuta como ação: a primeira diz respeito à escuta como ação medicalizadora ou, para alguns autores, como ação de medicalização social (LUZ, 2004); a segunda, a escuta como ação ético-política. Isto porque entendemos que esses dois aspectos sintetizam em grande medida as principais características dos efeitos da escuta, em que o agir na clínica pode redefinir as relações intersubjetivas dos atores, ao mesmo tempo em que redefine os espaços nos territórios que atuam. Vejamos mais detalhadamente estes aspectos a seguir.

A escuta como ação medicalizadora

As críticas dos serviços e profissionais em relação às demandas não consideram como as visões, falas e atitudes e as próprias intervenções são, muitas vezes, contraditórias. Em paralelo a uma narrativa dirigida pela integralidade, promoção da saúde e autonomia dos usuários, encontram-se práticas normativas, autoritárias e invasivas. Encontram-se

também critérios avaliativos que reforçam os valores fundados por uma cultura medicalizada que desconsidera os significados sociais, afetivos e culturais em que as pessoas e comunidades estão inseridas e que torna invisíveis os sujeitos e seus grupos sociais.

Apoiados nas definições de Peter Conrad apresentadas por Camargo Jr (2010, p. 209), compartilhamos do entendimento de que a “medicalização é caracterizada como um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, em termos de doenças e desordens”. Para esse autor, a medicalização é um processo que tem diferentes elementos de forças, agindo como verdadeiros motores, impulsionando sua constituição, cujo destaque se ancora na dinâmica ligada ao complexo médico industrial. Camargo Jr (2010) acrescenta que a criação e/ou expansão de categorias nosológicas e de usos recomendados para medicamentos, assim como a intervenção crescente de uma lógica de consumo nas ações de manutenção e recuperação da saúde, conformam os principais vetores de expansão das fronteiras da intervenção do aparato sanitário na vida dos indivíduos e populações.

Tal assertiva ganha relevância quando não percebemos que as demandas por consumo de bens e serviços médicos podem traduzir sentimentos e situações de vida em que prevalecem a falta de reconhecimento de seus direitos à saúde e de outros requisitos necessários a uma plena cidadania. Mais do que isso, ela ganha destaque ao não percebermos que como este comportamento dos usuários pode refletir uma adaptação à falta de acesso, à iniquidade e às contradições que a população observa entre discursos e ações das políticas públicas e do sistema de saúde em particular. As exigências por uma atenção médica talvez sejam um dos poucos recursos para conviver com ações coletivas e individuais do campo da saúde, ainda que desconsiderem a historicidade das pessoas e seus grupos de identidade e o lugar social e cultural que elas ocupam e expressam nas suas experiências e projetos (PINHEIRO; MARTINS, 2009; MARTINS, 2009).

Políticas implementadas como a de humanização (BRASIL, 2004) têm procurado sistematizar e operacionalizar conceitos como o de acolhimento, escuta ativa e clínica ampliada, que são propostos como ferramentas para organização do processo de trabalho e de qualificar a atenção prestada pelos serviços de saúde. Nessas propostas, a escuta é enfatizada como uma questão central para a aproximação entre os serviços e as práticas profissionais com os usuários. Contudo, a necessidade de transformar a escuta em uma ferramenta tecnológica, no sentido proposto por Emerson Merhy (2000), nos obriga a realizar um esforço de tradução e objetivação que pode deslocar a escuta de um campo político e ideológico, de uma atitude e um estilo de pensamento, para transformá-la em um conjunto de técnicas e normas que podem não expressar a potência que lhe é imputada.

Temos evidências de que a apropriação da escuta como uma técnica pode limitar seu objetivo relacional, que é de interagir dialogicamente e compreender o outro em sua singularidade. Como mera técnica, a escuta pode perder sua dimensão como uma construção intersubjetiva. Como decorrência dessas perdas, podemos citar a limitação de serviços e das práticas profissionais de realizarem um deslocamento de suas perspectivas e projetos instituídos, para reconhecer os contextos e concepções de coletividades e de pessoas que buscam o cuidado em saúde.

Como uma caricatura desta limitação da escuta, oferecemos uma leitura crítica baseada em uma entrevista realizada com uma médica que há dez anos atuava em uma equipe de saúde da família responsável pela atenção de uma comunidade formada por famílias de pescadores² (FAVORETO, 2007b). Sua fala expressava a indignação e irritação com os conflitos causados pela pressão por consultas não agendadas e seus efeitos deletérios na organização do processo de trabalho da equipe. A médica entendia que os ruídos eram decorrentes da atitude de portadores (“principalmente os homens”) de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, que não seguem as marcações e horários de consultas agendadas. Reclamava que já havia tentado fazer grupos para melhorar a adesão e os usuários faltavam às reuniões e apareciam depois para pedir receitas e exames. Quando questionada em como explicar tal comportamento, ela se voltava para a dedicação de toda a equipe em prestar um bom atendimento, de escutar longamente os pacientes e da preocupação que tinham com a saúde deles.

Pareceu-nos claro que a médica não percebia que poderia haver comportamentos culturais e sociais para o que chamava “desorganização da demanda”. Tampouco cogitava que as razões do comportamento dos usuários poderiam estar relacionadas com noções de tempo, percepções de sofrimento e construções de demandas diferentes em relação àquelas que o serviço de saúde e seus profissionais esperavam e se programavam. De modo que estava claro que a médica não compreendia possíveis especificidades no comportamento desses usuários – pescadores e seus familiares – e não observava outros fatores intervenientes nesse comportamento como, por exemplo, uma perspectiva de tempo envolvendo o modo de produção extrativista e sua relação com o clima, as condições do mar ou o preço do pescado. Concretamente, os profissionais da saúde não sabiam identificar os fatores que determinavam a sobrevivência dessas pessoas no momento presente, tampouco não procuravam entender quais seriam os motivos que os impediam de ter uma visão de um tempo futuro.

A médica, portanto, ignorava a possibilidade de esses usuários terem dificuldade em fazer planos de médio e longo prazo, tanto pelas condições objetivas de sua sobrevivência como pelas concepções e subjetivações que este modo de vida produz no indivíduo e na comunidade. Percebia-se a dificuldade da médica em fazer um deslocamento compreensivo sobre os aspectos ideológicos e culturais, com os quais permitisse reconhecer e garantir o direito de existência de concepções de mundo e expectativas de pessoas e comunidades diferentes da sua. Concepções e atitudes que, por sua vez, definem modos de agir e pensar diferentes daqueles previstos em estruturas técnicas como a da medicina ou de políticas e modelos organizadores da prestação da atenção (FAVORETO, 2007).

A partir destas considerações, constata-se a importância de o profissional, em suas práticas cotidianas, reposicionar o foco da escuta para maior dialogicidade, de modo a localizá-las no espaço construído entre e pelos sujeitos envolvidos na relação terapêutica

² Esta entrevista foi realizada como parte do trabalho de campo da tese de doutorado *A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde*, defendida em 2007 no IMS-UERJ. Os entrevistados eram médicos de família do Programa de Medicina de Família da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

(AYRES, 2009). Ao incorporar o paciente na construção deste diálogo, retira-se a centralidade, mas não a responsabilidade do profissional na mediação desse diálogo. Ao contrário, ao profissional caberia compreender não só o que o outro fala e o significado do que diz, mas deslocar-se de sua posição para reconhecer o próprio espaço intersubjetivo que pode ser criado pela relação entre o profissional e o usuário, assim como nas relações e interações estabelecidas entre serviços de saúde e comunidades.

A escuta como uma ação ético-política

No espaço intersubjetivo do encontro do profissional com o usuário, parecia-nos claro que este último não se tornava sujeito nesta relação, como acontece na clínica convencional. Aqui, a escuta significa muito mais o silenciamento de seus anseios e desejos, em prol do diagnóstico e terapêutica, do que propriamente reconhecer seus direitos de expressar suas experiências e seus valores.

Entendemos que a intersubjetividade proporcionada por essa relação requer o reconhecimento do protagonismo (do usuário) na escolha dos roteiros e formatos de suas narrativas, assim como na hierarquização de suas demandas e expectativas de atenção (FAVORETO, 2009). Para tal, a escuta de sua fala precisa ser interpretada e valorizada no contexto onde ela se realiza e se legitima, sem depender ou ser cerceada pela legitimação externa imposta pelo poder social ou técnico-científico.

O reposicionamento do profissional para perceber este espaço intersubjetivo se torna importante porque é nele que operam os signos de poder e as projeções e trocas intersubjetivas (dávicas, transferências e contra-transferências) entre profissionais e usuários. Esses signos e projeções é que irão qualificar a relação estabelecida e, por sua vez, contribuirão no desenvolvimento de situações de rejeição, submissão, medo, afetividade e vínculo entre outros aspectos que influem, diretamente, na produção de um processo terapêutico a partir do encontro.

De outro lado, a complexidade da escuta das falas e demandas dos pacientes na clínica nos obriga a entender esta ação não apenas como uma ação instrumental envolvendo técnicas de comunicação dirigidas à busca de sinais e sintomas de adoecimento ou de condições de risco que resultam em diagnósticos clínico, epidemiológico ou psicossocial (HECKERT, 2007). Nesse sentido, pensamos que a escuta também deve ser compreendida como uma atitude ideológica e uma competência cultural e afetiva que se organiza como uma forma de mediação, de compartilhamento e de criação de um espaço intersubjetivo de construção de cuidado e produção da autonomia a partir do usuário. Este percurso da escuta se aproxima do que Jose Ricardo Ayres (2009) considera como o resultado esperado de nosso trabalho, que não é o de construir objetos, mas de constituir sujeitos diante dos objetos criados no e para o mundo.

Neste momento, é importante distinguir o que chamamos de atitude ideológica da atitude científica. A atitude científica caracteriza-se pela observação, descrição, análise e explicação objetiva dos fenômenos, assim como conhecer/estabelecer causas e relações entre fenômenos. Trata-se de uma atitude positiva, racional, de revisão e autônoma, percorrendo as etapas do processo de pesquisa científica (método). Já a atitude ideoló-

gica caracteriza-se pela apreciação e julgamento dos fenômenos, visando a estabelecer princípios e orientações de caráter ético-valorativo. É subjetiva na medida em que expõe fatos recorrendo a ideias pessoais e à consciência pessoal.

A proposta de desenvolvimento da escuta, como uma atitude ideológica e uma competência cultural e dialógica, responde a um desafio de pensarmos o agir em saúde como uma ação criativa e reflexiva. Quando consideramos a dimensão da formação em saúde, esta proposta visa a romper com uma tendência do ensino e das práticas em saúde, como a da própria escuta, restritas a um agir mecânico que compreende um fazer repetitivo, sem crítica e sem criatividade. Recusamos assim, certa tendência de protocolizar a escuta, de transformá-la em uma variável quantificável e de aplicar a ela os mesmos critérios de validação definidos para outros aspectos das intervenções em saúde. Esta perspectiva se insere numa noção de valorização da dimensão política da técnica e se afasta da ideia de uma tecnificação da política (PINHEIRO, 2007; AYRES, 2009), situando a escuta na clínica como uma ação ético-política.

Neste sentido, não basta ao profissional ter uma escuta que reflita uma postura empática. Nos encontros clínicos terapêuticos, a escuta é mais que um ato; ela precisa incorporar uma atitude que expresse a necessidade primordial de reconhecimento do outro e da legitimidade do lugar que ele ocupa ao falar. Esse reconhecimento pressupõe uma ideologia que desconstrói assimetrias, ou melhor, reconhece e valoriza a diversidade do lugar cognitivo, cultural e social que cada um ocupa na relação. Esta disposição para ver a diversidade e a alteridade pressupõe, mas também retroalimenta, a dimensão reflexiva e interpretativa no processo clínico. Isto porque o movimento reflexivo e interpretativo implica que o profissional e o usuário realizem um deslocamento que nem sempre é fácil de ser feito. Trata-se de compreender o movimento de se deslocar do lugar de quem dá as soluções ou reclama por elas, para o lugar de quem acolhe e medeia a relação das pessoas com as situações de sofrimento e de conflito que elas vivenciam.

O deslocamento exigido para reconhecer e validar valores e significados sobre saúde, doença e terapêutica são diferentes daqueles com que os profissionais se identificam e se legitimam. Trata-se do reconhecimento pessoal e político de valores e significados que sejam diferentes daqueles preconizados pelo saber técnico científico que fundamenta a atenção à saúde ou pelas normas estabelecidas a partir das verdades criadas por este saber.

A dificuldade do profissional de saúde para se reposicionar nesse contexto está, no plano conceitual, em sua dificuldade em desnaturalizar seu modo de ver o mundo (FLECK, 1986), de desconstruir seus valores e se perceber em um lugar cheio de incertezas e de descobrir um lugar bem diferente daquele estabelecido pelas verdades técnico-científicas ou pelos arranjos assistenciais. Este movimento implica convivência e adaptação às situações onde os desfechos não estão predefinidos, onde as variáveis que implicam resultados não são objetivas, mas sim subjetivas, estéticas, contextuais e atemporais. Nesse movimento, o profissional na clínica deixa de exercer uma escuta que tem por trás uma predisposição normativa, orientadora e definidora das situações, para assumir uma escuta que se coloca como mediadora entre o sofrimento e sua experiência e o saber técnico sobre saúde e doença.

Hoje, no contexto da clínica, o exercício desta mediação entre a experiência do adoecer e o saber técnico precisa avançar também como uma ação política que lide com as consequências culturais, sociais, psicológicas e biológicas decorrentes da medicalização da vida e do adoecer. Um processo que, ao fragmentar o corpo e normatizar os aspectos da vida e do adoecer, distancia as pessoas de uma perspectiva de se perceberem em sua integralidade biopsicosocial. Uma ação que busca romper com o círculo vicioso entre medicalização e escuta, produzido quando usuários e os profissionais se afastam da experiência do adoecer e do contexto sócio cultural onde ela se institui e se legitima. Este afastamento se produz ao serem colocados os objetos (doença, risco, tratamento, exames) e a técnica (racionalidade biomédica) como centro e intermediários do diálogo. Trata-se de um movimento que impede a criação de um espaço de trocas intersubjetivas. Resta-nos, apenas, um lugar onde o que está em jogo são doenças, normas, exames, riscos, medicamentos, entre outros artefatos que são buscados como bens pelos usuários, oferecidos como prescrições pelos profissionais e itens a serem avaliados pelos gestores.

A superação da medicalização como uma barreira política e cultural à ampliação da escuta do sofrimento e das expectativas e projetos de usuários e profissionais implica, portanto, considerar a escuta como uma ação que reconhece o outro como cidadão de direito que tem uma história e que ocupa um lugar social e cultural onde se expressam suas experiências de vida e de sofrimento e onde são validadas suas necessidades, desejos e projetos.

Algumas considerações finais

Ao encerrarmos esta reflexão, cabe ressaltar que não houve a pretensão de esgotar a análise das razões e das possibilidades de superação dos desencontros entre profissionais e usuários e das dificuldades de ampliar a escuta na clínica. A análise realizada permite, contudo, apontar a necessidade de que a escuta se organize como um espaço de cuidado em que a atenção promovida se qualifica através da centralidade no usuário. Centralidade que pressupõe uma atitude ideológica e uma competência cultural e dialógica dos serviços de atenção primária à saúde e de seus profissionais e que implica em objetivos como:

- superar uma visão medicalizadora e individualista onde risco e culpabilização orientam a atenção;
- abrir-se para novas estéticas e novas linguagens no cuidado em saúde;
- promover uma escuta que não pressupõe julgamentos e não estabelece roteiros fechados;
- aparecer como uma presença que acolhe e promove vínculos afetivos;
- contextualizar e interpretar não apenas as falas relativas aos artefatos (doença, riscos, medicamentos, exames, consultas, etc.) em jogo, mas também aos significados e percepções que são construídas a partir e em torno deles
- fazer a mediação do saber técnico com a experiência e o saber prático dos usuários;
- individualizar, contextualizar e negociar as intervenções;
- ir ao encontro da autonomia e dos projetos e expectativas dos usuários;
- promover novas redes de apoio e de dádivas a partir da criação de espaços intersubjetivos.

Referências

- ABMA, T.A. Emerging narrative forms of knowledge representation in the health sciences: two texts in a postmodern context. *Qualitative Health Research*, v. 12, n. 1, 5-27, Jan. 2002
- AYRES, J.R.C.M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *HumanizaSUS Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMARGO JR. K.R. Medicalização: um quadro de referência. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.
- CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidea*. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.
- FAVORETO, C.A.O. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc 2007a. p. 213-230.
- _____. *A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007b.
- FAVORETO, C.A.O.; CABRAL, C.C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. Botucatu, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 13, n. 28, p. 7-18, jan/mar 2009.
- FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento e del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial, 1986, 200p.
- HECKERT, A.L. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro. Cepesc, 2007. P. 199-212.
- LUZ, M.T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 9-20.
- MARTINS, P.H. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de JANEIRO: Cepesc, 2009. p. 131-138.
- MERHY, E.E Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Botucatu (SP), *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.
- MOL, A.; LAW, J. *Embodied action, enacted bodies*. The example of hipoglycaemia (on-line papers). Center for Science Studies Lancaster University, 2003. Disponível em; <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Mol-Law-Embodied-Action.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2009.
- PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 15-28.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 15-25.

**REGIÃO SUL – MEDIAÇÃO DA SAÚDE NO MEIO RURAL: ATORES, REDES SOCIAIS NAS
SITUAÇÕES DE ADOECIMENTO CRÔNICO (AGRICULTORES E MEIO AMBIENTE)**

A mediação no meio rural: concepções e caminhos da pesquisa em saúde

TATIANA ENGEL GERHARDT
ELIZIANE NICOLODI FRANCESCATO RUIZ
JULIANA MACIEL PINTO
ANDREIA BURILLE
ADRIANA ROESE
DEISE LISBOA RIQUINHO

A participação da equipe da UFRGS/GESC é um desdobramento dos projetos multicêntricos anteriores¹ e visa a responder ao desafio de implementar a Incubadora da Integralidade no local de estudo, através do desenvolvimento de estratégias teórico-metodológicas centradas no usuário a partir da articulação entre formação, pesquisa e incubação. Os resultados das pesquisas anteriores demonstraram a necessidade de aprofundar a identificação e o papel dos mediadores ao longo dos itinerários terapêuticos de usuários em situação de adoecimento crônico no meio rural da comunidade de Rincão dos Maia/Canguçu/RS.

Conexões entre saúde, desenvolvimento e mediação

As reflexões oriundas do projeto multicêntrico desenvolvido pelo NUCEM e pelo LAPPIS em 2009 trouxeram inúmeras contribuições para se pensar sobre os determinantes sociais de saúde e as práticas avaliativas a partir da perspectiva do usuário. Dentre os resultados dos itinerários terapêuticos e das redes sociais, houve a

identificação e a compreensão da situação de vida de usuários em situação de adoecimento crônico no meio rural, a partir do contexto de vida, considerando-os como sujeitos inseridos em determinado espaço social e histórico, o que proporcionou trabalhar as especificidades locais, as relações sociais instituídas na família e na comunidade que podem minorar ou agravar as situações que produzem ou reproduzem o reconhecimento e estigma no espaço público e privado (GERHARDT et al., 2009, p. 320).

O desenho dos itinerários terapêuticos e das redes sociais demonstrou o potencial dessas ferramentas analíticas na compreensão dos enfrentamentos da condição crônica ao longo da busca por cuidado e de dimensões pouco visíveis aos profissionais de saúde. Centrando o olhar no usuário, pode-se compreender que as relações formais ou informais estabelecidas com o parentesco, vizinhança, comunidade e com instituições (prefeitura, serviços de saúde, sindicato rural, igrejas...) evidenciam um vínculo intenso proporcio-

¹ “Estudos multicêntricos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na atenção básica” e “Desenvolvimento e capacitação de metodologias centradas no usuário como subsídios na redefinição dos determinantes sociais e das práticas avaliativas de integralidade em saúde”.

nado pelas redes disponíveis, e que quando mediado por uma instituição, se faz pessoa a pessoa, reforçando muitas vezes no plano macro e microsocial redes complexas de relações assistencialistas e clientelistas com o poder público local (sobretudo municipal).

Associado a isso, a inexistência de espaços de participação (conselhos municipais, por exemplo) e a própria história da comunidade (estigma) nos levam a pensar na existência de um tecido social e cultural onde as vinculações com os diferentes planos (macro e microsocial) são negociadas a partir de relações de poder assimétricas e em grande medida personalizadas.

Assim, esses resultados levaram a desdobramentos sobre o estudo da mediação enquanto ferramenta de transformação de cenários (modos de pensar e fazer) e, nesse sentido, é considerada uma sabedoria prática, que segundo Ayres (2000, p. 119), é entendida como um saber “que não cria objetos, mas realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo”. Trata-se, nessa perspectiva, de um “outro tipo de saber, quando percebemos, segundo este autor, a possibilidade de mudança, de alteridade, de plena presença do outro no ato assistencial” (p. 119).

Estudar a mediação na saúde no meio rural parte da possibilidade que o campo (teórico e prático) do desenvolvimento rural oferece para a discussão a ampliação dos sentidos da saúde e do desenvolvimento. As possibilidades de conexões entre o campo da saúde e o do desenvolvimento partem de que tanto a noção de saúde (WHO, 1998) quanto a de desenvolvimento (SEN, 2000), em suas acepções amplas em prol da qualidade de vida de indivíduos e populações (projeto do qual os dois campos compartilham), estão imbuídos de princípios em comum (dentre eles, os determinantes sociais, a participação social, o empoderamento, a equidade e a intersetorialidade) que nos levam a refletir sobre a responsabilidade das ações no espaço público.

Destacamos que, embora haja essa aproximação clara entre os dois campos, pelo seu viés objetivo/quantitativo, a ampliação do conceito de saúde e do próprio conceito de desenvolvimento é amplamente debatida pelas ciências sociais e humanas: por um lado, demonstrando que a saúde e a doença são uma construção social, pois comportam ao mesmo tempo dimensões sociais e biológicas, materiais e imateriais, objetivas e subjetivas, sendo assim objetos híbridos; por outro, que o desenvolvimento é um processo social que envolve diferentes dimensões para além do “progresso” e do “crescimento econômico”. Noções de pobreza e de renda, por exemplo, são amplamente debatidas nesse sentido.

Assim, nosso ponto de partida para esta conexão está nos questionamentos aos critérios essencialmente objetivos adotados pelos dois campos que tomam a saúde e a doença, e suas consequências, como essencialmente “coisas biológicas”, desconsiderando os condicionantes sociais, contextos e necessidades de saúde; e que creditam o desenvolvimento e as condições de vida como essencialmente condições econômicas, desconsiderando a complexidade das situações que influenciam as escolhas individuais.

Passar a considerar e pensar estrategicamente a saúde e suas relações com o desenvolvimento envolve ponderar sobre as várias dimensões e os determinantes sociais deste processo, incluindo a maneira pela qual subjetividades, relações sociais, modos de viver, condições

de trabalho, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais afetam e determinam a saúde (ALMEIDA-FILHO, 1999). Assim, saúde e doença se criam e se vivem no marco da vida cotidiana a partir da interação entre os sujeitos (nas suas relações) bem como do contexto social, político, econômico, ambiental e cultural no qual as populações estão inseridas. Desta forma, surgiu o interesse em pensar as conexões entre saúde e desenvolvimento a partir do papel das redes sociais e dos mediadores dessas redes no cuidado e atenção à saúde da população do meio rural. Refletir sobre as condições e situações de saúde e adoecimento da população rural traz a necessidade de pensar os nexos que há entre as lógicas do Estado, do mercado e da sociedade civil.

As relações entre saúde e desenvolvimento ajudam a compreender não apenas a maneira pela qual as pessoas desenham suas trajetórias num sentido material (nos modos de ganhar a vida), mas também pelas suas percepções relacionadas às escolhas e estratégias dessas trajetórias de reprodução e as habilidades para enfrentar as condições sociais que produzem pobreza (BEBBINGTON, 1999).

O desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade (acreditamos ser mais pertinente substituir esta palavra por “direitos sociais”) que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercerem (ponderadamente) sua condição de agente (SEN, 2000). Muitas pessoas têm pouco acesso aos serviços de saúde, saneamento básico ou água tratada e passam a vida lutando contra morbidades desnecessárias, com frequência sendo acometidos por morte prematura. O desenvolvimento poderia ser visto então como um processo de expansão dos direitos reais que as pessoas desfrutam. No entanto, as visões mais restritas de desenvolvimento o identificam como o crescimento do Produto Nacional Bruto, o aumento de renda pessoal, a industrialização, o avanço tecnológico ou a modernização social (SEN, 2000). Os dois primeiros elementos podem ser um importante meio de expandir os direitos sociais desfrutados pelos membros da sociedade; e os demais podem contribuir substancialmente para expandir os direitos humanos, mas dependem de outras influências, dentre elas, da relação Estado-mercado-sociedade.

Esta tríade da ordem social (Estado-mercado-sociedade) precisa ser pensada como fundamento para uma compreensão privilegiada da realidade, cuja relação e demarcação são uma questão política a qualquer resposta aos princípios que organizam a economia micro e macrosocial (OFFE, 2001). Para Offe (2001), o Estado é uma construção da razão humana, tanto em termos institucionais, por meio de um contrato racional na busca do bem de todos, quanto de sua estrutura burocrática. O mercado, por sua vez, é movido pelo interesse na aquisição de bens individuais sem nenhuma consideração ao controle dos propósitos de aquisição. E a sociedade pressupõe o exercício de deveres e direitos associados a grupos sociais, por meio da família, grupos religiosos ou definidos por tradições étnicas que desenvolvem o sentimento de pertencimento e o compromisso com determinados projetos de vida. Esquemáticamente, a pluralidade das lógicas Estado-mercado-sociedade pode ser descrita da seguinte maneira: Estado - reciprocidade (receber-devolver); Mercado - trocas equivalentes (dar-pagar); e Sociedade civil - trocas não equivalentes, o dom (dar-receber-retribuir) (MARTINS; CAMPOS, 2006).

O dom aparece como uma alternativa a esses dois paradigmas tipicamente modernos, o do mercado e o do Estado. O dom se faz a partir da relevância da reciprocidade compreendendo a dinâmica e a complexidade das trocas nas sociedades; estas são determinadas por ambivalências constituídas entre os motivos da liberdade e da obrigação, do interesse e do desinteresse (CAILLÉ, 2002; 2006). No cotidiano, o interesse do sujeito não se centra, necessariamente, apenas na sua própria pessoa, mas na de todos com quem mantém interação na vida privada ou na vida pública. Cada um, em algum momento da vida, revela um interesse que transcende o ego e se transporta para o outro, seja alguém da família, um conhecido ou um mero desconhecido. O ciclo de endividamento simbólico suscitado pela circulação de bens (bens simbólicos, como intenções, gestos, gentilezas e rituais, e bens materiais, como serviços a terceiros, autoajuda, utensílios ou mesmo mercadorias) institui vínculos e alianças que estão na base da produção das identidades, dos lugares e das estruturas (MARTINS, 2008).

A compreensão ampliada do motivo do interesse não tem apenas valor teórico, mas prático, uma vez que pode impactar favoravelmente a reconfiguração das políticas públicas e de novas modalidades de participação da sociedade civil na organização da esfera pública, por exemplo (MARTINS, 2008). A ênfase ao modo de organização das sociabilidades primárias, à esfera microsociológica, com a intenção de verificar as perspectivas de construção de uma discursividade crítica no interior delas, via redes locais, como a família, a vizinhança e as associações configuram o papel de mediação investigados na localidade rural de Rincão dos Maia, Canguçu – RS.

A mediação em saúde na perspectiva da dádiva: possibilidade de construção de espaços coletivos participativos e solidários

Algumas experiências e dados produzidos por pesquisas no meio rural vêm demonstrando a necessidade de se atentar para as questões de saúde desta parcela da população, na medida em que se encontra muitas vezes não reconhecida ou desassistida (pelo Estado ou até mesmo socialmente) em suas necessidades de saúde (RIQUINHO, 2009). Assim, discutir a possibilidade de criação ou de potencialização de espaços coletivos mais participativos, democráticos e solidários torna-se pertinente pensando na importância que têm na busca pelas necessidades em saúde, no enfrentamento das situações e problemas cotidianos e na construção da cidadania.

Um enfoque simplificador da saúde e doença também costuma estabelecer relação direta entre meio ambiente e doença, desconsiderando a possibilidade de o ser humano pensar seu ambiente e agir sobre ele (RAYNAUT, 2006). Fugindo dessa simplificação, a saúde e a doença são concebidas como derivadas de múltiplos fatores (e sua combinação) e da capacidade de reação dos sujeitos que as inventam e (re)inventam no marco da vida cotidiana. Ao mobilizar seus recursos e sua condição de vida (material e imaterial), os indivíduos são capazes de transformar a experiência com a doença, desativando ou minimizando seu efeito, o que caracteriza situações de vida diferenciadas (GERHARDT, 2009a).

Desta forma, o modo como o indivíduo se posiciona no mundo e as suas representações, em parte dependem das relações dinâmicas estabelecidas dentro da sociedade, e como diria

Simmel, da consciência dessas interações (WAIZBORT, 2000). Assim, parte-se da concepção de que os indivíduos podem ser compreendidos a partir de seus vínculos em uma rede de relações. Neste sentido, entende-se que os vínculos têm participação na formação das concepções de saúde de indivíduos e coletivos e são estratégicos no enfrentamento dos problemas cotidianos e de adoecimento. Nesse sentido, Martins (2008a, p. 124) aponta que:

o desafio, no fundo, é observarmos se as possibilidades inscritas nas redes sociais existentes nas municipalidades e nas comunidades são suficientes para incrementar o surgimento de práticas associativas mais horizontais e abertas a novas modalidades de solidariedade e de cooperação, práticas essas que legitimam o surgimento de uma esfera cívica e pública politicamente consistente. Pois, apenas a partir de uma esfera com esta característica, isto é, ancorada nas trocas diretas, é possível pensar numa experiência de cidadania democrática ampliada, plural e participativa, que respeite as diferenças e as universalidades dos sistemas simbólicos e de poder.

Assim, pretende-se aqui aprofundar o debate sobre redes, mediação e participação social a fim de contribuir para a reflexão sobre a possibilidade que há de os próprios sujeitos, nas suas relações, e organizados em comunidades ou grupos, sob a luz da teoria da Dádiva proposta por Mauss – e debatida atualmente por autores como Caillé (2004), Godbout (1998) e Martins (2008a, 2008b) – têm para influir nas várias dimensões de sua saúde, desde a interferência sobre as próprias condições individuais de saúde, até a organização das ações e serviços de saúde, contribuindo com isso para minimizar as desigualdades em saúde e para a construção de espaços públicos mais solidários e promotores de cidadania.

Cidadania esta, tal como aponta Santos (2003, p. 278), que não dispensa o Estado das prestações sociais, mas que se

constitui na obrigação política vertical entre os Estado e os cidadãos, como na obrigação política horizontal entre cidadãos. [...] revaloriza-se o princípio da comunidade e, com ele, a ideia de igualdade sem mesmidade, a ideia de autonomia e a ideia de solidariedade.

A Dádiva enquanto um valor

A reflexão sobre os motivos pelos quais os sujeitos se relacionam levou Marcel Mauss, no Ensaio sobre a Dádiva (1924), a aprofundar o estudo sobre a dádiva em seu potencial na formação do vínculo social a partir da tríade dar-receber-retribuir. Mais recentemente, este tema tem sido retomado por diversos autores a partir do Movimento Antiutilitarista nas Ciências Sociais.

Mauss, em seu estudo, propõe que a ação humana em prol de laços sociais não pode ser reduzida a motivações puramente econômicas, políticas e/ou culturais. Ele aponta a relevância e pluralidade de todos estes motivos, procurando entender a sociedade como um “fato social total”. Nesse sentido, Caillé (2004) chega a lançar que a Dádiva seria um terceiro paradigma, que não excluiria as outras duas vertentes: o utilitarismo – sujeitos movidos pela racionalidade e utilidade na busca incessante de ganhos (individualismo) e o holismo (totalidade) – natureza e obrigação moral dos atos em função de normas e valores (GODBOUT, 1998).

Por entender a sociedade como um fato social total, Martins (2008a) expõe que Maus procura olhar para os fenômenos a partir da sua ambivalência procurando reduzir as dualidades. Neste sentido, haveria flexibilização em torno das normas e motivos: assim, o dom é obrigação, mas também liberdade, é interesse e desinteresse, conjuga o material e o imaterial, aplica-se ao macro e ao microssoial, aos indivíduos e grupos, e assim por diante.

A partir do constante estado de incerteza da dádiva, entre a liberdade e obrigação, há o espaço para a construção da confiança nas relações. Os laços sociais estabelecidos, mais que o próprio bem posto em circulação, importam (CAILLÉ, 2004). Olhar as relações sociais, no caso aqui para as redes sociais e mediação, na perspectiva da dádiva, tem valor no sentido de destacar a importância do fato associativo e de se pensar na ação coletiva a partir da e em prol da solidariedade, da participação e da cidadania (MARTINS, 2008a). Porém, também cabe refletir sobre a existência de formas de dádiva que geram valores considerados negativos a partir de relações de submissão geradoras de iniquidades sociais, como no caso da patronagem / clientelismo. Ao encontro disso, Martins (2005, p. 54), em sua leitura de Mauss, afirma que

Existem dádivas e dádivas [...] do ponto de vista histórico percebemos que os sistemas de dádivas predominantes (dádiva agonística, dádiva sacrificial, dádiva amical, dádiva caritativa, dádiva clientelista) não fundam experiências democráticas, mas hierárquicas e verticalizadas.

Esse autor diz ainda que, em seu entendimento, a dádiva não propicia propriamente a democracia (no sentido da liberdade individual e igualdade), mas sim, tem em seu potencial, a justiça social.

Redes sociais e mediação em saúde na perspectiva da dádiva

As redes sociais podem ser entendidas enquanto vínculos que fundam a sociedade, organizam as próprias individualidades e que são fundamentados em relações de trocas (de bens materiais e simbólicos) criadas, de acordo com Caillé (2004), com aposta na dádiva. Para esse autor, uma rede social representa também um “conjunto de pessoas com as quais o ato de manter relações de amizade ou de camaradagem, permite conservar e esperar confiança e fidelidade” (p. 65). Martins (2004, p. 43) acrescenta, a partir da ideia de Caillé, que “a obrigação social que une os membros de uma rede não tem apenas caráter moral, mas igualmente político, dado pelo interesse dos membros na aliança”.

Cabe destacar, como um recurso inerente às redes sociais, a figura do mediador social que aparece articulando mecanismos de socialização, dando formato aos agrupamentos. Este ator emerge gerenciando os conflitos, negociando acordos, nutrindo as sociabilidades nas redes sociais. Pode ser considerado um organizador social, que assume compromissos com o outro (seja na família ou nas organizações) no apoio em situações cotidianas (MARTINS, 2008b).

Os termos “mediação” e “mediadores”, segundo Neves (2008, p. 30) “aludem à conciliação diante de divergências ou da intervenção de outrem com o objetivo de propor o acordo ou o compromisso. E, por essas características poderiam ser qualifica-

dos como “prestação de serviços” ou “método de intervenção social”. Assim, para fins do debate aqui proposto, apreende-se que mediadores sociais em saúde são indivíduos (líderes religiosos ou de associações, usuários do sistema de saúde, agentes comunitários de saúde, profissionais da saúde ou de outras instituições públicas) inseridos em redes sociais que possuem uma disposição para auxiliar e resolver problemas mobilizando recursos materiais e imateriais para tal. Medeiam e regulam as relações interpessoais em diferentes instâncias, funcionam como elementos de ligação entre dois diferentes sistemas culturais (micro e macrossocial).

De acordo com Neves (2008), o mediador assume essa posição por ser legitimado em sua capacidade em gerenciar e resolver os conflitos/problemas através do poder (social, simbólico, político, cultural) que possui para acessar os recursos necessários. A partir dos apontamentos dessa autora, há mediadores que viveriam “pela mediação” (padre, professor, pais de família, vereador e etc.) e mediadores que viveriam “da mediação” (funcionários públicos ou de organizações não-governamentais), sendo por isso considerados “agentes de mediação profissional” (p. 28).

Na ação da mediação em saúde, o mediador atua no auxílio aos mediados a partir das necessidades em saúde que são construídas socialmente e que serão reflexos deste encontro, marcado muitas vezes por diferentes visões de mundo (visões dos mediados e visões dos mediadores), ainda mais em situações em que os mediadores podem ser internos ou externos ao grupo social. Assim, da mediação podem surgir ações em saúde a partir da submissão (é claro que muitas vezes reelaborada) da necessidade do sujeito ao que o mediador pode e espera lhe oferecer ao não dispor de competência para a negociação e acordo no acolhimento das expectativas do mediado (NEVES, 2008). Por outro lado, cabe refletir sobre a possibilidade de ocorrer uma melhor interação ou sinergia para o atendimento às necessidades de saúde do mediado quando o mediador, compartilhando da mesma visão do grupo, possui uma interface mais próxima aos valores, interesses e lógica de ação desses.

A partir da mediação em saúde no meio rural podem emergir, no encontro das análises das possibilidades de relações instituídas entre mediados e mediadores, espaços diferenciados para a construção dos sentidos e necessidades em saúde – espaços com uma perspectiva mais ampla de abertura à participação e cooperação em construções compartilhadas, com capacidade para respeitar a singularidades do “outro” e para inserção dos sujeitos no centro do sistema de saúde (tirando-o das margens). A base da vida social são as diferenças que podem ser visibilizadas nas dinâmicas das relações sociais, fonte permanente de tensão e conflito (VELHO, 1996).

Mas para a construção de espaços mais amplos, torna-se necessário incorporar o conceito de alteridade, entendido como as relações que estabelecemos com os(as) outros(as) a partir das nossas diferentes visões de mundo, ou seja, do reconhecimento das diversidades e das diferenças. Alteridade é ser capaz de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença. Quanto menos alteridade existe nas relações pessoais e sociais, mais conflitos ocorrem. Isso supõe a via mais curta

da comunicação humana, que é o diálogo e a capacidade de entender o outro a partir da sua experiência de vida e da sua interioridade. A prática da alteridade se conecta aos relacionamentos tanto entre indivíduos como entre grupos culturais, religiosos, científicos ou étnicos (BETTO, 2008). Ou como nos diz (GEERTZ, 2001, p. 26).

Para descobrir quem as pessoas pensam que são, o que pensam que estão fazendo e com que finalidade pensam que o estão fazendo, é necessário adquirir uma familiaridade operacional com os conjuntos de significado em meio aos quais elas levam suas vidas. Isso não requer sentir como os outros ou pensar como eles, o que é simplesmente impossível. Nem virar nativo, o que é uma ideia impraticável e inevitavelmente falsa. Requer aprender como viver com eles, sendo de outro lugar e tendo um mundo próprio diferente.

Por fim, cabe resumir, e ao mesmo tempo enfatizar, que na mediação, sendo esta uma relação, mediador e mediados são afetados pelo processo e, como tem sido apontado, ela será tratada aqui partir da dádiva, calcada assim na tríade dar-receber-retribuir; capaz de gerar solidariedade ou dominação. Esse é o ponto que se quer chegar no tópico a seguir.

A configuração dos vínculos e do reconhecimento na mediação e a possibilidade de circulação da dádiva geradora de solidariedade

Parte-se do pressuposto de que a Dádiva geradora de solidariedade e cooperação encontraria espaço para circular de acordo com a configuração dos vínculos e reconhecimentos estabelecidos na ação da mediação em redes sociais.

Entendemos aqui que vínculo pode significar, dentre outros, um laço, uma ligação, ou seja, o estabelecimento de uma rede de relação (GOMES; PINHEIRO, 2005) e que a ideia de pertencimento gera a sensação de vínculo. Assim, estar vinculado significa reconhecer e ser reconhecido por um determinado grupo. A partir desse enfoque, considera-se que a identidade social, enquanto potencializadora de vínculos e cunhada a partir do pertencimento a um grupo, pode constituir um elemento a ser considerado na compreensão da ação de mediação com base na dádiva (positiva). Ao circular, conforme Caillé (1998), o dom provoca um encontro de no mínimo um “outro” e ao mesmo tempo de um “nós” e, a partir deste encontro, a relação entre mediados e mediador pode ser apreendida sob a perspectiva de uma dádiva compartilhada, ou seja, do dom de dar, receber e retribuir a partir de uma identidade ou visão em comum. Nisso, ou seja, com esse vínculo estabelecido na mediação, é possível que as ações em saúde articuladas pelos mediadores estejam em sintonia com as necessidades dos mediados e propiciem um espaço aberto a construções participativas e um mútuo laço em direção à solidariedade.

Neste sentido, não há como se falar na formação de vínculos sociais sem pensar no valor social das pessoas. Em *Reconhecimento e sociologia*, Caillé (2008) aponta como questão central para o debate sobre reconhecimento a palavra “respeito”. Respeito enquanto gratidão por aquilo que ele fez e o que ele é, “dar o reconhecimento não é apenas identificar ou valorizar, é também e talvez inicialmente provar e testemunhar nossa gratidão” (p. 158). Desta forma, esse mesmo autor entra no campo e no registro do dom e do contradom, onde

reconhecer é admitir que houve um dom, que somos devedores daquele que o fez e que permaneceremos interagindo com ele, convocados a dar quando chegada nossa vez. Reconhecer é, de certo modo, portanto, assinalar um reconhecimento de dívida, ou ao menos de dádiva (p. 158).

Reconhecer uma pessoa é reconhecer seu valor social. O que é reconhecido socialmente é a existência de um dom e permitir-se solidarizar. Não como uma ação simples, solidarizar-se requer a disponibilidade de se fragilizar com as necessidades do outro, no sentido de praticar a alteridade na relação com o diferente. É praticar a alteridade pelo reconhecimento de que o outro é diferente no sentido da diversidade, e não por isso distante ou excluído, mas potencial de propor e mostrar estratégias alternativas de solução de problemas vividos em grupo social e cultural diverso do que se faz parte.

Não se pretende aqui substancializar os vínculos e o reconhecimento, no sentido de que, ao serem baseados na dádiva poderão garantir a democracia e a justiça social definitiva e que atenda a todas as necessidades humanas como comenta Mota (2002). Compartilha-se também do entendimento desse autor, de que contemplar a dádiva “consiste, primordialmente, em forçar as ciências sociais a olhar para além do utilitarismo, buscando fundamentar uma teoria plural da realidade social que incentive a solidariedade” (2002, p. 113) e que, por conseqüência, possa ampliar essa justiça social.

A construção da pesquisa e a geração dos dados

Diante da complexa correlação existente no funcionamento e organização de uma sociedade, na conformação dos vínculos sociais e no exercício da mediação, este estudo procura responder a esses novos desafios teóricos a partir da utilização da metodologia MARES – Método de Análise de Redes do Cotidiano, descrita nos capítulos iniciais desta coletânea.

Articulando os três eixos pesquisa, formação e incubação com as três categorias/noções centrais do projeto multicêntrico, identificamos a necessidade de compreender o potencial dos mediadores na construção de espaços coletivos e participativos que reconheçam as diversidades sociais e humanas (**alteridade**), suas implicações na (re)organização do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde (**vínculo**) e as possibilidades de desenvolver espaços de diálogo que contemplem novas formas de participação social dos indivíduos enquanto sujeitos-cidadãos através de novas técnicas de avaliação em saúde (**inovação**).

Visando a dar continuidade aos projetos multicêntricos anteriores, busca-se aprofundar, num primeiro momento, no eixo da pesquisa, a compreensão da **mediação** e do papel dos **mediadores** e de suas intervenções na articulação das **redes sociais** presentes no campo da saúde. Nos eixos formação e incubação, trabalho a ser desenvolvido posteriormente, busca-se subsidiar a incorporação da metodologia MARES, na qual os atores locais podem se apropriar didaticamente para fortalecer suas inserções em ações coletivas na saúde. Os objetivos para cada eixo do projeto multicêntrico (formação, pesquisa, incubação) são apresentados no quadro 1.

QUADRO 1. Matriz de articulação dos eixos temáticos e das categorias analíticas do presente projeto de pesquisa e do projeto multicêntrico

MEDIADORES DE REDES SOCIAIS COTIDIANAS NA SAÚDE		INOVAÇÃO (Inclusão)	ALTERIDADE (Diversidade)	VÍNCULO (Pertença)
Multicentricidade	Formação	Promoção de um “espaço” (grupo) de diálogo e como dispositivo para a avaliação em saúde que incorpore a MARES e outros instrumentos e métodos de avaliação associados às metodologias ativas, às pedagogias problematizadoras ou à aprendizagem inventiva.	Desenvolvimento de oficinas e seminários e sobre participação, criatividade e reconhecimento das diversidades sociais e humanas; sobre procedimentos de avaliação da participação que incluam as diversidades.	Desenvolvimento de oficinas e seminários com mediadores de redes sociais na saúde sobre as formas de funcionamento social, de mediação e do modelamento do social e a partir disso das possibilidades de novas formas de vínculo e acolhimento.
	Pesquisa	Estudar as redes sociais no cotidiano e as implicações dos mediadores enquanto agentes de mudança.	Analisar a pluralidade de atores sociais/mediadores na saúde, suas práticas e articulações. Observar como esses atores coletivos interferem sobre o atendimento em saúde e produzem novas demandas (em termos de políticas públicas)	Identificar motivos e determinantes das alianças e conflitos entre redes individuais e coletivas dentro da esfera pública, no sentido de pensar alianças e conflitos na solução de problemas de saúde.
	Incubação	Sistematizar e disseminar técnicas de trabalho e animação de grupos; estruturar processos de criação de novas redes; estimular novas parcerias institucionais	Desenvolvimento de habilidades comunicação através do diálogo e da capacidade de entender o outro a partir de sua experiência de vida e interioridade; estimular a diversificação de redes e atores nas demandas de saúde.	Reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida e atuar de forma a garantir acesso às ações e serviços de saúde, integralidade da atenção e resolutividade das práticas de proteção da saúde; promover o fortalecimento dos mediadores através da construção compartilhada de conhecimentos entre mediadores e usuários.

Na tentativa de oferecer um espaço de trocas dialógicas e discussões entre os mediadores da localidade rural pesquisada, procuramos resgatar a significação da mediação e suas redes exercidas no cotidiano desses atores sociais. Uma primeira aproximação ocorreu a partir do estudo realizado por Riquinho (2009), e essas pessoas foram apontadas como geradoras de apoio à comunidade em distintas situações, desde questões envolvendo a saúde até a agricultura.

Para conhecer as histórias de vida, a ligação com a comunidade, as atividades desenvolvidas, as motivações e as dificuldades desses mediadores, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com cada um deles. Posteriormente, com o intuito de criar um espaço coletivo de discussão, foram organizados dois grupos focais, apoiados da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano – MARES (MARTINS, 2008b). Nos encontros, foi estimulada a discussão sobre os problemas da comunidade e as possíveis alternativas para superá-los, assim como promoção de um espaço de reconhecimento entre os mediadores, possibilitando a perspectiva do trabalho em grande rede.

A geração dos dados da pesquisa foi desenvolvida junto a seis atores que atuam como mediadores na comunidade do Rincão dos Maia, nos meses de janeiro e fevereiro de 2010. A análise ocorreu a partir das categorias analíticas *alteridade*, *vínculo* e *inovação*. Essas categorias instigam a reflexão acerca do potencial de ação das redes de mediadores; suas noções serão sempre discutidas no cruzamento entre a teoria da dádiva, de Marcel Mauss, e as noções de reconhecimento e de diversidade (*alteridade*) e de pertença e de identidade (*vínculo*). Nas considerações deste estudo, trazemos a noção de cidadania como uma *inovação*, no sentido do potencial das relações humanas com alteridade e vínculo para o centro da transformação cidadã no cotidiano das pessoas.

Operacionalizou-se a análise dos dados das entrevistas e grupo focal por meio da análise temática segundo Minayo (2007). Tal análise permitiu a formulação de categorias empíricas que contemplaram as representações das categorias analíticas para os sujeitos pesquisados: *Disparadores da mediação em ação*; *Redes em rede? (des)conexões e mobilização na mediação*; *Mediação em redes: reconhecimento e vínculo como catalizadores da Dádiva em espaços públicos coletivos*. Os resultados encontrados serão apresentados e discutidos no capítulo seguinte.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. *Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e caribe e bibliografia anotada*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1999.
- BEBBINGTON, A. *Capitals and Capabilities. A Framework for Analysing Peasant Viability, Rural Livelihoods and Poverty in the Andes*. London: IIED/DFID, 1999.
- BETTO, F. *Alteridade*. ALAI, América Latina en Movimiento. 2008. Disponível em: <<http://alainet.org/active/3710&lang=es>>. Acesso em: 25 mai. 2009.
- CAILLÉ, A. *Antropologia do Dom*. O terceiro paradigma. Petrópolis: Vozes, 2002.
- _____. Nem holismo nem Individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. *Rev. Bras. Ci. Soc*, v. 13, n. 38, 1998.
- _____. O dom entre interesse e 'desinteressamento'. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R.B.C. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Ed.UFPE, 2006.

- _____. Reconhecimento e sociologia. *RBCS*, v. 23, n. 66, fev. 2008.
- GEERTZ, C. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: _____. *razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. rio de janeiro: Cepesc, 2009.
- GODBOUT, J. T. Introdução à dádiva. *Rev. Bras. Ciências Sociais*, v. 13, n. 38, p. 39-52, 1998.
- GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.
- MARTINS, P.H. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 73, 2005.
- _____. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: MARTINS, P.H; FONTES, B. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: EdUFPE, 2004.
- _____. De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S. – Movimento antiutilitarista nas Ciências Sociais. Itinerários do dom. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 23, n. 66, 2008a.
- _____. Manual para pesquisa qualitativa em saúde junto a redes de usuários de serviços públicos. Recife, Rio de Janeiro. 2008b. 12 p. Texto de apoio – II. Oficina LAPPIS/NUCEM.
- _____. Usuários, redes de mediação e associações públicas híbridas em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidades com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008b.
- MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Ed.UFPE, 2006. 300 p.
- MINAYO, M.C. de S. O desafio do conhecimento. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.
- MOTA, L. A. Dádiva e sociabilidade no Brasil. *Revista Antropológicas*, v. 13, n. 2, p. 107-123, 2002.
- NEVES, D.P. Mediação social e mediadores políticos. In: _____. (Org.). *Desenvolvimento social e mediação política*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2008.
- OFFE, C. A atual transição histórica e algumas opções básicas para as instituições da sociedade. In: BRESSER PEREIRA, L.C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Org.). *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: Ed.Unesp 1999. p. 119-145.
- RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. *Rev Gaúcha Enf*. Porto Alegre, v. 27, n. 2, 2006.
- RIQUINHO, D.L. *A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – UFRGS), 2009.
- SANTOS, B.S. *Pela mão de Alice*. São Paulo: Cortez, 2003.
- SCHRAIBER L.B.; MOTA, A.; NOVAES, H.M.D . Tecnologias em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, v. 1, p. 248-257.
- SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- VELHO, G. Violência, reciprocidade e desigualdade: Uma perspectiva antropológica. In: VELHO, G.; LVITO, M. (Org.). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: FGV, 1996. p. 10-24.
- WAIZBORT, L. *As aventuras de Georg Simmel*. São Paulo: Editora 34, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

Atores, redes sociais e mediação na saúde: laços e nós em um cotidiano rural

TATIANA ENGEL GERHARDT
ELIZIANE NICOLODI FRANCESCATO RUIZ
JULIANA MACIEL PINTO
ANDREIA BURILLE
ADRIANA ROESE
DEISE LISBOA RIQUINHO

Diante das considerações teórico-conceituais expostas no capítulo anterior, trabalhamos as especificidades locais a partir das categorias analíticas do projeto multicêntrico, ou seja, inovação, alteridade e vínculo. As especificidades locais (mediação no meio rural, relações entre saúde e desenvolvimento) levaram à elaboração de categorias empíricas que emergiram dos depoimentos das entrevistas e do grupo focal. Para uma melhor compreensão destas especificidades, optou-se por iniciar com a apresentação do contexto, dos mediadores e dos cenários da mediação na saúde. Na sequência, com o intuito de compreender a oportunidade que as categorias “reconhecimento” e “vínculo” oferecem para a circulação da dádiva na mediação em redes, apresentamos a mediação em redes.

Comunidade¹ Rincão dos Maia: estigma, redes sociais e mediação

O município de Canguçu encontra-se na metade sul do Estado do Rio Grande do Sul e mais da metade da população reside em áreas rurais. A comunidade Rincão dos Maia possui uma população de 814 pessoas (RIQUINHO, 2009) e concentra o maior número de pequenos estabelecimentos familiares de Canguçu. As famílias dedicam-se ao cultivo da matéria-prima para a indústria de doces e conservas ou trabalham integradas às empresas fumageiras. Quanto à estrutura, há uma escola de ensino fundamental, um posto de saúde, uma igreja católica e uma evangélica, além de uma sede comunitária, que nasceu do esforço da comunidade e auxílio do poder público (FIALHO, 2005).

No passado, as condições de vida dos moradores da comunidade eram precárias, sendo que esta situação somente começou a melhorar com a inserção do Programa de Desenvolvimento de Comunidade pela Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul (FIALHO, 2005). No entanto, as estratégias de desenvolvimento não atingiram todos os moradores da mesma forma. Além disso, as condições desfavoráveis apresentadas antigamente fizeram com que a história da comunidade fosse marcada por um forte estigma, que parece ser mantido no interior da comunidade pela dificuldade de superação. Assim,

¹ A noção de comunidade, embora associada ao espaço geográfico do Rincão dos Maia, é também aqui entendida enquanto espaço de identidade, reconhecimento e pertencimento associando-se, nesse sentido, a ideia de Bauman (2003) de “proteção” que, segundo o autor, é controversa, pois em troca da “segurança” procurada, parece privar de liberdade, tensionando esses valores com os de comunidade e individualidade.

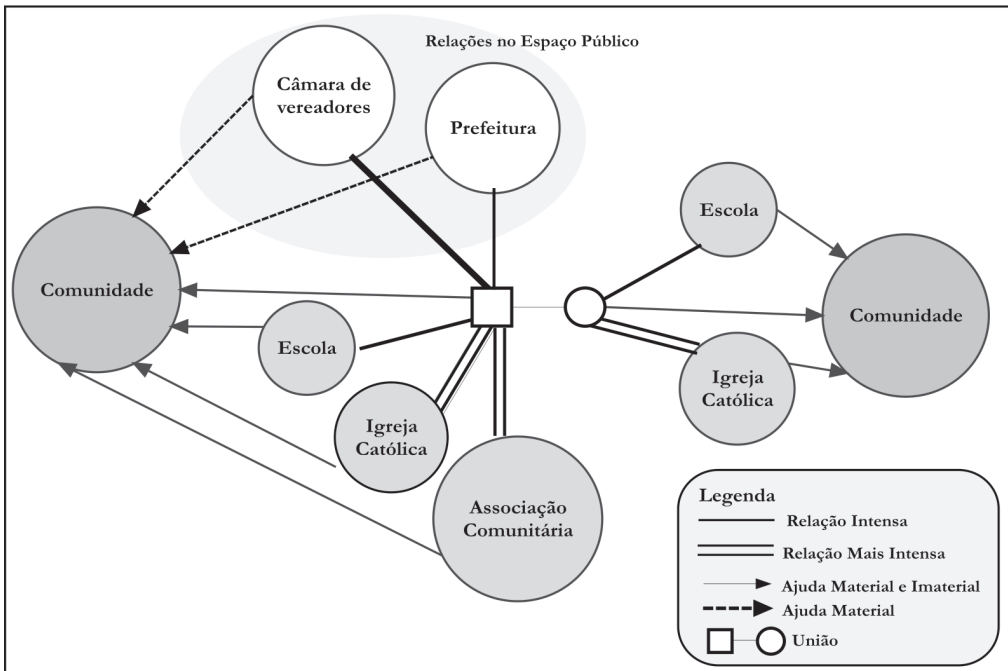
entende-se que romper com a incapacidade de reagir a sua condição é um desafio que permeia o cotidiano das pessoas. Portanto, faz-se necessário este movimento para que seja possível ter outra interpretação da identidade social (GERHARDT et al., 2009).

Há a presença do forte estigma, assim como falta um espaço em que as lideranças possam exercer e promover a união frente às adversidades vivenciadas (FIALHO, 2005). Neste sentido, a expansão de redes de sociabilidade e solidariedade representa uma estratégia importante, contribuindo para o dinamismo social e econômico, e também para a capacidade de enfrentamento das questões cotidianas (FIALHO, 2005; RIQUINHO, 2009). É neste contexto que a mediação surge como ferramenta potencializadora para a construção e fortalecimento de redes sociais.

Mediadores e contextos de intervenção

Pensando na ação dos mediadores, faremos aqui a apresentação destes quanto aos tipos e espaços de mediação. Iniciamos com o Mediador 1, que tem como espaço de mediação a vizinhança, a igreja e a escola em que trabalhava. Através do contato com as pessoas, o Mediador 1 identifica os problemas e ajuda por meio de redes sócio-humanas e sócio-institucionais. Já o Mediador 2 se envolve nas atividades da escola, da igreja, da associação da comunidade e do espaço público do município, estabelecendo redes sócio-institucionais e sócio-humanas. Os Mediadores 1 e 2 atuam juntos em muitos momentos para resolver questões cotidianas da comunidade, por manterem um laço afetivo primário (figura 1).

FIGURA 1. Diagrama das relações de mediação da Mediadora 1 e do Mediador 2, na comunidade Rincão dos Maia.



O Mediador 3 realiza mediação por meio de redes sócio-humanas e sócio-institucionais. Busca, por meio da religião, auxiliar as pessoas, mas revela que nem todos estão abertos para receber esse tipo de ajuda. Em seu discurso, identifica-se a presença de uma resistência vivenciada pela opção religiosa e pela escolha pelo cultivo do pêssego. O Mediador 4 realiza a mediação por meio das associações e do espaço público institucional do município, formando redes sócio-institucionais. Relata que começou a se envolver com o espaço institucional do município através das associações, e enfatiza que este “apoio” é fundamental para que seu trabalho possa se realizar. O Mediador 5 realiza mediação por meio da igreja católica e, com menos frequência, também participa da associação comunitária. Como estratégia para auxiliar a comunidade, estabelece relações sócio-humanas e sócio-institucionais. Por fim, o Mediador 6 realiza a mediação por meio do espaço público institucional do município, mais especificamente no que tange à mobilização de setores da secretaria de saúde, pela qual estabelece redes sócio-institucionais e humana.

Ao se analisar as redes constituídas pelos mediadores, constata-se que a maioria forma redes sócio-institucionais e sócio-humanas. No entanto, os homens fazem mais uso de redes sócio-institucionais do que das sócio-humanas. Buscam, em grande parte, realizar a mediação em espaços fora da comunidade, em especial no setor público institucional do município, e oferecem ajudas de natureza pessoal, material e com menos intensidade imaterial.

Já as mulheres constroem mais redes sócio-humanas, atuam dentro do espaço da comunidade (privado) e fornecem ajudas principalmente de caráter pessoal e imaterial. Esse achado revela a importância de considerar as questões de gênero, pois os papéis atribuídos a homens e mulheres são distintos e condicionantes das práticas cotidianas. Embora mudanças tenham ocorrido na sociedade, algumas diferenças ainda persistem, tais como a separação do espaço público destinado às ações masculinas e do espaço privado, sendo este pertencente às mulheres.

Disparadores, (des)conexões e mobilização na mediação: redes em rede?

Com relação ao reconhecimento do trabalho como mediador na comunidade, os mediadores expressaram que são reconhecidos, mas apenas em alguns momentos e por algumas pessoas. Essa situação gera uma ambivalência de sentimentos: por um lado, sentem-se valorizados e estimulados a seguir em frente; por outro, vivenciam sentimentos de descontentamento e desânimo por saberem que, por mais que se dediquem, nunca vão conseguir contentar a todos.

Apesar do sentimento de não-valorização plena como mediador, os mediadores se envolvem com os problemas e necessidades da comunidade de tal forma que estes podem ser caracterizados como disparadores da ação mediadora. As necessidades condicionais (trabalho, habitação, saneamento, saúde, educação, etc.) e situacionais (como os bens materiais e imateriais são apropriados pelo grupo) percebidas pelos mediadores são por eles identificadas e tomadas como essenciais para a saúde - pensada de forma ampla e conectada ao desenvolvimento humano e social.

Com relação às necessidades da comunidade, os mediadores apontaram diversos problemas que precisam ser superados. No que se refere à agricultura, assinalaram-se

a dificuldade de comércio e a desvalorização dos produtos agrícolas. Ao mesmo tempo em que lavouras de fumo são garantia de renda para os agricultores, elas representam um risco para a saúde. Essa questão gerou tensão durante o grupo focal, pois alguns mediadores apontavam o fumo como solução para os problemas financeiros, enquanto outros não concordavam, considerando-o prejudicial à saúde e ao ambiente.

Na questão saúde, os mediadores colocaram a falta de atendimento no posto de saúde como um grande problema. O atendimento esporádico, o alcoolismo e a violência (principalmente intrafamiliar) foram expressos nos depoimentos de alguns mediadores. Porém, durante o grupo focal, os mediadores não elencaram o setor saúde como principal problema da comunidade, mas sim a agricultura, capaz inclusive de causar adoecimento se o agricultor não tiver condições mínimas de exercer seu trabalho, como inicialmente relata o Mediador 2 no grupo focal 1, com o que os demais mediadores também concordam: “[...] se a agricultura não ta boa aí não tem saúde, aí entra em depressão e não tem saúde mesmo!” (Mediador 2).

A existência de famílias que vivem em situações precárias também foi considerada. As más condições de moradia, a falta de terra e de recursos e de saneamento básico foram questões discutidas. Juntamente com isso, foram apontadas a falta de orientação com relação aos cuidados com a saúde e a evasão precoce das crianças da escola, pois muitos abandonam os estudos para ajudar nas lavouras.

Frente aos problemas identificados, questionamos as possíveis soluções ou alternativas para amenizá-los ou superá-los. Para a agricultura, foram sugeridos os seguintes pontos: maior apoio para a produção e comercialização de alimentos pelas instâncias governamentais; criação de espaços de comercialização na região, como cooperativas e feiras; alocação dos produtos em mercados do município e na merenda escolar; criação de fundos rotativos, por meio da Secretaria de Agricultura; contratação de um técnico agrícola para atuar na comunidade. Além disso, a plantação de fumo foi apontada como a solução financeira para os agricultores, pois as empresas fumageiras oferecem garantia de compra do produto, ao contrário das empresas que comercializam frutas, como o pêssego, planta anteriormente cultivada em grande escala na comunidade.

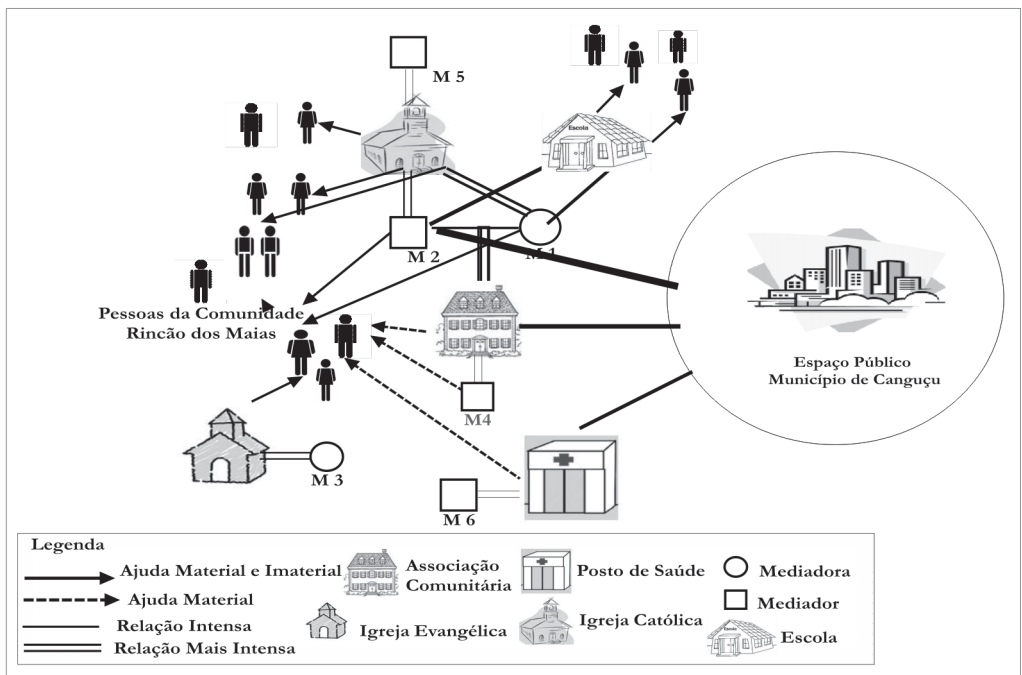
Com relação à saúde, os mediadores enfatizaram a necessidade de se alocar profissionais para atuar no posto de saúde. A presença de agentes comunitários de saúde foi destacada como uma estratégia para orientar os moradores sobre as questões de saúde. Quanto ao alcoolismo, os mediadores acreditam ser necessário informar e conscientizar os moradores de que o uso abusivo de álcool é uma doença, e propor ações que permitam incluir essas pessoas em espaços que possam auxiliar no tratamento da dependência.

Com relação às alianças entre as redes individuais (microrredes), identifica-se uma parceria entre Mediadores 1 e 2, salientando-se, porém, que estes atuam junto em função do vínculo pessoal que possuem. Os Mediadores 3 e 5 atuam no apoio espiritual, mas não vislumbram a possibilidade de atuarem juntos, porque pertencem a instituições religiosas diferentes. Os Mediadores 4, 2 e 5 atuam juntos em questões relacionadas à associação comunitária. Já o Mediador 4 possui uma articulação individual com diversos setores da administração municipal para resolução de problemas pontuais da comunidade. O

Mediador 6 também tem uma articulação individual com a administração municipal, especificamente com o setor da saúde (figura 2).

A partir do exposto, pode-se inferir que os mediadores atuam em diversos espaços e, para cada um deles, estabelecem diferentes relações e ajudas. Nesta realidade, não foi possível identificar a existência de um mediador potencializador para a formação de alianças entre as redes individuais. As conexões nas redes ocorrem individualmente, entre mediador-comunidade e mediador-instituição-comunidade, sendo pontual a interlocução entre as diferentes redes (figura 2). Tal fato pode ser evidenciado no momento em que se realizou o grupo focal, pois, ao se encontrarem, os mediadores não se reconheceram enquanto parceiros de mediação, tendo em vista a construção de redes em redes e pensando na criação de um espaço de mediação coletiva. Assim, exploramos a mediação na comunidade procurando identificar e compreender os elementos que favorecem ou não a mobilização para o trabalho coletivo entre os mediadores e a construção de um cotidiano em comum, por meio de reconhecimento, vínculo e identidade.

FIGURA 2. Diagrama das relações sociais dos mediadores da comunidade Rincão dos Maia.



Mediação em redes: reconhecimento e vínculo como catalisadores da dádiva em espaços públicos coletivos

A necessidade de se compreender quem são e como atuam os mediadores em uma situação específica (comunidade rural do sul do RS) e as possibilidades de formação de redes de mediadores têm em vista suas implicações na produção de ações e de espaços

coletivos mais democráticos, solidários e participativos. Acredita-se que essas redes podem ser potencializadoras de mobilização de ações solidárias, geradas entre indivíduos e grupos em seus relacionamentos cotidianos.

Neste sentido, pensar as categorias analíticas “alteridade”, “vínculo” e “inovação” ajuda a instigar a reflexão acerca do potencial de ação das redes de mediadores. Essas categorias e suas noções serão sempre discutidas no cruzamento entre a teoria da dádiva de Mauss e as noções de reconhecimento e diversidade (alteridade), pertença e identidade (vínculo) e cidadania (inovação). A disposição da estrutura analítica, a seguir, pretende auxiliar na reflexão sobre situações inibidoras e/ou potencializadoras de circulação da dádiva em situações e condições como a do grupo de mediadores pesquisado.

Padrões de reconhecimento e reconhecimento da diversidade: a constituição da alteridade na mediação de espaços coletivos

O sistema de relações humanas, enquanto um catalisador de trocas simbólicas, não pode ser pensado sempre positivamente, no sentido do acesso irrestrito aos bens materiais e imateriais criados e valorizados pelos grupos aos quais pertencem originalmente. A capacidade que os diferentes grupos sociais têm de se distinguir uns dos outros, e com isso formarem canais específicos de trocas de informações e bens materiais e imateriais também específicos, limita o seu acesso e impõe-lhes valores aos não integrantes do mesmo grupo, mas que também precisam ou querem obtê-los.

A questão posta aqui surge na contramão de propostas que privilegiem somente o olhar sobre o Estado e o mercado, que tentam expandir o acesso a serviços sociais (de saúde, alimentação, habitação, saneamento, trabalho etc.) a partir de uma lógica (re) distributiva generalista ou a partir da capacidade que cada indivíduo tem de adquiri-los, respectivamente. A questão não é negar este olhar, mas pensar como os bens circulantes – atravessados pelas relações de Estado e de mercado – são apropriados e catalisados pelas pessoas no cotidiano da vida. É trazer o terceiro paradigma (da dádiva), para discutir a constituição da sociedade (MARTINS, 2005).

No sentido da dádiva, o reconhecimento social e a diversidade têm potencialidade de ajudar nessa reflexão sobre a construção da sociabilidade da vida. Suas variações e relações com a vivência (ou não) da alteridade serão os elementos constitutivos da discussão a seguir.

Reconhecimento pela estima social e solidariedade: integração micro e macro na construção de redes sociais

No contexto da comunidade estudada, os sistemas de trocas ajudam a formar mecanismos que fazem com que pessoas se reconheçam (positiva ou negativamente) e com isso atuem na circulação (ou não) da dádiva e formação de redes solidárias e de apoio mútuo. Nesse sentido, as pessoas se reconhecem positivamente, pela estima social, quando se identificam como pertencentes a um mesmo grupo social – igreja, escola, associação de agricultores etc. (HONNETH, 2009) – ou pela solidariedade, quando reconhecem

as particularidades do outro como merecedoras de ações amistosas, independentemente de fazer parte de seu grupo social, mas norteadas por um senso de justiça social e equidade (ARNOLD-CATHALIFAUD; THUMALA; URQUIZA, 2007).

Mesmo caracterizada por uma forma transitória de reconhecimento, ainda anterior ao jurídico-legal e mais abrangente que o reconhecimento pelo amor (HONNETH, 2009), a estima é uma forma prevalente de formação e delimitação de redes na comunidade estudada. Sua primazia impõe algumas questões de dimensão ética justamente por delimitar os direitos aos que são reconhecidos por características sociais específicas do grupo particular.

Antes de pensar em uma contraposição ao reconhecimento pela estima social, é importante fazer a seguinte indagação: qual é o real alcance das pessoas no direito à dignidade humana, social e moral, dispostos na constituição e em leis específicas? A realidade histórica e social brasileira mostra que ainda temos comunidades desassistidas moral e socialmente pelas normas e direitos socialmente legitimados pelo Estado, como a comunidade estudada. Isso não significa, contudo, que essa comunidade não formule (e não tenha que formular) suas próprias regras e normas de convivência. O que se discute aqui é justamente a inclusão desse potencial catalisador que os grupos sociais têm sobre as ações do Estado e do mercado, pois é fato que intercalam e transformam suas normas, seja positiva ou negativamente.

No contexto estudado, os instrumentos do Estado (políticas sociais) são usados e transformados conforme o olhar do grupo, conforme suas necessidades de saúde sentidas coletivamente e sobre seu modo de andar a vida, construídos historicamente. Então, como são influenciadas culturalmente, as mudanças nas formas de se reconhecer podem ser dificultadas se não forem incluídas com aceitação de uma maioria do grupo, capaz de influenciar politicamente toda a sua organização.

Nas microrredes dos mediadores pesquisados, a coesão pela identificação mútua dentro do pequeno grupo permite que bens materiais e imateriais (como por exemplo, as formas e as tecnologias de cuidado à saúde) circulem com regras e acordos específicos, e não necessariamente formais no sentido da legitimação legal. Ao mesmo tempo, os diferentes atores identificados como mediadores no grupo pesquisado participam de instituições diversamente reconhecidas na mesma comunidade, a estima exercitada dentro das suas microrredes pode ser motivo limitador da alteridade necessária à formação de uma macrorrede de mediadores.

Essa aparente dicotomia na construção da alteridade em espaços micro e macrosociais pode se relacionar ao fato de que, ao mesmo tempo em que são reconhecidos como mediadores, pela comunidade em que moram e/ou atuam, e também de outros grupos (macro), esses mesmos mediadores são, antes de tudo, também moradores da comunidade e pertencentes a seus distintos e pequenos grupos socioculturais (micro) cotidianos – trabalho, religião, saúde etc.

Frente a esse desafio dicotômico macro e micro na construção das redes sociais, o desenvolvimento de um reconhecimento positivo dos mediadores entre si seria o passo inicial para criar um sentimento de estima no grupo de mediadores da comunidade

pesquisada. É pensar a capacidade desses mediadores de se reconhecer e solidarizar com os pequenos grupos em que seus pares (também mediadores) atuam, a fim de ampliar a rede e o potencial de suprir as necessidades sociais sentidas dentro dos microgrupos e coletivamente no grupo de mediadores.

Reconhecer a riqueza da diversidade ou forjar o consenso para lidar com as diferenças?

Defendemos, aqui, o processo de solidarização como capaz de ampliar a circulação do dom e da dádiva para além dos pequenos grupos sociais, incluindo a troca entre pessoas pertencentes a esses diferentes grupos, como o são os mediadores pesquisados. A importância de discutir esta questão é que as diferenças percebidas entre os mediadores em relação aos diferentes grupos integrantes da comunidade Rincão dos Maia foram expressas nos grupos focais e em algumas das entrevistas individuais realizadas. Da mesma forma, houve dificuldade de disponibilizar-se para ampliar a rede de mediação comunitária, aparentando certo receio em abrir-se para essa proposta.

E ainda, o reconhecimento recusado ou desrespeito ao outro – violação, privação de direitos e a degradação (HONNETH, 2009) – formam sentimentos que dificultam e/ou impossibilitam a formação de relações mais amistosas e capazes de mobilizar conjuntamente bens (materiais e imateriais) necessários à sobrevivência digna. Os depoimentos e discussões di grupo focal trouxeram à tona a questão dos mediadores X e X (espiritual e material, respectivamente); e do estigma histórico da comunidade, que impulsiona a não-mobilização interna (intracomunidade), pois se julgam e se olham como incapazes (o meu igual é como eu, incapaz), mas sim externa (nos espaços de poder de Estado do município), onde o incapaz deve ser visto como incapaz e por isso deve ser ajudado por quem tem condições para isso e “deve” fazê-lo.

O reconhecimento negativo, ao invés de valorizar a diversidade como riqueza, estigmatiza e trata o diferente como menor ou de tal forma distante que não vale à pena investir na troca solidária, na relação que faz surgir um produto único e responsável pela formação de novas estratégias de enfrentamento a velhos problemas existentes nas áreas essenciais à vida humana.

O ponto a que queremos chegar é justamente o compartilhamento do mesmo espaço físico, social e político com o diferente, sem que isso resulte necessariamente em um ato de desrespeito ao diferente e/ou a si mesmo. Como aprender a viver esse tipo de experiência e torná-la uma atividade cotidiana que transforme as inseguranças em potenciais de ação a favor da melhoria da qualidade de vida da comunidade como um todo?

Observamos, no grupo de mediadores pesquisados, que essa questão ainda é incipiente em suas reflexões sobre as formas de melhoria da vida em comunidade, em que a possibilidade de reconhecer o outro a partir da diversidade ainda não é discutida no grupo. O desafio, então, está justamente em se dispor a participar de um espaço social aberto, que foge ao domínio de cada um individualmente, que não é definido de forma unilateral (FLICKINGER, 2008), e que requer confiança para que o dom circule e se desenvolva (MARTINS, 2005).

A configuração dos vínculos sociais, identidade e mediação em saúde: possibilidades de circulação da dádiva geradora de solidariedade

Partimos do pressuposto de que o vínculo é entendido como um laço ou tudo aquilo que liga os sujeitos. No entanto, como bem nos lembram Gomes e Pinheiro (2005), vínculo pode ser também um nó, uma restrição ou o que ata e aperta, gerando relações de subordinação e dependência. Nesse sentido, a dádiva geradora de solidariedade e cooperação encontra espaço para circular de acordo com a configuração dos vínculos estabelecidos na ação da mediação e nas relações em redes sociais.

Nas redes sociais estabelecidas pelos mediadores estudados, encontramos, nas configurações e motivações da constituição dos vínculos sociais, elementos ligados a identidade, trabalho e políticas públicas, que podem gerar a presença ou ausência de espaços (redes) cooperativos e solidários; e a posição social ocupada nesses espaços, que tanto pode gerar solidariedades como desigualdades sociais.

(Des)constituição de vínculos solidários: identidade, trabalho e políticas públicas

Consideramos que a identidade social, enquanto potencializadora de vínculos e cunhada a partir do sentimento de pertencimento a um grupo social ou comunidade, pode constituir um elemento a ser considerado na compreensão da ação de mediação e da formação de redes de mediadores com base na dádiva (positiva). Chamamos a atenção para a possibilidade de apreender o potencial do dom, ao olharmos para os vínculos que marcam e são marcados por identidades, como no nosso caso, dos agricultores inseridos em uma comunidade rural.

Nesse contexto, observamos que os sujeitos envolvidos pela identidade coletiva (territorial-rural e de agricultor) são potenciais na formação de laços sociais em um macroespaço. Também nesta identidade e na dádiva que pode resultar dessa relação entre iguais, os sujeitos podem alcançar a possibilidade do reconhecimento, de pertencimento, de resistência à corrosão social e a preservação de um espaço coletivo para a cooperação em uma sociedade cada vez mais globalizada.

A exposição e a reação valorativa à identidade de agricultor foram observadas no espaço coletivo dos grupos focais. Do mesmo modo, nas entrevistas, percebeu-se o potencial que a identidade ligada ao pertencimento à comunidade possui na mobilização dos sujeitos para o engajamento em ações coletivas.

A gente se reúne e aí se faz, né? [...] Então a comunidade tem que estar atenta para não dar problema. Então tem que ser bem feito, através da comunidade e aí a pessoa se identifica (Mediador 5).

Bauman (2005), ao discutir a questão da identidade na modernidade líquida, coloca o desafio de se trabalhar com a ideia de comunidade, pelo fato de que a identidade (como uma “entidade” que determina as comunidades) é provisória e definida a partir da exposição a uma série de “comunidades de ideias ou princípios” (exemplos: mulher, evangélica, agricultora etc.) que muitas vezes competem, não são reconhecidas pelo outro

e tornam o tema da identidade/identificação e, conseqüentemente, dos vínculos formados a partir de uma causa em comum, uma tarefa complexa.

No entanto, apesar de pessimista em algumas de suas análises que são próximas ao objeto aqui em discussão, Bauman nos assinala uma esperança para a questão dos vínculos e identidades. Nas suas ponderações, o autor afirma que haveria um teste pelo qual teríamos que passar: “o de elevar as nossas identidades ao nível mundial – ao nível da humanidade” (BAUMAN, 2005, p. 96). Mesmo que isso nos pareça difícil ou um devir, é algo que poderia ser apreendido enquanto uma busca constante. Assim sendo, pensar nas formas de se identificar a partir de princípios em comum pode ser visto como um potencial para a formação de vínculos positivos na mediação de geradores de redes ou espaços solidários.

Cabe salientar, também, o contraponto que encontramos, ou ainda outra perspectiva, oposta (ou paradoxal) ao que vínhamos até este momento discutindo, no que diz respeito à identidade como geradora de espaços coletivos solidários em que a dádiva é capaz de circular. Mesmo sendo a identidade ligada à agricultura e ao trabalho algo marcante nesta comunidade e apropriada para estabelecer laços sociais, a tendência ao individualismo, enquanto uma carência de vínculo ou redução do contato entre os sujeitos, pareceu estar relacionada também a esses elementos. Observamos que o trabalho junto ao cultivo do fumo, ao substituir outras práticas agrícolas e sendo este o principal produto da região, vem tomando rumos que acarretam a fragmentação e o esfacelamento da agricultura e do modo de vida rural. O cultivo de fumo, apesar de ser a estratégia encontrada pelos agricultores para sua reprodução material e social, ocasiona dependência e subordinação às regras das empresas fumageiras, que impõe, como por exemplo, saberes e contratos de compra e venda nem sempre favoráveis ao agricultor.

Nesse sentido, as reflexões de Bauman (2005) são aqui também úteis para a apreensão desse fenômeno ligado ao trabalho. O autor aponta que as rotinas e cenários atuais, assim como a fragilidade do mundo do trabalho, vêm gerando cada vez mais competição e individualismo. Assim, no esforço diário para se manter a tona, o que pode estar se passando entre esses agricultores, que na sua maioria dependem do fumo como sustento, é pensar em um hoje diferente para cada um, ao invés de um amanhã melhor para a coletividade.

Um dos problemas é que tu marca uma reunião e vem pouca gente, eles dizem não pude vir porque estava trabalhando no fumo [...], então fica muito difícil de trabalhar... Isso porque a própria cultura [plantar fumo] não deixa isso aí, por exemplo, se tu tá na tua atividade e tua sair, tu não cuidou do teu fogo, tu perde mil reais em duas horas, então esse que é o problema, ele não te deixa, tem que ter aquele cuidado, então não te deixa espaço para outra atividade (Mediador 4).

Outra questão geradora de individualismo, no que diz respeito ao desprendimento dos sujeitos em redes e contatos (laços sociais), parece estar relacionada à dependência da comunidade ao Estado e o papel que as políticas públicas de saúde e até mesmo de crédito e fortalecimento da agricultura, tal como o PRONAF (Programa Nacional de

Fortalecimento da Agricultura Familiar), têm assumido. É claro que as políticas sociais estão relacionadas à cidadania dos sujeitos e contribuem para sua visibilidade na rede social, mas, como também já havia sido destacado na pesquisa anterior (GERHARDT et al., 2009), ao ignorarem as questões locais e as relações existentes nas comunidades, acabam por concorrer com os vínculos e o apoio social, ou até mesmo por inibi-los e destruí-los.

Além disso, também é preocupante, somando-se à dependência das políticas públicas, a falta de autonomia e conformismo dos sujeitos frente a algumas situações cotidianas e problemas de saúde. Isto, como afirma Matos (2009), poderia estar atrelado também à ação do Estado, considerando que os sujeitos ficam submetidos a sua tutela e ao seu poder para dizer o que é saúde e doença, o que é problema e como e onde resolvê-los. Observamos, no contexto de estudo, que as políticas públicas estão sendo vistas pelos sujeitos envolvidos nesta pesquisa como, em parte, legítimas substitutas daquele cuidado que é realizado no interior das redes. Utilizamos aqui o termo “em parte”, pois foi possível observar, tanto no grupo focal quanto em algumas entrevistas, a manutenção e valorização de laços e redes sócio-humanas, que, baseados no dom primário – entre vizinhos, amigos, parentes – (CAILLÉ, 2006), procuram dar conta das necessidades locais ao mesmo tempo em que são geradoras de espaços solidários. E ainda, outro ponto que corrobora esse achado é o entendimento de alguns mediadores de que a presença de um agente comunitário de saúde na comunidade seria a solução de muitos dos problemas cotidianos. O fato de este agente ser alguém da comunidade que faria a ligação com o poder público municipal demonstra a não-submissão ou substituição total dos laços sócio-humanos ao Estado.

Mediadores enquanto portadores de bens (materiais e imateriais) e seus vínculos: práticas que produzem laços e novidades e práticas que reproduzem nós e desigualdades sociais

Pensar nas relações estabelecidas a partir da mediação envolve ponderar também sobre questões pautadas no poder e hierarquia consequentes às assimetrias na disponibilidade e domínio de recursos (bens materiais e imateriais) provenientes de experiências individuais ou de outras relações (universos externos), como linguagens específicas, mobilidade social e reconhecimento em outros espaços (NEVES, 2008).

Essa assimetria fica visível e é inerente à mediação, tanto é que alguns são reconhecidos como lideranças ou mediadores justamente por essa questão. Observamos, no entanto, que de posse desse potencial, os mediadores agem de maneiras diferentes na sua ação ou em momentos distintos dessa ação, dependendo da sua abertura e capacidade de negociação com o outro (mediado e/ou mediadores). Assim, os mediadores atuam utilizando seus recursos enquanto agentes de mudança positiva de comportamento e produtores de novidades/diversidade ao negociarem concepções e criarem espaços mais democráticos. Por outro lado, atuam conferindo (ou impondo) sua visão de mundo à relação, ao procurarem o comprometimento dos outros com um projeto que é apenas seu e, desse modo, rompem com a possibilidade de construções compartilhadas ou até

mesmo inibem o envolvimento e manutenção de laços solidários. Isso tudo nos leva a apreender que a ação da mediação em saúde ocorre a partir das necessidades em saúde que são amplas, construídas socialmente e refletem o resultado do encontro, ou seja, do vínculo marcado por diferentes visões de mundo e experiências.

Outra perspectiva observada no estabelecimento de vínculos, na relação entre mediador e mediados, ou entre mediador e o possuidor dos recursos necessários à mediação na comunidade estudada, é aquela designada patrono-cliente Wolf (2003) ou clientelista. Esta relação cria uma dependência e, baseada na dádiva (dar-receber-retribuir), assinala que ambos os envolvidos se beneficiam mutuamente, o que pode entretanto ocorrer de modo desigual (OTTMAN, 2006). Atualmente, o termo “clientelismo”, como demonstra Ottman (2006), ao estudar as práticas políticas em alguns municípios brasileiros, tem sido usado de forma polivalente, como sinônimo de patronagem e personalismo. Mas, independentemente do uso que se faça do termo, esse autor procura demonstrar que o clientelismo é tido como uma ação política de cidadania mediada, ou seja, uma ação de mediação para o alcance da cidadania.

Desse modo, no contexto desta e de outras comunidades, em que o acesso universal à cidadania não se torna facilmente acessível, ela está constantemente sendo negociada ou mediada “de cima para baixo” por relações personalistas que gerariam desigualdade no acesso. Essas relações podem ser excessivamente desiguais (quanto à posse dos bens), na medida em que criam certa dependência do mediado/mediador para o alcance de suas necessidades ou recursos, pelo fato de não possuírem outros caminhos para tal.

Ao refletir sobre as práticas de mediação em saúde, baseadas no clientelismo e personalismo, entende-se que o espaço criado na relação não exprime possibilidade para a criação de ambientes solidários, sendo sua prática geradora de assimetrias na sociedade e não permitindo a circulação da dádiva. Práticas deste tipo no meio rural puderam ser apreendidas no mesmo espaço por Gerhardt et al. (2009), que já haviam sinalizado a falta de autonomia e até mesmo de visibilidade, por parte dos sujeitos que dela necessitam como única alternativa de acesso aos serviços de saúde.

Por fim, a partir das reflexões aqui feitas, chamamos a atenção para o potencial que a alteridade e os vínculos têm para agir nas relações e na formação de redes de mediadores, fortalecendo ou enfraquecendo a capacidade de doação, colaboração e solidariedade. São capazes até mesmo de mobilizar ou desmobilizar os laços de solidariedade no cuidado à saúde – laços esses que também contribuem para a estruturação da comunidade.

Considerações finais

A promoção da saúde, cidadania e, conseqüentemente, o desenvolvimento social, passam pela superação de alguns desafios, sobretudo aqueles relacionados aos modelos hegemônicos de desenvolvimento e saúde que falham em sua sinergia com a qualidade de vida. Recursos técnicos, científicos e até mesmo econômicos não parecem ser grandes problemas, mas a capacidade de combinar esforços em comum pautados por princípios éticos e humanitários, entre setores, entre a população e o setor público. Há, principal-

mente, o desafio da prática efetiva de participação social e exercício da cidadania, que parece ser um entrave importante. Nesse sentido, o ponto que se buscou neste trabalho foi explorar a complexidade das relações sociais (e seus elementos constitutivos) na mediação em saúde em sua possibilidade de emergência de espaços que valorizem mais a participação e cidadania dos sujeitos, a partir de uma abordagem calcada na dádiva.

Acreditamos que a mediação em saúde realizada na comunidade aqui estudada, os espaços e mobilizações sociais por ela desencadeados e, mais ainda, o incentivo e possibilidade da insurgência de redes de mediação (entre mediadores) ao serem pautadas em uma concepção ampla de saúde e na perspectiva da dádiva geradora de solidariedade, são uma *inovação*, ou seja, uma metodologia de ação capaz de produzir novidades na saúde.

Assim, a partir da ideia de mediação como inovação, percebe-se que esta poderia ser mais extensamente explorada na promoção do desenvolvimento e de sua relação com a saúde e na construção de políticas sociais, na medida em que é uma prática inserida no cotidiano de vida, socialmente reconhecida em relação ao cuidado da saúde e da doença e até mesmo no alcance da cidadania. Neste caso, pensamos na importância das redes de mediadores (entre mediadores) enquanto uma ferramenta/dispositivo social a ser incentivada.

A formação de redes de mediadores, ou relês (redes de redes) como aponta Fontes (2004), sendo consideradas novas redes ou sub-redes, movimentam diferentes atores, concepções e visões de mundo gerando espaços para a negociação de necessidades em saúde e união de esforços; além disso, ao retornarem para suas redes de procedência, podem renovar o seu conteúdo. Esse seria um mecanismo importante sobretudo no momento atual, em que as modificações estruturais e funcionais do Estado passam pela descentralização política e se tornam mais permeáveis e formalmente abertas à participação da sociedade.

Embora não aparentemente inerente a esta comunidade, ou até mesmo não apreendida por nós, a mediação a partir de uma rede de mediadores foi observada como potencial, considerando o histórico de mobilização social desta comunidade desencadeado pelas instituições (igreja, escola, associação comunitária e posto de saúde); assim como pelos elementos encontrados, que marcam as relações sociais: dispositivos locais de cuidado e reconhecimento atrelados às redes sócio-humanas, a solidariedade e a identidade social ligada a comunidade e agricultura. Porém, cabe salientar que há a necessidade também de transposição de algumas barreiras que estão postas, tais como o não-reconhecimento e abertura para a alteridade, o individualismo e o clientelismo.

A partir dessas observações, e com a perspectiva de que esta pesquisa não se encerra aqui, acreditamos ser possível empreender ações, ou outros desencadeamentos que possam ser desenvolvidos junto à comunidade, a fim de estimular o reconhecimento da possibilidade de parcerias solidárias na exploração das redes de mediadores em um espaço público compartilhado (entre sociedade e Estado). Espaço público que possa também ser pautado tanto na obrigação política vertical entre o Estado e os cidadãos, como na obrigação política horizontal entre cidadãos (SANTOS, 2003).

Atualmente, mesmo existindo, este espaço público pareceu ter pouca visibilidade e, assim sendo, ele *não necessitaria ser criado e sim estimulado ou reinventado*. Sinais da

existência desse espaço público estão estampados em concepções, ações e em conquistas dessa comunidade, que ao superar, ou tentar provar sua superioridade ao estigma social que faz parte da sua história, deixam provas da sua potencialidade. Nesse sentido, observamos ações solidárias entre os indivíduos no cuidado de pessoas doentes na comunidade, mobilização para o incremento da educação oferecida na escola local, ações em prol da abertura do posto de saúde e promoção de festas em parceria com o poder público, a fim de promover a produção local do pêssego, dentre tantos outros.

Vale ponderar que, conforme aponta Martins (2008), quando as práticas associativas e os mecanismos de pertencimento em rede funcionam adequadamente na vida local, há mais espaços para negociações, acordos e até mesmo pressões e reivindicações que tenderiam a valorizar uma visão mais “cidadã do usuário” de políticas sociais e não um consumidor de bens e ações (visão funcionalista do Estado) ou um receptor passivo (na visão individual do usuário).

Enfim, pensa-se em um espaço que proporcione *mais laços e menos nós, mais lutas e menos disputas*. É a construção coletiva desse espaço que acreditamos ser uma possibilidade de implantação da incubadora da integralidade.

Referências

- ARNOLD-CATHALIFAUD, M.; THUMALA, D.; URQUIZA, A. Colaboración, cultura y desarrollo: entre el individualismo y la solidaridad organizada. *Revista Mad*, v. 2, p. 15-34, 2007.
- BAUMAN, Z. *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- CAILLÉ, A. o Dom entre o interesse e o desinteressamento. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B.C. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: UFPe, 2006. 300 p.
- FIALHO, M.A.V. *Rincões de pobreza e desenvolvimento: interpretações sobre comportamento coletivo*. 2005. 213 f. Tese (Doutorado em Sociologia Rural) - Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Curso de Pós-graduação em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- FLICKINGER, H.-G. *Os graus do reconhecimento social: a crítica de um conceito chave a partir de G. W. F. Hegel*. *Rev Civitas*, v. 8, n. 1, p. 80-93, jan.-abr., 2008.
- FONTES, B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a ideia de rede de saúde comunitária. In: MARTINS, P.H.; FONTES, B. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: UFPe, 2004.
- GERHARDT, T.E. et al. Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situação de adoecimento crônico. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 299-308.
- GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar-ago 2005.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Tradução de Luiz Repa. 2 ed. São Paulo: Ed. 34, 2009, 296p.
- MARTINS, P.H. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 73, p. 45-66, dez. 2005.
- _____. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade nas ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

- MATOS, A.G. Determinantes sociais em saúde: em busca de um olhar diferenciado. In PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H.(Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- NEVES, D.P. Mediação social e mediadores políticos. In: _____. (Org.). *Desenvolvimento social e mediação política*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2008.
- OTTMANN, G. Cidadania mediada. Processos de democratização da política municipal no Brasil *Novos Estudos*, n. 74, s/p 2006.
- RIQUINHO, D.L. *A outra face dos determinantes sociais de saúde*: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. 2009. 211 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- SANTOS, B.S. *Pela mão de Alice*. São Paulo: Cortez, 2003.
- WOLF, E. Parentesco, amizade e relações patrono-cliente em sociedades complexas. In: FELDMAN-BIANCO, B.; RIBEIRO, G.L. (Org.). *Antropologia e poder*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2003.

PARTE III
OUTROS OLHARES

Atitudes e crenças que inibem ações de cuidado dos homens no interior do SUS: o caso de Unidades de Saúde da Família no Recife

PATRICIA ARAÚJO BEZERRA
ITAMAR LAGES

Introdução

O artigo 196 da Constituição Federal do Brasil estabelece direito à saúde para todos como inerente à proteção social do Estado. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) visa a qualificar a atenção à saúde da população masculina, compreendendo ser fundamental a Atenção Básica para garantia da integralidade da atenção.

Isto implica dizer que há um desafio a ser conduzido pelos trabalhadores ao lidarem com homens na Atenção Básica, bem como dos homens em si compreenderem e atuarem dentro deste universo. Muitos dos atributos relacionados ao masculino, como “invulnerabilidade, baixos autocuidado e adesão às práticas de saúde – especialmente de prevenção –, impaciência, entre outros”, são reforçados cotidianamente por profissionais e pelos próprios usuários, tornando esses espaços “genericados” e reprodutores das desigualdades sociais, dificultando a visualização de necessidades e demandas em saúde e colaborando com o estereótipo de que tais serviços são “espaços feminilizados” (COUTO et al., 2010).

Nesta perspectiva, o presente estudo¹ objetiva analisar como trabalhadores de Saúde da Família lidam com a saúde dos homens, considerando necessidades, demandas e direitos dessa população. Trazemos elementos concretos da realidade das interações entre esses sujeitos, pois desejamos buscar que atitudes, crenças ou valores são reproduzidos neste espaço, de forma a propor reflexões para ações em saúde. Tomamos como estudo três unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III da cidade do Recife – USF Guabiraba, USF Morro da Conceição e USF Córrego do Jenipapo. Centramos o estudo especialmente no bairro do Córrego do Jenipapo, pela característica inovadora com que vêm sendo tratadas as questões do masculino, tanto pela USF como pela comunidade como um todo.

Utilizaremos a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano – MARES (MARTINS, 2009a, p. 61), de forma a ajudar a “desconstruir a superfície da vida comum de maneira a expor os planos de organização das intersubjetividades”. Entendemos ser mais relevante compreender as interações entre trabalhadores de saúde e homens do que as estruturas matemáticas baseadas em números de atendimentos ou exames realizados, pois, “no plano

¹ O presente texto é uma contribuição para o debate gerado pelo desenvolvimento da pesquisa “Usuários, rede de mediação e esfera pública na saúde”, financiada por FACEPE / Ministério da Saúde.

concreto da vida o que existe, de fato, são processos mutantes que a cada momento estão reelaborando nossa percepção da realidade e o modo de esta aparecer institucionalmente e organizacionalmente” (p. 63). Portanto, para este texto, implica pensar sobre como incluir o homem com todas as suas características na Atenção Básica à Saúde.

Considerações metodológicas

Sendo a meta do texto² analisar como trabalhadores de saúde de três USFs da cidade do Recife lidam com “homens e saúde” considerando suas necessidades, demandas e direitos, amparamos as questões empíricas do estudo através do referencial metodológico da MARES: um conjunto de técnicas de pesquisa qualitativa utilizadas para resgatar “a complexidade simbólica das práticas sociais articuladas em sistemas interativos sobrepostos que articulam as regiões da afetividade, da moral, do direito, da associação espontânea, e da co-responsabilidade na esfera pública” (MARTINS, 2009a, p. 62). Essa metodologia busca o reconhecimento das redes do cotidiano que são resultados naturais de processos de trocas de dádivas e de ações de reciprocidade em regimes múltiplos e diferenciados.

As tramas intersubjetivas que acontecem nas redes são desveladas com o apoio de algumas técnicas, como as de grupo focal e mapa do *self* utilizadas por esta pesquisa. A primeira técnica permite que os pesquisados, reunidos por características semelhantes, reflitam sobre suas consciências práticas, revendo suas consciências discursivas e assim sejam reveladas novas formas sociais em torno do objeto em questão: a saúde do homem. Já no mapa do grupo, através da utilização de uma dinâmica, os investigados são estimulados a entender os contextos conflitivos e os fatores que facilitam ou inibem a construção ou desconstrução desses contextos. Esta abordagem permite, assim, “uma reflexão compreensiva e dialógica da realidade, articulando a objetivação da vida social a partir de processos subjetivos que não podem ser fixados em regras ou leis determinadas, por serem abertos e dialógicos” (MARTINS, 2009a, p. 65).

Na prática, as técnicas foram aplicadas da seguinte forma: dois grupos focais foram realizados, sendo um com agentes comunitários de saúde (ACS), e outro com profissionais de nível técnico (enfermagem e saúde bucal) e superior (enfermeiros, médicos e dentistas). Reunimos trabalhadores de três USFs distintas, na perspectiva de conseguir captar diferentes pontos de vista e ao mesmo tempo oportunizar troca de dádivas e reciprocidades. Com vistas a garantir a privacidade dos investigados, utilizaremos na descrição das falas para todos os agentes de saúde a sigla “ACS” e para os demais a sigla “TS” que corresponde a “Técnico ou profissional de nível Superior”. Desta forma, resultaram nos seguintes eixos de discussão: que homens os profissionais encontram no cotidiano de trabalho nas USF e como percebem necessidades, demandas e direitos, de que forma têm sido executadas ações de saúde e quais as limitações e possibilidades.

² O projeto de pesquisa que valida o presente texto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco e pela Prefeitura Municipal do Recife. A coleta, interpretação e análise dos dados ocorreram de setembro a novembro de 2010.

Resultados e discussão

O homem no território: afinal, de quem estamos falando?

Os investigados pelo grupo focal tendem a perceber os homens, adscritos ao território da Unidade de Saúde da Família da qual fazem parte, *a priori* relacionando-os no contexto social, cultural e geográfico em que estão inseridos e, embora entendê-los dentro desta lógica possa parecer por si só suficiente, é preciso desvendar o que há por trás dos rótulos construídos pelos trabalhadores na forma como se expressam, porque em última instância é isto que determina o modo como operaram o mundo da vida de trabalho. Ou seja, um conjunto de variáveis – conceitos, crenças, vivências – orienta a postura com que trabalhadores enxergam e interagem com os homens no território. Exemplos paradigmáticos podem ser ilustrados abaixo:

Os homens nordestinos, somos descendentes de Lampião (TS).

O homem ainda se concentra na história do homem lá de trás mesmo. Bem primitivo que é aquele macho que tem que dominar, tem que fazer tudo, não pode chorar, não pode adoecer, porque tem que prover a casa (ACS).

O homem, ele não chora, o homem, ele é forte, o homem, é, é o homem (TS).

As falas acima retratam a construção que trabalhadores de saúde fazem a respeito do “ser homem” no mundo. Mundo este reconhecido como o Nordeste brasileiro, em que homens são resultado de uma construção sociocultural que os leva a manter posturas ou papéis sociais para a afirmação de sua própria masculinidade. Quando o investigado traz o homem nordestino descendente de Lampião, remete ao que está mais fortemente marcado na saga deste personagem: um homem de personalidade forte, considerado o cangaieiro mais temido, que arrisca sua vida em inúmeras lutas travadas no interior do nordeste.

Essas percepções, que constroem homens descendentes do “Rei do Cangaço”, que são fortes, viris, não choram e não adoecem, são generalizantes e rotulantes acerca das condições do “ser homem”. Entretanto, quando situações concretas do mundo da vida são colocadas em questão, através das interações entre indivíduos, as designações para o “ser homem” aparecem nas falas dos investigados para além do tipo social que “se espera” de um homem, ou seja, como possibilidades da vida humana:

Muitas vezes, [...] tem muitos que não vão (ao serviço de saúde) com medo, acha que tudo dói. Até o exame do médico, ele acha que vai doer (TS).

Quando a gente tem uma coisa que incomoda a gente, a gente entra prá dentro da caverna e fica calado, remoendo, como é que faz aquilo. Mulher não, mulher chega, bota, [...] eu tô com um problema! Quem é que já passou por uma situação assim? (ACS).

Ao admitirem a possibilidade de o homem possuir sentimentos, medos, “coisas que incomodam”, os trabalhadores de saúde relativizam os rótulos que outrora construíram. Desta forma, na percepção dos investigados, temos, por um lado, homens que representam papéis sociais na perspectiva de garantir sua masculinidade ou mesmo lugar no mundo da vida e por outro ao serem “olhados” mais singularmente, no contexto das interações, são admitidas possibilidades de sentimentos que vão de encontro ao que “se espera” deles.

Segundo Wagner (1979, p. 7): “Não há fase ou aspecto da consciência humana que surja de si e por si próprio; consciência é sempre consciência de alguma coisa. As formas de consciência estão ligadas ao conteúdo das experiências”. Os relatos dos trabalhadores assim o são porque experienciam no contexto das interações vivências que os conduzem a tais concepções. Ao exercerem seus papéis sociais, segundo os investigados, os homens moldam a forma como lidam com a saúde e com as USF:

Eu tenho homem na minha área que ele mesmo arranca, ele extrai o dente dele. É hipertenso, mas ele nunca tá doente, ele tá muito bom. Ele mesmo pega o alicate e tira o dente, se tiver doendo. Então a dificuldade que a gente tem é essa (ACS).

Um dia eu bati lá na casa de um homem, né? Eu bati, aí saiu um homem: “Ó, não tem ninguém em casa.” “E o senhor não tá em casa? E o senhor não é alguém?” (ACS).

Os relatos ilustram a execução de práticas por parte dos homens relativas à saúde, identificando que mesmo que precisem de cuidados comumente, não procuram o serviço de saúde, já que “nunca” estão doentes, ou mesmo porque eles próprios tendem a dar conta de suas necessidades e frequentemente não conseguem se perceber como sujeitos que merecem ser assistidos por outrem. Essa conjuntura traz consequências: para os trabalhadores de saúde, orientam sua postura a partir de seus conceitos, crenças e vivências, encontrando dificuldades em lidar com este público; para os homens “usuários”, à medida que se impõem, em geral, com posturas como as relatadas, colaboram para a não-realização de um diálogo efetivo, trazendo consequências reais para a saúde.

Entender os pontos de conflitos nos microprocessos de interação é buscar os mediadores que facilitam ou inibem a circulação de dádivas. Isso é importante, afinal, porque a compreensão por parte de trabalhadores sobre homens se dá considerando a construção sócio-histórica em que vivem, sendo carregada de conceitos, preconceitos, valores e crenças que moldam as formas de convivência entre esses sujeitos.

Necessidades e demandas: direitos e avessos

Para os investigados, conseguir captar o que necessita e o que demanda o homem no contexto da Saúde da Família é trazer consigo todo o conjunto de conceitos, valores e crenças que coexistem e que os cercam. Como já dito, essas percepções estão ligadas à forma como os homens se comportam frente a sua saúde e aos serviços de saúde. Concordamos, assim, que nenhum tipo de relação se dá em “via” de sentido único, mas há sistemas superpostos que interagem. Como nos ensina Minayo (2009a, p. 96), o pensamento sistêmico, ao exigir o exercício de um olhar diferenciado, “ilumina aquele ponto cego da visão unidimensional, fazendo-o enxergar as interações; subverte a mente compartimentalizada, buscando fazer as diferenças e oposições se comunicarem, e modifica a prática antiga que só valoriza regularidades e normas.”

Neste sentido, pretendemos discorrer para além de meramente descrever necessidades e demandas percebidas pelos trabalhadores – abordar como estas são acolhidas pelos profissionais e que impedimentos ou facilitadores podem ser visualizados, na perspectiva de nortear se os direitos à saúde dos homens estão sendo contemplados. Quando falamos em direito à saúde, estamos pensando na “deliberação dos direitos de cidadania”, ou

seja, a discussão pretende ultrapassar o direito jurídico – no qual ao homem deveriam ser garantidos acolhimento, ações de saúde, assistência clínica em suas particularidades e singularidades – para também contemplar o direito do homem a ser “sujeito de si”. Isto porque “o entendimento contemporâneo da cidadania exige considerar-se que o jurídico é apenas um dos termos constituintes, devendo ser lembradas igualmente a moral e a política” (MARTINS, 2009b, p. 59). Assim, abordaremos a partir da fala dos trabalhadores de saúde, direitos e avessos de uma mesma situação.

Partindo da análise mais global sobre a busca dos homens ao serviço de saúde, os investigados, em seus relatos, concordam em muito com outros estudos (SIMIÃO, 2010; SCHRAIBER et al., 2010; FIGUEIREDO, 2008; GOMES et al., 2007) que:

A maioria são mais idosos... (TS).

Ou vão aqueles que vão, realmente, frequentam demais, que tão presente mesmo na unidade, ou então não tem (TS).

É que toda vez que ele chega na unidade, ele diz assim: Eu tô vindo porque minha mulher mandou, porque minha mulher não sei o quê, né? (TS).

Somado a isso, é recorrente a descrição de que esta busca, geralmente, acontece tardiamente e comumente está associada à ideia de que o sujeito masculino procura assistência médica quando já não consegue mais, por si só, dar conta de suas necessidades. E, quando o faz, muitas vezes se sente julgado – pelas outras pessoas da comunidade – por ir às unidades de saúde:

O homem tem que ser médico prá cuidar dos outros, e médico não vai prá médico, prá outro médico, ele se automedica. Porque ele é homem, ele sabe o que é bom prá ele, e sabe o que é bom pros outros, certo? (ACS).

Quando ele começa a passar mal, aí ele vai (ACS).

Duas situações chamam particular atenção nessas falas: a) quando o ACS retrata que o homem só vai ao serviço de saúde porque “sua” mulher “manda”, este indivíduo está atuando como um “objeto conduzido”, fazendo uso do direito jurídico que lhe é constituído. A mulher, neste caso, atua como mediadora para ajudar o homem no cuidado em saúde; b) numa outra perspectiva, de quando “ele passa mal”, sente-se impulsionado para buscar o serviço, passando de “objeto conduzido” para “sujeito de si”. O que o impulsiona seria a evidente sensação de extremo mal-estar – ou de morte, funcionando como um facilitador a sua ida à USF, agora num processo de legitimação construída da cidadania no qual articula o “sujeito de si” em organização com o espaço público.

Há que se refletir, entretanto, o que tem feito no sentido “inverso” a Saúde da Família em direção aos homens. Se, por um lado, temos sujeitos masculinos carregados em si de questões culturais, sócio-históricas, econômicas e geográficas que produzem as diversas masculinidades ou “jeitos de ser homem” frente à sociedade e aos serviços de saúde, temos também a Saúde da Família carregada em si de historicidade marcada por uma tentativa árdua de fazer reorganizar um modelo assistencial predominantemente encerrado pela hegemonia médico-centralizadora e curativa que, para que haja mudança, é dependente das práticas profissionais que se fazem ou refazem no cotidiano do serviço.

Nesta perspectiva, mostraremos a seguir, a partir das falas dos pesquisados, relatos que podem corroborar as diversas atitudes dos homens em suas buscas – ou não – pela USF:

Aí, às vezes, o homem vê o agente de saúde, aí chega e diz (dizem): “Óia, lá vem o agente de saúde, vai-te embora”. É, é, porque ele sabe que não quer falar com ele, nós somos culpado (ACS).

É chato a gente trabalhar, mais ou menos, por categoria, que o PSF tá assim: saúde da criança, o saúde da, do idoso, saúde disso, saúde daquilo, né? Mas, realmente, o homem, se a gente for por categoria, ele não é contemplado, muito bem contemplado dessa forma, né? (TS).

Tais constatações apontam fatores impeditivos para uma efetiva circulação de reciprocidades. A mediação individual, por parte dos trabalhadores de saúde, está relacionada a uma falha na mediação institucional, que propicia a chance de conflito e perpetua a dificultosa procura de usuários homens pela USF, impedindo, muitas vezes, respostas efetivas às demandas e necessidades da população masculina. Em vista disso, as descrições abaixo retratam os diferentes modos de produzir saúde para homens, demonstrando, inclusive, diferentes caminhos assistenciais:

Mas assim, não existe nada, enquanto unidade de saúde, da gente se mexer em relação à saúde do homem. A gente sequer pega um PSA³, ultrassom de próstata, no máximo (TS).

Todo mundo que tá na faixa etária, eu sempre ofereço PSA e aquela conversa de doenças sexualmente transmissíveis para os homens que chegam. E ainda falo da higiene, até com os homens mais velhos, se forem ensinados, né? [...] mas é uma conduta particular, eu faço esse segmento, tá? Não é um protocolo (TS).

A gente mesmo, a gente faz assim: Alguma queixa? Tá tudo bem? E corre. [...] Não procura se inteirar, não procura adentrar [...] (ACS).

Porque a gente fala muito, justamente na saúde do homem, na, no fato do pênis. E não é só isso. É um câncer de mama, que o homem pode ter também. É um câncer de pele. É um tumor no cérebro. É problema de visão (ACS).

Todos esses depoimentos demonstram, a partir de condutas individuais, atitudes profissionais que funcionam como dispositivos de mediação: ora na restauração da circulação de reciprocidades entre homens e saúde, propiciando campo para instalação de vínculos e respostas às necessidades de saúde, como observado no relato médico e de um dos ACS – na medida em que oportunizam condutas e visualizam possibilidades para além das usualmente ofertadas –, ora colaborando na perpetuação de estigmas e rótulos que impedem tanto o homem usuário de se colocar como sujeito ativo do seu processo de busca pela saúde, como dificultam a realização efetiva de incorporação do sujeito masculino na rotina da USF e construção de seu itinerário terapêutico.

Martins (2009b, p. 59), ao discutir a organização de um entendimento complexo de cidadania, cita B.S. Santos (1995, p. 261) e lembra que “às exigências de abolição das formas atuais de opressão e de exclusão, não pode efetivar-se com a mera concessão de direitos [...]. Tal organização exige uma reconversão global dos processos de socialização

³ O antígeno prostático específico (PSA) é uma proteína produzida pelas células da glândula prostática. A avaliação das taxas de PSA no sangue serve para detectar ou não doenças desta região.

e dos modelos de desenvolvimento”. Com isso queremos mostrar que as condutas individuais relatadas, embora possuam caráter indubitavelmente importante enquanto atitudes mediadoras são por si só, insuficientes para validar – como um todo – o direito jurídico desses homens, bem como são incapazes de reconstruir os processos de socialização em prol de uma legitimação cidadã.

É fato que só o reconhecimento do que necessita e o que demanda o homem da Saúde da Família não é suficiente para garantir uma abordagem assistencial integral. É preciso que os profissionais desconstruam certas crenças e valores, reflitam sobre suas práticas e compartilhem iniciativas de êxito para que haja uma qualificação das relações. A gestão deve incentivar tais iniciativas, valorizando as condutas individuais e coletivas, oferecendo o suporte necessário para ações de saúde. O movimento de pensar e agir de trabalhadores na produção do cuidado para homens, se dado de modo íntegro valorizando a vida, repercute também no movimento de homens em direção ao setor saúde. Para tanto, é preciso repensar o que se tem feito com vistas a garantir eficácia institucional, êxito nas interações, efetivando um estado de solidariedade no cotidiano com resolução das necessidades de saúde implicada com a cidadania.

Ações de Saúde SIM! Mas como?

O desafio é esse, assim, a gente começar a quebrar a gente mesmo, “vamo” começar a se quebrar (ACS).

É consenso, entre os pesquisados, que se faz necessária uma reflexão crítica de como têm sido executadas as ações de saúde que envolvem homens. Rever práticas, repensar condutas deve sobretudo estar relacionado ao processo de identificação das necessidades⁴ de saúde dos homens no território, a ampliação dos canais de escuta e fala entre usuários e serviço, a “quebra” de paradigmas socioculturais impostos, a incorporação de saberes técnicos e tecnológicos e a abertura para a inovação.

Observamos que a elaboração de proposições de intervenção deve englobar as necessidades em saúde como sendo referencial prioritário, o que, segundo Figueiredo (2008), significaria valorizar a relação dialógica com os usuários na medida em que se ampliariam os canais de escuta e fala, potencializando o desenvolvimento de tecnologias baseadas nas “negociações compartilhadas” e direcionadas para a construção de “projetos comuns de intervenção”.

Os investigados conseguem perceber a necessidade de abordagem baseada na escuta, embora essa reflexão nem sempre represente o que eles tem feito no “aqui e no agora”, mas muito mais como possibilidade de vir a ser:

Vamos procurar onde eles (homens) estão, [...] prá, já que o homem não tá na unidade, eles tem que tá em algum lugar. Se não tão em casa, nem na unidade, nem no campo de futebol, tá no bar, tá aonde? Vamos procurar esses homens, né? (ACS).

⁴ Figueiredo (2008), ao citar Stotz (2004), Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), lembra que nos serviços de saúde as necessidades podem ser sentidas através das solicitações dos usuários – caracterizando as demandas; ou mesmo podem nem ser sentidas, seja pelos usuários que não visualizam certas condições como necessidades de saúde, bem como pelos próprios profissionais, que não reconhecem determinados aspectos da vida cotidiana como parte do processo saúde-doença e de produção do cuidado.

É aquela coisa que, não adianta a gente criar um ambulatório para o homem, não sei o quê, que eu acho que a gente falha assim, a gente toma as, as decisões, né? Dentro da equipe, e da equipe também é de cima prá baixo (TS).

Ampliar os canais de escuta e fala para sensibilização do que necessita o homem é considerar uma abordagem cultural. Minayo (2009b, p. 191) reflete que “o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário.” E afirma ainda que “ele é também o *locus* onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos”. Deste modo, o relato, por exemplo, de “começar a se quebrar”, é significativo e contribui para problematizar a hegemonia do modelo biomédico, abrindo espaço para minimamente se pensar – e ao que se espera agir – a produção em saúde para homens que valorize o biológico e o social emergindo uma mobilização crescente em prol da moral, da política e do jurídico – constructos da cidadania (MARTINS, 2009b).

Para tanto, temos que concordar que a capacitação técnica em saúde é parte fundamental para amparar todo e qualquer tipo de ação que valorize o que temos dito até então. Certa angústia é visualizada em algumas falas dos pesquisados, quando se é colocado em questão o “saber técnico ou tecnológico” para homens. Trazemos o relato médico, por exemplo, que expressa inabilidade em realizar o exame clínico do toque retal⁵ para detecção de câncer prostático:

Agora eu vou falar do profissional médico, prá esse tipo de coisa, né? Porque você aprendeu, mas eu acho que a gente é bom naquilo que pratica. [...] Quanto ao caso do exame da próstata, especificamente, eu não me sinto, assim, habilitada, porque faz muito tempo que eu fiz isso, eu não tô treinada prá fazer isso, que é uma coisa simples, né? Mas prá você ter a sensibilidade (TS).

Queremos discorrer, ao citar este exemplo, sobre a importância do conhecimento técnico-científico enquanto fator mediador que facilita ou não a circulação de dádivas. O trabalhador que é capaz de ofertar conhecimento técnico para homens estimula a confiança mútua, a troca e a solidariedade; porém, uma vez que uma das habilidades está comprometida, há falhas no sistema de mediação com consequente dificuldade na realização destas trocas.

De encontro a tais dificuldades, o caso do grupo de homens “Luta pela Vida⁶”, desenvolvido na USF Córrego do Jenipapo, nos mostra possibilidades concretas de abertura para a resolução de conflitos. Corresponde a um esforço coletivo que vislumbra romper com as características biomédicas centralizadoras e curativas, levando a uma aproximação

⁵ Um estudo de revisão literária sistemática (VARZIN et al., 2004) sobre toque retal e PSA para a detecção de câncer de próstata conclui que a realização conjunta desses exames é de importância significativa e imprescindível para um diagnóstico precoce.

⁶ O grupo “Luta pela Vida” nasceu em janeiro de 2009, a partir de uma iniciativa da USF com apoio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco. Possui como objetivos: a) promover ações em saúde para formar indivíduos críticos e reflexivos frente às reais necessidades da população; b) desenvolver ações de educação para e com homens numa perspectiva dialógica, emancipatória, participativa, criativa e que contribua para a autonomia dos sujeitos; e c) fortalecer o vínculo USF com os homens do bairro. Acontece semanalmente um encontro com duração de aproximadamente duas horas, utilizando como base para interação a Educação Popular em Saúde.

entre trabalhador e usuário. Esse tipo de trabalho permite compartilhar todo o contexto em que estão inseridos, reforçando a cada instante a necessidade de revisão de conceitos, valores, crenças por parte de ambos, e ao mesmo tempo diluindo certos fatores impeditivos nessa relação, possibilitando inclusive a visualização de necessidades: o de reforçar o aprimoramento técnico-científico e específico da saúde do homem, tanto no âmbito de cada categoria profissional como no trabalho coletivo. Eis alguns trechos que descrevem o grupo:

No começo, eu disse: menino, só vai dar ou idoso, aposentado, ou é, ou criança, jovens desempregados talvez nem vá, que a maioria aqui, né? Imaginei. [...] Então assim, a gente tem uma surpresa, né? Porque começou com cinco, daqui a pouco dava vinte, trinta, por quê? Porque quando você vai trabalhar uma ação de promoção e aí você trabalha vários fatores, né? [...] Então você tem que primeiro estimular, vai ver na comunidade uma ação de promoção prá eles tirarem esse medo. [...] Ela (profissional de saúde) tá ali do lado dele (do homem), é uma pessoa comum como ele, perde aquele estigma do doutor lá em cima. [...] E aí, aumenta o quê? A frequência, aí eu digo, ações de saúde. Então assim, o estímulo, o fato de estar mais perto, né? [...] E isso foi um desafio que a gente comprou e dá resultado. É como se a gente tivesse feito um acolhimento neles, mas no grupo, né? [...] A gente fez eles, eles despertar prá cuidar da saúde (TS).

[...]E o grupo de homens é como uma plantinha tem que irrigar (ACS).

Antes a gente só falava e eles ficavam calado, hoje eles falam e a gente escuta [...] (ACS).

Neste trabalho, os envolvidos se tornam sujeitos da ação, ou seja, sujeitos de si atuando no coletivo. Isso leva a uma crescente autonomia, ao mesmo tempo em que ambos – trabalhadores e usuários – se reconhecem em um lugar comum numa confluência de lutas pelo bem-estar. É importante ressaltar que, neste processo, inevitáveis tensões surgem, e é preciso cultivar valores como “amor, amizade, solidariedade, confiança, responsabilidade e dádiva” (MARTINS, 2009a, p. 75).

É claro, o papel fundamental dos gestores deve estar aliado aos trabalhadores de saúde na revisão de valores e políticas. O reconhecimento do homem contextualizado no território, associado à abertura dos canais de escuta e fala para visibilizar as necessidades e demandas dos sujeitos masculinos, alinhado a um sólido conhecimento técnico-científico, é condição *sine qua non* para um movimento de “reconversão global da socialização” em prol da cidadania, em que trabalhador, gestor, usuário estimulam-se mutuamente. E, antes que isso tudo se torne utopia, é preciso – como aqui propomos – que cada um ao atuar neste “fazer” olhe criticamente cada ponto desta extensa trama de interação, observando de que forma podem ser diluídos os conflitos e estimuladas as dádivas, dedicando esforço em um “fazer” para todos.

Considerações finais

O presente texto objetivou trazer elementos concretos da realidade das interações entre trabalhadores e homens na Atenção Básica do Distrito Sanitário III do Recife – USF Córrego do Jenipapo, USF Morro da Conceição e USF Guabiraba. Buscamos um olhar para além do superficial, tentando objetivamente se debruçar sobre os microprocessos nestas relações, a fim de oferecer conhecimento que servisse, inclusive, como mediador

para o despertar de cada leitor – seja profissional de saúde, gestor, usuário, acadêmico, pesquisador, homem ou mulher – no seu fazer cotidiano.

A utilização da MARES enquanto abordagem metodológica permitiu trazer as reflexões propostas neste texto, com as quais concluímos evidente invisibilidade do sujeito masculino, em sua completude, no contexto de Saúde da Família das USFs estudadas, embora ressaltando condutas profissionais particulares, além do diferencial e exitoso trabalho da USF Córrego do Jenipapo em sua prática com o grupo de homens “Luta pela Vida”. Reafirmamos que tanto os trabalhadores de saúde estão rodeados de valores, crenças, conceitos que dificultam a visualização desses indivíduos, como os próprios homens – contextualizados pelo seu território e possuidores também de valores – que em grande parte repercutem atitudes que inibem as reciprocidades na relação “homens e saúde”.

Partilhamos a ideia de que a necessidade de desconstrução dos estigmas e preconceitos para a reconstrução de uma relação solidária se dá em todos os níveis: desde o local – no refazer e remodelar as interações do cotidiano a partir dos esforços de cada um e de todos –, até níveis mais amplos dos gestores do Sistema Único de Saúde – na medida em que devem fornecer as bases para construção mais efetiva nessas relações, viabilizando políticas de saúde que tratem cada um como “sujeito da ação”. Enquanto isso não for efetivado – o que só pode acontecer mediante mobilização dos envolvidos a impulsionar mudanças –, será reproduzido o modelo em que saúde é “capital” e indivíduos e profissionais de saúde são “números e objetos” conduzidos.

Os atuais limites incorporados nas políticas de saúde perpassam pela errônea compreensão do usuário – e aqui extrapolamos para homens e mulheres, crianças, jovens, adultos e idosos – como um sujeito possuidor de direitos unicamente jurídicos. A concessão do direito à saúde para todos estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, válida e de indubitável importância, não deve e não pode fazer acreditar que tudo está posto e garantido.

Há que se enfatizar as relações humanas, valorizando, analisando e estudando formas de reprodução dentro do SUS das ações e práticas de saúde que dão certo e que são fruto de tentativas individuais e coletivas em prol de um bem maior, que é construção da cidadania nos seus aspectos jurídico, político e moral. Utopia? As experiências aqui relatadas – individuais, nas falas dos trabalhadores, ou no coletivo, como do grupo de homens – nos levam a crer que as tentativas devem persistir.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*. Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.
- FIGUEIREDO, W.S. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1-18, 2007.

- MARTINS, P.H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009a.
- MARTINS, P.H. Cidadania. In: CATTAN A.D. et al. (Org.). *Dicionário Internacional da outra Economia*. V. 1. Lisboa: ALMEDINA, 2009b.
- MINAYO, M.C.S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009a.
- MINAYO, M.C.S. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009b.
- SCHRAIBER, L.B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.
- SIMIÃO, F.C.N. *Ele só chega nas últimas, quando não tem mais jeito*: atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens nos discursos de profissionais do Programa Saúde da Família em Recife. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- VARZIN, C.A.B. et al. Importância do toque retal e PSA no diagnóstico precoce do câncer da próstata. *Rev. Brasileira de Medicina*, v. 61, n. 7, p. 471-474, 2004. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br>. Acesso em: 20 de nov. 2010.
- WAGNER, H. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

Maternidad, redes sociales y (des)-integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina¹

LILIANA FINDLING
MARÍA PAULA LEHNER
MARISA PONCE
MARÍA PÍA VENTURIELLO

Introducción

La maternidad como fenómeno biológico y social involucra la dimensión del cuidado de la salud de las mujeres y de los niños. Las experiencias sobre los cuidados difieren según el nivel socio-económico y las redes sociales de inclusión constituyen un factor importante que incide en los procesos por los cuales las mujeres buscan satisfacer sus necesidades de cuidado (MARTINS, 2009a).

El propósito de este trabajo es explorar las experiencias de las mujeres vinculadas al embarazo, parto, posparto, lactancia materna y cuidado de los hijos recién nacidos en conexión con sus redes sociales de pertenencia y vínculos afectivos, los recursos materiales y simbólicos que disponen, así como sus necesidades y demandas no satisfechas. Para ello se analizan datos primarios obtenidos a través de entrevistas en profundidad, realizadas en 2008, a 30 mujeres de 28 a 40 años, que viven con sus parejas, tienen hijos pequeños, trabajan en empleos remunerados, pertenecen a estratos socioeconómicos medios y residen en la Ciudad de Buenos Aires.

El diseño, de tipo exploratorio, se basó en una muestra no probabilística, de tipo intencional. El perfil socioeconómico de las mujeres lleva a plantear como supuesto de trabajo un amplio acceso a redes y una mayor disponibilidad de bienes materiales y simbólicos en este grupo en comparación con el de estratos socioeconómicos bajos.

Las principales características de la muestra resultante evidencian que las entrevistadas poseen un nivel de educación elevado: algo más de la mitad (17) tiene estudios universitarios completos y el resto finalizó el nivel terciario o secundario. La mitad de las mujeres (15) trabaja menos de 35 horas semanales, mientras que el resto insume más horas en su actividad laboral. Sus parejas trabajan más de 35 horas por semana. Todas cuentan con cobertura de salud a través de empresas de medicina pre-paga o de obras sociales. La mitad (15) tiene un hijo, 13 tienen 2 hijos y sólo dos mujeres tienen 3 hijos.

¹ Este trabajo se realizó en el marco del Proyecto financiado por UBACYT “Salud, trabajo y estrategias reproductivas”. Directora: Elsa López. Co-directora: Liliana Findling. Integrantes: María Paula Lehner, Silvia Mario, Victoria Mazzeo, Marisa Ponce y María Pía Venturiello. Período 2008–2010. Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires (UBA). Área Salud y Población. areasalud@sociales.uba.ar

Para comprender las vivencias de las mujeres en torno a la maternidad, las redes de apoyo y los cuidados se ha seguido el modelo de análisis sobre cuidado e integralidad en salud privilegiando una visión molecular (PINHEIRO et al., 2009).

Desde una perspectiva centrada en las mujeres y sus redes sociales de inclusión, este trabajo se plantea los siguientes interrogantes: ¿cómo experimentan las mujeres el embarazo, el parto, el posparto y la lactancia?, ¿cuáles son sus necesidades en esas etapas?, ¿cómo se sienten tratadas por el equipo de salud?, ¿qué papel desempeñan la familia, las amistades y las instituciones en la organización de sus cuidados y de sus hijos?

Algunas características del contexto de estudio

La Ciudad de Buenos Aires es la capital de la Argentina y en ella residen más de tres millones de habitantes con una densidad de población de más de 15.000 habitantes por kilómetro cuadrado. En cuanto a la composición de la población hay 116 mujeres cada 100 varones y la proporción de personas de 65 años y más representa casi el 17% del total. La esperanza de vida al nacer es mayor para las mujeres en comparación con los varones (80 y 73 años, respectivamente). El tamaño medio de los hogares de la Ciudad es de 2,5 integrantes y 6 de cada 10 hogares es propietario de su vivienda; los departamentos representan el 74% de las viviendas (Dirección de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2009).

La organización del sistema de salud está conformada por el sector público, el de Obras Sociales – administrado por los sindicatos – y el privado. Presenta como características más predominantes la fragmentación y la heterogeneidad que conlleva a una preocupante inequidad en el acceso a los servicios de salud de la población. Cabe señalar que en la Ciudad de Buenos Aires existe una amplia oferta de servicios públicos de salud y se registran indicadores socioeconómicos (mortalidad infantil, tasa de desempleo, niveles de pobreza) mucho más favorables si se los compara con el resto del país (GOLBERT, 2004).

Más del 80% de la población de la Ciudad de Buenos Aires está afiliada a algún sistema de atención de la salud: el 62% a obras sociales, el 12% a la medicina prepaga, y el resto agrupa a los que tienen mutual y/o sistemas de emergencias médicas. El 18% de los habitantes sólo tiene acceso al sistema público de salud (Dirección de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2009).

Las transformaciones en los ámbitos educativos, laborales, sexuales y reproductivos han conducido a las mujeres, especialmente a las de los estratos socioeconómicos medios y altos, a una mayor independencia de las condiciones de reproducción que primaban con anterioridad, posibilitándoles la opción de otros itinerarios vitales.

Es elevado el uso de métodos anticonceptivos (MAC) en Argentina: la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de 2005 mostró que el 93% de las mujeres sexualmente iniciadas usaron alguna vez MAC y el 78% de éstas iniciaron el uso antes de tener su primer hijo (UNFPA, 2009). En relación a los controles del embarazo y del parto, es importante resaltar que en la Argentina el porcentaje de partos institucionalizados es muy alto (99% en el año 2006). En el Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad de

Buenos Aires y alrededores) el porcentaje de mujeres con 5 controles prenatales o más se acerca al 100% (UNFPA, 2009). En cuanto el tipo de parto también es alta la tasa de nacimientos por cesárea, que se registran en mayor medida en los servicios de salud privados, donde son frecuentes las cesáreas electivas (VILLAR et al., 2006). El exceso de operaciones cesáreas ha sido interpretado como expresión de la medicalización de los nacimientos y la fuerte intervención sobre los cuerpos, desde mediados del siglo XX (LEHNER, 2009). Tales prácticas son preocupantes por la magnitud que adquieren y sus consecuencias sobre la morbimortalidad materna e infantil (LÓPEZ; FEDERICO, 2003).

Con respecto a la lactancia materna, pese al aumento progresivo del amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses, sólo 4 de cada 10 niños de la Argentina se alimentan con leche materna hasta esa edad (LÚPICA; JÓCANO, 2008). Los principales motivos por los que se deja el amamantamiento son la falta de leche de la madre, el abandono de la teta por parte del bebé y la reincorporación de la madre al trabajo. Así, las necesidades laborales constituyen la segunda causa de abandono en los primeros seis meses de vida del recién nacido (MINISTERIO DE SALUD, 2007). La legislación actual, además, no favorece la extensión de la lactancia materna una vez que las mujeres se reintegran al trabajo luego de su licencia por maternidad.

Redes sociales y mediadores

Los sujetos que participan en las redes pueden ser considerados mediadores de las prácticas de cuidado. Son colaboradores cuando constituyen recursos que contribuyen con la resolución de conflictos y la negociación de acuerdos, en los diversos planos de organización institucional de las sociabilidades, desde los vínculos primarios, como la familia, hasta los vínculos formales establecidos en la sociedad civil o en los servicios de salud (MARTINS, 2008). Y son obstaculizadores o inhibidores cuando perpetúan conflictos (MARTINS, 2009b).

Las mujeres entrevistadas cuentan con amplias redes sociales y las principales son los familiares próximos, las ayudas domésticas, las amistades y las instituciones educativas, de salud y laborales.

En relación con la experiencia de sus embarazos la mayoría de las entrevistadas la describen de manera positiva. El bienestar aparece vinculado a haberse sentido acompañadas por el entorno familiar y laboral. En algunas ocasiones, por problemas de salud debieron interrumpir actividades laborales para cumplir con la indicación de reposo y buscaron apoyo en su núcleo primario y en ayudas domésticas para llevar adelante ciertas tareas cotidianas.

Ante los cambios asociados a la maternidad, algunas entrevistadas participaron en actividades que ofrecen instituciones privadas a las futuras mamás y que les sirvieron para transitar mejor sus embarazos: “*fue un embarazo lindo donde pudimos investigar, ir a charlas, hacer un curso de preparación*” (Alicia, 36 años, 1 hijo).

En el momento del parto, algunas entrevistadas describen que las relaciones interpersonales con el equipo de salud fueron conflictivas. En algunos casos las mujeres dedicaron mucho tiempo a la elección de un profesional que les generara confianza y

también fueron capaces de reinventar sus itinerarios terapéuticos. Laura (34 años, 2 hijos) se refiere al parto como *“una experiencia olvidable absolutamente, cero contención”*, eso la llevó a cambiar de médico cuando se enteró de su segundo embarazo.

La elección de las instituciones médicas en las que nacerían sus hijos también fue una fuente de preocupación para algunas mujeres. Se advierten contrastes al definir los servicios de salud en las que se han asistido ya que los califican *“Sheraton”* o ámbitos *“donde te atienden con todos los chiches”*, pero *“sin contención”*.

Las mujeres transmiten una idea de sus cuerpos pasivos, sobre los que los profesionales de la salud intervienen sin informar o prevenir; así Leticia (38 años, 1 hijo) expresa: *“el parto fue medio bestial [...] me hicieron inducción [...] entraban, salían, te mete la mano uno, te mete la mano otro, es medio... de natural no tiene nada aunque sea natural, se llama parto natural, pero es salvaje...”*.

En cambio, para algunas entrevistadas al producirse el nacimiento y en los primeros momentos de encuentro entre padres e hijos, se tornan significativas las voces de los expertos, especialmente los pediatras y los neonatólogos.

Durante el postparto, las redes primarias son muy jerarquizadas. La más apreciada es la ayuda que brinda la propia madre y la pareja; le sigue en orden, la que proviene de la suegra y de los amigos. Patricia, 35 años, 2 hijos, cree que las mujeres necesitan contención emocional, pero también *“que te salgan a comprar pañales [...] no estar pensando en las compras, en la comida, tratar por lo menos por unas semanas, de no tener el doble rol”*.

En relación a la lactancia, las mujeres reciben consejos variados. Karina relata que primero siguió las recomendaciones del médico, dándole *“sólo teta”*, pero el bebé tuvo trastornos intestinales. Lo estresante de la situación llegó a poner en crisis su relación de pareja, finalmente le hizo caso a su madre que opinaba que el pequeño tenía hambre y todo se solucionó con un complemento de mamadera. Las mujeres reconocen que lejos de regirse de manera inflexible por las prescripciones médicas, una mamá hace lo que puede. El uso de la mamadera cobra importancia porque permite la participación paterna, estimula los vínculos entre el padre y el bebé y es una tarea que las madres pueden delegar en otros.

Nuevas complicaciones surgen con la vuelta al trabajo, luego de los meses de licencia laboral, las mujeres deben enfrentar las dificultades para continuar con la lactancia. Entonces, hacen todo lo posible para no interrumpirla: se sacan leche, la llevan a la guardería o la dejan a la persona que cuida el bebé y son menos las que utilizan el permiso laboral para amamantar. De este modo, las condiciones laborales vigentes suelen presentarse como obstaculizadores para poder continuar con la lactancia, mientras las ayudas de padres, abuelos y empleadas domésticas se vuelven indispensables.

El cuidado de los hijos requiere contar con una red de apoyos cuando padres y madres trabajan y no pueden ocuparse de algunas tareas, se acude a personal doméstico pago (muy característico de los sectores medios) y a los abuelos. Hay, sin embargo algunas tareas que no se delegan, como las visitas al médico o el acompañamiento ante la enfermedad de alguno de los hijos. Son las mujeres quienes con mayor frecuencia se ocupan de estos cuidados. En consecuencia, flexibilizan su vida laboral, deben ausentarse del trabajo por motivos de enfermedad de los hijos o se reducen las horas de trabajo.

La distribución de tareas de cuidados en la red familiar también se orienta según las estructuras desiguales de género. Así, las entrevistadas distinguen entre cuidados de madres y padres. Lucía, (34), comenta: “Él [...] tiene más paciencia para jugar, yo estoy más como para conformar sus necesidades básicas: hambre, sueño, abrigo, ir al médico, ir a cumpleaños”. Una mayor participación del varón aparece como algo a lograr por parte de las mujeres, para “integrar” al padre en actividades vinculadas al cuidado de los niños.

Necesidades y demandas

El cuidado integral de la salud supone considerar al usuario de los servicios de salud como un sujeto que otorga sentido a sus vivencias antes que como un objeto de intervención (MARTINS, 2008). A partir del discurso de las entrevistadas surge la importancia de la escucha de sus necesidades y atención de sus demandas al transitar por los itinerarios de la maternidad. Así puede develarse la experiencia de las mujeres que construyen los sentidos de sus prácticas en los servicios de salud, sobre todo en lo relacionado con la atención médica recibida. En general, las intervenciones médicas de cuidado por parte de los servicios de salud aparecen limitadas a los aspectos técnicos y descuidan las necesidades de las mujeres que reclaman contención, escucha, acompañamiento, información y respeto.

Durante el embarazo, Ada, 31 años, 1 hijo, reclama mayor contención que no fue satisfecha por el primer médico ni por el ecografista:

me sentí desprotegida, a mí no me servía esa cosa expeditiva que hacen los médicos... si bien mi marido me contenía mucho, él también necesitaba contención, porque es todo muy nuevo [...] es como que aguanté bastante hasta que decidí cambiar de médico.

Las necesidades de las mujeres apuntan a lo afectivo, en contraposición a otras necesidades creadas a partir de una sobreoferta de bienes que son producto de las nuevas tecnologías aplicadas a la reproducción.

El parto humanizado podría ubicarse en las antípodas de estas prácticas. Si bien la legislación argentina contempla recomendaciones al respecto, solo una entrevistada lo menciona como una posibilidad y no forma parte de las demandas de la mayoría, lo que refleja un desconocimiento de algunos de sus derechos.

Respecto de los diferentes modos de parir es mayor la cantidad de cesáreas (20 casos) que la de partos naturales (15) en este grupo de mujeres. Las cesáreas no siempre se produjeron por complicaciones; algunas han sido resultado de la elección de las entrevistadas, como Sofía (33 años, 2 hijos) que no se animó al parto natural porque le “daba miedo no poder pujar, no tener fuerza”. Fijar de antemano la fecha de un parto para algunas mujeres fue “tranquilizador” porque les permitió organizar sus tiempos y agendas.

Es estrecha la vinculación entre el posparto de las mujeres con la experiencia vivida durante el parto y el estado de salud propio y el de sus hijos. La mayoría de las entrevistadas describe esa etapa como un período de permanente aprendizaje, soledad, incertidumbre, adaptación a la nueva situación y amplias demandas. Reclaman contar con mayor información y con una red de mediadores (formales o informales) que las ayuden a tomar decisiones. Así, por ejemplo, Leticia, ya citada, considera que cuando

tuvo a su hijo “*la contención desapareció*” y expresa que le hubiese gustado tener en la misma clínica reuniones semanales para

[...] ir con mi bebé y charlar, y que me informen sobre un montón de cosas que se te ocurren, [...] que te quedás con el ombligo en la mano y pensás que se cortó, no sé, o cada cuánto la teta [...] lugares de encuentros de madres, cofradías de madres con bebés, con hijos, lo que una termina haciendo cuando va al jardín que empieza a charlar con otras mamás, pero hasta que tu hijo o va a jardín, la madre está muy sola.

La lactancia no constituye un saber innato de las mujeres, es un aprendizaje que se inicia a partir del alumbramiento, una etapa en la que se ven libradas a su propia suerte para vivir una “*aventura maravillosa*” y “*fantástica*”, pero también “*ardua*”, “*agotadora*”, “*caótica*” y “*mortal*”. De hecho, disponen de poca información sobre cómo amamantar y algunas reclaman enfáticamente al equipo de salud que este proceso “*debería haber estado más cuidado*” y asumen que no les “*dieron bolilla* (no las tuvieron en cuenta)”.

Durante el posparto y la lactancia se reclaman distintos bienes a ser intercambiados dentro de las redes sociales en las que participan estas mujeres. Entre los más demandados y escasos se encuentra la información para poder llevar adelante la tarea de amamantar. Como mediadores presentes aparecen fundamentalmente los miembros cercanos de la familia: madres, suegras, amigas y sus parejas que proveen distintos tipos de ayudas en el hogar para que ellas puedan descansar y dormir. Algunas mujeres reconocen dificultades para cederles tareas a sus parejas: “*es un error de nosotras las mujeres, que somos superwoman, que podemos con todo, y no delegamos*” (Marcela, 33 años, 1 hijo). En ocasiones la información se obtiene a través de libros o revistas, instrumentos que actúan como mediadores, mientras que el equipo de salud aparece nuevamente como un mediador casi ausente.

El regreso al trabajo es otra fuente de angustias, ya que las licencias contempladas en la legislación vigente son de 30 días antes del parto y 60 días posteriores. Las entrevistadas reclaman extender estos plazos tanto para ellas como para sus cónyuges².

A modo de cierre: de la (des)integralidad a la integralidad en salud ¿un camino posible?

Con la llegada de un hijo, la vida cotidiana se redimensiona, todo se hace más complejo, las piezas deben volver a encontrar su lugar y su ritmo; es entonces cuando se potencia la necesidad de contar con redes de ayuda. Las entrevistadas satisfacen sus necesidades en la esfera familiar y en instituciones privadas -del mercado- mientras que el Estado es un recurso menos utilizado, aspecto característico de estos niveles socioeconómicos. La familia y el personal doméstico remunerado constituyen los mediadores colaboradores más significativos para este grupo de mujeres.

Los servicios de salud y ciertas prácticas de los profesionales involucrados no satisfacen algunos aspectos prioritarios cuando transitan el embarazo, el parto, el posparto y

² Actualmente el Poder Legislativo evalúa una extensión de la licencia por paternidad que es de 48 hs. y podría pasar a 15 días.

la lactancia. Por el contrario se erigen como obstaculizadores en las redes donde las usuarias participan. La relación de las usuarias con las instituciones sanitarias evidencia una primacía de bienes materiales por sobre los bienes afectivos -intangibles- que son constantemente demandados.

Las necesidades y requerimientos de las mujeres aparecen como meros reclamos que no se canalizan hacia la efectiva construcción de espacios de debate en los que puedan ejercer sus derechos como usuarias. En parte, ello se debe a la estructura del sistema de salud, profundamente fragmentada, con escasa tradición de participación de los usuarios en los servicios de salud.

La interacción entre el equipo de salud y las mujeres en el proceso de atención de la maternidad se aproxima más una visión (des)integral de salud. Es notoria la ausencia de una mirada heurística que las contemple como sujetos sensibles con necesidades de cuidados y como ciudadanas con capacidad de ejercer sus derechos.

Un camino posible hacia la integralidad debería fomentar la progresiva constitución de redes de usuarios en los servicios de salud, los vínculos entre pares y una relación más sensible con los profesionales. En ese sentido sería necesario recuperar la dimensión cuidadora en el trabajo de los profesionales de la salud, ya que se priorizan las prácticas tecnologizadas y se abandona la capacidad de percepción de las necesidades de los usuarios, sustituyendo la escucha y el acompañamiento por procedimientos técnicos. (MERHY, 1998 citado por PINHEIRO et al., 2009).

La implementación de ese camino no es sencilla en un modelo de formación de recursos humanos en salud en el que impera una concepción netamente biomédica y en la que está ausente la enseñanza y la práctica de la “contención” que reclaman las mujeres que transitan por la maternidad.

Referencias

- DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. *Buenos Aires en Números*, 2009. Disponible en <http://www.buenosaires.gov.ar> Fecha de acceso: 22 Jul 2010.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires, PNUD/UNFPA, 200.
- GOLBERT, L. ¿Hay opciones en el campo de las políticas sociales? El caso del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires, CLACSO, 2004.
- LEHNER, M.P. *Los nacimientos de la casa a la maternidad*. Buenos Aires, 1930 a 1960. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas Nacionales de Historia Social, La Falda, Córdoba, 13, 14 y 15 de mayo de 2009.
- LÓPEZ, E.; FEDERICO, A. Salud de las mujeres y vulnerabilidad: vida reproductiva y prácticas preventivas. *Estudios Sociológicos*, n. XXI, 2003.
- LÚPICA, C.; JÓCANO, L. Situación actual de la lactancia materna en la Argentina. *Boletín de la Maternidad*, n. 4. Ministerio de Salud de la Nación, 2008.
- MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e ações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R (Comp.) *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*, Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.
- MARTINS, P.H. Repensando sociológicamente a nocaio linear de determinantes sócias. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Comp.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009(a).

MARTINS, P.H. Mares (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Comp.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009(b).

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Situación de Lactancia Materna en Argentina Año 2007. Buenos Aires: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2007.

PINHEIRO, R. et al. Matriz analítica de las experiencias de enseñanza de la integralidad: una proposición observacional. In: PINHEIRO, R. et al. (Comp.). *Enseñar salud: la integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud*. Buenos Aires: Teseo, 2009.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, v. 367, n. 9525, 2005.

De prácticas represivas a prácticas integrales y de cuidado en salud mental: la experiencia del corralito

SILVIA FARAONE
ANA VALERO
Yael GELLER
ERNESTINA ROSENDO
EUGENIA BIANCHI
NATALIA BOUCHT

Introducción

En este artículo abordamos resultados de un trabajo de investigación conjunto que se realizó entre el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA¹ y la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

La selección de esta jurisdicción se enmarca en que en la misma, a partir del año 2004 y amparada en la ley provincial 10.772, impulsa un proceso de transformación institucional en Salud Mental (CASTAÑO, 2005) basado en la “sustitución de lógicas manicomiales”,² con un impacto heterogéneo en las instituciones de salud mental de la provincia: la Colonia Oliveros (Oliveros), el Hospital Psiquiátrico Mira y López (ciudad de Santa Fe), el Hospital Psiquiátrico Agudo Ávila (Rosario) y el pabellón psiquiátrico de la Cárcel de Coronda.

El trabajo que aquí presentamos propone el análisis de este último dispositivo, el pabellón psiquiátrico de la Cárcel de Coronda que alojaba a personas mayoritariamente inimputables, su cierre definitivo y la reconstrucción de una nueva institucionalidad que introduce una práctica basada en la integralidad de la atención y la defensa de los derechos humanos de los usuarios de salud mental.

Metodología

La cartografía, la etnografía y la investigación transdisciplinaria (PINHEIRO et al., 2009) constituyen el marco metodológico que permitió un abordaje de la historia, la

¹ Proyecto UBACyT S404 2008-2010: Ciencias Sociales y Salud Mental: un estudio descriptivo sobre políticas y prácticas desinstitucionalizadoras en dos provincias argentinas.

² “Sustitución de las lógicas manicomiales” es definido desde la Dirección y los trabajadores de salud mental de Santa Fe como un concepto que reproblematisa el rol del manicomio pero no lo niega, sino que lo ubica como un espacio concentracionario donde desagua una extensa e intensa red de vasos comunicantes, de múltiples instancias segregatorias. Lógicas (concurrentes) que pueden nombrarse del siguiente modo: medicalización de los padecimientos subjetivos y las modalidades subjetivas, silenciamiento, exclusión social, judicialización, desasistencia. Así, sustitución de lógicas manicomiales es un concepto superador de desmanicomialización, desinstitucionalización, antipsiquiatría y antimaniconio, ya que ubica el punto central de opresión no sólo en los muros institucionales, sino en sus dispositivos, estrategias y formas discursivas.

cultura y lo cotidiano en el proceso de cierre del Corralito. La cartografía nos permitió construir aquellos puentes en el lenguaje, aquellas situaciones no visibles que posibilitan rastrear los procesos subjetivos más profundos, su huella en los sujetos – trabajadores y usuarios. La etnografía, centrada en la observación, en grupos focales y en las entrevistas en profundidad, nos adentró en los significados, construyendo una historia de los procesos vividos. La transdisciplina nos remitió a la potencialidad de miradas, de referencias teóricas y de un análisis integral de problemas sociales complejos.³

La matriz de análisis, acorde con esta perspectiva metodológica, contempla tres dimensiones nucleares que buscan delimitar los territorios en los cuales se mueven los sujetos de la experiencia: la dimensión macro, la dimensión micro y la dimensión molecular (PINHEIRO et al., 2009). A los fines de este trabajo, se utilizará en adelante la expresión “cierre de Corralito”, tomando la designación local con que se nominó el pabellón psiquiátrico, para hacer referencia al proceso complejo que abarca el período que va desde el inicio de la intervención del equipo de la Dirección de Salud Mental en el año 2005, hasta su cierre definitivo en octubre de 2008.

La centralidad de lo punitivo

Como punto de partida de nuestro trabajo tomamos como supuesto de base que el Corralito compartió con la cárcel de Coronda⁴ su lógica institucional (DAROQUI, 2002; TISCORNIA, 2004) representada por una “*calculada técnica de circulaciones*” (FOUCAULT, 2002), de medicamentos, personas, castigos y sanciones. Es decir que, como en todo contexto penitenciario (MARTÍNEZ, 2002), se hacen allí presentes un sinnúmero de mecanismos infrapenales, que se expresan a nivel de las prácticas concretas sin respaldo en marcos legales (FOUCAULT, 2002, p. 277).

Estas prácticas pueden pensarse inscriptas dentro del ámbito de violencia institucional. Reconocemos la *violencia*, cuando existe un lazo social que se basa en la fuerza, y ese lazo es a la vez jerárquico y desigual (IZAGUIRRE, 1998). Violencia supone un encuentro entre sujetos con fuerzas desiguales en términos materiales y de conocimiento, y es mediante el sometimiento de una de las partes donde se realiza lo esencial del vínculo violento (IZAGUIRRE, 1998). Pero como veremos más adelante, el contexto en que se desarrolla la experiencia que analizamos en este trabajo es un tipo de violencia particular, la *violencia institucional*. Esta consiste en una forma de violencia que es permanente, porque se manifiesta a través de rutinas y costumbres, pero que no se ve, en tanto dichas rutinas forman parte constitutiva de las pautas culturales del mundo

³ Trabajamos con informantes claves, trabajadores de salud mental que estuvieron y/o están involucrados en la experiencia del cierre del Corralito. Las entrevistas individuales en profundidad (cuatro) se utilizaron para el abordaje de las decisiones políticas y las estrategias de intervención médica, social y legal. El grupo focal apuntó a registrar acuerdos, tensiones y perspectivas entre los enfermeros (tres) que llevaron a diario la tarea de transformación al interior del propio penal.

⁴ La cárcel de Coronda fue fundada en 1933 y a partir de 1971 se la denomina "Instituto Correccional Modelo-Unidad 1", con el nombre "César Raúl Tabares". Actualmente posee unos 1.000 presos y 500 empleados (policías, guardia cárceles, etc.) según información brindada por personal de Alcaldía (La Opinión Rafaela: 2008) y, más del 50% de su población son detenidos procesados sin sentencia (CTC, 2005). El Corralito se instala en la cárcel de Coronda en pleno proceso democrático. Alojaba a personas con padecimiento psíquico, en su mayor parte inimputables.

institucional (SCHEPER-HUGHES, 1997). El Corralito puede ubicarse en el interjuego de una violencia institucional manifiesta en la relación intrínseca entre el ámbito penal penitenciario y el ámbito sanitario (PAVARINI; BETTI; 1984).

Remontándonos a la creación del Corralito, esta guarda estrecha relación con las dinámicas y tensiones específicas suscitadas entre los equipos de asistencia de los hospitales monovalentes -particularmente nos referimos a los profesionales- y aquellas personas con padecimiento psíquico que se encontraban atravesando un proceso penal, el conocido como “loco peligroso” (PITCH, 1989, p. 112; CARRARA, 1998; FOUCAULT, 1999). La distinción entre las personas que transitaban un proceso penal y las que no, parece asumir una dimensión sustantiva en la medida en que moviliza acciones y reclamos específicos de los profesionales que, en el caso concreto del Corralito, resultan en el rechazo institucional de estos conjuntos sociales. Así, la creación del pabellón psiquiátrico en la cárcel de Coronda es resultado de un intento de salida innovadora para dar respuesta a lo que era visto como problemático por los profesionales de los espacios asistenciales convencionales no penitenciarios.⁵ No está demás señalar que en la novedad de la solución encontrada ya se encontraba instalada y en germen la debilidad de la propuesta: el signo represivo de la intervención y la ausencia de todo valor terapéutico. Se trata de una transformación que se desentiende de los intereses de las personas afectadas y que responde, en forma exclusiva, a los intereses de algunos grupos específicos. Es así que la creación del Corralito tiene lugar en el año 1985, producto de un acuerdo interministerial con participación del Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Salud. Dicho acuerdo funda y legítima desde entonces su existencia.

El Corralito “Lo peor de lo peor”

En primer lugar, cabe destacar el emplazamiento del pabellón dentro de la cárcel. La ubicación es descripta como el lugar “más al fondo” de un largo pasillo, con tres puestos o “nudos” donde se disponían los controles penitenciarios intermedios. Dichos controles suponían barreras en el caso de necesidad de evacuación, en caso de producirse emergencias, como también barreras que debían ser atravesadas por el personal que asistiera a desempeñar sus tareas en el pabellón psiquiátrico. En virtud de su ubicación, el lugar contaba con la posición más desventajosa de todo el penal en caso de producirse una emergencia, ya fuera producto de un motín o de un accidente. Tal lo describen los propios trabajadores: “lo peor de lo peor”.

Entre los años 1985 y 2005, la organización del Corralito funcionó bajo la supervisión, además del personal penitenciario de seguridad común a todo el penal, de un equipo específico integrado por un jefe médico psiquiatra y dos enfermeros. Estas posiciones, si bien dependían en lo formal del Ministerio de Salud, en lo laboral respondían a

⁵ En especial se hace referencia al conflicto desencadenado en el año 1985 en uno de los hospitales especializados, el Hospital Psiquiátrico Mira y López de la ciudad de Santa Fe. El conflicto mencionado se desarrolla como resultado de una contienda de los profesionales del Hospital Psiquiátrico “Mira y López” de Santa Fe donde el personal presionó a sus autoridades exigiendo la finalización de las internaciones en ese dispositivo asistencial de personas con padecimiento psíquico que tuvieran causas penales.

los agentes del Servicio Penitenciario. En ese contexto, las condiciones asistenciales en salud mental en el Corralito presentaban, en todas sus dimensiones, rasgos propios de la práctica penitenciaria, que se manifestaban en: la ausencia del control sistemático de historias clínicas de los pacientes, la distribución de la medicación a cargo del personal penitenciario general, la dosificación de la medicación como castigo, la ubicación de los internos en ese espacio diferenciado dentro del penal como sanción. Bajo estas circunstancias el potencial terapéutico del espacio se encontraba reducido al mínimo.

Por otro lado, el Corralito se encontraba unido al resto del penal por una “frontera permeable” por la cual personas detenidas por fuera del pabellón psiquiátrico que no presentaban patologías psiquiátricas, eran llevados a este espacio a los efectos de reforzar sobre ellos el ejercicio del control y castigo. En razón de todo ello, dentro de la cárcel de Coronda, el Corralito constituía un espacio diferenciado de represión y punición. Estas prácticas internas dieron origen a numerosos reclamos protagonizados por diversos organismos de derechos humanos en el campo judicial, entre otros: Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) y la Coordinadora de Trabajo Carcelario (CTC).

Lo precedente, junto con la completa ausencia de toda actividad recreativa o laboral y la falta de planificación de acciones orientadas a la reinserción social, caracterizó en este primer período, la falta de desarrollo de potencial terapéutico que, como resultado, dejó el campo libre para la profundización de las prácticas centradas en estrategias control-represión y punición-castigo.⁶

El proceso de transformación: La recuperación de lo terapéutico.

El desafío para el equipo de la Dirección Provincial de Salud Mental, al ingresar a trabajar al Corralito, se centró en lograr establecer las coordenadas estratégicas necesarias para acompañar el proceso de cierre de éste. Es así que, el que hemos designado como “proceso de cierre”, es considerado a lo largo de este trabajo como un movimiento que no se produce en un acto puntual sino que se trata, en cambio, de un proceso complejo, macro-micro-molecular, que articula diferentes aspectos: la decisión política del cierre; la composición del equipo de intervención, la interacción entre sistema Penitenciario y de Salud, las condiciones físicas, la intencionalidad, las subjetividades y, finalmente, las estrategias y las prácticas.

En el año 2005, la intervención en el Corralito se inició con la conformación de un equipo interdisciplinario dependiente de la Dirección de Salud Mental. Este equipo estaba integrado por psicólogos, enfermeros y abogados. Por otro lado, los profesionales del servicio penitenciario perduraron en sus cargos, trabajando paralelamente al nuevo equipo. Es así que, con trayectorias profesionales, finalidades y expectativas de intervención diversas, ambos equipos – el dependiente del Servicio Penitenciario y el dependiente de la Dirección de Salud Mental – coexistieron con ciertas tensiones durante los tres años que duró este proceso.

⁶ Una situación paradójica que tiene lugar dentro de este momento, se desarrolla en 1995, cuando el Ministerio de Salud dispone el cierre formal del Pabellón Psiquiátrico, aunque dicha decisión no se concreta en la práctica y el Corralito sigue en funcionamiento en una especie de ‘limbo institucional’.

El equipo de la Dirección de Salud Mental se propuso trabajar con los pacientes allí alojados con una orientación terapéutica asistencial centrada en el *cuidado* y que suponía la sustitución de las lógicas punitivas-manicomiales por estrategias orientadas a recuperar un *proceso de integralidad en salud*. Concebimos la noción de *cuidado* no como un nivel de atención del sistema de salud, ni como un procedimiento técnico simplificado, sino como una acción integral, con sentidos y significados orientados a la comprensión de la salud como un derecho del ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2008, p. 23). El Equipo de la Dirección de Salud Mental intervino en el cierre del Corralito en el sentido más profundo en que se puede pensar el cuidado de los sujetos que allí estaban sometidos a violaciones y maltratos cotidianos. La noción de *integralidad*, la entendemos como un dispositivo político, centrado en la crítica de saberes y poderes instituidos, compuesto por “prácticas cotidianas que habilitan a los sujetos en los espacios públicos a engendrar nuevos órdenes sociales e institucionales en salud” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2008, p. 23). La construcción de estas prácticas en la experiencia de cierre del Corralito atravesó diferentes momentos, que en lo cotidiano, se representaron en tensiones, avances y retrocesos en las arenas institucionales.

En un primer momento, parte del trabajo se enfocó en la recopilación y sistematización de la información disponible sobre cada uno de los pacientes, y la elaboración de historias clínicas que estaban hasta ese momento ausentes por completo. Esto acompañado de un reacondicionamiento de las condiciones físicas del pabellón: ingreso de colchones, zapatillas, televisor y calefacción.

En un segundo momento, se procedió a adecuar los abordajes terapéuticos y farmacológicos; en esta instancia, se presentaron obstáculos propios de la lógica institucional (FARAONE, 2005). Esto se produjo fundamentalmente en dos sentidos: por un lado, porque las prácticas instauradas de castigo implicaban la “sedación” de pacientes; por otro lado, porque existía un fluido de comercio de fármacos del que participaban tanto los detenidos como el personal penitenciario. Estas condiciones alteraban drásticamente el marco de observación, y obturaban la posibilidad de constituir en aquel contexto un espacio asistencial.

Luego, y desde una intención terapéutica que reorientaba las prácticas hacia una reinserción social, se fueron planificando, según las posibilidades de cada uno de los pacientes, salidas hacia otros ámbitos por el afuera del penitenciario. Se puede pensar este momento como el de mayor tensión entre los actores involucrados, ya que en un mismo territorio convivían, en un espacio por demás adverso, las viejas prácticas y los nuevos dispositivos que orientaban un desplazamiento hacia lógicas expresivas y creativas que ponían en cuestión el nudo central en el que se fundaba el tratamiento: la propia alineación – opresión.

Una dificultad central con la que debió enfrentarse la Dirección de Salud Mental fue la inestabilidad en la permanencia de los integrantes que componían el equipo de intervención, dado que, la adversidad del contexto carcelario, en toda su complejidad, provocaba la permanente rotación de los profesionales comprometidos⁷. Así, sostener los

⁷ La sumatoria de obstáculos y la incertidumbre dada por la adversidad del contexto de intervención, otorgaban al proceso de cierre una dinámica de vaivén al estilo “Juego de la Oca” según el relato de los profesionales. Por ello, para sus propias percepciones resultaba dudoso el efecto de las acciones desarrolladas.

procesos instituyentes encarados, se tornó una tarea desgastante y dolorosa que implicó una rotación permanente de profesionales.

Cuando se toma la decisión concretar el cierre definitivo del Corralito, la Dirección de Salud Mental conformó un equipo de trabajo específico para esta etapa. Ésta implicó la organización de algunos dispositivos diferenciales: creación de un espacio terapéutico específico dentro de la Colonia Oliveros para alojar a los usuarios del Corralito que debían continuar un proceso de internación; generación de procesos de externación de aquellos pacientes que no requerían de internación; y también la profundización de la implementación de estrategias de cuidado, por medio de la creación y expansión de los departamentos de Salud Mental en Cárceles, de aquellas personas con padecimiento psíquico declarados imputables en sus procesos penales, que al ser externados del Corralito siguieron bajo el sistema penitenciario.

Reflexiones finales

Al Corralito hay que comprenderlo dentro del proceso histórico de las políticas que emplean el secuestro institucional, en el cual se pone de manifiesto “lo peor de lo peor”. La cárcel y el manicomio se asocian en un proceso de violación de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico, incluyendo violación al derecho a la vida, a la salud y a un trato digno y humano.

El recorrido descripto permite demostrar la compleja trama de organización que la Dirección de Salud Mental puso en juego con aquella población expuesta a situaciones de vulnerabilidad extrema. El ingreso del equipo de la Dirección de Salud Mental a la cárcel de Coronda, el trabajo en su interior, el abordaje terapéutico frente a las personas con sufrimiento psíquico y el posterior desmantelamiento del espacio físico del Corralito, constituyeron mojones sustantivos en la producción de una subjetividad colectiva instituida en procesos de integralidad que recuperan la construcción de modelos fundados en el cuidado, en prácticas no represivas, en la dignidad del trabajo y en el respeto a los derechos humanos.

El proceso aquí descripto dejó huellas tanto en los pacientes privados de su libertad, como en los profesionales que intervinieron en el desarrollo de la experiencia. En el transcurso de la misma hubo dolor, miedo, angustia; pero también se fundó la posibilidad de construcción de una práctica integral en término plural, ético y democrático.

Referencias

- CARRARA, S. *Crime e loucura*. São Paulo: EdUSP, 1998.
- CASTAÑO, G. Clínica/Política contrahegemónica. In: _____. *Subjetivaciones clínicas e insurgencias*. 30 años de salud mental. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2007. P. 63-69.
- CELS/MDRI. *Vidas arrasadas*. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008. p. 63-92.
- COORDINADORA DE TRABAJO CARCELARIO. *Cárcel de Coronda: La reconstrucción de los hechos*. Informe de la CTC. 20 de abril de 2005. Disponible en: <<http://argentina.indymedia.org/news/2005/04/284171.php>>. Acceso: 2 may. 2010.

- DAROQUI, A. La cárcel del presente, su sentido como práctica de secuestro institucional. In: GAYOL, S.; KESSLER, G. (Comp.). *Violencias, delitos y justicias*. Buenos Aires: Ed. Manantial, 2002. p. 191-204.
- FARAONE, S. *Desinstitucionalización: un modelo alternativo para el abordaje en salud mental o una política de reducción administrativa*. Tesis (Maestría en Salud Pública) – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2005. 150 p.
- FOUCAULT, M. *Los Anormales*. Argentina: FCE, 1999. Clase 15 de enero 1977. p 39-58.
- FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar*. Nacimiento de la Prisión. Argentina: Siglo XXI Editores, 2002. 314p.
- IZAGUIRRE, I. El poder en proceso: la violencia que no se ve. En: SADER, E. (Comp.). *Democracia sin exclusiones ni excluidos*. Venezuela: Ed. Nueva Sociedad, 1998. p. 135-147.
- MARTÍNEZ, J. Las burocracias penales y su violencia naturalizada. In: GAYOL, S.; KESSLER, G. (Comp.). *Violencias, delitos y justicias*. Buenos Aires: Ed. Manantial, 2002. p. 259-274.
- PAVARINI, M.; BETTI, M. La tutela social de la/a la locura. Notas teóricas sobre la ciencia y la práctica psiquiátricas frente a las nuevas estrategias de control social. *Revista Delito y Sociedad*. Buenos Aires, 1999 v. 13. p. 93-105.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no cotidiano. En: PINHEIRO, R. y ARAUJO DE MATOS, R. (Org.). *Cuidado*. As fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 23-38.
- PINHEIRO, R. et al. Matriz analítica de las experiencias de enseñanza de la integralidad: una proposición observacional. En: PINHEIRO, R. et al. (Comp.). *Enseñar salud*. Buenos Aires: Teseo, 2009. p. 55-77.
- PITCH, T. Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia. *Revista Delito y Sociedad*. Buenos Aires, v. 13, p. 111-138, 1999.
- SANTA FE (Provincia). Ley n° 10.772, 29 de noviembre de 1991. Impulsa un proceso de transformación institucional en Salud Mental basado en la implementación de prácticas asistenciales no represivas. La ley fue sancionada el 29-11-1991 y publicada en boletín oficial el 11-02-1992. La reglamentación fue aprobada el 21 de septiembre de 2007, y publicada en el boletín oficial el 28 de septiembre de 2007.
- SCHEPER-HUGHES, N. *La muerte sin llanto*. Barcelona: Editorial Ariel, 1997. 569p.
- TISCORNIA, S. Introducción. In: _____. (Comp.) *Burocracias y violencia*. Estudios de antropología jurídica. Buenos Aires: Ed. Antropofagia, 2004. p. 5-10.

Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas: experimentações de apoio matricial em busca da integralidade

RODRIGO CARIRI

Integralidade, redes e modelos de atenção

Nosso ponto de partida conceitual traz em si várias possibilidades que se complementam e se qualificam reciprocamente. Tomamos a integralidade como imagem objetivo, como sugere Mattos (2006), e aceitamos os sentidos iniciais que aponta em 2006, mas procuramos também dialogar com a rede que se constitui a partir das produções dos grupos de pesquisa do CNPq que vêm se dedicando a explorar o tema: o LAPPIS e o NUCEM.

Consideramos a integralidade como uma “bandeira de luta”, ideia, segundo Mattos (2006), de uma imagem objetivo. Esmiuçando a polissemia do termo, o autor propõe três produções sociais dessa diretriz de movimento. A primeira, a partir da análise dos modelos formadores e suas supostas implicações com as práticas de saúde, sobretudo as médicas. A segunda, a partir da integração entre prevenção e assistência a saúde, provocadas pela reforma do sistema de seguridade social escrito na constituição federal. E por fim, a recusa a programas ou intervenções intrassetoriais, ou simplesmente às políticas especiais.

A produção subsequente do LAPPIS estuda várias possibilidades de aplicação desses conceitos, e experimenta a produção de novos. Neste momento, nos interessa especialmente a concepção de redes de atenção e a discussão sobre os resultados das pesquisas publicadas e em curso. A estas concepções, experimentamos acrescentar o olhar da sociologia sobre as redes sociais. Parece-nos profícuo pensar as redes de atenção como redes sociais, ou enxergar as redes sociais que constituem e vitalizam os serviços de saúde.

Portanto, considerando o que afirmam Pinheiro e Luz (2007) sobre os modelos assistenciais, fazemos uma opção por colocar as práticas de saúde (atenção e gestão) em foco para discutir as transições no modelo de atenção de uma grande metrópole brasileira. Para além das práticas, se faz necessário, também, debruçar o olhar sobre as relações entre os que praticam. Admitindo o paradoxo que Martins (2008, p. 9) considera inerente à teoria social que se dispõe a analisar a dinâmica das sociedades complexas da contemporaneidade, temos que:

No fundo, a teoria da rede social revela a preocupação de explicar o fato social não a partir da liberdade individual, mas de uma injunção coletiva que se impõe às vontades individuais. Aqui, há, logo, um ponto de reflexão interessante para os analistas dos processos de

construção de solidariedades sociais de base que é o fato seguinte: ao admitirmos que as relações sociais se edificam a partir de uma experiência que tanto escapa ao imperialismo da obrigação coletiva como ao relativismo da liberdade individual, então estamos admitindo que obrigação e liberdade são elementos de um paradoxo. Ou seja, não se trata de colocar um dilema – ou isso ou aquilo: obrigação ou liberdade, interesse ou desinteresse –, mas de admitir que tais opostos não são contraditórios, sendo apenas expressões polares da realidade social complexa.

Esta análise só é possível pela opção da gestão municipal da Secretaria de Saúde do Recife em adotar um modelo de atenção centrados nas pessoas. Um modelo que tem por princípio a cogestão do processo de trabalho e que tem as práticas integrativas como um dos dispositivos para operar mudanças no modo como se entende e se faz saúde na cidade, retirando-as do recorrente lugar de práticas alternativas ou complementares.

Sobre este pano de fundo, propomos discutir a contribuição das práticas integrativas para a construção dos modelos de atenção e para a dinâmica das práticas de saúde. Utilizamos a denominação de práticas integrativas em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de 2006, mas também por algumas qualidades que o termo empresta. Luz (1997) analisa o que chama de práticas alternativas e propõe sua ascensão a partir da crise da saúde e da medicina. Essa autora utiliza cinco argumentos para sugerir que um novo paradigma para a medicina pode surgir do encontro entre estas práticas e as práticas biomédicas modernas. Esses argumentos dispõem sobre a relação médico-paciente e médico-objeto de intervenção social, se saúde ou doença, se técnica ou cuidado. Lacerda e Valla (2007) analisam o mal-estar coletivo e enxergam, nas práticas integrativas, aspectos do apoio social que emergem frente aos movimentos de individualismo crescente nas sociedades pós-modernas. Na experiência descrita neste texto, utilizamos esses olhares sobre a saúde e as práticas para fortalecer os movimentos de democratização da gestão do trabalho e do cuidado, expressos no modelo de atenção proposto e descrito a seguir. Interessa-nos como estas práticas podem apoiar os movimentos de construção da integralidade e consolidar o direito humano à saúde.

Recife em Defesa da Vida

Recife é umas das capitais mais importantes do país, por suas características geográficas, históricas e políticas. Uma cidade que guarda as marcas da chegada do modernismo no Brasil, em sua arquitetura, na saúde pública, na literatura e no universo acadêmico em geral. Tão forte quanto a influência positivista e racionalista na vida cotidiana da cidade, é a resistência popular traduzida em práticas e movimentos populares como o Movimento de Cultura Popular, da década de 60, e os Movimentos Populares de Saúde, desde a década de 70 até os dias atuais. Neste intenso e permanente confronto político-ideológico, quando houve ambiente democrático, as forças populares e progressistas sempre conquistaram hegemonia, como no caso do governo de Miguel Arraes, deposto com o golpe militar de 64. Este impôs à cidade do Recife uma gestão marcadamente liberal nas políticas públicas, em destaque aqui, a política de saúde. Desta forma Recife chega ao ano 2000 com um modelo de atenção alinhado com o que a literatura convencionou

chamar de modelo médico-assistencial privatista. Na pauta da gestão municipal, o plano de implantação do Polo Médico, uma perspectiva liberal e centralizadora, que propunha a capital de Pernambuco como o centro regional de medicina privada de ponta.

Em 2000, chega ao governo municipal uma coalizão de partidos de esquerda liderados pelo Partido dos Trabalhadores. Na agenda da saúde, a difícil tarefa de aproximar a política de saúde das necessidades da população estimadas por um forte aparato metodológico da epidemiologia. Aproximamo-nos agora do modelo de Vigilância à Saúde. A cidade assume a gestão plena do sistema, expande sua rede de atenção básica em mais de 1.000% e integra os serviços de média e alta complexidades, através de mecanismos de regulação do sistema. Este é o momento do enfrentamento de doenças infecciosas como a filariose, a hanseníase e a dengue, que teimavam em desrespeitar as aspirações da Veneza brasileira.

As marcas desse período aprofundaram suas raízes nas práticas de gestão marcadas pela vigilância e pela verticalidade, e nas práticas de saúde distanciadas do cuidado e da responsabilidade sanitária. Em 2008, o PT é reeleito para o terceiro mandato na capital e traz para a Secretaria de Saúde uma avaliação crítica do modelo até então vigente, propondo o aperfeiçoamento da rede de atenção orientado pelas noções de gestão da clínica, resumidas, sintetizadas no método paideia. Estamos diante do Recife em Defesa da Vida.

O novo modelo de atenção foi implantado paulatinamente, em respeito às construções anteriores e à capacidade atual de gestão. A primeira aposta foi a formação dos trabalhadores recém-concursados. Os conceitos de gestão da clínica, acolhimento, apoio matricial e equipes de referência e projetos terapêuticos singulares foram apresentados à rede municipal através do curso introdutório à Estratégia de Saúde da Família (ESF), exigência da Política Nacional de Atenção Básica. Como boa parte da rede concursada já havia sido formada em parceria com as instituições de ensino superior da cidade, na perspectiva do modelo de vigilância à saúde, o curso acabou se desenhando como um fórum de compartilhamento de experiências entre as equipes e ressignificação do processo de trabalho sugerida pela modelo em Defesa da Vida.

A implantação do acolhimento e a oferta de outros dispositivos do método paideia se deram por adesão das equipes, amparada pelas ações de apoio institucional e matricial. A proposta é que o apoio matricial seja oferecido entre equipes de mesmo nível hierárquico da rede (horizontal) e entre serviços de referência (vertical). No entanto, essas iniciativas esbarram nos movimentos corporativos de algumas categorias profissionais, especialmente a médica. Também é difícil vencer a inércia assistencial na qual funcionam as unidades de médica complexidade sob gestão municipal. Esses serviços têm funcionado como verdadeiros templos da assistência médica repartida, compartimentalizada, pouco resolutiva e extremamente descomprometida com os usuários.

A grande aposta da gestão municipal está na implantação de novos serviços de apoio à ESF, fiel ao objetivo de ampliação da clínica e incremento da capacidade de gestão do cuidado das equipes e produção de autonomia entre os usuários. Dentre estes serviços, temos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD) e os Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI). Os dois primeiros seguem as diretrizes de implantação e funcionamento propostos pelos documentos

de consenso da Política Nacional de Atenção Básica. O terceiro é uma concepção própria da cidade do Recife e inteiramente custeado com recursos próprios.

NAPI

Os NASF e SAD seguem as diretrizes nacionais no que diz respeito ao desenho de equipe, atribuições e noções sobre o apoio matricial. Para a articulação de práticas integrativas que já acontecem por protagonismo dos profissionais em várias unidades de saúde da rede, e para apoiar a implantação do apoio em práticas integrativas articulando estas práticas, oferecendo-lhes visibilidade e reconhecimento, a gestão municipal propôs uma gerência específica de práticas integrativas. Espelho da política nacional, esta gerência propôs um conjunto de medidas que hoje compõem o Plano Municipal de Saúde do Recife aprovado em sua conferência municipal. O NAPI apoiou-se na experiência que Recife acumula na oferta de práticas integrativas através de uma unidade especializada – a Unidade de Cuidados Integrativos Prof. Guilherme Abath.

Essa unidade funciona no Distrito Sanitário 2, zona norte do Recife, como referência para toda a cidade. Oferece nutrição, homeopatia e acupuntura como atendimentos individuais especializados, práticas corporais com referência em racionalidades orientais como ioga, *tai chi chuan*, *lian gong*, práticas corporais como a bioenergética, psicomotricidade relacional e a corporificação da consciência, e oficinas de dança e percussão, automassagem, danças circulares e prática de hidroginástica. A unidade foi proposta ainda dentro do modelo de vigilância à saúde, apesar de ter sido pensada desde o início como iniciativa de ampliação do referencial de saúde para toda a rede assistencial da cidade. Com um projeto terapêutico bastante coeso e sob uma gestão competente, consegue se estabelecer na cidade como uma experiência exitosa. No entanto, os descritores do modelo de vigilância atravessam o funcionamento da unidade como as outras unidades especializadas da cidade. Na avaliação dos usuários da UCIS, encontramos níveis de satisfação muito superiores aos de outros serviços. Na avaliação dos trabalhadores da casa e dos outros serviços da rede, ela não se articula com os outros serviços desde a atenção básica até a alta complexidade, não conseguindo articular-se nem mesmo com as práticas integrativas distribuídas no território do Recife, a não ser por fluxos informais.

A partir destas noções iniciais e da experiência da UCIS Guilherme Abath, foram montadas duas equipes NAPI para atender inicialmente a dois distritos sanitários do Recife. São dois instrutores de *tai chi chuan*, dois instrutores de ioga, uma profissional com formação em massoterapia e aromaterapia, uma profissional com formação em análise bioenergética e dois acupunturistas (uma médica e um fisioterapeuta), um médico antroposófico e uma farmacêutica com atuação na área de fitoterapia, além de uma equipe de nutrição integral composta por duas nutricionistas e uma técnica em nutrição.

A implantação do NAPI acompanhou as iniciativas de discussão e implantação de dispositivos do modelo de atenção proposto. Em cada microrregião da cidade, foram promovidas reuniões periódicas com as equipes de saúde, para discutir situações cotidianas vividas nos serviços de saúde e ampliar o contato com a gestão. Esta iniciativa visa, em um primeiro momento, a exercitar mecanismos de cogestão da clínica e, nesse contexto,

foi apresentada a proposta do NAPI. As equipes foram consultadas sobre seu conhecimento prévio, práticas atuais e interesses em trabalhar com práticas integrativas. Foram preenchidos 46 termos de intenção que sinalizavam o desejo das equipes em receber as ofertas do NAPI: 41 estão sendo atendidos no momento, distribuídos nos distritos 2 e 3 (11 e 14 unidades respectivamente, com 17 e 24 equipes ao todo).

Os termos apresentados foram analisados e a oferta de apoio estruturada em três formatos. Atendimento compartilhado realizado sobretudo pelos médicos acupunturistas e nutricionistas, no qual são discutidos casos visando à ampliação da clínica, à visão integral do indivíduo e à integração em rede no sistema. O fortalecimento a grupos foi realizado pelos instrutores de ioga, *tai chi chuan* e bioenergética. Os cursos foram oferecidos nas áreas de nutrição integral e fitoterapia.

Ainda em termos preliminares, podemos discutir alguns pontos críticos deste desenho. O atendimento compartilhado dos profissionais médicos remonta a um debate ainda não esgotado entre os que têm protagonizado a incorporação de práticas integrativas no cotidiano institucional dos serviços e do sistema de saúde brasileiro. Qual o papel de um médico, especialista em outra racionalidade no sistema?. Deve atender a um grupo específico de doenças, síndromes ou sintomas? Deve oferecer formação aos colegas do sistema? Quais os limites e finalidades desta formação? Na situação vivenciada em Recife, a essas perguntas se somam outras que dizem respeito ao encontro desse profissional com outros colegas em situação de apoio. O que deve então ser objeto do apoio? Tomamos como ponto de partida para a referência metodológica, o método paideia e a ideia de apoio matricial. A proposta, então, para esses entreconsultores, é de discutir os casos eleitos pelas equipes mirando a integralidade. Para isto, a ferramenta é a de construção de projetos terapêuticos singulares que utilizem a racionalidade e os recursos como os da Medicina Tradicional Chinesa na clínica cotidiana das equipes e na gestão do cuidado em rede.

O apoio aos cursos se dá como continuidade de uma experiência densa de educação popular em saúde no Recife. A terra de Paulo Freire vive e discute suas contribuições para a saúde desde a década de 70 com muita intensidade. As últimas experiências que confluem para o trabalho do NAPI são as iniciativas de formação de grupos de educadores populares, através de cursos/intervenções nas comunidades desempenhados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses cursos eram oferecidos pela Secretaria Municipal e visam a atuar em grupos populacionais específicos por gênero e faixa etária. São os Adolescentes Educadores em Saúde (AESA), o Idoso Educadores em Saúde (IESA) e os Educadores em Saúde da Mulher (ESAM). Soma-se a esta experiência o curso de formação dos ACS de Recife, oferecido com financiamento federal, através de repasse estadual mas com o projeto político-pedagógico montado e desempenhado pela própria Secretaria Municipal, com seus técnicos e profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e dentistas), na perspectiva da educação popular. Esses esforços partem de uma constatação da “medicalização” do trabalho do ACS, da tecnicização de sua prática educativa e do distanciamento da atuação comunitária desses atores fundamentais na ESF e em todo sistema de saúde.

As práticas de ioga, *tai chi chuan* e bioenergética estão sendo convidadas a pensar e discutir o cotidiano das equipes no fazer educação em saúde. As cosmovisões que os dois primeiros sistemas terapêuticos oferecem e o olhar ampliado ou integrado que a bioenergética possui sobre a relação entre mente e corpo humanos os aproximam dos grupos como uma oferta a mais na relação com os usuários e os coletivos, e como um reforço ou ampliação do escopo de ações desempenhadas nos grupos. Nestes casos, incrementamos a capacidade de cuidado, ou como diria Merhy, acrescentamos ferramentas à caixa. Como exemplo, poderíamos citar a ampliação do cuidado nas ações do pré-natal, com a incorporação da ioga no grupo de gestantes de algumas equipes. Esta prática ajuda a colocar entre as prioridades no acompanhamento das gestantes o preparo para o parto natural, aspecto pouco enfatizado frente à enormidade de práticas preventivas que recaem sobre as gestantes. Diante das preocupações com a sífilis neonatal, com a doença hipertensiva na gravidez, com a anemia e as infecções, por exemplo, deixa-se, amiúde, de trabalhar as expectativas da mulher sobre a gravidez e a maternidade. A ioga não se propõe a dar conta de tudo isso, mas também não se limita a uma prática corporal. Sua cosmovisão ajuda a compreender a gravidez como um processo vital e não uma doença. Seu encontro com a prática das ESFs tensiona as práticas instituídas em direção à integralidade.

Os cursos oferecidos nas áreas de nutrição integral e fitoterapia são propostas pedagógicas de intervenção e formação em redes. A nutrição aparece como prática de articulação intersetorial e integrada a iniciativas de desenvolvimento sustentável, consumo consciente e economia solidária. Na fitoterapia, trabalha-se com o elenco de medicamentos reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os dois cursos são pensados a partir das experiências anteriores, na perspectiva da educação popular, e exigem de seus participantes a formulação de um projeto de intervenção na comunidade assistida. Os cursos foram pensados inicialmente como forma de atender à maior demanda que as equipes apresentaram na primeira consulta realizada, mas também como estratégia de estabelecimento de vínculo entre as equipes e os NAPI. Os projetos de intervenção passam a ser o objeto do apoio, com o fim do curso.

Pari passu ao processo de implantação do NAPI, empreendeu-se também uma paulatina e necessária discussão do perfil assistencial da unidade de referência em práticas integrativas na cidade. A UCIS Guilherme Abath foi pensada inicialmente dentro do modelo de vigilância à saúde, como uma unidade especializada. Assim como as demais unidades de média complexidade do Recife, não se articulava em rede. Coerentemente com as iniciativas de implantação dos dispositivos do modelo em defesa da vida, teve início um debate na UCIS sobre o acolhimento. Feliz constatação para os apoiadores municipais e para a própria gerência da casa a unidade, esta apresenta um destacado perfil acolhedor, com uma organização do processo de trabalho que acompanha as discussões sobre o tema. Pelo acolhimento ingressam à UCIS todos os usuários; seu processo de trabalho está centrado na escolha compartilhada entre usuário e trabalhador sobre as ofertas da casa e a condição de saúde do usuário. Uma virtude que consideramos estar presente nesta etapa do itinerário terapêutico é a não-centralidade no diagnóstico e a ausência de um protocolo rígido orientado por doenças.

Discutindo o acolhimento com os trabalhadores da casa, demos falta de um espaço de compartilhamento de olhares, de discussão de casos e aprofundamento nas racionalidades oferecidas e suas possibilidades terapêuticas. Instituiu-se, então uma reunião semanal entre os trabalhadores que fazem acolhimento e a gerência da casa, aberta a todos os que fazem a UCIS e aos que atuam no NAPI. As discussões têm ultrapassado questões meramente clínicas e dispõem sobre os arranjos e mecanismos de produção de redes de atenção e de redes sociais de apoio – ou seja, Projetos Terapêuticos Singulares. Nasce daí outra demanda para o NAPI, também na perspectiva do apoio matricial: a instituição de uma prática cotidiana de referência e contrarreferência em práticas integrativas voltada para a ampliação da clínica e para a construção da integralidade.

(In)definindo o apoio em práticas integrativas

Quando assumimos o desafio de pensar uma inserção significativa das práticas integrativas nos SUS, nos deparamos com algumas questões éticas, filosóficas e políticas que precisam ser elucidadas ou, ao menos, colocadas em debate. Qual o papel destas práticas na construção de uma sistema de saúde construído sobre um marco constitucional de direito universal? Como estas práticas se colocam no contexto deste sistema de saúde e frente ao multifacetado capitalismo contemporâneo?

Em artigo que já comentamos anteriormente, Luz (1997) chama atenção para a emergência dessas práticas no Brasil e no mundo a partir da década de 70 do século passado. Muitos dos movimentos identificados pela autora dispõem sobre a falência ou sobre a insuficiência do modelo biomédico hegemônico, sobretudo na arte de cuidar das pessoas. Esta parece ser a virtude principal de todas as práticas e sua contribuição inicial. Mas pensar a política de saúde impõe a tarefa de extrapolar as relações micropolíticas e pensar a relação molecular-molar nesse processo. O debate sobre a cotidiana relação destas práticas com as políticas públicas é amplificado quando uma gestão municipal ousa em direção à institucionalização destas como um dos carros-chefe de seu modelo assistencial proposto.

A maioria, senão totalidade, dos estudos até então desenvolvidos no Brasil sobre as iniciativas de apoio matricial vem-se desenvolvendo à luz dos referenciais teóricos da Saúde Coletiva, mais especificamente da área de planejamento e gestão em saúde. As produções mais recentes de Gastão Wagner e colaboradores aprofundam a análise em aspectos psicológicos dos processos de gestão compartilhados, a exemplo do proposto por Cunha (2008). Como apresentamos inicialmente, nosso intuito é iniciar uma discussão sobre as contribuições do pensamento sociológico para a avaliação dessas práticas. Neste sentido, nos parece pertinente analisar as relações entre apoiadores e outros trabalhadores de saúde, não somente como relações de trabalho, técnico-científicas ou psicológicas, mas também contextualizadas em uma sociedade e influenciadas por esta.

Em primeiro plano, gostaríamos de destacar um paradoxo neste encontro. De nosso ponto de vista, parece razoável afirmar que essas práticas têm uma fundação eminentemente privada no Brasil. Seu funcionamento primeiro, fora do SUS, espelha-se no modelo privado de assistência à saúde no Brasil. Nas práticas corporais ainda há outro componente,

a contratação de atividades nas academias de ginásticas, centros esportivos ou espaços afins. Todo este marco instituinte possui uma forte influência individualista em operar o cuidado. Há uma grande contribuição que reconhecemos como Movimento de Dom (MARTINS, 2006), porém como adverte Caillé (2006), podemos encontrar vários sinais de interesse ou interessamento nas relações de dádiva e reciprocidade. Esta talvez possa ser uma contribuição do SUS para repensar e ressignificar essas práticas em sociedade.

O certo é que este debate não pode deixar de ser tensionado por quem assume esse desafio. As práticas integrativas não podem servir a elas próprias. A política pública não pode ser orientada para o fortalecimento dessas práticas como finalidade precípua. Esta deve ser uma consequência esperada, mas nunca um fim em si mesma. Diante disso, vivemos uma necessidade formativa nos temas relacionados à Saúde Coletiva, em especial em políticas públicas, gestão em saúde e das ciências sociais em saúde articuladas às estratégias de capacitação das equipes de apoio.

Dentro deste universo conceitual, gostaríamos ainda de destacar alguns pontos críticos. Uma visão atualizada sobre o capitalismo e seus reflexos na vida dos cidadãos do mundo nos convida a atualizar a noção de biopoder sugerida inicialmente por Foucault. As sobre-determinações do modo de produção capitalista se refletem na relação entre as pessoas e entre elas e o Estado. Daí emergem o tecnicismo e o distanciamento das profissões da saúde de uma prática cuidadora. A gestão de uma política pública precisa se ater a estes aspectos micropolíticos do trabalho em saúde. Precisa pensar e ousar em produzir um sistema de saúde feito por pessoas para pessoas. Pelbart (2003) utiliza o conceito de biopolítica para caracterizar o modo como o capitalismo opera o controle da vida, como exerce seu biopoder. Mas também, segundo o autor, podemos chamar de biopolítica as estratégias e mecanismos de resistência e produção de autonomia, de libertação.

O biopoder está presente nas práticas prescritivas tanto quanto nas preventivistas usurpando de homens e mulheres a autonomia do andar a vida, em nome da capacidade produtiva global. Estas tentações estão sempre presentes no exercício cotidiano do fazer saúde, sobretudo em um país capitalista periférico. Portanto, é mister refletir sobre as nuances micropolíticas, sobre biopolítica, práticas integrativas e os encontros destas com as práticas com as já consolidadas na sociedade.

A noção de dom ajuda-nos a pensar essas operações micropolíticas. No que temos vivenciado, podemos ensaiar afirmar que não há apoio sem dádiva, sem uma oferta clara para o andar a vida. As ofertas que estas práticas portam no encontro com os usuários e com as equipes de saúde por si só já caracterizam uma primeira dádiva. O apoio social que constituem integra o sistema de reciprocidade. Em oferecê-las, seus praticantes precisam ser convidados a pensá-las como contribuições sistêmicas e que o SUS cresce a avançar como política pública. Para isso, devem ser convidados a pensar as redes sociais de apoio e resistência biopolítica. A oposição, conflito ou disputa entre racionalidades, epistemes ou cosmovisões devem ser prontamente rejeitadas segundo esses princípios. Do encontro entre práticas que buscam se integrar, esperamos emergir um solidário e fecundo encontro de saberes.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAILLÉ, A. O Dom entre interesse e desinteressamento. In: MARTINS, P. H., CAMPOS, R. B. C. (Org.) *Polifonia do DOM*. Recife: Ed. Universitária UFPE; 2006. p. 25-66.
- CAMPOS, G.W.S. Paideia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: _____. *Saúde paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 103-21.
- CUNHA, G.T.; DANTAS, D.V. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: Grupos Balint-Paideia. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411p.
- LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 228p.
- LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7,,n. 1, p. 13-43, 1997.
- MARTINS, P.H. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: _____. *Redes sociais e saúde: Novas possibilidades teóricas*. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2008.
- MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.C. *Polifonia do dom*. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2006. 322p.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. 180p.
- MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116.
- PELBART, P. P. *Vida capital*. Ensaio de biopolítica. Rio de Janeiro: Iluminuras. 2003. 247p.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Roese – doutoranda em Enfermagem/UFRGS, professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas; pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRGS. Endereço eletrônico: adiroese@gmail.com

Águida Almeida Carvalho – enfermeira, especialista em Enfermagem Neonatal (Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais); coordenadora da Linha de Cuidado Perinatal do Hospital Sofia Feldman. Endereço eletrônico: aalmeidacarvalho@yahoo.com

Alda Lacerda – doutora em Saúde Pública (ENSP-Fiocruz); pesquisadora e professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-Fiocruz. Endereço eletrônico: alda@fiocruz.br

Aldiane Gomes de Macedo – aluna do Curso de Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Petrolina; bolsista PIBIC/AF.

Ana Cecília Cuentro – aluna do curso de Ciências Sociais; bolsista PIBIC do NUCEM (Núcleo de Cidadania) da UFPE.

Ana Cristina Messias – especialista em Saúde Pública e Saúde Mental; assistente social do Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco e do Juizado da Infância e da Juventude.

Ana Valero – antropóloga; investigadora principal proyecto UBACYT S404. IIGG, Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Correo electrónico: valero@netverk.com.ar

Andréia Burille – mestranda em Enfermagem/UFRGS; pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRGS. Endereço eletrônico: andreiburille@yahoo.com.br

Angela Casanova – mestre em Saúde Coletiva (IMS-UERJ); tecnóloga em saúde da Fiocruz com atuação no Núcleo de Saúde Coletiva do TEIAS-Escola Manguinhos.

Caroline Oliveira Alves – terapeuta ocupacional do Hospital Sofia Feldman; especialista em Desenvolvimento Infantil (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais). Endereço eletrônico: carolineoliveiraalves@gmail.com

Cesar Augusto Orazem Favoreto – médico, doutor em Saúde Coletiva (IMS-UERJ); professor adjunto no Departamento de Medicina Integral e Familiar e Comunitária da FCM-UERJ; pesquisador colaborador do Lappis. Endereço eletrônico: cesarfavoreto@globo.com

Cleciene dos Anjos Musquim – graduada em Enfermagem pela UFMT; membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC). Endereço eletrônico: clecieneanjos@hotmail.com

Deise Lisboa Riquinho – mestre em Enfermagem/UFRGS, doutoranda ENSP/FIOCRUZ, pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRGS. Endereço eletrônico: deiselis@terra.com.br

Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz – doutoranda em Desenvolvimento Rural/UFRGS, pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRGS. Endereço eletrônico: elizianerui@yahoo.com.br

Elysângela Dittz Duarte – enfermeira, doutora em Ciências da Saúde – área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais); professora adjunta do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFMG. Endereço eletrônico: dittzduarte@ig.com.br

Énderson Luiz Carvalho – aluno do curso de Ciências Sociais; bolsista PIBIC do NUCEM (Núcleo de Cidadania) da UFPE.

Erika da Silva Dittz – terapeuta ocupacional; doutora em Ciências da Saúde – área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; integrante da Linha de Cuidado Perinatal e da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman. Endereço eletrônico: erikadittz@hotmail.com

Ernestina Rosendo – Dra. de la Facultad de Medicina (UBA). Mg. en Salud Pública; psicóloga; investigadora principal proyecto UBACYT S404. IIGG, Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Correo electrónico: ernestina2001ar@yahoo.com

Eugenia Bianchi – socióloga; becaria doctoral de CONICET. Investigadora becaria. IIGG, Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Correo electrónico: eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

Felipe Dutra Asensi – coordenador da Pós-graduação Online em Direito da FGV DIREITO RIO; advogado (Universidade Federal Fluminense) e cientista social (Universidade do Estado do Rio de Janeiro); mestre e doutorando em Sociologia (Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro); aperfeiçoamento em Derechos Fundamentales y Globalización pela Universidad Complutense de Madrid (UCM); membro efetivo da Comissão de Direito Constitucional do Instituto dos Advogados Brasileiros (IAB). Endereço eletrônico: felipedml@yahoo.com.br

Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa – enfermeira; mestranda em Enfermagem (Universidade Federal de Mato Grosso); bolsista (CAPES); membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC). Endereço eletrônico: geohagata@gmail.com

Itamar Lages – enfermeiro; mestre em Saúde Pública (Universidade Federal de Pernambuco); docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco. Endereço eletrônico: itamarlages@yahoo.com.br

Jorge Barbosa de Lima – graduado em Ciências Sociais (Universidade Federal de Pernambuco); bolsista de Apoio Técnico do NUCEM. Endereço eletrônico: barbosadelima@yahoo.com.br

Júlia Cristina Amaral Horta – psicóloga, mestre em Ciências da Saúde – área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais); integrante da Linha de Cuidado Perinatal do Hospital Sofia Feldman. Endereço eletrônico: jcahorta@yahoo.com.br

Juliana Lofego – mestre em Ciência da Informação (IBICT-UFRJ); doutoranda em Comunicação e Informação em Saúde (ICICT/Fiocruz); professora no Curso de Comunicação da UFAC; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: julofego@gmail.com

Juliana Maciel Pinto – mestranda em Enfermagem (UFRGS); pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRGS. Endereço eletrônico: ju_pinto1@yahoo.com.br

Laise Barbosa – Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica.

Laura Filomena Santos de Araújo – enfermeira; doutora em Enfermagem Fundamental (Universidade de São Paulo); docente da Faculdade de Enfermagem da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso; membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania (GPESC). Endereço eletrônico: laurafil1@yahoo.com.br

Leandro Felipe Mufato – enfermeiro; mestrando em Enfermagem (Universidade Federal de Mato Grosso); bolsista (CNPq); membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC). Endereço eletrônico: leandro.mufato@yahoo.com.br

Liliana Findling – socióloga; especialista en Planificación de Sistemas de Salud; investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (IIGG/FSOC/UBA). Área Salud y Población. Correo electrónico: areasalud@sociales.uba.ar.

Ma. Antoniêta Albuquerque de Souza – professora adjunta da Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Petrolina. Curso de Enfermagem. Endereço eletrônico: antonietaalbuquerque@hotmail.com

María Paula Lehner – magíster en Sociología; becaria Ubacyt (IIGG/FSOC/UBA).

María Pía Venturiello – licenciada en Sociología; becaria CONICET (IIGG/FSOC/UBA).

Marisa Ponce – magíster en Ciencias Sociales y Salud; becaria CONICET (IIGG/FSOC/UBA).

Marlene Leandro Peixoto – aluna do Curso de Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Petrolina.

Marly Akemi Shiroma Nepomuceno – enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; mestranda em Enfermagem (Universidade Federal de Mato Grosso) membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC); advogada, especialista em Direito Público com ênfase em Direito Constitucional pelo Centro Universitário Cândido Rondon de Cuiabá-Mt. Endereço eletrônico: marlynepo1@yahoo.com.br

Mirna Barros Teixeira – mestre em Saúde Pública (ENSP – Fiocruz); analista de Gestão em Saúde da Fiocruz com atuação no Núcleo de Saúde Coletiva do TEIAS- Escola Manguinhos.

Natalia Boucht – socióloga; investigadora tesista; IIGG, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Correo electrónico: juanola148@hotmail.com

Patricia Araújo Bezerra – enfermeira; pós-graduada pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco; residência na USF Córrego do Jenipapo – Distrito Sanitário III, Recife. Endereço eletrônico: patxyab@hotmail.com

Paulo Henrique Martins – professor titular do Departamento de Ciências Sociais e professor no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco. Endereço eletrônico: pahem@terra.com.br

Raphael Soares Bezerra – aluno do Curso de Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco. Endereço eletrônico: ra_filosofo@hotmail.com

Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida – médico de Família e Comunidade; professor no Departamento de Promoção da Saúde da UFPB; mestrando em Saúde Coletiva - PPGISC/UFPE.

Rodrigo Silveira – mestre em Medicina e Saúde (UFBA); doutorando em Saúde Coletiva (IMS-UERJ); professor no Curso de Medicina, Universidade Federal do Acre; pesquisador associado do Lappis. Médico de Família e Comunidade. Endereço eletrônico: ropsilveira@gmail.com

Roseney Bellato – enfermeira; doutora em Enfermagem Fundamental (Universidade de São Paulo); docente da Faculdade de Enfermagem da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso; membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania (GPESC). Endereço eletrônico: roseney@terra.com.br

Roseni Pinheiro – professora adjunta do Instituto de Medicina Social da UERJ; líder do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS; pró-cientista FAPERJ/UERJ; bolsista de Produtividade do CNPq nível 2; coordenadora da Biblioteca Virtual Integralidade em Saúde – BIREME-PAHO-OMS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

Silvia Faraone – trabajadora social; Mg. en Salud Pública; directora proyecto UBACYT S404. IIGG, Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Correo electrónico: sfaraone@mail.fsoc.uba.ar

Tatiana Coelho Lopes – fisioterapeuta; doutora em Saúde Coletiva (IMS-UERJ); integrante da Linha de Cuidado Perinatal e da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman. Endereço eletrônico: tatianacoelho@yaho.com.br

Tatiana Engel Gerhardt – professora adjunta de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; doutora em Antropologia Social (Université de Bordeaux2/França); coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRGS; pesquisadora do Lappis. Endereço eletrônico: tatiana.gerhardt@ufrgs.br

Ximena Catalan – Assistente social; Coordenadora da Divisão de Saúde Mental da SESACRE.

Yael Geller – psicóloga; integrante de la Dirección de Salud Mental, Provincia de Santa Fe. Correo electrónico: yaelgeller@hotmail.com