

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUCSP**

Maura Castello Bernauer

**A Rede de Apoio Social no Autocuidado em Saúde, como parte
do Itinerário Terapêutico (IT) dos usuários que utilizam o
Sistema de Saúde da Baixada Santista – SP**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUCSP

Maura Castello Bernauer

**A Rede de Apoio Social no Autocuidado em Saúde, como parte
do Itinerário Terapêutico (IT) dos usuários que utilizam o
Sistema de Saúde da Baixada Santista – SP**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica: Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Professora Doutora Edna M. S. Peters Kahhale.

São Paulo

2013

Ficha Catalográfica

BERNAUER, Maura Castello. *A Rede de Apoio Social no autocuidado em saúde, como parte do Itinerário Terapêutico (IT) dos usuários que utilizam o Sistema de Saúde da Baixada Santista – SP*

São Paulo: 2013, 254 f.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Área de concentração: Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Edna M. S. Peters Kahhale

Palavras-chave: Rede de apoio social. Itinerários Terapêuticos. Relações de Gênero. Autocuidado.

Banca Examinadora

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

São Paulo, de 2013.

AGRADECIMENTOS

Ψ *Nesses anos estive com muitas pessoas, compartilhando vivências, angústias, conhecimentos e informações, cujo valor e intensidade seriam impossíveis registrar aqui. Esta tese não resultou apenas de meu esforço pessoal, mas também do apoio que recebi de pessoas especiais que foram fundamentais em tudo o que construí a partir de minha trajetória como aluna de doutorado. Por isso, agradeço especialmente à amiga Edna e seu companheiro de "viagem" Soubhi.*

Ψ *É à minha amada Família, que é e sempre será a minha base: "sem vocês eu não existo". Apesar das poucas palavras, sempre souberam suportar meus momentos de angústia e me incentivar para que mais esta etapa estivesse sendo superada. Temos realizado várias coisas juntos, e esta é apenas uma parte das várias conquistas que nossa caminhada comum a nós reserva.*

Ψ *O futuro nos aguarda juntos.*

Obrigada a todos.

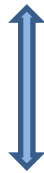
Beijos,

Maura

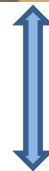
*Ensine-me, querida criatura, a pensar e a falar.
Mostre à minha presunção mundanamente rude,
Sufocada em erros, débil, superficial, fraca,
O significado encoberto de suas palavras.
Contra a verdade pura da minha alma, por que se esforça?
Para fazê-la vagar em um campo desconhecido?
Você é um Deus? Você me recriaria?
Transforme-me então e ao seu poder eu me renderei.*

William Shakespeare, "A comédia dos erros"

SANTOS



Rodovia dos Imigrantes



PUC - SÃO PAULO

RESUMO

O papel do indivíduo frente aos agravos de saúde não ocorre passivamente; existem estratégias, muitas vezes desconhecidas pelos serviços de saúde, que motivam a busca de cuidados. Acredita-se que os grupos sociais estabelecem relações de apoio, compondo redes que definem práticas terapêuticas e itinerários de cuidado e colaborando no enfrentamento de situações de vida cotidianas. O objetivo desta pesquisa é investigar como a Rede de Apoio Social interfere na configuração do Itinerário Terapêutico e do autocuidado em saúde de homens e mulheres usuários do Sistema de Saúde da Baixada Santista – SP. Toma-se como base as Relações de Gênero, acreditando que os itinerários terapêuticos e as questões de gênero são categorias analíticas que podem auxiliar na apreensão dos processos associados à adesão ao autocuidado em saúde e promover a cidadania e a autonomia da população, bem como o protagonismo no seu dia a dia. Este estudo tem como Referencial Epistemológico a concepção materialista histórica dialética com base na perspectiva da Psicologia sócio-histórica. Os Itinerários Terapêuticos representam a via de acesso aos *significados* do processo de autocuidado, com vistas ao entendimento de como agem os sujeitos em relação ao seu “mal-estar” na busca por soluções tanto em clínicas médicas tradicionais quanto em sua rede social via compartilhamento de crenças e práticas que expressam seu *sentido* pessoal do processo saúde e doença. As categorias elencadas possibilitarão obter informações sobre práticas e saberes que integram a Rede de Apoio Social das pessoas e compreender os processos de escolha que desenham seus itinerários terapêuticos. Metodologicamente, a pesquisa é avaliativa e transformadora em seu próprio campo de coleta de dados, tendo sido desenvolvida em três frentes: por meio de entrevistas presenciais, gravadas em áudio, com questões abertas e fechadas, em uma Unidade Saúde da Família – USF da Zona Noroeste da cidade de Santos; em Local Público (praça, praia, restaurante, banca de jornal etc.), e pela Internet (*web*) com homens e mulheres saudáveis, residentes em cidades da Baixada Santista. A amostra do estudo foi composta por 102 usuários do Sistema Público e Privado de saúde, com idade acima de 17 anos. A análise qualitativa dos dados fez uso das categorias rede de apoio social, itinerários terapêuticos, e autocuidado, inseridos no programa Sphinx Brasil. Para a análise quantitativa foram utilizados os conglomerados Clusters, do software SPSS (*Social Package for Social Sciences*). A metodologia adotada amplia a concepção das pesquisas “tradicionais”, pois envolve uma escuta ativa da população, promove a busca de informações minuciosas sobre suas *situações de vida* e estimula a autocrítica por meio da incorporação do olhar de atores sociais. Em consequência, pretende incentivar o protagonismo no sentido de que cada pessoa seja o sujeito de sua própria história, com capacidade de decisão sobre suas opções.

Palavras-chave: Rede de Apoio Social. Itinerários Terapêuticos. Relações de Gênero. Autocuidado.

ABSTRACT

The role of the individual in response to health loss doesn't occur passively; strategies are often unknown to healthcare services, which motivate the search for care. It's common belief that social groups establish supportive relationships, forming networks that define therapeutic practices and caring itineraries, and collaborating in coping with everyday life situations. The objective of this research is to investigate how the Social Network Support interferes in the configuration of Therapeutic Itinerary and Self-caring Health of men and women using the Healthcare System in Baixada Santista, São Paulo, Brazil. Gender Relations are taken as a basis when considering that therapeutic itineraries and gender issues are analytical categories that can help in the apprehension of processes associated to self-care health adhesion and also promote population's citizenship and autonomy as well as their role in their daily lives. As an epistemological reference this study has a dialectical historical materialistic conception under the perspective of Sociohistorical Psychology. The listed categories will enable us to obtain information on practices and knowledge that integrate the Social Network Support and to understand selection processes that define their therapeutic itineraries. The Therapeutic Itineraries represent the access to the *meanings* of self-care process, aiming to grasp how individuals act in relation to their own malaise in search for solutions both in the traditional medical clinics and in their social network through the sharing of beliefs and practices that express their personal *sense* of health and illness process. Methodologically, the research is evaluative and transforming in its own field data collection, having been developed in three fronts: through live interviews, audio recorded, with open and closed questions, in a Family Health Unit (USF) in the north-west region of Santos, SP; at a public place (square, beach, restaurant, newsstand etc.); and over the Internet (web) with healthy men and women living in cities of Baixada Santista. This study sample consisted of 102 users of healthcare public and private systems, aged above 17 years. The qualitative data analysis made use of the categories social network support, therapeutic itineraries and self-care inserted in the Sphinx Brazil program. For the quantitative analysis we used clusters by means of the SPSS (*Social Package for Social Sciences*) software. The methodology chosen amplifies the concept of "traditional" researches as it involves active listening of the population, promotes the search for detailed information about *real life situations*, and encourages self-criticism by incorporating social actors' opinion. As a consequence, it intends to stimulate awareness in the sense that each individual is the subject of his own history, capable of making decisions on his options.

Keywords: Social network support. Therapeutic Itineraries. Gender Relationships. Self-care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de Apoio Social.....	17
Figura 2 – A Rede de Apoio nos Itinerários Terapêuticos.....	21
Figura 3 – Itinerários Terapêuticos nas Unidades de Saúde.....	22
Figura 4 – Função da Rede de Apoio Social.....	23
Figura 5 – Dinâmica dos Sistemas de Saúde.....	36
Figura 6 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS.....	40
Figura 7 – Estudo das Redes.....	58
Figura 8 – Sistema de Rede de Apoio Social.....	67
Figura 9 – Mapa das cidades que compõem a Baixada Santista (SP), identificando os locais de coleta de dados da pesquisa.....	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Instrumentos de medida de Apoio Social.....	102
Quadro 2 – Síntese do processo de coleta de dados	133
Quadro 3 – Síntese dos critérios de análise norteadores dos resultados.....	136
Quadro 4 – Categorias de <i>situação de vida</i> x narrativas dos participantes.....	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição em % segundo sexo e etapa do ciclo vital dos participantes.....	137
Tabela 2 – Distribuição em % segundo sexo e nível de Ensino	137
Tabela 3 – Distribuição em % segundo sexo e número de moradores na residência.	138
Tabela 4 – Distribuição em % segundo sexo e condições de moradia.	138
Tabela 5 – Distribuição em % segundo sexo e renda de todos que vivem na residência.	139
Tabela 6 – Distribuição em % segundo sexo e quantidade de pessoas que contribuem com a renda de todos que vivem na residência	139
Tabela 7 – Distribuição em % segundo sexo e profissão.....	140
Tabela 8 – Distribuição em % segundo sexo e número de filhos.....	140
Tabela 9 – Distribuição em % segundo sexo e parceria afetivo-sexual.....	141
Tabela 10 – Distribuição em % segundo sexo e estado civil.....	141
Tabela 11 – Distribuição em % segundo sexo tempo de relação estável.....	142
Tabela 12 – Distribuição em % segundo sexo e significado de família (1ª.opinião).....	143
Tabela 13 – Distribuição em % segundo sexo e significado das relações familiares (2ª. opinião).....	143
Tabela 14 – Distribuição em % segundo etapa do ciclo vital e com quem conversa sobre sentimentos – 1ª. escolha.....	144
Tabela 15 – Distribuição em % segundo sexo e com quem conversa sobre sentimentos (1ª escolha).....	144
Tabela 16 – Distribuição em % segundo sexo e cuidador do mal-estar.....	145
Tabela 17 – Distribuição em % segundo sexo e Itinerário terapêutico (1ª. escolha).....	147
Tabela 18 – Distribuição em % segundo sexo e Itinerário Terapêutico (2ª. escolha).....	147
Tabela 19 – Distribuição em % segundo sexo e itinerários terapêuticos: a Prática de cuidados (1ª. escolha).....	148
Tabela 20 – Distribuição em % segundo sexo e itinerários terapêuticos: a Prática de cuidados (2ª. escolha).....	148
Tabela 21 – Distribuição em % segundo sexo e informação sobre saúde.....	149
Tabela 22 – Distribuição em % segundo sexo e fumo.....	149
Tabela 23 – Distribuição em % segundo sexo e dieta.....	149
Tabela 24 – Distribuição em % segundo sexo e consumo de álcool.....	150
Tabela 25 – Distribuição em % segundo sexo e prática de atividade física.....	150
Tabela 26 – Distribuição em % segundo sexo e lazer: encontro com amigos.....	150
Tabela 27 – Distribuição em % segundo sexo e lazer: passeio ao ar livre.....	150
Tabela 28 – Distribuição em % segundo sexo e Rede de Apoio Social.....	151
Tabela 29 – Distribuição em % segundo sexo e a Estrutura da Rede de Apoio Social....	152
Tabela 30 – Distribuição em % segundo sexo e função da Rede de Apoio Social.....	152
Tabela 31 – Distribuição em % segundo sexo e Situação que ativa a Rede de Apoio Social	152

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Quadro: Itinerários Terapêuticos em Saúde.....	238
Anexo B – Lista das Ações Programáticas da Cidade de Santos.....	239
Anexo C – Bibliografia eletrônica para pesquisas das <i>WEB</i> Redes	242
Anexo D – UFS Jardim Castelo.....	243
Anexo E – Questionário sócio demográfico	246
Anexo F – convite para os participantes da pesquisa via <i>web</i> (internet) e questionário....	248
Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE individual.....	249
Anexo H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE grupal (lista).....	251
Anexo I – Parecer Comissão de Ética em Pesquisa – CEP, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, sob protocolo n.351/2010.....	253
Anexo J – 03/2011 – Aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Ética em Pesquisa - CEP da Prefeitura Municipal de Santos.....	254

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO.....	19
1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	33
1.1 Uma breve caminhada nos territórios do Sistema de Saúde Brasileiro.....	33
2 “EMARANHADOS NA REDE.....	51
2.1 Contextualizando Redes de Apoio Social.....	51
2.2 Rede de Apoio Social, Apoio Social e Suporte Social: revisão bibliográfica....	53
2.3 Articulando e explicitando as categorias: apoio social, rede social e integração social.....	82
2.4 Apoio Social e Rede de Apoio: articulação com a categoria Itinerários Terapêuticos, posicionamento na pesquisa que se desenrola.....	103
3 AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DA REDE DE APOIO SOCIAL NA “TRAMA” DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	107
3.1 Práticas de cuidados e sistemas de cuidados	111
3.2 O cuidado e a saúde	114
3.3 Cuidados, experiência de “adoecer” e Itinerário Terapêutico	117
4 PROCESSO DE PESQUISA.....	126
4.1 Objetivos	126
4.2 Hipóteses e/ou questões norteadoras	128
4.3 Metodologia	128
5 RESULTADOS DA PESQUISA.....	136
5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo e Rede de Apoio Social.....	136
5.2 Rede de apoio: tamanho.....	139
5.3 Rede de apoio: qualidade das relações.....	141
5.4 Itinerários Terapêuticos.....	146
5.5 Cuidado/autocuidado e Rede de Apoio Social.....	149
5.6 Histórias das Famílias.....	154
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	185
CONCLUSÃO.....	206
REFERÊNCIAS.....	209
ANEXOS.....	238

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho nasceu do desejo conjunto de trocar experiências e incentivar o intercâmbio de saberes dos profissionais da área da Saúde. Acreditamos que seja possível criar novas formas de lidar com o conhecimento, estabelecendo outras modalidades de investigação e atuação na pesquisa em Psicologia e Saúde por meio da abordagem da Psicologia Sócio-Histórica, ao produzir o protagonismo por meio da potencialização dos indivíduos. Entendemos, desse modo, que as práticas de saúde precisam ser avaliadas e monitoradas, possibilitando um aumento na eficácia e efetividade da assistência que abarque a constituição subjetiva dos diferentes fenômenos envolvidos.

Para isso, propomo-nos a apreender o significado da Rede de Apoio Social no cuidado (autocuidado) de usuários que frequentam os diversos equipamentos do Sistema de Saúde dos Municípios da Baixada Santista tendo como referência os Itinerários Terapêuticos e as Relações de Gênero.

Não é nossa intenção discutir aqui os problemas político-financeiros do nosso país, mas este é um momento histórico, o pano de fundo de todas as ações de saúde e do cotidiano dos sujeitos pesquisados e pesquisadores. Por isso vamos tratar sim, direta ou indiretamente, de problemas sociais ligados à distribuição desigual de renda, à intensificação da pobreza, à precarização das condições de moradia, ao saneamento básico, ao aumento do desemprego e à falta de acesso aos Direitos Básicos de todo cidadão – como alimentação e segurança, entre outros.

Isso posto, destaco aqui minha dupla formação acadêmica, Enfermagem e Psicologia, bem como o desejo de desenvolver uma pesquisa que possa contemplar novas formas de pensar o cuidado à saúde, a participação e construção de cada ator social nesse contexto e seus modos de subjetivação.

Esta pesquisa vale-se de uma estratégia anti-hegemônica com uma característica de instituinte, ou seja, é formada ao passo que se constrói e é construída ao passo que se forma; nesse processo, pressupõe-se reflexão. O movimento de aplicação dessa estratégia e a reflexão sobre ela nos permitem – em um movimento de avanços e recuos – refletir sobre o seu papel, assim como pressupõem uma relação democrática.

Um dos diferenciais desta proposta de pesquisa está na abrangência de abordagem, tão extensa que o “leque” de opções para estudos também é bastante amplo. E o tempo transcorre rápido, principalmente o acadêmico.

Para fins de exposição, a princípio utilizaremos a expressão Rede de Apoio¹, que compreende os diferentes aspectos das relações interpessoais envolvendo qualquer informação, falada ou não, e/ou assistência material e proteção oferecida por outras pessoas e/ou grupos com os quais se têm contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos, ou seja, a ideia de algum componente de amparo, segurança, suporte, auxílio e/ou proteção na relação.

Tínhamos como “grande” **problemática** a seguinte questão: *Qual Itinerário Terapêutico as pessoas “fazem antes de chegar” aos Equipamentos de Saúde?* Ou seja, a partir do momento, da percepção do *mal-estar* até a chegada, entrada etc., quais seriam os caminhos percorridos, suas expectativas, percepções, experiências e processo de busca de cuidado? Dadas as exigências e os limites de tempo requeridos pelo trabalho acadêmico, optamos pelo seguinte **foco**: apreender o *significado* da rede de apoio como parte do itinerário terapêutico do cuidado (autocuidado) tendo como referência “situações de vida” dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)² e as Relações de Gênero, que se desdobra nas seguintes **hipóteses**:

- quais as dimensões da rede de apoio social utilizadas por homens e mulheres;
- homens e mulheres constroem redes de apoio social de tamanhos distintos (maiores e/ou menores);
- homens e mulheres constroem redes de apoio social distintas (mais ou menos densas);
- homens e mulheres têm e/ou constroem itinerários terapêuticos de maneiras distintas;
- homens e mulheres cuidam de si mesmos de maneiras distintas;
- homens e mulheres cuidam de outras pessoas de maneiras distintas.

¹ “[...] a falta de especificidade na definição conceitual e nas técnicas de avaliação do constructo ‘apoio social’ utilizado nas publicações/pesquisas brasileiras.” (GONÇALVES *et al.*, 2011).

² O Sistema Único de Saúde foi criado no Brasil em 1988 e promulgado na Constituição Federal, tornando o acesso gratuito à saúde um direito de todo cidadão.

Considerando o **objetivo** da pesquisa e as hipóteses levantadas, cabe explicitar as categorias Itinerário Terapêutico (IT) e Rede de Apoio Social (RAS) para contextualizar o leitor na complexidade do processo que nos propomos a analisar.

O itinerário terapêutico é um processo complexo e dinâmico que o ser humano desenvolve ao propiciar sua sobrevivência. Ele é mais amplo do que o recorte que será apresentado ao analisarmos as redes de apoio social como parte integrante do mesmo.

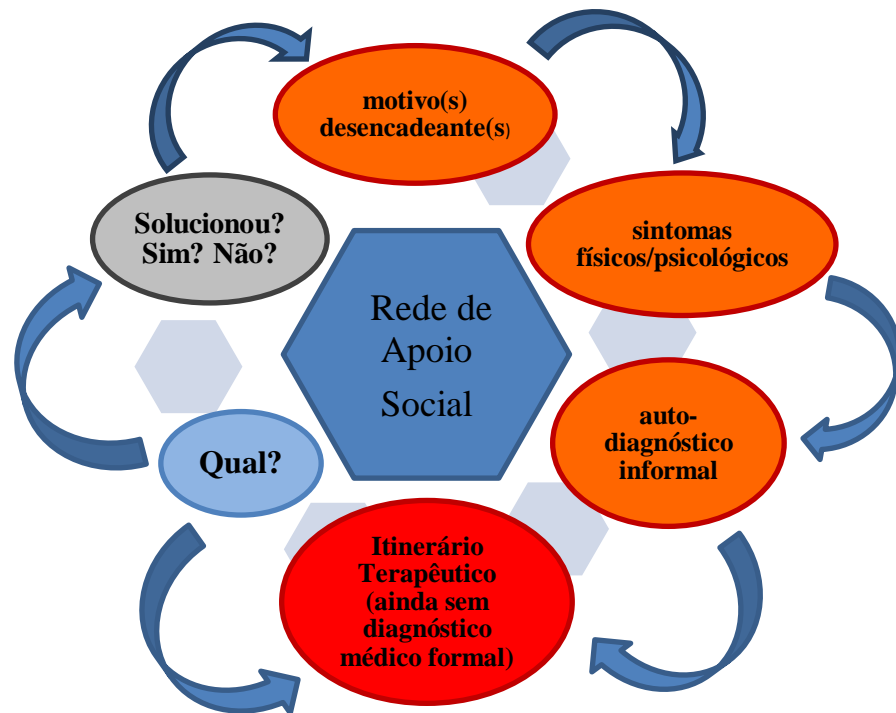
O procedimento aqui adotado é coerente com o movimento dialético e dialógico que fundamenta todos os fenômenos. É um processo inacabado e aberto porque não se fecha na permanência e aceita outras possibilidades ou movimentos que não apenas se somam, mas que acontecem ora na contradição, ora na unicidade, produzindo sempre um devir, um “vir-a-ser”.

Esta pesquisa está aberta a novas possibilidades de olhares, em que contradições, embates e movimentos poderão enriquecer o trabalho e aumentar nosso desejo de continuar nos movimentando. A dúvida impulsiona.

O movimento dialético entre a objetividade e a subjetividade é contínuo durante uma pesquisa de cunho sócio-histórico, e constitui tanto o sujeito pesquisado como o pesquisador – é uma construção de mão dupla, uma relação dialógica que vivenciamos ao longo de todo o processo de pesquisa.

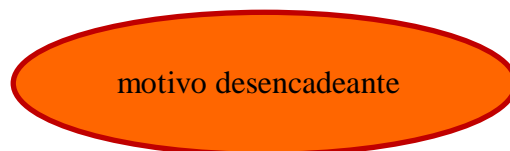
Primeiramente explicitaremos a Rede de Apoio Social (fig. 1), desenvolvida por etapas para facilitar a compreensão do movimento de todo o processo envolvido no autocuidado expresso nos Itinerários Terapêuticos construídos pelos indivíduos.

Figura 1 – Rede de Apoio Social.

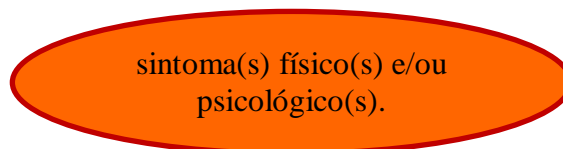


Fonte: elaborado pela autora.

Comecemos nosso raciocínio focando o comportamento da população frente a seus problemas de saúde e incluindo a construção de itinerários³ até os serviços médicos disponíveis, que são estruturados por universos socioculturais específicos a partir de um



, que é a forma pela qual os membros de uma dada sociedade situam-se em relação à doença, ou como a percebem. Em outras palavras, são estratégias de enfrentamento daquilo que os perturba, podendo ser qualquer sensação ou




Em nossa sociedade ocidental (leia-se Brasil) temos o hábito de fazer o que iremos chamar de

³ LEITE e VASCONCELLOS (2006).



autodiagnóstico
informal.

A partir daí, as pessoas passam a buscar a solução para seus problemas de saúde.



Busca de solução do
mal-estar

Inicialmente, o indivíduo procura soluções em casa, com família, amigos e em práticas cotidianas, sem ainda ter um diagnóstico formal. Caso o mal-estar persista, ele precisará procurar um profissional da área da Saúde ou uma Unidade de Saúde (particular, conveniada ou pública). Todo esse processo compõe o Itinerário Terapêutico, enquanto os familiares, amigos, profissionais da área da Saúde e outras pessoas formam a Rede de Apoio Social.

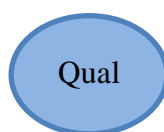
INTRODUÇÃO

No Brasil, a expressão *itinerário terapêutico* foi primeiramente utilizada pela Antropologia e depois pela Enfermagem. A proposta do grupo de estudo⁴ do qual faço parte é conhecer, discutir e refletir sobre essa categoria de uma forma mais ampla, para que possamos avançar, enquanto pesquisadores e estudiosos, na criação de um *locus* de itinerário terapêutico como processo de saúde, e não de doença, representado no quadro Itinerários Terapêuticos em Saúde (ANEXO A).

Em nosso país, as pesquisas acadêmicas que adotam a categoria analítica dos itinerários terapêuticos são recentes. Em geral, falar em itinerários terapêuticos remete à ideia do perambular de indivíduos pelas instituições de saúde (trânsito de sujeitos pelos aparelhos oficiais de saúde – hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBSs), entre outros). No entanto, entendemos essa categoria como um processo mais amplo, que compreende os caminhos percorridos e construídos pelas pessoas na busca de soluções para a manutenção e/ou problemas com saúde. Tal visão envolve uma complexidade que se estende desde a dimensão pessoal, familiar e de grupos sociais de referência e de apoio até o Sistema de Saúde; abrange também práticas terapêuticas e cuidados consigo mesmo e com o outro, e dimensões subjetivas e simbólicas nas relações de apoio social que permeiam todo esse itinerário. Em outras palavras, há uma dimensão de cuidado e autocuidado (intersubjetividade) na relação sociocultural que se estabelece entre os sujeitos.

Este é o processo que será tratado no presente trabalho: as dimensões subjetivas e simbólicas das Redes de Apoio Social imersas nos Itinerários Terapêuticos de busca e cuidado para saneamento do mal-estar. Destarte, a subjetividade – tanto pessoal quanto social – vem à tona com a experiência e na relação com o outro no momento das ações práticas (*práxis*).

Com base na figura 1 acima, pode-se constatar que as formas de pensar e sentir são contraditórias:



caminho (itinerário) a pessoa seguirá após a sensação de mal-estar?

⁴ LESSEX – Laboratório de Estudos em Saúde e Sexualidade (Núcleo de Psicossomática da PUC-SP).

A pessoa pode buscar o Sistema Público ou o Sistema Privado de Saúde?

Busca de Solução: Itinerário Terapêutico – IT

Ou *não* buscar nenhum serviço de saúde formal?

Todo o processo de busca de solução para sanar o mal-estar ou doença, busca pelo tratamento, escolha do Serviço de Saúde e adesão ao tratamento é acompanhado por uma

Rede de Apoio
Social

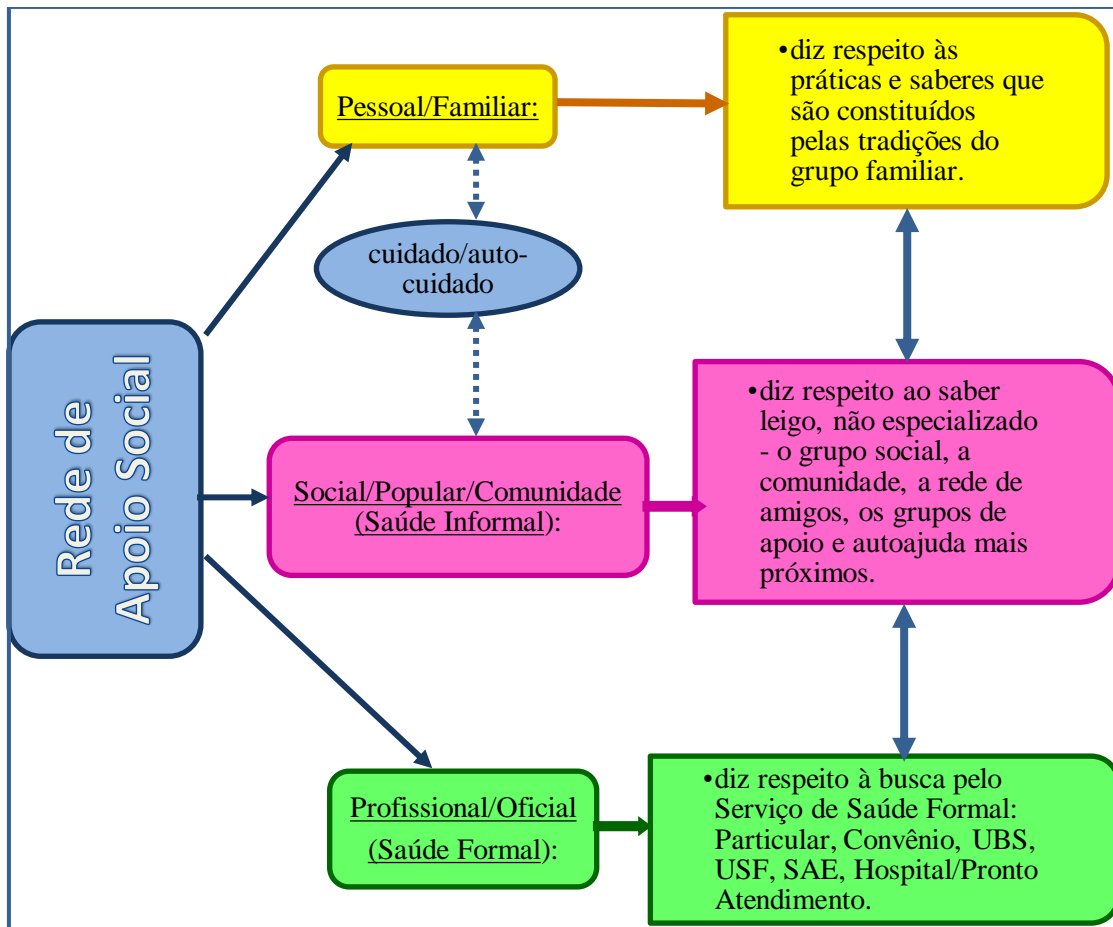
A pessoa pode buscar a solução sozinha ou pedir conselhos – ajuda – de outras pessoas; ou tentar resolver tudo sozinha; ou ainda, dependendo do episódio, optar por enfrentamentos diferentes.

Cuidado/
autocuidado

Dar apoio a alguém pode frequentemente significar “cuidar do outro”. O cuidado é sempre uma interação entre duas pessoas, um processo de troca, uma atitude prática (ações de saúde) visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar. Em outros termos, significa “dar autonomia ao outro”, suprimindo suas demandas e necessidades.

Para melhor entendimento, subdividimos o itinerário terapêutico em três dimensões, de modo a melhor demonstrar a complexidade dos cuidados em saúde envolvidos.

Figura 2 – A Rede de Apoio Social nos Itinerários Terapêuticos.



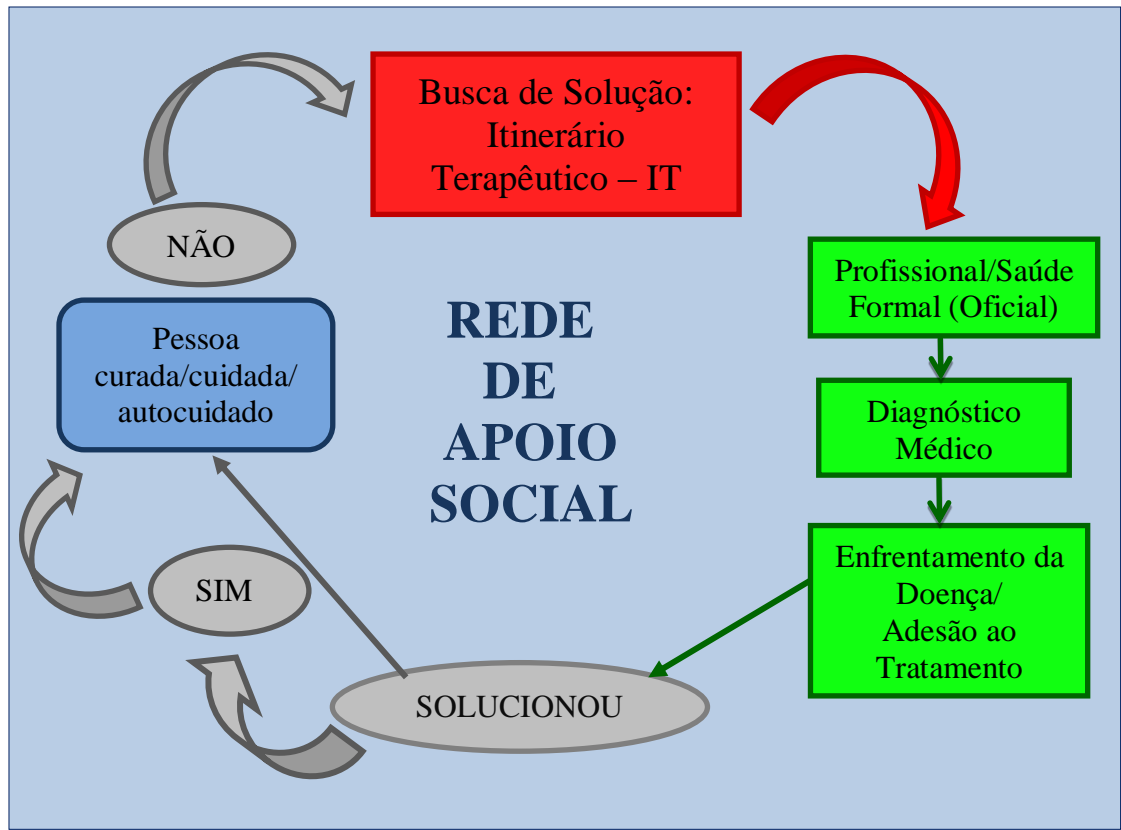
Fonte: elaborado pela autora.

Após o diagnóstico ou primeira consulta o indivíduo pode ser submetido a algum exame, tomar medicações, fazer um tratamento a longo prazo, ser encaminhado a um especialista etc.

Em geral, a pessoa escolhe o itinerário conforme sua história pessoal, familiar, cultural, social. Ela pode eleger livremente seu caminho de busca de solução do mal-estar até que este se torne “insuportável” (dor, por exemplo), dirigindo-se a alguma Unidade de Saúde Formal (conforme mostra a figura 3 a seguir). A partir daí o diagnóstico médico deverá ser fornecido, e ela passará a vivenciar diferentes situações estressantes no seu processo de adoecimento: terá que enfrentar os aspectos físicos, emocionais, afetivos e psicossociais desse diagnóstico; as mudanças da dinâmica familiar que poderão ocorrer em função do seu estado de saúde; as alterações que poderão surgir dependendo da fase da vida em que se deu o adoecimento (criança, adolescente, adulto, trabalhador ativo, chefe de família ou idoso); a sua

relação com a Unidade de Saúde que frequenta e com os profissionais de saúde que a atendem, assim como várias outras problemáticas envolvidas. Todos estes fatores podem interferir na sua adesão ao autocuidado.

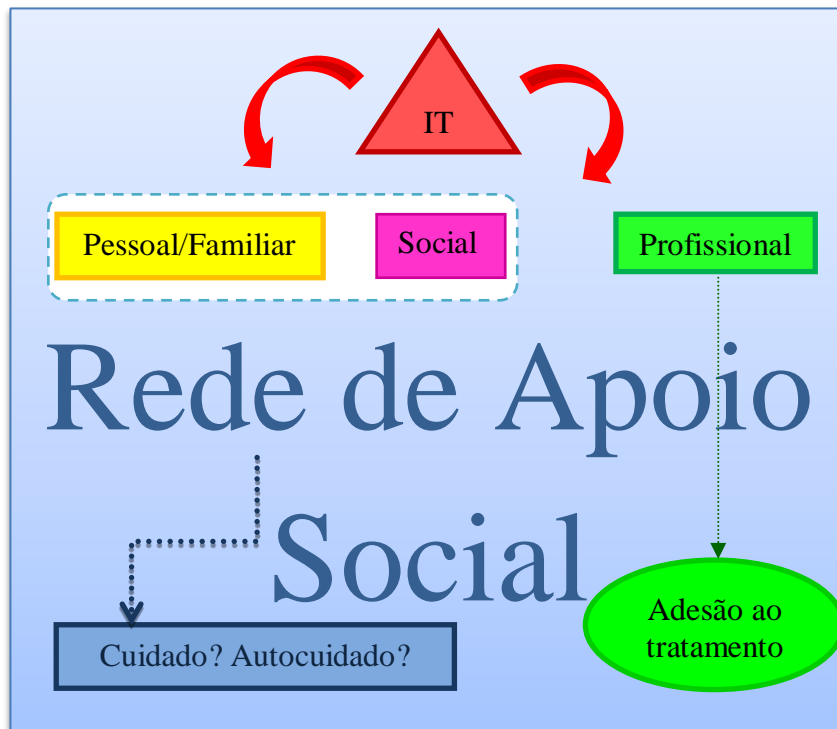
Figura 3 – Itinerários Terapêuticos nas Unidades de Saúde.



Fonte: elaborado pela autora.

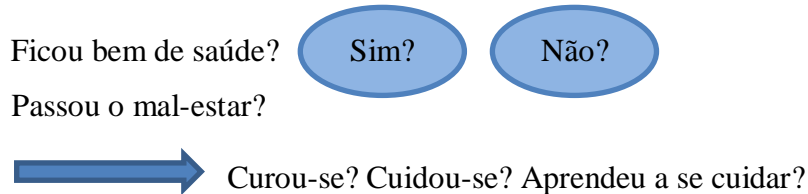
Por outro lado, todo esse itinerário terapêutico é atravessado por uma Rede de Apoio Social, que pode ser a família ou não. Independente de sua constituição, esse grupo de pessoas que acolhe, acompanha e que se preocupa com a pessoa que *não* está em “pleno estado de saúde” é o foco do nosso estudo: “Família é quem se preocupa com a gente, os outros são parentes”.

Figura 4 – Função da Rede de Apoio Social.



Fonte: elaborado pela autora.

A partir daí:



Em caso negativo, a pessoa volta a fazer um itinerário de busca para solucionar o seu problema de adoecimento, que agora já é outro, pois talvez tenha se agravado pelo “tempo decorrido”, pelo estresse, pelo estado emocional alterado devido à angústia da “não resolução” do problema e/ou pela comorbidade de outras patologias.

Dependendo da resposta, este é um processo que se repete ininterruptamente, desgastando a saúde do indivíduo, em um círculo vicioso de falta de autocuidado em saúde.

Essas questões nos remetem a três diferentes tipos de angústia, que incluem as seguintes dúvidas:

- 1) Sei me cuidar?

- 2) A quem irei recorrer? Quem vai cuidar de mim?
- 3) Sei que caminho percorrer; para onde devo ir?

Estas três questões fundamentam a tese de que, a partir de determinadas *situações de vida*, as pessoas transitam por diferentes agências de cuidado que estão inseridas no seu itinerário terapêutico ao longo do processo de adoecimento. No itinerário de cuidado e autocuidado em saúde e doença, as pessoas compartilham suas experiências com uma rede de relações interpessoais que tem significados próprios.

No entanto, cada um – indivíduo, família, grupo local – mantém um espaço de atuação próprio que lhe permite intervir como ator de sua própria existência, reinterpretando as condições externas às quais está submetido e elaborando o que nos propomos chamar de “*situação de vida*”, na qual ele organiza, no decorrer de sua história pessoal, sua própria experiência de sujeito. Raynaut (2006) aponta aqui uma distinção que consideramos fundamental para entender a complexidade da relação entre o que a Epidemiologia costuma chamar de fatores de risco e o estado de saúde efetivo dos indivíduos e das populações, distinção entre as “condições de vida” e as “*situações de vida*”. Para esse autor, a “*situação de vida*” é uma noção que coloca a ênfase sobre a posição singular que ocupa um indivíduo, uma família, uma comunidade – conforme o nível de análise adotado – em relação a esse universo referencial; é o resultado de uma interação permanente entre as condições existentes em certo momento e o desempenho dos atores sociais, quer eles as aceitem sem reagir – às vezes sem sequer terem consciência da sua existência –, quer eles tentem modificá-las ou, mais frequentemente, interpretá-las, resistir-lhes, aproveitar suas contradições e os espaços que elas lhes proporcionam para desenvolverem iniciativas e inovações.

Por conseguinte, essa noção nos parece fundamentalmente dinâmica, fruto de uma história singular em perpétua reconstrução sob o efeito de uma relação dialética entre as condições materiais e imateriais a todos impostas, uma experiência específica do sujeito que age conforme as modificações que transcorram em seu ambiente e eventos, seja de forma previsível ou totalmente ao acaso. Os indivíduos têm capacidades diferentes de interação com suas condições de existência e de modelagem da própria situação de vida. Enquanto alguns são ativos, outros se mostram mais passivos; alguns exibem um desempenho mais coerente, outros são menos articulados.

Além do espaço que Raynaut (2006) abre para levar em conta a relação dialética entre o individual e o coletivo (dimensão já bastante explorada por Bourdieu em suas diversas obras), o autor permite transcender a dicotomia entre o material e o imaterial. Efetivamente, a objetividade das condições não decorre de sua materialidade. As condições imateriais (associadas à organização social, à cultura, às aspirações individuais ou coletivas) podem também desempenhar um papel tão objetivo na elaboração de uma situação de vida quanto as condições materiais.

Em contrapartida, a categoria de “condições de vida” considera que cada indivíduo, cada família, cada grupo local enfrenta, em sua existência cotidiana, não apenas restrições e potencialidades ligadas ao seu quadro de vida material, mas também aquelas que se originam no universo coletivo, social e cultural: as representações e valores transmitidos pela educação e pelos processos de socialização, isto é, a configuração de relações interpessoais decorrentes da organização social e dos embates do poder. Desse modo, o estado de saúde do indivíduo é necessariamente dependente desse contexto, refletindo sua posição dentro da estrutura social e econômica da sociedade onde está inserido.

Falar sobre desigualdades sociais e desigualdades em saúde em nosso país é sempre um desafio, sobretudo quando tanto já se falou sobre esses problemas e os mecanismos que os produzem. Mesmo quando não explicam toda a realidade social, tais desigualdades são de certo modo importantes porque afetam as decisões e escolhas dos indivíduos, juntamente com outros fatores como as condições de vida objetivas. Por outro lado, é preciso considerar que existe uma possibilidade, um espaço, uma margem na qual os indivíduos, como atores de suas próprias vidas, desenvolvem estratégias de enfrentamento aos problemas que lhes são impostos e, desta forma, constroem suas próprias “*situações de vida*” (GERHARDT, 2010). Estas estratégias incluem as modalidades de manejo do quadro de vida material e social restritivo e expressam as diferentes capacidades individuais. Para ir além da dimensão coletiva e do nível de análise mais global, deve-se enriquecer a discussão acrescentando a noção de ator social; para tanto, urge desenvolver novas metodologias e instrumentos de análise que sejam capazes de incorporar tal noção.

Cada pessoa é um ator que, mesmo atuando como tributário de certo quadro de vida material, social e cultural, o reinterpreta em função de estratégias que lhe são próprias e com as quais constrói uma “*situação de vida*” que lhe seja específica. Assim, as formas de

enfrentamento da doença e de minimização dos impactos de eventos sobre a saúde dos indivíduos deve-se em grande parte à capacidade individual de tomar decisões, ao mesmo tempo em que são mobilizadas redes coletivas de apoio social e outros tipos de recursos sociais, ainda que sob a influência das concepções de saúde, da doença, do corpo e dos recursos de saúde disponíveis. Os itinerários e escolhas devem ser analisados como o resultado de um processo, porque a saúde se insere nas estratégias individuais e familiares, embora também se apoie em diferentes tipos de recursos coletivos. Sendo assim, a partir do momento em que não nos contentamos em saber que o estado de saúde de uma população é um reflexo “passivo” de suas condições de vida materiais, é indispensável levar em conta as respostas históricas e sociais que são dadas aos problemas que se apresentam (GERHARDT, 2009).

A determinação de estudar os Itinerários Terapêuticos como reveladores de autocuidado em Saúde exige que o pesquisador busque propostas metodológicas e teorias sociais mais amplas e flexíveis que lhe possibilitem ampliar seu olhar e sua percepção. O objeto de estudo requer essa flexibilidade, como justificam Sevalho e Castiel (1998):

[...] quanto ao adoecer humano, é inevitável encará-lo como um objeto indisciplinado que resiste a nossas tentativas disciplinares de enquadramento. Somente assim, acreditamos ser possível transitar por doenças nas populações e moléstias e suas representações nos grupos sócio-culturais, assumindo os riscos de nos perdermos pelos (des)caminhos indisciplinados, em busca de compreensão para intervenções menos insatisfatórias do que as prevalentes no campo biomédico-epidemiológico atual. (p. 48-9).

Tendo em mente o objeto multifacetado, as interpretações resultantes dos diversos olhares já lançados sobre ele, assim como a dimensão do Sistema de Saúde brasileiro, configurado como uma rede complexa estruturada em níveis hierarquizados de atenção, pode-se sugerir que o Itinerário Terapêutico (caminho significado na busca da cura) envolve ações de distintas origens e finalidades.

Compreendemos que, ao transitarem por entre os diversos sistemas de cuidado, as pessoas constroem caminhos de busca que contêm a sua história pessoal e social. Desse modo, o Itinerário Terapêutico constitui-se em uma ferramenta para apreender as produções de sentido da busca por cuidados em saúde dos indivíduos e suas famílias.

A procura de cuidados na manutenção da saúde e no processo de doença é diversificada, complexa, pessoal e coletiva. Uma pessoa pode procurar vários caminhos em episódios de doença distintos, com atitudes diferenciadas dentro de um mesmo processo de doença, por uma série de fatores situacionais, familiares, psicológicos, econômicos, sociais e culturais. Por isso, entendemos que esse caminho, essa busca pela solução do “mal-estar” transcende as condutas pessoais e não pode ser apreendida por uma abordagem estritamente individual, centrada exclusivamente no sujeito e negligenciando o processo sócio-histórico e cultural que configura as escolhas.

Por conseguinte, a construção do Itinerário Terapêutico é individual, e suas estratégias variam de acordo com as capacidades, histórias e experiências singulares, no compartilhamento de crenças, práticas sociais e culturais que podem ser ampliadas, adaptadas, modificadas e até descartadas ao longo desse processo. Vale lembrar que, enquanto o sentido é pessoal, o significado é social, evidenciando que a experiência de cuidado e de enfermidade não podem ser expressas de uma única forma, mas na sua multiplicidade de possibilidades. E são essas relações intersubjetivas no processo de tomada de decisão do Itinerário Terapêutico que cada indivíduo escolhe que nos instigam a empreender esta pesquisa.

O processo envolvido no Itinerário Terapêutico explicita e concretiza a concepção, adotada neste trabalho, do indivíduo na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica. Esta visão concebe o homem como um ser histórico, que se constitui no seu movimento ao longo do tempo, forjado pelas condições socioculturais e pelas relações vivenciadas. A relação indivíduo-sociedade é vista como uma relação dialética, na qual um constitui o outro. O fenômeno psicológico surge e se estabelece a partir das relações do indivíduo com o seu mundo físico e social. Todos os elementos internos, que fazem parte do mundo psicológico, são forjados nessas relações. No conjunto social, fundamentalmente por meio de mediações como a linguagem, o ser humano vai desenvolvendo sua consciência, sua forma de significar o mundo; este conjunto psicológico de significações e sentidos pessoais o orienta em suas ações (AGUIAR; BOCK; OZELLA, 2001).

Na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica busca-se produzir conhecimento crítico em psicologia, o que significa não se submeter ao pensamento hegemônico; ao contrário, corresponde à procura pela historicidade dos fenômenos, na sua base concreta material; significa explicitar e romper com processos alienantes, tanto singulares como coletivos.

Expressa também a produção de um conhecimento que responda de maneira cada vez mais satisfatória às necessidades trazidas pelo desenvolvimento das sociedades humanas. Ou seja, este estudo tem como Referencial Epistemológico a concepção materialista histórica dialética que explicita a concepção de mundo, de homem e de conhecimento como base para um saber crítico em um processo contraditório entre as relações sociais de produção e desenvolvimento de forças materiais.

A área de Saúde, por seu caráter transdisciplinar, tem produzido análises do processo saúde x doença que conversam com a perspectiva sócio-histórica. Os debates que apresentamos a seguir se configuram nesse contexto. Ao pensarmos na temática Autocuidado em Saúde, é necessário abordar as dimensões de promoção de saúde e prevenção de doenças que há alguns séculos tiveram grande relevância como forma de evitar as graves epidemias, mas que não consideravam as complexas tramas culturais da Saúde sobre a população e ignoravam o posicionamento ativo do indivíduo como sujeito dos processos simbólicos e sociais. Segundo González-Rey (2011, p. 44-5) esta questão ainda permanece como um dos problemas centrais que se tenta superar com relação aos diferentes espaços sociais em que o sujeito ativo está inserido, sob condições de vida que o tornem capaz de adquirir o sentido subjetivo de suas ações.

Para iniciarmos nosso processo de reflexão sobre as ações de saúde, lançamos mão de uma versão voltada tanto para questões de participação social e política quanto para questões microculturais e subjetivas, da autoria de Silva, Landim e Sousa (2011), e que poderia servir de base a um novo paradigma ou a um “norte” da promoção. Tal modelo permitiria estabelecer relações com a constituição social da subjetividade, pela qual as participações políticas e sociais são ressignificadas pelos discursos, como um reflexo de suas representações e do caráter construtivo da subjetividade envolvida nessas práticas. A questão primordial seria promover o bem-estar dos indivíduos, o que por si só já traduz investimentos imensuráveis sob o prisma político, psicossocial e de formação de recursos humanos, em uma sociedade em grande número composta de indivíduos em situação de miséria. A proposta busca refletir sobre saúde como dimensão ou contexto no qual a produção social da saúde se dá como um projeto de longo investimento nas condições de iniquidade, nos fatores econômicos e culturais locais, nos hábitos pessoais, no bem-estar, e no estilo e qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

Trabalhar com o objeto *saúde* requer a abordagem tanto de aspectos macroestruturais, providenciados por meio de políticas públicas, quanto de aspectos individuais, com o ‘empoderamento’ de pessoas que saibam, queiram e possam melhorar em termos globais de vida.

Ambos os processos de prevenção e de promoção da saúde precisam atuar sobre as configurações subjetivas dos comportamentos atuais dominantes das pessoas e da população como um todo. Muitas das nossas rotinas cotidianas são produções subjetivas que foram naturalizadas pelas pessoas e sociedades e, como resultado desse processo, são bastante resistentes à mudança. Exemplificando, se uma família está habituada a que, quando algum de seus membros tem sintomas de gripe, o remédio seja caldo de galinha e uma cama quentinha para curar a ‘doença’ fica bem difícil eliminar essa produção subjetiva da história familiar, que vem sendo reproduzida através das gerações.

Cabe reconhecer que a psicologia sempre almejou e mesmo postulou a existência de corpos fixos, *naturalizados*, passíveis de circunscrição e conhecidos por métodos adequados. Uma aposta reiterada na ideia de que, se existe uma natureza *a priori*, pode haver um método *a posteriori* para previsão e controle, espécie de procedimento total ou geral a guiar os mínimos passos dos que buscam o verdadeiro conhecimento da natureza humana. É necessário estar atento para o fato de que esse ser humano *a priori* não existe, conforme apontado anteriormente.

Outro aspecto que vale ser destacado é o papel da família na produção da saúde, que fica subsumido ao espaço de intervenção médica que ocorre nas instituições e serviços de Saúde. Historicamente, dentro do modelo de bem-estar do Estado, houve um esvaziamento das funções familiares com transferência de atribuições para outras instituições sociais. No entanto, a “Carta de Ottawa”⁵ chama atenção para o papel insubstituível das políticas públicas, ressaltando porém, com igual peso, a importância dos vários atores na construção dos cuidados e da qualidade de vida e inclusive enfatizando a adesão dos sujeitos a esses processos. Concordamos com Gutierrez e Minayo (2010) no sentido de que precisamos atentar para as maneiras como a família produz cuidados indispensáveis e específicos para a

⁵ Em 1986 houve a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, com a participação de 35 países e que resultou na Carta de Ottawa, que passou a ser referência para o desenvolvimento das ideias de promoção à saúde em todo o mundo.

saúde de seus membros e investigar como esses cuidados se somam aos produzidos pela rede de serviços, por vezes superando-os em importância.

Esses mesmos autores observaram e ressaltaram que os estudos atuais e disponíveis não dão conta de descrever concretamente “como as famílias cuidam e que critérios usam para o cuidado da saúde de seus membros”, bem como de que a família é a primeira instância cuidadora dos doentes, de tal forma que grande parte dos sintomas e episódios é tratada sem que o doente sequer chegue à rede oficial de Serviços de Saúde.

Isso posto, entendemos que cidadania e saúde, conscientização e participação se desenvolvam não somente no cotidiano, no dia a dia, na experiência de vida em que os atores sociais constroem suas percepções, mas também como prática social e como tal historicamente constituídas.

A Saúde Pública brasileira encontra-se na chamada crise paradigmática: modelo biomédico/ hospitalocêntrico x modelo da reforma sanitária. Esta crise se expressa nos debates filosófico-conceituais que estão fartamente inseridos nas propostas discutidas e aplicadas desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e que ganham novo ímpeto com as proposições dos Programas de Saúde da Família (PSF) e as discussões de quadros como o da vulnerabilidade ou da promoção da saúde, resgatando a importância das relações entre saúde e relações sociais (AYRES, 2001).

A ideia de Ayres (2001) sobre o sujeito parece ser a concepção mais pregnante nos discursos da Saúde, legado da forte influência hegel-marxiana no pensamento sanitário brasileiro, e a mais próxima ideia a ser desenvolvida neste estudo. O autor sustenta que essa concepção se coaduna com o conceito de sujeito nas práticas em Saúde, no paradigma da Reforma Sanitária que defende o caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas em que o sujeito real, que tem qualidades e exerce ações, é dotado de necessidades e valores próprios; assim, “[...] tornam-se sujeitos de sua própria saúde”. Sob esta visão, o sujeito produziria a história.

A noção de Itinerário Terapêutico contém essa concepção de sujeito, pois é uma perspectiva analítica da experiência da busca de cuidado e do autocuidado, na qual é traçada a trajetória e os modos como vão-se tecendo os sentidos nos muitos percursos que a compõem.

Por sua riqueza e abrangência entendemos que o estabelecimento de relações do Itinerário Terapêutico com o conceito de Rede de Apoio Social poderá ser extremamente útil para a produção do conhecimento e a compreensão do processo.

As pessoas que compõem a Rede de Apoio Social e as funções que exercem mudam de acordo com o contexto sociocultural, o tempo histórico e o estágio de desenvolvimento da pessoa e da família enquanto grupo. Um dos momentos em que se verificam alterações nessa rede social é aquele em que a família passa por transições decorrentes, por exemplo, de um episódio de doença.

Tradicionalmente, as pessoas utilizam a metáfora da rede social há mais de um século para conotar um complexo conjunto de relações entre os membros dos sistemas sociais. Nessa direção, traçam uma analogia na qual a Rede de Apoio Social se traduz por um sistema composto de “nós”, representados por sujeitos e/ou instituições, e conexões, que correspondem às interações dos primeiros.

Após extensa e exaustiva revisão bibliográfica pudemos compreender que já existe um conhecimento relacionado à Rede de Apoio Social tanto no campo das ciências exatas quanto no das humanas e da saúde, inclusive com grupos de pesquisas e fóruns, nacionais e internacionais. Contudo, preferimos optar por abstrair dessas informações entendendo que o tema, que perpassa toda a categoria dos itinerários terapêuticos, deve ser citado como uma categoria de análise, e escolher um dos diversos caminhos que a categoria oferece para então desenvolver um trabalho que apenas focasse o olhar nessa grande rede que envolve as relações humanas na saúde.

A categoria dos Itinerários Terapêuticos está intrínseca e inexoravelmente envolvida na trama das Redes de Apoio Social. A partir daí, entendemos que cada pesquisador deve escolher “um fio dessa meada”, dessa teia ou rede, para analisar, visto que, diante dos inúmeros estudos e pesquisas sobre as Redes de Apoio Social, corre-se o risco de nos embaralharmos nos “fios” e assim desperdiçarmos um possível trabalho de qualidade; ainda melhor, propomos que seja escolhido um caminho, um itinerário.

Entretanto, como essa escolha poderia demandar demasiado tempo de cada pesquisador, decidimos optar pelo estudo da Rede de Apoio Social em Saúde nos Itinerários

Terapêuticos, acreditando que assim poderemos tornar as pesquisas sobre essa categoria de análise mais fáceis.

O presente estudo pretende oferecer aos leitores, pesquisadores e estudiosos interessados pelo tema um conforto, uma base, exatamente como uma “rede de apoio”, com uma “trama de fios bem ajustados”, uma rede de malha estreita (similar àquela em que existem muitas relações entre as unidades componentes) em vez de uma rede de malha frouxa (em que existem poucos relacionamentos, onde as pessoas interagem entre si, com maior variedade de normas, mas com uma ajuda mútua menos consistente). Uma rede bem alinhavada poderia servir como sustentação para os futuros estudos que essa grande categoria analítica oferece.

Os segmentos dos Itinerários Terapêuticos podem ser vistos como fios, ou caminhos, cujo traçado vai tecendo uma rede que pode ser aberta ou fechada, conforme a necessidade de uso. Embora possa apresentar alguns “buracos” – ou “nós” – pelo meio, o importante nessa rede são as amarrações, feitas de tal modo a permitir um deslocamento entre os pontos. Cada um desses pontos precisa ser analisado, para se saber “qual é” o caminho; para se descobrir se ele oferece a possibilidade de entrelaçamento a “novos fios”, tornando assim a rede ainda mais forte e resistente; e para se conhecer essa “trama” delicada, que exhibe diferenças dependendo da mão de quem a tece, ou seja, “de quem” caminha, “com quem” e “como”, de modo que as pessoas nela circulem, sem se amarrarem ou ficarem “presas”.

O trabalho das Redes de Apoio Social em Saúde nos Itinerários Terapêuticos introduz a questão da circulação da pessoa em três frentes de cuidado: a pessoal/ familiar, a social/ informal e a profissional/ formal. A partir daí, pretendemos estender nossa rede de forma a podermos apreender o significado da Rede de Apoio Social como parte do Itinerário Terapêutico do cuidado (autocuidado), tendo como referência *situações de vida* dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que frequentam os diversos equipamentos de Saúde Pública⁶ dos Municípios da Baixada Santista (SP) e as Relações de Gênero.

⁶ Uma das mais citadas definições de Saúde Pública foi apresentada em 1920 nos EUA, por Edward Amory (1877-1957), como “A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade”. A persistência do uso dessa definição é reforçada pela ampla difusão da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS, que propôs a realização das Conferências Mundiais de Saúde com a integração de todos os países na persistente busca do completo bem-estar físico, psíquico e social.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Uma breve caminhada nos territórios do Sistema de Saúde Brasileiro

● Baixada Santista – SP

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 815, de 30 de julho de 1996, tornando-se a primeira região metropolitana brasileira sem *status* de capital estadual. Estende-se sobre nove municípios pertencentes tanto à Mesorregião de Santos (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos e São Vicente) quanto à Mesorregião do Litoral Sul Paulista (Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe), que representam 1% da superfície do estado, com população predominantemente urbana. Sua formação se deu a partir do município de Santos, cuja ocupação está associada originalmente ao porto que desempenhou um papel fundamental no contexto do complexo cafeeiro a partir do final do século XIX (ESCODER; MONTEIRO, 2008, p. 13-6).

Entretanto, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que é uma fundação pública federal vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, muitos especialistas não consideram a Baixada Santista (BS) sob esse *status*. Tal avaliação consta em dois estudos, um no qual a Baixada é vista como um espaço “não metropolitano”, mas de grande importância econômica para o país devido ao Polo Industrial de Cubatão e ao Porto de Santos, e outro relacionado aos aspectos populacionais e políticos – por não incluir nenhuma capital – assim como à proximidade com São Paulo, levando em consideração cinco dimensões: mobilidade urbana, condições ambientais dos municípios, condições habitacionais urbanas, atendimento de serviços coletivos urbanos e infraestrutura das cidades. O que precisa ser revisto é a criação das Regiões Metropolitanas (RM), que acabam sendo institucionalizadas sem qualquer critério, fazendo-se portanto necessário adotar políticas e programas de governo que atinjam todas as áreas de maior densidade de ocupação em prol da melhoria dos indicadores sociais e econômicos da Baixada Santista (FURTADO, KRAUSE, FRANÇA, 2013).

Cerca de 70% do território da Região Metropolitana da Baixada Santista são considerados área de proteção ambiental. Cubatão está localizada em uma área de mangue e serra que, devido à falta de espaço, acabou sendo invadida pela população. A região possui partes sujeitas a erosão, inundações e deslizamentos de terra, sobretudo nas encostas da Serra do Mar, além do polo industrial cujas emissões de poluentes aéreos foram contidas e disciplinadas, mas que ainda é apontado como um dos poluidores da Bacia do rio Cubatão e do Estuário de Santos e São Vicente.

Trata-se de um dos grandes polos turísticos e de lazer do Estado, com uma área de proteção ambiental (Serra do Mar, costa da Mata Atlântica e mangues), uma estrutura industrial (complexo químico-siderúrgico), uma ocupação urbana (particularidade topográfica: de um lado a orla marítima e de outro a Serra do Mar) com esgoto sanitário e industrial, urbanização intensa (lazer praiano e moradia de turistas, em especial aposentados de SP), e que ainda conta com o maior porto do país.

O espaço urbano mais densamente ocupado da Região Metropolitana da Baixada Santista é formado por cinco municípios: Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá e Praia Grande, todos com mais de 100 mil habitantes cada, e que apresentam as maiores densidades demográficas da região.

A Estimativa Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) foi de 419.400 habitantes no município de Santos, em uma área de unidade territorial de 280 km², com área continental de 231,6 km² e insular de 39,4 km², distante 72 km da cidade de São Paulo⁷.

Santos é o município-polo da Região Metropolitana da Baixada Santista e possui um Sistema de Saúde formado por extensa rede de serviços abrangendo todos os níveis de complexidade (básica, média e alta), na atenção à saúde dos seus munícipes e da região. Seu Departamento Regional de Saúde (DRS) tem como principal atribuição a gestão da Política Regional de Saúde e suas ações programáticas (ANEXO B).

⁷ Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>.

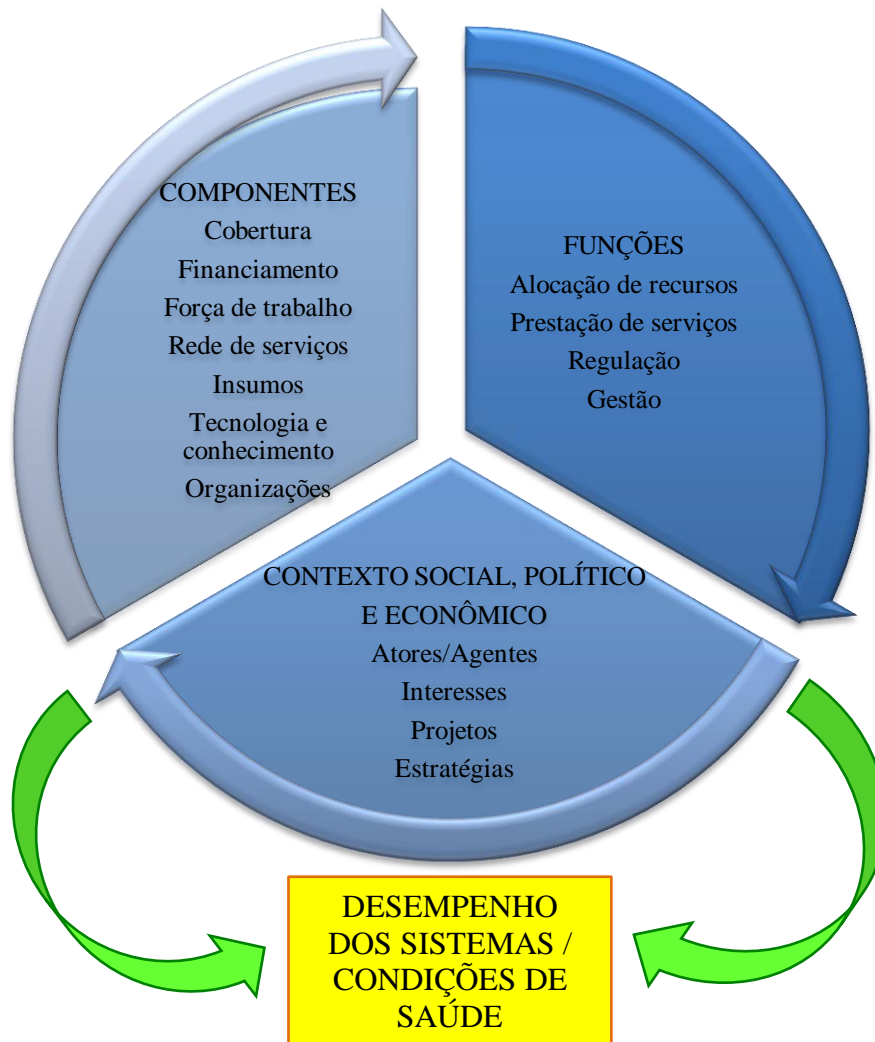
Uma das decisões operacionalizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi a devolução dos usuários para suas áreas municipais de origem, tanto internas quanto externas. Essa problemática também reflete uma posição política do gestor do município-polo, salientaram Barboza *et al.* (2008, p. 29-64) ao defenderem a responsabilidade sanitária que deve ser assumida por cada secretário na gestão da Atenção Básica. No entanto, o processo de negociação e pactuação regional tem enfrentado vários problemas para a formação de consenso entre os gestores de Saúde da região da Baixada Santista, que pontuam como maior dificuldade as “invasões” de usuários que ocorrem na rede de Atenção Básica, evidenciando assim a fragilidade do processo de regionalização do SUS naquela região.

Visando contribuir para a reflexão do nosso trabalho, de maneira bastante básica faz-se necessário falar sobre o Sistema de Proteção Social em Saúde no Brasil, a ser focalizado neste capítulo. A princípio cabe delimitar alguns aspectos que fazem parte do Sistema Público de Saúde e dar ênfase à sua estrutura (recursos e rede de serviços, por exemplo) e à organização dos serviços (entre os diversos níveis de atenção).

A dinâmica dos Sistemas de Saúde pode ser caracterizada por funções e relações que se estabelecem entre seus componentes, resultam em políticas, ações e serviços prestados, determinam o desempenho dos sistemas e contribuem para os resultados (negativos ou positivos) nas condições de saúde da população. Elas correspondem a interesses, valores e objetivos que circulam na arena política dos sistemas, e é por meio delas que as mudanças são consolidadas ou não. As quatro funções desse sistema são desenvolvidas a partir de relações políticas e econômicas que se manifestam por meio de interesses dos agentes de saúde e dos atores envolvidos direta ou indiretamente com o sistema de saúde (fig. 5, p. 37):

O reconhecimento da existência dessas relações políticas e sua incorporação ao estudo dos sistemas favorece a identificação dos atores efetivamente relevantes no processo de decisão ou implementação de uma determinada diretriz do sistema, permitindo que tomemos ciência do que pensam, quais os seus projetos, de que recursos dispõem, que estratégias adotam. Estas estratégias, por sua vez, são intermediadas por regras explícitas ou não, que podem restringir a atuação desses atores (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Figura 5 – Dinâmica dos Sistemas de Saúde.



Fonte: LOBATO e GIOVANELLA, 2012.

A construção de sistemas públicos universais de saúde é central na busca por melhores condições de saúde para as populações. Tal construção, como processo histórico, está condicionada por lutas políticas e por movimentos sociais fortalecidos e alicerçados em valores de solidariedade e justiça social (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A implantação do Sistema Único de Saúde começou no início da década de 1990, após promulgação da Lei da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Posteriormente reformularam-se os papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, adotaram-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, criaram-se e ampliaram-se as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a

participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p. 365).

Os princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) são:

1. Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência;
2. Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
3. Integralidade da assistência;
4. Participação da comunidade;
5. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de Governo, com:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; e
 - b) regionalização e hierarquização da rede de Serviços de Saúde.

As ações do SUS são:

1. Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
2. Serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, estadual ou municipal), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
3. Ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
4. Intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, no controle de vetores e hospedeiros e na operação de sistemas de saneamento ambiental;
5. Instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Explicita-se que, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada região, o SUS poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados deve ser realizada mediante o estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização (NORONHA *et al.*, 2012, p. 367).

O Sistema Único de Saúde não é, portanto, composto somente por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos tributários destinados à Saúde. O financiamento, oriundo de diversas receitas arrecadadas pela União, estados e municípios, permite que o acesso a ações e serviços do SUS não esteja condicionado à capacidade de pagamento prévio pelas pessoas (NORONHA *et al.*, 2012).

No entanto, visto que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos, faz-se necessário organizar uma **Rede de Atenção à Saúde** no SUS. Para isso, é preciso planejar a distribuição das ações e serviços por níveis de atenção (hierarquização), segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização) (NORONHA *et al.*, 2012).

A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário, e que possam retornar à sua unidade básica de origem para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados (NORONHA *et al.*, 2012).

É tarefa bastante complexa separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência política de cada esfera de governo, com relação aos problemas de saúde da população. Em primeiro lugar, porque a perspectiva de construção de sistema é uma dimensão importante a ser considerada no próprio processo de descentralização. Dada a distribuição geográfica desigual dos serviços públicos e privados no SUS, a regionalização, a

hierarquização e a integralidade demandam a formação e a gestão de redes de atenção à saúde não diretamente relacionadas a uma mesma unidade político-administrativa, tais como as redes interestaduais de ações e serviços de saúde (que envolvem mais de um estado) e as redes intermunicipais (que envolvem mais de um município). Em segundo lugar, porque, na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde e geram demandas para os serviços de saúde não respeitam os limites dos territórios políticos e administrativos. Além disso, a maior parte dos municípios brasileiros e muitos estados quer por questões de escala insuficiente, quer pela diferenciação dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos), não possui condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus munícipes (NORONHA *et al.*, 2012, p. 387). Essas características acerca da desigualdade de acesso ao conjunto de ações e serviços nas cidades que fazem parte da Baixada Santista são facilmente observáveis, conforme já dito anteriormente.

Destarte, com base em seus princípios o SUS tem sua operacionalização distribuída em três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) configurados como uma pirâmide, onde a Atenção Primária é a base do sistema, ou seja, implicando que a Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro contato da população com o sistema de saúde (figura 6, p. 40):

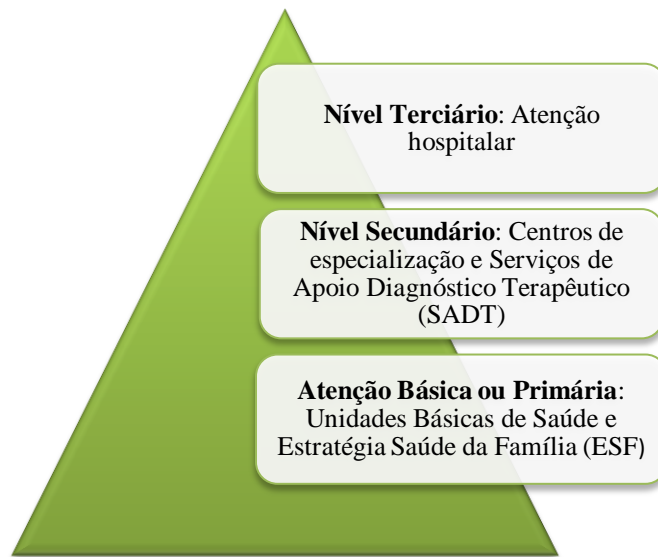
● Portal da saúde – Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde coordena ações voltadas ao aprimoramento da atenção básica em todo o país. O objetivo é incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e por meio das equipes de Atenção Básica de Saúde.

Gestão

O Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, tem a missão institucional de operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios. Desenvolve mecanismos de controle e avaliação, além de prestar cooperação técnica a essas instâncias de gestão na implementação e organização da estratégia Saúde da Família e em ações de atendimento básico como o de Saúde Bucal, de Diabetes e Hipertensão, de Alimentação e Nutrição, de Gestão e Estratégia e de Avaliação e Acompanhamento.

Figura 6 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS.



O DAB integra a Secretaria de Atenção à Saúde, estabelece a estrutura regimental do Ministério da Saúde e aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Entre as suas principais funções, destacamos:

- definir e rever periodicamente, de forma pactuada, com as entidades representantes dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;
- estabelecer as diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- desenvolver estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;
- prestar cooperação técnica a estados, municípios e Distrito Federal na organização, qualificação e consolidação da Atenção Básica;

- f) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da Saúde visando a formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica.

Além disso, o Departamento de Atenção Básica normatiza e coordena a implantação de políticas e programas estratégicos no âmbito do Ministério da Saúde, com responsabilidade direta em grande parte das ações do Programa Brasil Carinhoso e da organização e implementação das Redes de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas. Ademais, supervisiona o conjunto de iniciativas **Saúde Mais Perto de Você**, voltado para o cuidado da população no ambiente em que vive. Entre os programas de maior relevo nesse conjunto estão: a Estratégia Saúde da Família (que compõe a Política Nacional de Atenção Básica), o Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal); Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar); Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); Programa Telessaúde Brasil Redes; Equipes de Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola (PSE); e Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), entre outros programas e estratégias. Para realizar todas essas ações que compõem o **Saúde Mais Perto de Você**, o Departamento de Atenção Básica conta com oito coordenações⁸.

Parte importante do **Saúde Mais Perto de Você** estrutura a Atenção Básica, que corresponde ao primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Este trabalho é realizado nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde.

A **Atenção Básica à Saúde** é desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica (equipes de Saúde da Família (eSF) e outras modalidades de equipes de atenção básica), pelos Núcleos

⁸ Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=2038&codModuloArea=301&chamada=Saude-mais-perto-de-voce>>.

de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF), pelas equipes dos Consultórios na Rua e as de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). Todas dão atenção a uma população específica que está localizada em um território definido. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado dessas pessoas, e trabalham considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

As equipes utilizam tecnologias de cuidado complexas e de baixa densidade (ou seja, mais conhecimento e pouco equipamento), que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Observam critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de que se deve acolher toda e qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento.

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, uma vez que é a principal porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica estão incluídos na Política Nacional de Atenção Básica⁹. Entre as ações, programas e estratégias governamentais contam-se as seguintes¹⁰: Academia da Saúde; Amamenta e Alimenta Brasil; Bolsa Família; Brasil Sorridente; Consultório na Rua; Doenças Crônicas; Estratégia Saúde da Família; e-SUS Atenção Básica; Melhor em Casa; NASF; PMAQ; Práticas Integrativas e Complementares; Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais; PROESF; Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável; Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A; Requalifica UBS; Saúde na Escola (PSE); Telessaúde; Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Vigilância Alimentar e Nutricional; Apoio ao Profissional; Cadastro Nacional de PICs; Comunidade de Práticas; Cursos; Fórum CEO; Rede de Pesquisa em APS; REDENUTRI; Residência Multiprofissional; Apoio ao Gestor; Avaliação das UBS - PMAQ; Financiamento; Histórico de Cobertura da Saúde da Família; Nota Técnica; Pagamentos das Equipes; PROESF; Relatório Adesões AB; Sala de apoio à Gestão Estratégica; Cidadão; Autocuidado; Avaliação das UBS – PMAQ; Políticas; Política Nacional de Atenção Básica;

⁹ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php>.

¹⁰ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php>>.

PNAB; Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN; Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB; e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC.

• SAÚDE DA FAMÍLIA¹¹

Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família (SF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade.

A estratégia da Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do Sistema de Saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciada em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes Saúde da Família. Priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de Saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos cidadãos.

Diretriz conceitual

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do

¹¹ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>.

que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Essa discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional.

A expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

Equipes de Saúde

O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e a troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes das equipes, e destes com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. A equipe é composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde; quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e as equipes passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. Sua atuação ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de Saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das

ações e serviços de Saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor Saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/ supervisor lotado em uma Unidade Básica de Saúde.

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do Sistema Único de Saúde: a) ligados a uma Unidade Básica de Saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma Unidade Básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes.

A atuação das equipes ocorre principalmente nas UBS's, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de Saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de Saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor Saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF)

composta por médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o propósito de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Essa atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade Básica de Saúde como nas visitas domiciliares, e permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Tais ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário na prevenção e promoção da saúde.

Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) apoia, por meio de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos 184 municípios com população superior a 100 mil habitantes que participaram da Fase 1, de todos os Estados e do Distrito Federal.

Autocuidado

Para melhorar sua saúde, o indivíduo precisa pensar sobre seu estilo de vida atual e assumir hábitos saudáveis, que podem estar relacionados com a alimentação, a atividade física, o lazer ou outras mudanças que promovam o bem-estar e evitem o aparecimento ou complicações de algumas doenças. Isto é o autocuidado: olhar para si, observar e escolher ações e formas para cuidar da própria saúde.

Para que as pessoas possam se cuidar é necessário estarem motivadas e bem

informadas. Essas orientações são geralmente realizadas pelas equipes de saúde, mas também podem ser oferecidas por pessoas próximas, como família e amigos. Além disso, outros espaços tais como a igreja, a escola, o clube, as associações e a Internet podem contribuir para o autocuidado.

O princípio fundamental do autocuidado é que o indivíduo é visto como o centro de qualquer mudança na sua vida e na sua saúde. É ele quem mais conhece a própria situação, sabe o que precisa para se sentir bem, o que ajuda ou atrapalha os processos de mudanças.

Os profissionais de saúde podem e devem orientar, auxiliar e acompanhar as pessoas nesse processo. Sempre que precisar, o indivíduo deve procurar ajuda na sua Unidade Básica de Saúde. Nesse sentido, no Dia Mundial do Cuidado da Pessoa com Diabetes o Ministério da Saúde lançou o primeiro site relacionado ao autocuidado e dirigido ao cidadão brasileiro. O site é um espaço onde as pessoas podem se informar melhor a respeito da diabetes tendo em vista o cuidado e a prevenção para que se possa conviver com a doença de uma maneira positiva e saudável. No futuro, o Ministério da Saúde desenvolverá outros temas relacionados ao autocuidado¹².

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (SAS/DAB)

Este é o maior e mais ambicioso programa de transferência de renda da história do Brasil. O Bolsa Família nasce para enfrentar o maior desafio da sociedade brasileira, que é o de combater a fome e a miséria, e promover a emancipação das famílias em situação de maior pobreza no país.

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 mensais, que associa a transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social. Por meio do Bolsa Família, o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas.

Cadastro Único

¹² Disponível em: <<http://autocuidado.saude.gov.br/>>.

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que têm renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda mensal total de até três salários mínimos.

Este cadastro permite conhecer a realidade socioeconômica dessas famílias, trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família. O Governo Federal, por meio de um sistema informatizado, consolida os dados coletados no Cadastro Único. A partir daí, o poder público pode formular e implementar políticas específicas, que contribuem para a redução das vulnerabilidades sociais a que essas famílias estão expostas.

Coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Cadastro Único deve ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários de programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família¹³.

O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade com a utilização de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de Saúde.

Consultório na Rua

O Consultório na Rua é uma proposta que procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da Atenção Básica.

As equipes de Consultórios na Rua (eCR) devem realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades, com o cumprimento de uma carga horária mínima semanal de 30 horas. O horário de funcionamento

¹³ Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico>>.

deve se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana.

Partindo da premissa de que o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como uma estratégia que possibilitaria a integralidade e promoveria a organização das atividades em um território definido, devendo ser entendido como um substituto da rede básica tradicional em uma oferta organizada e de acolhimento, esse programa requer uma complexa “construção” de ações conjuntas entre os atores (sujeitos de ação que buscam os serviços de saúde) e os profissionais de Saúde (que oferecem o serviço). Uma das propostas é a de acolhimento, humanização, responsabilização, vigilância e promoção de saúde, participação e controle social; porém, o programa se esquece de dar autonomia e empoderamento ao sujeito da ação para que essas estratégias se efetivem. A relação de poder, de assimetria e de não valorização da lógica dos usuários é algo naturalizado nos serviços de Saúde, nos quais a “fala” desse usuário muitas vezes não é “ouvida”. Para a pessoa que necessita e “tem direito ao serviço”, não faz diferença de qual esfera de governo o serviço provém, e sim de que modo, na hora da necessidade, ela é atendida como sujeito, como cidadão e de forma eficiente.

Talvez de forma inconsciente, ou seja, sem se aperceberem disso, os profissionais de saúde ainda persistem em se ater a procedimentos ultrapassados. Minayo (2001, p.34) discorre sobre esse ator fundamental, aquele que é o sujeito da ação do Sistema Único de Saúde: o usuário. Contraditoriamente, eles aparecem como os atores mais frágeis e menos incluídos no processo de mudança, e “[...] talvez seja por isso que são chamados de pacientes”. Nas várias acepções do termo, sofrem a reforma, sofrem a ação que se exerce sobre eles, sofrem as doenças, sofrem as mudanças organizacionais que não levam em conta sua lógica, sofrem esperas, sofrem a falta de transparência da comunicação e permanecem desinformados. Tudo isso sem a valorização e o protagonismo do povo “sujeito do direito à saúde” para o qual o Sistema Único de Saúde foi pensado.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) é uma estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, que tem a missão institucional de operacionalizar a política de Saúde do Brasil no âmbito da gestão federal do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, desempenhada por equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de saúde ou em unidades específicas para esse fim, as Unidades Saúde da Família (USF). O Programa de Agentes

Comunitários de Saúde é parte da Saúde da Família (ACS). A Saúde da Família está incluída na Gestão Estratégica da Atenção à Saúde e possibilita o acompanhamento das metas físicas, coberturas e repasses financeiros relacionados às principais ações e programas do Ministério da Saúde.

Com o intuito de contribuir para a superação das dificuldades econômicas e sociais da população, acreditamos que a Estratégia Saúde da Família auxilie no empoderamento das pessoas via acesso ao Sistema de Saúde na Atenção Básica, tendo em vista suas características essenciais: o foco de atenção na tríade indivíduo-família-comunidade, ou seja, na pessoa e sua Rede de Apoio Social. Por esse motivo, este foi um dos locais de coleta escolhidos para dialogarmos com os sujeitos desta pesquisa.

2 “EMARANHADOS NA REDE”

2.1 Contextualizando Redes de Apoio Social

Adentrar nessa tessitura dos estudos e pesquisas sobre as “redes de apoio social”, atualmente considerada interdisciplinar, requer muita disciplina, organização e dedicação. O primeiro obstáculo a ser enfrentado é a dificuldade dos próprios pesquisadores em apreenderem o significado do constructo. Por isso, faz-se necessária uma explanação atualizada e focada dessa expressão na área da saúde.

A expressão “apoio social” é utilizada nas publicações/ pesquisas brasileiras para genericamente representar diversas outras expressões, tais como: rede de apoio, rede social, rede de suporte, suporte social, apoio social, avaliação de apoio social, “rede social de apoio”, “rede de apoio social”, “rede de suporte social”, “rede de apoio social e afetivo”, “rede de relações”, “suporte familiar”, “suporte psicossocial”, “suporte social de apoio”, “apoio familiar” e “apoio psicológico”, entre outros. Vários estudos ainda utilizaram descritores que se relacionavam a esses constructos, buscando defini-los como: “relacionamento social”, “relações interpessoais”, “laços sociais”, “participação social” e “empoderamento” ou *empowerment* (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Nos textos em inglês, a palavra “apoio” refere-se a *support*, *aid* (ajuda), *backing* (proteção), *furtherance* (auxílio) e outros correlatos. Assim como a palavra “suporte” associa-se a *backing* (apoio), *supporter* (suporte, amparo), *base* (base, suporte) e outros correspondentes. Já a palavra *support* quer dizer apoiar, suportar, ajudar, auxiliar, amparar. Desse modo, na tradução dessas palavras, diante de tantos termos correlatos e da falta de especificidade de uma nomenclatura universal, torna-se difícil avaliar os estudos existentes na área, compará-los corretamente, e fica até (ouso dizer) fácil “mascarar” dados, prejudicar pesquisas e mesmo desvalorizar trabalhos importantes.

O início da revisão bibliográfica que foi feita por meio da rede eletrônica¹⁴ detectou diferenças entre “rede de apoio social – saúde” (sem restringir o idioma) em textos sobre apoio em situações diversas, como por exemplo: trabalhador, trabalhador rural, profissional

¹⁴ Disponível em: <<http://scholar.google.com>>.

de diversas áreas, mães, pais, atletas, períodos escolares, gravidez, adolescência etc. Alguns artigos em língua inglesa poderiam estar associados a momentos de crise, por exemplo, mas todas as traduções para a língua portuguesa tratavam do tema associado a algum tipo de enfermidade, mesmo quando se colocava o descritor “saúde” (sempre restringindo a coleta a partir de 2008).

Com os descritores *routes of health care (itinerary* – nada constava) limitando “saúde pública”, encontramos artigos sobre viagens, planos de saúde, programas de saúde (administração em saúde), planejamento de enfermagem e correlatos. Tentando direcionar a ideia de “caminho que o usuário do sistema público de saúde faz quando está com algum mal-estar”, foram usados alguns descritores como: *way that the user of the public health system does when sick*, porém o que se encontrou foram artigos científicos em jornais, capítulos de livros sobre redução de custos em saúde, avaliação de acesso ao serviço de saúde e temas correlatos, e ainda alguns sobre doenças específicas como câncer, fibromialgia e hipertensão (sempre restringindo a coleta a partir de 2008).

A frase não foi escrita no “buscador” eletrônico exatamente nessa formatação, mas sim com as palavras, entre aspas ou não, variando suas posições, subtraindo algumas e acrescentando outras.

O que queremos dizer é que a falta de consenso na definição do constructo de Rede de Apoio Social em Saúde, o uso de diferentes teorias, as preocupações com a mensuração, as raras reflexões conceituais em psicologia, a escassez de pesquisas com a população brasileira e o descompasso entre os conceitos e os instrumentos empregados nas pesquisas nos deram uma sensação de “desperdício de trabalho”. Isto porque, depois da análise de vários textos e ao final de toda a revisão bibliográfica sobre “cuidados em saúde” ou “de saúde”, o que mais nos chamou atenção foi que, na verdade, todos deveriam se intitular “cuidados em doença” visto que versavam exatamente sobre os modos de se tratar uma enfermidade (adesão ao tratamento), ações dos serviços de saúde etc. sob um cunho positivista, com a concepção de saúde como mera “ausência de doença” e a manutenção de uma visão curativista e hospitalocêntrica.

Após leitura e análise dos estudos selecionados, foram identificadas três principais categorias para o estabelecimento da relação entre as expressões **Rede de Apoio Social**,

Apoio Social e Suporte Social, justificando a opção da revisão bibliográfica discriminada a seguir.

2.2 Rede de Apoio Social, Apoio Social e Suporte Social: revisão bibliográfica

O interesse em pesquisar “apoio social na saúde-doença-cuidado”¹⁵ surgiu na metade da década de 50, com os primeiros estudos sobre a teoria do estresse e dos estressores e seus efeitos. Na década de 60 foram pesquisadas e analisadas as ligações interpessoais da rede social, e foram feitos recortes especificando o foco em “atividade social total e/ou atividade social parcial com foco no indivíduo e nas relações pessoais”. Já na década de 70 o interesse deslocou-se da psicologia para a sociologia, com abordagens empíricas e realistas; desde então as redes sociais nas quais as pessoas se inserem passaram a interessar a Saúde Pública, que posteriormente as relacionaram ao apoio social como resultado da integração do indivíduo em diferentes redes que ofertavam suporte material, cognitivo, afetivo e emocional.

Quanto ao uso dos instrumentos de coleta sobre Análise das Redes Sociais no Brasil e saúde, não foram encontrados resultados significativos, exceto uma Dissertação de Mestrado de 2012 e um artigo sobre comportamento alimentar (descriptor: *Analysis of social networks, health, Brasil*).

No Brasil, muito embora a literatura ainda não adote uma padronização em termos de terminologia, conforme vimos anteriormente, é crescente a utilização da técnica de Análise das Redes Sociais (ARS) ou *Social Network Analysis (SNA)* em pesquisas realizadas em vários campos do conhecimento. De maneira geral, o histórico de aplicação da técnica resgata quatro principais vertentes: a dos antropólogos da escola de Manchester, que documentaram a relação entre a estrutura da rede e a conduta pessoal em situações de luta política e conflitos sociais; a da escola de estudos de comunidades, tradicional no estudo das redes constituídas por parentes, amigos e vizinhos que proporcionam informações e ajuda em geral; a da escola de estudos de estimativa do tamanho das redes pessoais, e a aplicação delas segundo os critérios de contatos acumulados, contatos ativos, centralidades e laços fortes; e, por fim, a da escola de estudo do capital social e redes pessoais, centrada nos estudos do capital social com foco na pessoa, do capital social centrado na rede e do capital social focado na sociedade civil

¹⁵ Com o desenvolvimento de pesquisas em diferentes áreas de conhecimento, o apoio social passou a configurar as Redes.

organizada (MARTELETO, 2001; MARTELETO; SILVA, 2004; GRIEP *et al.*, 2005; GUIMARÃES; MELO, 2005; AGUIAR, 2006; MESQUITA *et al.*, 2008, 2012; LANDIM *et al.*, 2010)

2008 (BR)

Análise de redes sociais informais: aplicação na realidade da escola inclusiva
MESQUITA *et al.*

Objetivo: analisar o potencial de organização e de atuação em rede, considerando suas motivações, suas questões e seus objetivos.

Metodologia: **Análise de Redes Sociais – ARS.** A coleta de dados ocorreu por meio de resposta individual a um questionário com 18 alunos de uma escola de Ensino Fundamental da rede municipal.

Resultados: A metodologia apresentou-se válida nesse tipo de aplicação, permitindo compreender o papel de cada ator na rede de inclusão socioeducacional de pessoas com necessidades especiais, assim como daqueles que se destacam em posições favoráveis para a constituição, sustentação e expansão dessa rede.

Conclusão: Na realidade do grupo de espaço escolar inclusivo, os resultados apontaram para um enfraquecimento da rede, devido à sobreposição de papéis desempenhados por poucos atores e às medidas deficientes de tamanho e densidade, fazendo prever uma desintegração do grupo.

2012 (BR)

Rede de apoio social RAS e saúde de idosos pneumopatas crônicos
MESQUITA *et al.*

Objetivo: analisar características estruturais da rede de apoio social de idosos pneumopatas crônicos, traçando relações com a manutenção/recuperação da saúde

Metodologia: **Análise de Redes Sociais (ARS)**, focando o conceito de apoio social e suas dimensões com 16 idosos, aplicando questionário e entrevista semiestruturada.

Resultados: Cada informante trazia para a rede uma média de 10,37 indivíduos. Dentre os três tipos de apoio social, houve predominância daquele de informação com procedência nos profissionais de saúde. Ainda se observou a importância da reciprocidade no fornecimento/recebimento de apoio social, o qual funciona com a participação dos profissionais de saúde e da família.

Conclusão: a rede do idoso pneumopata crônico é pouco coesa, restringindo-se à rede pessoal de cada um, e que, mesmo assim, os informantes reconhecem e estão satisfeitos com o apoio social proporcionado por ela.

2010 (BR)

Análise das redes interpessoais: aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia
LANDIM *et al.*

Objetivo: Analisar a rede interpessoal dos componentes de uma equipe de Enfermagem, que atua em unidade de hematologia de um hospital-escola.

Metodologia: Com 10 informantes-chaves. Os dados foram coletados no questionário gerador de nomes e qualificador da relação, processados em programas computacionais. A variável *apoio social* foi explorada por meio do instrumento denominado *gerador de nomes e qualificador da relação*, porque se direciona ao levantamento, junto a cada ator, dos nomes das pessoas que fazem parte de suas redes informais. É qualificador da relação porque permite conhecer os significados (ou valor) atribuídos às relações ou ligações entre atores sociais através da **Análise das Redes**.

Resultados: O diagrama permitiu identificar 35 atores compondo a rede: dez pessoas entrevistadas, mais 25 outras citadas como apoio dentre amigos e membros familiares. Da rede total ainda constava 81 vínculos efetivados, e a rede individual foi de um até o máximo de 16 laços. O tamanho da rede em número de participantes foi uma das variáveis mais importantes na análise de rede, como o é na análise sociológica. É também considerada crítica para a estrutura das relações sociais - em especial nos lugares em que os recursos são limitados - em razão do limite que as pessoas manifestaram para estabelecer e manter vínculos duradores. Como consequência, na medida em que um grupo crescia, diminuía as chances de a rede alcançar todo seu potencial (saturação) em termos de "relações possíveis". É muito comum, nessas condições, emergirem subgrupos, ou seja, pequenos grupos que seguem desconectados do grupo maior. E a densidade era muito baixa, o que pode pressupor a existência de dificuldades para as pessoas no grupo tomarem decisões e resolverem problemas conjuntamente.

Conclusão: Na linguagem sociométrica, foram notáveis os membros mais ativos, atuantes ou centrais na rede, formados pelos que receberam mais escolhas positivas, e os componentes mais periféricos, formados por pessoas que receberam menos essas escolhas. A baixa densidade de relações na rede deve ser encarada como sério risco, um fator crítico para os esforços em colaboração: quando o trabalho se torna tenso, conflitante, levando à divisão de energias e à crescente deterioração do desempenho grupal, tendendo para um estado de entropia do sistema e, finalmente, para a dissolução do grupo.

Em 1978 foi criada a associação profissional INSNA (*International Network for Social Network Analysis*), sediada nos Estados Unidos da América, para os investigadores interessados na análise de redes sociais, a qual mantém informações permanentes para seus associados através do *Connections*, boletim oficial da entidade (concebido como site de ciências sociais) e que promove, desde 1979, a conferência anual de *Sunbelt*. Entre as revistas internacionais especializadas, talvez a mais importante seja *Social Networks*, assim como a revista eletrônica *Journal of Social Structure* (JoSS).

Constatam-se, ainda, diversos organismos de pesquisa, publicação e divulgação sobre a rede de apoio social, assim como revistas, livros e manuais. É crescente também o número de programas informáticos destinados ao processamento de dados, à geração de mapas gráficos e ao cálculo de variáveis estatísticas. Em 1998 percebeu-se a necessidade de colocar

em andamento iniciativas e de criar listas de discussão na *web* sobre o tema. A primeira lista, Web REDES, durante os seus três primeiros anos cresceu a ponto de registrar cerca de 200 pesquisadores em comunicação, número que é atualizado diariamente, o que evidencia o enorme interesse que a temática desperta na América Latina (LANDIM *et al.*, 2010).

Países como Colômbia, Peru, Argentina, Chile e México, entre outros, produzem cada vez mais pesquisadores que incorporam essa aproximação metodológica às suas temáticas de estudo. Além da multiplicidade de temas, demonstrando a fecundidade e a vitalidade da disciplina, uma tendência a se destacar é a incorporação de investigadores provenientes da Psicologia Social e da Ciência Política, disciplinas que já somam relevantes contribuições, juntamente com as tradicionais Sociologia e Antropologia, no uso da Metodologia de Análise de Redes Sociais (LANDIM *et al.*, 2010).

O interesse pelas redes sociais ganhou evidência na área da saúde, passando a figurar, inclusive, entre os assumidos por linhas, projetos e grupos de pesquisa registrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), além de compor a programação de eventos científicos específicos para a área. Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, o tema das redes sociais foi associado a “problemas e estratégias em torno da construção da cidadania e da participação popular”; “estratégias de comunicação interpessoal e processos de organização e participação política”; e “participação política e mediações técnicas”.

Outra evidência da emergência das redes como tema de interesse são as articulações de redes de colaboração entre profissionais e pesquisadores, que concentram esforços documentados em relatórios, como é o caso do relatório final do Fórum Nacional de Redes em Saúde, evento que acontece desde 2003 como parte da programação do Congresso da Rede Unida. Os temas implementados, a exemplo das redes de cooperação técnica via Internet que unem pessoas e instituições do campo da saúde, recebem apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Os acessos eletrônicos para pesquisas das Redes em Saúde já estão bem desenvolvidos e atualizados (vide bibliografia eletrônica, ANEXO C).

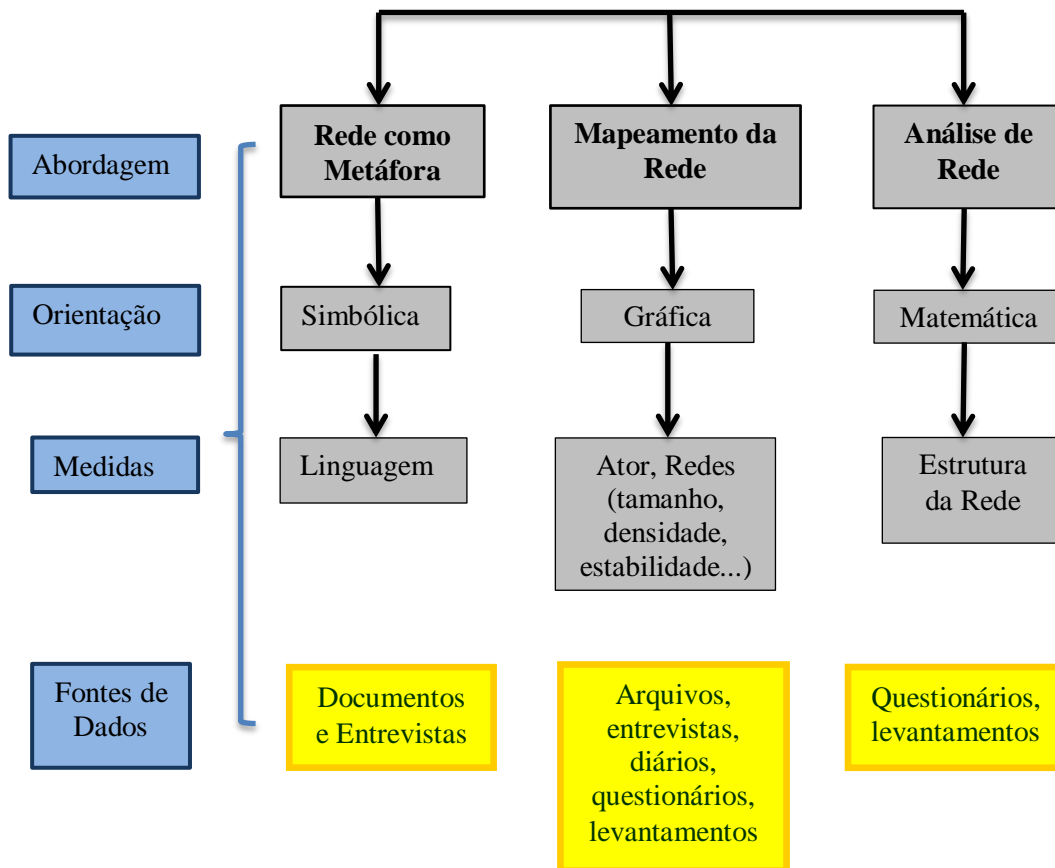
De acordo com LANDIM *et al.* (2010), a primeira década do século XX foi marcada pela consolidação de instrumentos (questionários e escalas de suporte social) traduzidos e adaptados para a realidade do Brasil, com implicações diretas no aumento das publicações no país. Os estudos qualitativos de análise de redes sociais são menos numerosos, predominando os de cunho etnográfico. Nesse sentido, arriscamo-nos a inferir que a pouca tradição faz com que os pesquisadores busquem segurança nos instrumentos padronizados, quantitativos. De modo geral, trabalham com os indicadores: tamanho da rede; frequência dos contatos; papéis sociais desempenhados pelas pessoas em determinada rede de relacionamentos; satisfação e procedência do suporte – família, grupos religiosos, vizinhança, entre outros, e não com a qualidade dessas relações.

Em suma, o que queremos dizer é que, apesar do constructo das **redes de apoio social** ser polissêmico, e de não haver um consenso entre os pesquisadores do campo da psicologia sobre sua definição, o que concomitantemente lhe confere grande capacidade heurística e baixa possibilidade analítica, ainda assim decidimos enfrentar esta grande diversidade de caminhos porque entendemos que outros pesquisadores terão interesse em “focar o olhar” em algum aspecto dos itinerários terapêuticos e, portanto, sempre terão que embasar o seu trabalho nas relações interpessoais que se entrelaçam inexoravelmente nessa rede que faz parte dos cuidados em saúde de qualquer pessoa.

Existem várias maneiras pelas quais os modelos de rede podem ser adotados nas pesquisas. Cada abordagem possui seu mérito e aplicação, dependendo do objetivo da pesquisa, da metodologia escolhida e do embasamento teórico mais apropriado. Sugerimos algumas abordagens para os estudos de Redes (figura 7, p. 58):

Vale ressaltar que uma crítica frequente às pesquisas sobre **rede de apoio social** é a falta de consenso quanto à sua definição. Tal dificuldade justifica-se pelo fato de que existem diversas áreas de pesquisa relacionadas ao tema. Assim, este é um conceito que tem sido investigado por antropólogos, epidemiologistas, enfermeiros, sociólogos, psicólogos e médicos, entre outros profissionais. Abaixo figuram dois exemplos de pesquisa sobre o tema:

Figura 7 – Estudo das Redes.



Fonte: ALVES e SANTOS (2010)

2006 (BR)

Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos
RESENDE, BONES, SOUZA e GUIMARÃES

Objetivo: Investigar a configuração da rede de relações sociais de adultos e a satisfação relatada quanto às suas relações. Verificar a satisfação com a vida de adultos. Descrever a relação entre a rede de relações e a satisfação com a vida

Metodologia: Diagrama para avaliação da **rede social** da vida adulta de KAHN e ANTONUCCI (1980)

Resultados: A análise descritiva dos dados indicou que em média 4 pessoas fazem parte da rede social dos adultos. Os participantes relataram estar muito satisfeitos com sua rede de relações sociais, elevado grau de satisfação com a vida e expectativa positiva com relação à vida futura. Pode-se perceber a relação que existe entre redes de relações sociais de adultos e satisfação com a vida, onde encontrou-se que, as pessoas que possuem uma maior rede social relatam ser mais satisfeitas com a vida e obter maior suporte social.

Conclusão: As pessoas que apresentam maior satisfação com a vida hoje são aquelas que recebem mais suporte afetivo, as pessoas que contam com outras para suporte instrumental, acreditam que estarão mais satisfeitas no futuro. Algumas áreas e temas talvez necessitem de mais investigações, como por

exemplo, a relação entre as redes de relações sociais e a satisfação com a vida, pois existem variáveis sociais e culturais referentes à esse tema que podem ser considerados, bem como subsidiar intervenções visando o aprimoramento da qualidade de vida de adultos e idosos e seus grupos de relações.

2011 (BR)

Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na **rede de apoio** às pessoas com tuberculose

SILVA DE SOUZA e VIEIRA DA SILVA

Objetivo: Validar um modelo teórico pautado em um estudo sobre processos interativos na **rede de apoio** às pessoas com Tuberculose. *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a respeito dos processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose

Metodologia: Na TFD, a validação é considerada uma estratégia metodológica na qual o processo de análise é encerrado pela “validação” da teoria. Optaram pela validação comunicativa com o intuito de averiguar se aquilo que as pessoas vivenciam está expresso no modelo teórico construído, e não mais na fala literal, mas, na interpretação dos dados que levaram à elaboração da teoria.

Resultados: 26 entrevistas - Os resultados da validação comunicativa foram apresentados baseados nos três critérios centrais: Ajuste (verificar se a teoria era fiel à realidade cotidiana das pessoas com tuberculose e se estava ajustada aos processos interativos na rede de apoio, expressando a realidade vivida por elas) e Compreensão (verificar se a teoria que representa a realidade das pessoas com tuberculose é compreensível e faz sentido, tanto às pessoas com tuberculose como aos profissionais da saúde); Generalização teórica (avaliar o nível de abstração do modelo e sua aplicabilidade em diferentes contextos).

Conclusão: Podemos afirmar que o modelo proposto foi considerado validado quanto a seu conteúdo, compreensão, originalidade, poder de generalização, abstração e aplicabilidade a uma população de pessoas na mesma condição de saúde ou em condição de saúde semelhante com base nos critérios estabelecidos pela *Grounded Theory*.

A rede social corresponde a uma trama interpessoal que pode ser compreendida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas, que englobam pessoas com quem mantém interações regulares e que são definidas como teias que a circundam. Sua função está relacionada à qualidade dessas relações (história dos vínculos estabelecidos na sua intensidade, frequência, mutualidade, estrutura e organização). A rede inclui quem com ela interage de maneira regular, mostra se existe união, comutação, troca e transformação, e também fornece a soma das relações significativas (exemplo: com quem conversa), estando representada pela família, amigos, relações de trabalho e/ou escolares e relações comunitárias, serviços de saúde, agências sociais e religiosas. É

considerada como uma espécie de terceiro campo do parentesco, da amizade, da classe social; um círculo social constituído por traços de afinidade, formando uma teia que une as pessoas. Tem um carácter dinâmico, modificando-se com o decorrer do tempo e com as mudanças ocorridas na vida dos participantes, uma vez que é constituída pelo conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam e nos tornam reais. Para caracterizá-la é preciso considerar o contexto em que está inserida – histórico, político, econômico, religioso, de meio ambiente e de serviços públicos como parte do universo relacional. Essas redes são consideradas como sistemas organizacionais que reúnem indivíduos e instituições de forma democrática e participativa em torno de objetivos comuns, visto que a convivência entre seus integrantes e os laços de afinidade podem proporcionar apoio social aos seus membros. As redes vão sendo construídas e reconstruídas por meio das relações interpessoais que se manifestam de maneiras diversas, e expressam a complexidade do mundo social. Sua organização social pode ter uma estrutura descentralizada, em que todos podem, simultaneamente, ocupar diferentes e distintas posições, dependendo dos interesses e dos temas tratados (SLUZKI, 1997; MORE, 2005; ROCHA, 2005; PINTO *et al.*, 2006; SIQUEIRA; BETTS; DELLAGLIO, 2006; JUSSANI *et al.*, 2007; SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2008; SIQUEIRA, TUBINO, SCHWARZ e DELL'AGLIO, 2009; PINTO; JUNQUEIRA, 2009).

A literatura destaca dois tipos de redes sociais: as **informais**, constituídas pelos familiares, amigos, vizinhos, grupos sociais (clubes e igrejas, entre outros), que estão diretamente envolvidos no desenvolvimento das atividades diárias, e a **rede formal** de atendimento, que abrange as organizações sociais como hospitais, serviços de saúde e programas governamentais, assim como profissionais qualificados, organizados para prestar serviços às pessoas que deles necessitam. Em relação à sua *classificação*, as redes sociais estão dispostas de acordo com as características estruturais (composição e tipos); funções estabelecidas (apoio social fornecido) e os atributos do vínculo entre os membros. No que tange às dimensões, as principais associam-se ao tamanho (número de pessoas com as quais se tem contato social); dispersão geográfica (quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato); força das ligações (grau de reciprocidade, intimidade, disponibilidade, intensidade emocional); densidade e integração dos contatos (quantidade de pessoas próximas); composição e homogeneidade dos membros (grau de semelhança entre os indivíduos: idade, condição de saúde), simetria (grau de reciprocidade nos relacionamentos) e

enraizamento social (identificação do indivíduo com seu meio) (SLUZKI, 1997; MACIEL, 2010; MARQUES *et al.*, 2011).

2010 (BR)

Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz*

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa "Aleitamento materno: (re)pensando a importância das representações sociais e da rede social no contexto local!

MARQUES *et al.*

Objetivo: Compreender os significados que os agentes da **rede social** próxima à nutriz dão ao aleitamento materno; e suas influências diretas e indiretas sobre as representações das nutrizes acerca deste processo, permitindo uma visão mais ampla deste fenômeno.

Metodologia: O grupo de estudo foi composto por 58 mães, 27 pais e 31 avós e/ou outro familiar influente, conforme indicação da nutriz – mães de crianças menores de dois anos de idade. E os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Conhecer a **rede social** na qual a nutriz se insere nos permite identificar os indivíduos mais influentes e compreender a interação destas pessoas com a mulher que vivencia a lactação, suscitando subsídios para o planejamento e execução de novas estratégias que envolvam todos estes atores – peças-chave – para o sucesso do aleitamento materno.

Resultados: Como fundamentação teórica para discussão dos resultados, utilizou-se o referencial descrito por Sanicola (1995), para construção da rede social para a compreensão da rede social da mulher que amamenta (mapa da rede social). A análise compreensiva da rede social da nutriz revelou que esta pode oferecer apoio/suporte ou não para o sucesso da lactação. Assim sendo, o apoio recebido foi expresso de várias formas: (1) Auxílio nas atividades domésticas; (2) Ajuda nos cuidados com o bebê; (3) Estímulo ao aleitamento; e (4) Orientações e conselhos.

Conclusão: A rede social das entrevistadas foi composta por familiares, pessoas que viviam próximas a mulher-mãe, pai da criança e profissionais de saúde, sendo que estes indivíduos estabeleceram, com a nutriz, vínculos positivos e negativos. Nesse sentido, observou-se que a rede social funcionou tanto como uma rede de apoio, quanto como uma rede geradora de possíveis conflitos, que podem influenciar as atitudes das mulheres frente à lactação.

Três importantes aspectos fundamentam o constructo de rede: **apoio social**, que é um suporte que favorece o desenvolvimento e a consolidação de uma rede estável de relações informais e a aprendizagem ou reaprendizagem das habilidades que são necessárias para estabelecer, nutrir e manter relações sociais ativas; **integração social**, que consiste em reduzir e prevenir situações de risco pessoal e social, envolvendo intervenções compartilhadas nas soluções de problemas concretos que afetam cotidianamente as pessoas, grupos ou comunidades, visando às práticas inclusivas e maior qualidade de vida, objetivo de vários programas de prevenção; e **experiência psicossocial reabilitante**, que fundamenta as

filosofias terapêuticas de programas mais recentes para adolescentes com problemas de adaptação e comportamento (SLUZKI, 1997; MOURA; SILVA; NOTO, 2009).

A partir dessas definições, há a constituição de uma “rede de redes”, ou seja, conjuntos de relações sociais que interagem e influenciam uns aos outros, formando um grande complexo. Uma rede social pessoal estável, ativa e confiável protege a pessoa em sua vida diária, favorece a construção e manutenção da autoestima e acelera os processos de recuperação da saúde, sendo fundamental, portanto, para a promoção da saúde nos aspectos físicos, psicológicos, afetivos e emocionais. Em contrapartida, a presença de uma doença debilita e reduz a capacidade de interação social dos indivíduos, por se sentirem incapazes de ajudar os outros, o que os leva a se isolarem dos seus contatos, causando assim um impacto negativo na rede social.

Alguns estudos têm demonstrado que o ser humano tende a adoecer quando percebe que sua rede social foi reduzida ou rompida. Na condição de enfermidade, diante das limitações que a própria doença lhe impõe, a pessoa diminui sua capacidade de resolver problemas ao mesmo tempo em que fragiliza e abala suas relações com o trabalho, familiares, amigos e parceiros. Ao reduzir as iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, faz com que aqueles com quem se relacionava na rede também diminuam a sua interação, pois se espera que a atenção oferecida seja retribuída na mesma intensidade. Ter ou não uma rede social que atenda às necessidades e esteja ao alcance da pessoa pode afetar a saúde positiva ou negativamente. Uma rede que não proporciona suporte adequado, assim como o isolamento, a ruptura de vínculos sociais, a pobreza nas relações sociais, a falta de interação, participação e contato entre as pessoas nas suas comunidades, pode aumentar a vulnerabilidade favorecendo o surgimento de doenças emocionais e físicas (SLUZKI, 1997; CHOR *et al.*, 2001; ANDRADE; VAITSMAN, 2002; FEINBERG *et al.*, 2005; MORE, 2005; TRACY; MARTIN, 2007; NARDI, 2008; BUDÓ *et al.*, 2009; LAVALL; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009; TRACY; MOURA; SILVA; NOTO, 2009; FAQUINELLO, CARREIRA e MARCON, 2010; FAQUINELLO e MARCON, 2011; MACIEL, 2010).

No entanto, cabe explicitar que o foco deste estudo sobre as redes sociais não é o comportamento, tampouco o estado de uma pessoa, família, grupo, organização, comunidade ou sociedade, e sim a interação e as inter-relações dos ‘nós’ da rede, assim como os vínculos

que são gerados entre os diversos nós. A esse respeito, seguem algumas pesquisas com abordagens interessantes:

2007 (PT)

Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica
PORTUGAL

Objetivo: Discutir criticamente os principais contributos da *Network Analysis* como abordagem teórica

Metodologia: A *Network Analysis* ou **Análise das Redes Sociais** trouxe novas linguagens e novos dados para a teoria sociológica, permitindo analisar a estrutura social a partir da perspectiva relacional: interação social. Que se inscrevem em dois debates fundamentais da tradição sociológica: o estatuto das análises micro na construção da macro-sociologia e a relação entre estrutura social e ação individual (atores).

Resultados: **Análise das Redes Sociais** pode sintetizar em: Quem? O quê? Como? – Quem faz parte das redes? Quais os conteúdos dos fluxos das redes? Quais as normas que regulam a sua ação? Tomando como referência as RS dos indivíduos, a partir das respostas, identificamos os ‘nós’ os ‘laços’ que as constituem: quais são os elementos da rede, as relações entre eles e se tem uma relação de parentesco, ou não.

Conclusão: trouxe novos princípios para a teoria sociológica, respondeu que a teoria das Redes é um novo paradigma da teoria das Ciências Sociais permitindo analisar a estrutura social a partir de uma perspectiva relacional.

Sluzki é um psiquiatra argentino com formação na Psicologia de Prática Sistêmica. Sua obra foi traduzida e publicada em 1997, mas continua sendo uma referência para muitos trabalhos sobre rede social e apoio social aqui no Brasil. O autor define “rede social pessoal” como a soma de todas as relações interpessoais que o indivíduo percebe ou sente como significativas ou diferenciadas do universo relacional no qual está inserido, e que corresponde ao seu nicho interpessoal, contribuindo para o reconhecimento da sua autoimagem e para sua experiência de identidade, bem-estar, competência, hábitos de cuidado da saúde, influência na construção e percepção do processo saúde-doença e na capacidade de adaptação em uma crise. Essa chamada “Rede Social Pessoal” pode ser registrada em forma de “mapa mínimo” e sistematizada em quatro quadrantes, correspondentes a relações familiares, amigos, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias (de serviço e de credo). As fronteiras desse sistema não se limitam à família nuclear ou à família extensa, mas incluem um conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho e de estudos, inserção comunitária e práticas sociais. Desse modo, a Microrrede refere-se ao social e pessoal, enquanto a Macrorrede relaciona-se à comunidade, à sociedade, à espécie a que pertencemos e à ecologia (SLUZKI, 1997).

Na tabela a seguir exemplificamos três pesquisas nacionais que utilizaram o Mapa Mínimo de Relações MMR de Sluzki (1997), teoricamente bastante utilizado:

2010 (BR)

Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com Parkinson e suas famílias

SENA *et al.*

Objetivo: Estudo do tipo convergente-assistencial, interinstitucional, que teve o objetivo de adaptar, testar e avaliar a tecnologia assistida de ajuda mútua grupal para portadores de doença de Parkinson e suas famílias, com foco na inclusão social e formação de rede de relações.

Metodologia: Participaram 14 portadores em cada contexto os quais se submeteram ao estudo da efetividade dessa tecnologia. Aplicou-se o **Mapa Mínimo de Relações** de SLUZKI Modificado, que identifica a rede de relações como indicativo de potencial suporte social, no pré e pós-implementação da tecnologia para a aferição das possíveis mudanças como efeito da tecnologia testada.

Resultados: apontaram que a tecnologia de ajuda mútua grupal, associada ou não, a outras tecnologias cuidativas, contribui para a manutenção ou alargamento da rede de relações, potencial suporte social favorecedor da inclusão social dos parkinsonianos.

Conclusão: apesar de ser uma amostra reduzida, seu resultado positivo, ainda que provisório, indica a necessidade de futuros esforços investigativos aprofundados para buscar resultados objetivos que evidenciem as dimensões e a extensão da utilidade e valor da tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal aplicada ao portador de DP e sua família, bem como de estudos de natureza qualitativa para o desvelamento de comportamentos particulares de cuidado.

2011 (BR)

Mapa Mínimo de Relações do Idoso: análise de reprodutividade

DOMINGUES *et al.*

Objetivo: Verificar a estabilidade temporal da versão brasileira do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI). Esse instrumento foi formulado por SLUZKI (1997), modificado e adaptado para a utilização com a população idosa por Domingues (2004), passando a denominar-se **Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI)**.

Metodologia: A amostra foi constituída por 28 idosos, 23 mulheres e 05 homens, com a média de 66,82 anos. O MMRI foi aplicado duas vezes (teste e reteste), com intervalo de 20 dias, na forma de entrevista individual, para obter informações quanto à rede de suporte social dos entrevistados.

Resultados: Constituiu-se uma amostra, considerada pequena, de predominância feminina.

Conclusão: Este estudo realizou a validação do instrumento Mapa Mínimo de Relações Sociais dos Idosos por meio da amostra por reprodutividade com a aplicação de um teste/reteste.

2012 (BR)

Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil

ALEXANDRE *et al.*

Objetivo: Identificar a rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil, na perspectiva das famílias.

Metodologia: Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, em uma unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família, de um município da região metropolitana, com oito famílias, representadas por mãe, pai e avó. A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de grupo focal: subdividido em três momentos: *no primeiro momento*, os participantes identificaram individualmente sua rede social de apoio, *o segundo momento*, caracterizado pela discussão dos conceitos de rede, apoio e rede social, utilizando-se o **Mapa Mínimo de Relações (MMR)** de SLUZKI (1997). Assim, no terceiro momento, realizou-se a identificação dos membros da rede social de apoio às famílias.

Resultados: A discussão referente a relação estabelecida entre unidade de saúde e a creche, e a unidade de saúde e a família, exemplificou as diferenças de interesse quanto à utilização destes serviços, fundamentadas nas distintas relações sociais, renda, escolaridade, trabalhos formais e informais, entre outros. Este dissenso reforça a dimensão singular na significação da rede social de apoio às famílias e indica os principais membros da rede social de apoio procurados pelas famílias, para a resolução de agravos à saúde.

Conclusão: Os profissionais podem e devem desenvolver estratégias de ligação entre os membros da rede social de apoio disponível às famílias, visando à promoção do desenvolvimento, além de encorajá-las a serem agentes ativos e buscarem coletivamente recursos e serviços da comunidade que propiciem melhorias na qualidade de vida.

Os estudos sobre redes associadas à expressão *apoio social* emergiram nas décadas de 60 e 70 tendo como precursor o sociólogo Emile Durkheim, que no final do século XIX destacava a importância das relações interpessoais na saúde. Acreditamos ser importante distinguir entre *apoio social* e *rede social*, uma vez que – embora entrelaçados – são mutuamente diferentes conceitos. O conceito de rede está atrelado ao termo *apoio*, que vem complementar à principal função dos mais diversos tipos de rede: fornecer apoio. Assim, pode-se dizer que o apoio social consiste nos recursos relacionais de que uma pessoa dispõe para enfrentar diferentes situações na vida.

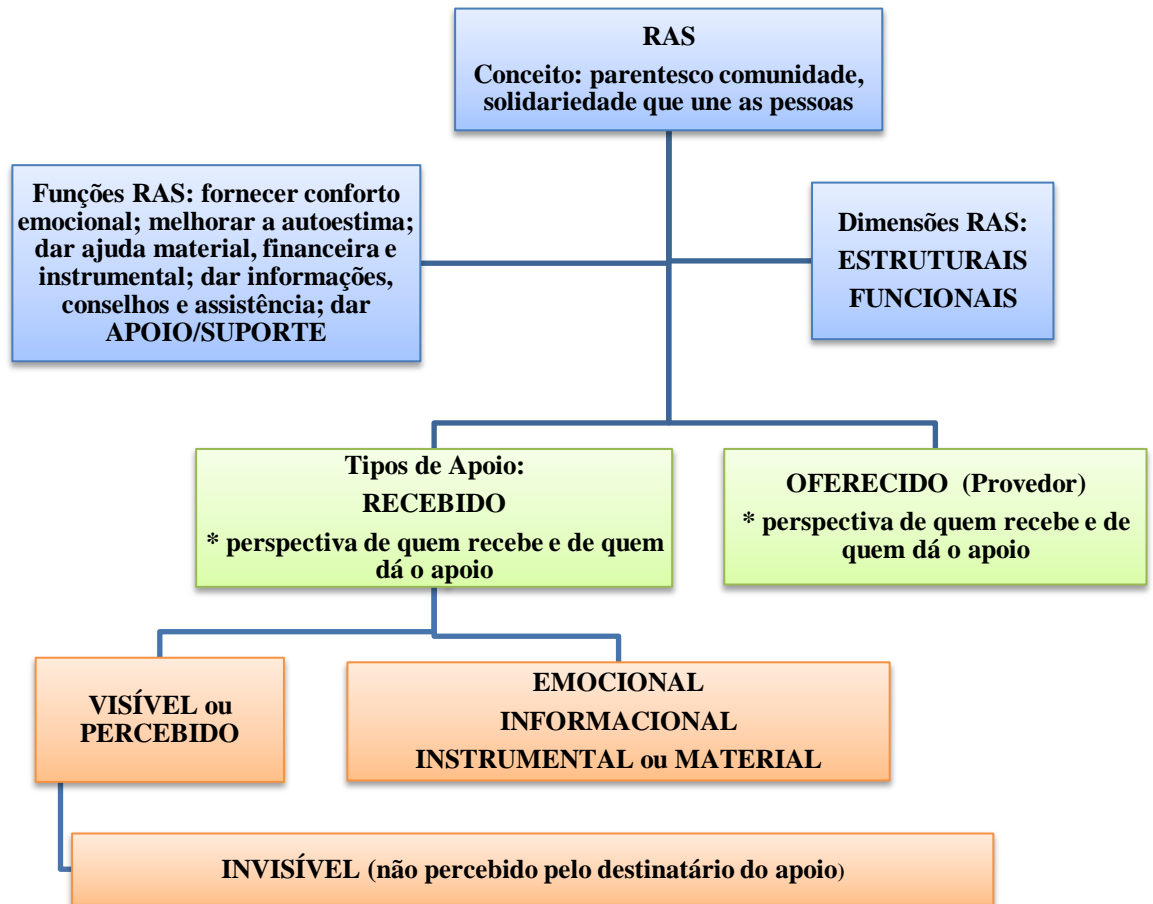
Embora o conceito de rede de apoio social venha recebendo atenção da comunidade científica, ainda não há uma medida válida que pode ser aplicada em diferentes culturas e contextos. Por meio da revisão bibliográfica pudemos perceber que os primeiros esboços na construção de escalas capazes de medir apoio social eram relativamente isolados, ambíguos e

precários em agregar as especificidades do conceito, além de não discriminarem outras medidas sensíveis do constructo. O crescimento do interesse pelo tema trouxe-lhe uma conotação mais multidimensional, envolvendo outros aspectos e conferindo-lhe uma maior amplitude. É ainda complexo definir a qualidade e a natureza do apoio social que é disponibilizado pela rede, porém há várias tentativas de criação de medidas que podem ser aplicadas de forma mais abrangente (figura 8, p. 69).

Redes sociais têm dimensões diferentes que podem influenciar na disponibilidade de apoio social ou na eficácia deste apoio para a saúde e o bem-estar das pessoas, dividindo-se em *estruturais* e *funcionais*. As características estruturais são indicadores quantitativos de apoio que avaliam o grau em que os indivíduos estão socialmente integrados na família e na comunidade, e incluem o tamanho, a quantidade de contatos que uma pessoa mantém com a comunidade social, ou o número de pessoas que conhecem umas às outras em uma rede. Os aspectos funcionais relacionam-se às coisas que as pessoas fazem pelas outras, como a prestação de ajuda material e emocional (LEPORE, 2012).

A rede social refere-se à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo, e é constituída pelas relações significativas que uma pessoa tem e que cumprem funções de suporte. É uma rede de relações que liga indivíduos diferentes por laços sociais, favorecendo o fluxo de recursos de apoio; é um conceito que surge da reconfiguração do conceito de comunidade (laços de proximidade, parentesco e solidariedade que ligam as pessoas). Suas principais funções são fornecer conforto emocional, melhorar a autoestima, dar ajuda financeira ou material, prestar informações ou conselhos e dar assistência ou ajuda instrumental. As redes sociais estão em constante evolução e assumem formas diferentes de relacionamento, interação, comunicação e intencionalidade, nas quais as pessoas ou grupos estabelecem vínculos de amizade e de informação, passando assim a receber apoio material, emocional e afetivo. O apoio social é uma das suas funções criativas, apoio esse que pode ser definido como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecido por grupos e/ou pessoas com as quais se tem contatos sistemáticos que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos tanto para a pessoa que recebe apoio quanto para a que o oferece.

Figura 8 – Sistema de Rede de Apoio Social



Fonte: elaborado pela autora.

O sistema de apoio é constituído por pessoas pertencentes à comunidade na qual o portador da doença se insere. Seus integrantes oferecem diferentes formas de suporte como forma de compartilhar experiências, o que surte um efeito direto sobre o bem-estar do indivíduo e do grupo ao qual ele pertence. Sua importância está na construção do pressuposto de que a rede social preenche as necessidades individuais, criando para seus integrantes inúmeras oportunidades de manterem sua identidade social e ao mesmo tempo receberem apoio, ajuda material, serviços e informações, além de estabelecerem novos contatos sociais. Pode ser comparada a uma teia de relações que liga seus membros por meio dos vínculos sociais, fazendo com que os recursos de apoio fluam através dela.

Alguns autores enfatizam a natureza estrutural da rede de relações (família, amigos, comunidade), enquanto outros salientam a perspectiva qualitativa que diz respeito aos reflexos e ao significado percebidos pela pessoa. O apoio social é encontrado na dimensão pessoal e constituído por membros dessa rede social que são realmente importantes para as

famílias e que têm a função de amenizar o impacto dos acontecimentos que afetam de forma negativa a saúde de quem os sofre. Outros autores usam categorias de apoio social, como avaliação (expressões e sentimentos de reconhecimento), emocional (afeto, respeito amor, empatia), informativo (sugestões, conselhos, informações e opiniões) e instrumental (ajuda financeira, tempo dedicado e disponibilidade de recursos, bens e serviços).

De acordo com alguns estudos, há outros tipos de apoio denominados “invisíveis” (não percebidos pelo destinatário do apoio), que estão mais associados a resultados positivos do que os chamados “visíveis”. Estudos têm apontado diferentes tipos de apoio percebidos:

- a) o *emocional*, também denominado *apoio afetivo*, refere-se a um processo de ajuda recebido por um indivíduo, que lhe reforça a estima e a confiança e que o faz sentir-se cuidado, acolhido, respeitado e valorizado pelos outros, gerando uma atitude emocional positiva e reforçando-lhe a autoestima e a confiança nos outros; que é concebido pela confiança em compartilhar sentimentos e problemas, que faz com que se sinta protegido; e que é característico das amizades íntimas, com baixos níveis de ambivalência. Este tipo de apoio pode ser proporcionado pela demonstração de afeto e amor, como em um abraço, forma esta fundamental para transmitir qualidade às relações sociais e contribuir para a manutenção dos vínculos; está relacionado à disponibilidade de conversar e dividir problemas, por meio de uma relação de confiança, sendo considerado o mais efetivo para reduzir os efeitos negativos de uma situação adversa, fornecer apoio psicológico e a troca de experiências, relacionando-se à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém afetivamente disponível, e tem a ver com empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse;
- b) o *informacional*, associado ao compartilhamento de informações pessoais e sociais, ao esclarecimento de dúvidas e à prestação de conselhos e orientações que podem ajudar os participantes a solucionarem problemas e a adquirirem maior conhecimento sobre os cuidados em saúde. Refere-se à disponibilidade de orientação e informação a respeito dos recursos da comunidade, orientação e divulgação da doença; relaciona-se com a obtenção de dados e conselhos úteis para lidar com situações ou resolver problemas; lida com informações que podem ser usadas para solucionar problemas, e é mensurado por meio do acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões e orientações;

- c) o *instrumental* ou *material*, que compreende desde a ajuda física (ou de serviços) até o auxílio financeiro ou material. Trata-se de um processo recíproco, permitindo que ambas as partes tenham um maior sentido de controle sobre suas vidas. Deste processo se apreende que as pessoas necessitam umas das outras, pois gera efeitos positivos tanto para quem recebe quanto para quem oferece apoio;
- d) o *cognitivo*, que contribui para a autoafirmação e corresponde a uma postura ativa de incentivo, escuta e reforço positivo proporcionada a outra pessoa; tem função de regulação ou controle social, ao propor modos de conduta adequada, estabelecer acordos e normas de convivência e reafirmar as responsabilidades dos papéis dos membros da rede;
- e) o *afetivo*, com a função de companhia social, é um apoio de interação positiva; costuma estar presente na realização de atividades em conjunto, como em divertimentos, atividades agradáveis e distrações em companhia de outras pessoas. Esse tipo de apoio é frequente nas amizades íntimas, relações familiares próximas, grupos religiosos e de autoajuda, e nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, envolvendo expressões de amor e afeição;
- f) a *interação social positiva*, que tem a ver com a disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar e com o acesso a novos contatos, permitindo conexões com pessoas e redes que até então não faziam parte do convívio social do indivíduo, família, grupo e comunidade. As relações que se estabelecem com membros de outras redes sociais é uma possibilidade de formação de novas conexões e ampliação da rede de relacionamentos (SLUZKI, 1997; VALLA, 1999; LACERDA, 2002; PESCE *et al.*, 2004; ANDRADE, 2004; WILLIAMS, 2005; JUSSANI *et al.*, 2007; PINTO *et al.*, 2006; SIQUEIRA; BETTS; DELL AGLIO, 2006; LACERDA; VALLA, 2007; LOMANDO, 2008; PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008; MOREIRA; SARRIERA, 2008; SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2008; MAISEL; SHELLY, 2009; MARCON *et al.*, 2009; SIQUEIRA *et al.*, 2009; MACIEL, 2010; ALEXANDRE *et al.*, 2011; LUZ; CARVALHO; SILVA, 2011; SILVA; LANDIM; SOUSA, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2011; UCHINO *et al.*, 2012).

Os seres humanos são naturalmente sociáveis, e desde os tempos pré-históricos sempre dependeram uns dos outros para a sua sobrevivência. Entretanto, de um tempo relativamente

recente para cá passaram a considerar que não mais precisavam uns dos outros. Hoje em dia as relações sociais são percebidas como simplesmente benéficas para a saúde mental e emocional, e não a saúde física. O apoio social é um dos mais bem documentados fatores psicossociais ligados à saúde física; apesar disso, mais de 25 anos de pesquisa não conseguiram decifrar os mecanismos psicológicos responsáveis por tais ligações (HOLT-LUNSTAD; SMITH; LAYTON, 2010; HOLT-LUNSTAD; SMITH, 2012).

A relação entre laços sociais e saúde foi sugerida, na década de 70, por Sidney Cobb (1976) e, de maneira independente, por John Cassel (1976), quando compilaram evidências de que a ruptura de laços sociais aumentava a suscetibilidade a doenças. Em 1991 Sherbourne e Stewart (EUA) conceberam a *Medical Outcomes Study (MOS)* ou **Escala de Apoio Social (EAS)**, que avalia cinco diferentes dimensões: material, afetiva, interação social positiva, emocional e de informação, desenvolvidas com pacientes portadores de doenças crônicas.

Em 1992 Ware Jr. e Sherbourne (EUA) adaptaram esse instrumento para uso na prática clínica e na pesquisa das políticas de saúde e inquéritos à população em geral, composto por 36 itens. A forma curta de 36 itens (SF-36) foi projetada para uso na prática clínica e na pesquisa, para avaliação das políticas de saúde, para os inquéritos à população em geral e para o levantamento do estado de saúde no *Medical Outcomes Study MOS*. Ele inclui uma escala multi-item que avalia oito conceitos de saúde: 1) limitações em atividades físicas por causa de problemas de saúde, 2) limitações nas atividades sociais devido a problemas físicos ou emocionais; 3) limitações nas atividades habituais por causa do papel físico dos problemas de saúde, 4) dor no corpo; 5) saúde mental geral (sofrimento psicológico e bem-estar); 6) limitações nas atividades de funções habituais por causa de problemas emocionais; 7) vida (energia e fadiga), e 8) as percepções gerais de saúde. O conteúdo e as características do SF-36 são comparados com os 20 itens do *Medical Outcomes Study* (forma abreviada).

Em 1993 Hays, Sherbourne e Mazel acrescentaram ao *MOS* oito conceitos de saúde: capacidade funcional, dor, limitações nas funções diárias devido a problemas de saúde física, limitações nas funções diárias devido a problemas pessoais ou emocionais, saúde mental em geral, funcionamento social, energia/ fadiga e percepções gerais de saúde.

Em 1996, Langer *et al.* desenvolveram um instrumento que foi utilizado no Brasil, especificamente voltado para a medição do impacto do apoio social, no qual os efeitos do

reforço da rede social e do apoio emocional foram avaliados em relação à satisfação com a experiência da maternidade e aos cuidados com a saúde da mulher e da criança. Contudo, em função das diferenças entre as populações e objetivos, o instrumento não foi empregado em outros estudos brasileiros. Vários outros índices identificados na literatura também não pareciam adequados à nossa população. Foi então que em 1999, visando mensurar aspectos da saúde física e mental dos funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública, no Rio de Janeiro, Faerstein *et al.* aplicaram um pré-teste de questionário multidimensional autopreenchível, como base para um Estudo Pró-saúde com a intenção de verificar a rede, o apoio social e os eventos de vida produtores de estresse, utilizando o instrumento *MOS* como modelo. Em 2001 Chor *et al.* deram continuidade ao Estudo Pró-saúde, optando pela aplicação do conjunto de itens da escala *MOS* contendo uma das cinco dimensões de apoio social, introduzidas pela frase “se você precisar...” seguida pelo tipo de apoio. Em 2003 Griep validou a escala *MOS* no Brasil, e nesse mesmo ano seu grupo de pesquisa fez o teste-reteste da escala, que abrange cinco dimensões de apoio social: material, emocional, de informação, afetivo e interação social positiva (CHOR *et al.*, 2003). Em 2005, Griep *et al.* avaliaram como positiva a decisão de agregar estudos de confiabilidade ao nosso estudo piloto, utilizando a escala *MOS*.

Pesce *et al.* (2004) utilizaram a escala *MOS* em sua pesquisa, porém acrescentando duas novas categorias: apoio afetivo (associado à demonstração de afeto e amor) e apoio de interação positiva (ligado à possibilidade de obter apoio na realização de atividades em conjunto, como se divertir, envolver-se em atividades agradáveis e distrair-se com alguém). Pinto (2006) aplicou essa escala em idosos, Schneider e Ramires (2007) em adolescentes, e Santana, Zanin e Maniglia (2008) em pacientes com câncer. Já Marques e Bichir (2011) o instrumento para investigar o papel das redes de relações sociais nas condições de vida em metrópoles (redes egocentradas).

2001 (BR)

Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto
CHOR *et al.*

Objetivo: Fazer o teste e o pré-teste da **Medida de Rede de Apoio Social**. Um estudo de coorte de 4.030 funcionários de uma universidade pública no Rio de Janeiro.

Metodologia: Em primeiro lugar, a adequação de conceitos foi explorada em discussões de grupos de voluntários. Em seguida, o questionário do *Medical Outcomes Study MOS* foi submetido a procedimentos padronizados de tradução e

versão. As perguntas foram a seguir avaliadas em cinco etapas de pré-testes e estudo piloto. Nenhuma pergunta apresentou proporção de não-resposta acima de 5%.

Resultados: Os coeficientes de correlação de Pearson entre os itens foram distantes de zero e da unidade; a correlação entre cada item e o escore de sua dimensão foi superior a 0,80 em quase todos os casos. Finalmente, os coeficientes Alpha de Cronbach foram superiores a 0,70 em todas as dimensões.

Conclusão: Os resultados sugerem que aspectos de rede e apoio social serão mensurados adequadamente, permitindo a investigação de suas associações com desenlaces relacionados à saúde em um grupo populacional no Brasil.

2005 (BR)

Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos
FAERSTEIN *et al.*

Objetivo: investigar os determinantes sociais da saúde. O Estudo Pró-Saúde tem como objetivos a investigação do papel de marcadores de posição social e de outras dimensões da vida social em diversos domínios da qualidade de vida, da morbidade e de comportamentos relacionados à saúde.

Metodologia: São investigados marcadores de posição socioeconômica, raça/etnia, religião, história conjugal e de migração. Enfatiza-se a aferição de indicadores relativos, como desigualdade e trajetórias sociais, e efeitos contextuais das áreas de residência e setores de trabalho. Finalmente, busca-se abordar temas ainda pouco explorados em nosso meio, como rede e apoio social, estresse no trabalho e experiência de discriminação. **Rede e Apoio Social: *Medical Outcomes Study (MOS)*.** Estresse no trabalho: a escala completa do modelo demanda/controle, a escala reduzida baseada no mesmo modelo e a escala baseada no modelo esforço/recompensa.

Resultados: Quanto à avaliação da validade de construto, temos utilizado *análise de fatores* no âmbito das adaptações transculturais de questionários, como no caso das escalas de apoio social e de qualidade de vida. Outras metodologias vêm sendo paulatinamente incluídas no arsenal analítico do Estudo Pró-Saúde.

Conclusão: Na realidade brasileira, a relação da pesquisa com o ensino de graduação e pós-graduação é particularmente importante. Em nossa experiência, o planejamento e a condução de um estudo longitudinal revelaram-se particularmente facilitadores da formação e consolidação de uma comunidade acadêmica reunindo pesquisadores e alunos.

2007 (BR)

Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência

SCHNEIDER e RAMIRES

Objetivo: Investigar a sintomatologia depressiva, o estilo de vínculo parental e a presença de rede de apoio social em adolescentes.

Metodologia: 11 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 18 anos, que procuraram atendimento ou foram encaminhados ao Serviço de Psicologia de uma universidade. Os dados foram coletados através de entrevistas e das

aplicações dos instrumentos Child Behavior Checklist (CBCL), Desenho da Figura Humana, Parental Bonding Instrument e **Escala de Medidas de Rede e Apoio Social (MOS)**.

Resultados: apontam que adolescentes com sintomatologia depressiva apresentam um vínculo parental inadequado e uma rede de apoio social insuficiente.

Conclusão: A avaliação da amostra, ainda que limitada, ressalta para a importância do tema e a necessidade de intervenção no fortalecimento dos laços parentais e sociais a fim de propiciar segurança e favorecer saúde biopsicossocial.

2008 (BR)

Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social.

SANTANA, ZANIN e MANIGLIA

Objetivo: Avaliar as estratégias de enfrentamento, rede e apoio social de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um hospital.

Metodologia: 22 participantes responderam a um Questionário Sociodemográfico, Questionário de Hábitos de Vida, Ficha Clínica, **Escala Modos de**

Enfrentamento de Problemas (EMEP). Escala de 45 itens agrupados nos fatores: enfrentamento; enfrentamento focalizado na emoção; busca de suporte social e busca de práticas religiosas/pensamento; e **Medidas de Rede e Apoio Social** validadas por GRIEP (2003). O bloco de rede social possui os seguintes itens: quantidade de parentes e amigos íntimos; situação conjugal; condição de morar sozinho ou não; participação em atividades em grupo. O questionário de apoio social abrange: apoio material; afetivo; emocional; interação social positiva e informação.

Resultados: as estratégias de enfrentamento menos utilizadas foram: focalização na emoção e busca por suporte social a rede social apresentou-se ampla, mas com grau de intimidade baixo, e a média geral do apoio social foi baixa. As principais correlações encontradas foram: apoio emocional e de informação, estratégias focalização no problema e religiosidade.

Conclusão: A análise fatorial identificou interação de determinadas estratégias com tipos específicos de apoio social. Discutem-se implicações para as práticas psicológicas visando facilitar a adaptação ao estressor-saúde e melhorar o suporte social dos pacientes.

O *MOS* foi recentemente utilizado por Rodrigues e Silva (2013).

2013 (BR)

A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados

RODRIGUES e SILVA

Objetivo: Identificar a composição da rede de apoio social de idosos institucionalizados, bem como os tipos e as quantidades de apoios recebidos por eles.

Metodologia: Participaram 30 idosos institucionalizados com média de idade de 74 anos. Foram aplicadas entrevistas e a **escala de apoio social (MOS)** para identificar a composição da rede social e tipos de apoio social que os idosos

recebiam. A rede social desses idosos era composta, em ordem decrescente de quantidade, por familiares, amigos, internos e funcionários da instituição.

Resultados: Embora esses idosos possuíssem familiares vivos, 29 deles recebiam mais apoio social dos amigos do que de seus familiares. Somente 13 recebiam apoio de poucos familiares (em média 1,8 membros da família ofereciam apoio aos idosos), sugerindo a existência de comprometimentos na relação desses idosos com os familiares.

Conclusão: Os idosos recebiam apoio material, afetivo e emocional quase sempre e apoios de informação e de interação social positiva, às vezes. A conclusão, pelos resultados, é que os idosos recebiam apoio de poucas pessoas de suas redes sociais.

Sabe-se que os profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam na AB, necessitam de instrumentalização sistematizada para direcionar o olhar para além dos indivíduos, buscando compreender a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance do sucesso terapêutico.

Como se pode perceber, *apoio social* e *rede social* referem-se a um mesmo constructo, embora alguns autores utilizem a expressão *suporte social*, enquanto outros optam por *apoio social* na classificação de uma só categoria. Todavia, a pessoa pode ter uma rede social e necessariamente não receber apoio dessa rede. Na verdade, “a rede social pode ser concebida como a estrutura social através da qual o apoio é fornecido”. Por outro lado, o apoio social diz respeito ao aspecto funcional ou qualitativo da rede social, quer dizer, refere-se a ter alguém com quem contar para receber, por exemplo, auxílio material, emocional ou afetivo, percebendo-se valorizado no grupo do qual faz parte (PIETRUKOWICZ, 2001; GRIEP, 2003; COSTA, 2005; ANTUNES; FONTAINE, 2005).

Em um estudo de revisão bibliográfica abarcando o período 1983-2005 sobre o tema “apoio social” com “saúde/doença/cuidado” (259 textos internacionais e 57 nacionais), os achados internacionais, em sua maioria, apresentaram efeitos positivos de apoio, destacando a redução do estresse e dos problemas psicológicos, bem como de enfermidades crônicas. Os efeitos negativos da falta do apoio refletem-se no agravamento daqueles problemas no que tange a tratamentos, uso dos serviços e atenção à saúde. Nos estudos nacionais, metade preocupa-se com a redução do estresse e a outra metade com solidariedade, empoderamento e cidadania, politizando assim o apoio social. Os efeitos da falta do apoio social quase não são discutidos. Tanto na literatura internacional quanto na nacional, uma parcela expressiva dos textos volta-se para assuntos teórico-metodológicos, abordando medidas de apoio social e a

validação dos instrumentos. A literatura internacional respalda-se mais na psicologia social, nas várias correntes da sociologia e da ciência política e menos na antropologia. Por outro lado, a literatura nacional dialoga menos com as teorias psicossociais e mais com as sociológicas e as antropológicas, realçando-se pela abordagem do apoio com a rede social, a solidariedade, as trocas e os valores culturais e deslocando-se da esfera individual para a coletiva (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

A falta de especificidade na definição conceitual e nas técnicas de avaliação do constructo apoio social pode ter implicações importantes, já que as dimensões distintas por vezes incluem pontos como a qualidade e a disponibilidade do apoio, a percepção subjetiva sobre o apoio, os tipos de apoio e a perspectiva de quem o recebe, ou ainda, mais raramente, a perspectiva do próprio provedor. As relações sociais próximas podem afetar positivamente os sistemas biológicos, os comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico das pessoas, assim como o envolvimento de outras pessoas no cuidado e apoio no manejo de consequências adversas da enfermidade parece favorecer a adaptação, o ajustamento às doenças e um menor índice de mortalidade – assim como ocorre com o seu inverso. O *distress* afeta a saúde e pode ser danoso, pois pode promover a susceptibilidade a doenças. A perspectiva adotada em nosso estudo, que estabelece relações com o conceito de saúde, reitera que o apoio social é uma estratégia de enfrentamento que avalia subjetivamente uma dada “situação”, juntamente com os recursos sociais e individuais de enfrentamento baseados nas situações estressantes. (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002; SMITH; RUIZ; UCHINO, 2004; RHOADES; EISENBERGER, 2002; SCHWARZER; KNOLL, 2007; SHELLEY; STANTON, 2007; ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008; ZANINI; VEROLLA-MOURA; QUEIROZ, 2009; SLAVICH; BALDWIN; EISENBERGER; SHELLEY, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011).

Estudos realizados nos últimos dez anos sugerem que receber apoio social tem efeitos contraditórios sobre a saúde física e mental dependendo do contexto de recepção de apoio, “quem é” o provedor desse apoio, a reciprocidade e a adequação, visto que estes podem determinar o resultado da recepção de apoio e a disposição da pessoa que o recebe. Em razão disso, sugere-se que o apoio seja medido como percebido e recebido e que sejam feitas correlações com doenças específicas de cada pessoa em diferentes fases do desenvolvimento da doença (UCHINO; KIECOLT-GLASER; CACIOPPO, 1992; UCHINO; GARVEY, 1997;

UCHINO; HOLT-LUNSTAD; UNO; BETANCOURT; GARVEY, 1999; UCHINO, 2006, 2009; UCHINO; CARLISTE; BIRMINGHAM; VAUGHN, 2011; NURULLAH, 2012).

Em 1985 iniciou-se o desenvolvimento de trabalhos que se propunham a mensurar o apoio recebido e seus efeitos na saúde. Cohen e Wills, nos EUA, estudaram a hipótese do apoio social como tamponamento do estresse, o que teria efeito benéfico no suporte contra os efeitos potencialmente adversos de eventos estressantes (modelo tampão – *buffer*). Os autores avaliaram (1) a estrutura de apoio (a existência de relações) ou função (a medida em que os relacionamentos interpessoais fornecem recursos particulares) e (2) o grau de especificidade da escala proposta. Em 2010 Bazon *et al.* utilizaram em sua pesquisa o **Questionário de Apoio Social – QAS** (CHOR; GRIEP; LOPES; FAERSTEIN, 2001) e o **Índice de Estresse Parental – ISP**, validados para o Brasil.

Cabe-nos aqui tentar diferenciar as duas posições que explicam a associação entre *saúde mental* e *apoio social*. A primeira alega que o apoio social afetaria a saúde mental diretamente; a segunda considera que a relação não é direta, mas que o apoio social funcionaria como mediador do estresse modificando o seu efeito, ou seja, a pessoa que contasse com alto nível de apoio social reagiria mais positivamente às situações estressantes quando comparada a outros que não dispusessem desse tipo de recurso. A ideia de que o apoio social moderaria o impacto de eventos estressantes na saúde das pessoas estaria explorando a hipótese da teoria do efeito *buffer* (tamponador) como um “amortecedor” (das consequências negativas) desses eventos estressantes sobre o bem-estar físico e psicológico. Ao mesmo tempo, o apoio social, por si só, poderia estar reforçando a sensação de controle do indivíduo sobre a própria vida, o que por sua vez implicaria em efeitos positivos sobre a saúde, diminuindo sua vulnerabilidade a doenças. Alguns estudos ainda sugerem que a falta de apoio dos pais durante a infância estaria associada ao aumento dos níveis de sintomas depressivos e doenças crônicas na idade adulta (OLSTAD; SEXTON; SOGAARD, 2001; CHOR *et al.*, 2001; GRIEP, 2003; GRIEP *et al.*, 2003; SHAW *et al.*, 2004; GRIEP *et al.*, 2005; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; GONÇALVES *et al.*, 2011).

2010 (BR)

Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e **apoio social**

BAZON *et al.*

Objetivo: Contribuir para nas investigações, nos estudos sobre negligência e

maus-tratos infantil. Estudando cuidadores notificados por negligência ao sistema de proteção (n = 30), comparando-os a outros, pareados em variáveis sociodemográficas, porém sem histórico de maus-tratos (n = 30).

Metodologia: **Questionário de Apoio Social - QAS**, adaptado a nossa realidade por pesquisadores do "Estudo Pró-Saúde". Avalia o grau com que várias facetas do apoio são percebidas como de ajuda para o indivíduo, sendo estas: a emocional, a de informação, a afetiva, a de interação positiva e a material. Também avalia a rede social, ou seja, a quantidade de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de participação social. A versão adaptada é composta por 24 perguntas, sendo cinco relacionadas ao conceito de rede social e 19 relacionadas ao conceito de apoio social. E o Índice de Estresse Parental – ISP (avaliar o componente de estresse presente nas interações pais-criança)

Resultados: Os participantes responderam a um Questionário de caracterização sociodemográfica e econômica e a um concernente à rede e ao apoio social percebido, bem como a uma escala de estresse parental. Os dados foram comparados estatisticamente e indicaram que os cuidadores notificados se distinguiam no sentido de viverem em condições materiais mais adversas, de sentirem mais estresse associado ao papel parental.

Conclusão: Isso ocorre devido a uma percepção negativa de si enquanto cuidador, e de se perceberem menos apoiados socialmente, sobretudo pela família extensa, no plano de necessidades subjetivas. Em conjunto, essas características parecem concorrer para o incremento do risco de negligência.

O Diagrama da Escolta tem uma conotação temporal a partir do qual se entende que cada pessoa pode ser compreendida, ao longo do curso de vida. Ele é dinâmico e constante, ou seja, acompanha o indivíduo ao longo da vida, ajudando-o a lidar com os desafios, mas sofre mudanças decorrentes das transformações dos papéis sociais dos seus membros. Uma importante perspectiva teórica para o entendimento da Rede de Apoio Social é o modelo da Escolta de Apoio Social – *The Convoy of Social Support* – proposto por Kahn e Antonucci (1980), Antonucci e Akiyama (1987) e Antonucci, Akiyama e Takahashi (2004) no Japão. A adaptação desse modelo para a população infantil e juvenil brasileira foi realizada por Brito (1999). A autora utilizou o modelo da Escolta de Apoio Social em um estudo que buscou investigar a rede de apoio social de meninos e meninas em situação de rua que faziam uso de drogas (BRITO; KOLLER, 1999). Pinheiro de Paula-Couto (2008) procurou dar continuidade à adaptação do Diagrama da Escolta, criado por Brito, para a população brasileira, mas desta vez considerando a população idosa.

1980, 1987, 1999 e 2004 (BR)

KAHN e ANTONUCCI/ANTONUCCI e AKIYAMA/ BRITO/ ANTONUCCI, AKIYAMA e TAKAHASHI

Diagrama da Escolta (As características funcionais da rede de apoio são avaliadas a partir de seis tipos de relação de suporte providos e recebidos pela pessoa em foco, ou seja, o respondente. Essas relações são: (1) confidenciar coisas que são importantes; (2) ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza; (3) ser respeitado; (4) ser cuidado em situação de doença; (5) conversar quando está triste, nervoso ou deprimido; e (6) conversar sobre a própria saúde. Para estas questões funcionais, solicita-se ao participante que olhe para o seu diagrama e indique nele aquelas pessoas de quem ele recebe cada um dos tipos de suporte e para quem ele dá cada um deles)

2008 (BR)

Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – **diagrama da escolta** – para idosos brasileiros.

PINHEIRO DE PAULA-COUTO *et al.*

Objetivo: Adaptar uma medida de apoio social – **Diagrama da Escolta** – para a população idosa e apresentar resultados descritivos sobre a estrutura e a função das redes de apoio da presente amostra.

Metodologia: Participaram 15 idosos selecionados de uma amostra maior com idade média de 69.6 anos. A aplicação do diagrama foi individual. O Diagrama da Escolta aplicado a idosos mostrou-se um instrumento de fácil aplicação e útil para avaliar a rede social.

Resultados: Destaca-se o fato de o instrumento contemplar aspectos estruturais e funcionais da rede buscando uma análise integrada.

Conclusão: Sabe-se que se a estrutura da rede social fornece subsídios para a sua avaliação, é a percepção satisfatória quanto às relações de apoio mantidas, que promove sentimentos de bem-estar individual.

2012 (BR)

Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social

BRITO, COSTA e PAVARINI

Objetivo: Analisar a estrutura e função das redes de apoio social de 38 idosos com alterações cognitivas, residentes em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social, além de identificar associações entre as características das redes e a capacidade funcional.

Metodologia: Aplicaram-se o Mini Exame do Estado Mental para avaliação cognitiva, o Índice de Katz e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer, para a avaliação do desempenho dos idosos nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, o **Diagrama de Escolta** para avaliação da rede social de apoio ao idoso (que representa graficamente o referencial teórico da Escolta de Apoio proposto em 1987).

Resultados: Os resultados demonstraram que os idosos avaliados possuem rede social grande, com predomínio de integrantes no círculo interno, porém poucos integrantes desempenham papéis funcionais. A respeito do **Diagrama de Escolta**, pode-se dizer que foi um instrumento de fácil aplicação e útil para a avaliação da rede de apoio social dos idosos com alterações cognitivas, uma vez que apresenta características lúdicas durante a aplicação. Uma limitação deste estudo foi que as respostas dos idosos podem sofrer distorções devido à dificuldade cognitiva dos

mesmos.

Conclusão: Observou-se correlação entre a variável sexo e o número de integrantes das redes sociais. Não foi observada correlação significativa entre as características das redes e a capacidade funcional dos idosos. Tomando a família (principal fonte de cuidado no Brasil) como ponte para o estabelecimento de redes sociais satisfatórias, é possível que a Enfermagem atue na oferta de apoio social ao idoso na atenção básica, o que afeta positivamente sua capacidade funcional e condição cognitiva.

2012 (BR)

Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer
RODRIGUES e FERREIRA

Objetivo: Caracterizar a rede de apoio social de adultos com câncer

Metodologia: Pesquisa quantitativa, exploratório, descritiva, de corte transversal realizada com adultos com câncer, em seus domicílios, utilizando o **Diagrama de Escolta**.

Resultados: 69 doentes foram consultados e citaram 506 integrantes em suas redes de apoio, com idade entre 1 e 89 anos, sendo a maioria do gênero feminino, residindo a menos de 30 minutos do domicílio do doente que se encontrava diariamente. Do apoio contemplado no diagrama, os doentes perceberam que dão mais apoio do que recebem, exceto "Cuidar em situação de doença". O tipo de apoio mais recebido e fornecido foi "Respeitar" e o menos foi "Cuidar em situação de doença".

Conclusão: Os vínculos apoiadores desses doentes encontram-se restritos à família nuclear e extensa, vizinhos e amigos íntimos, com os quais os doentes têm uma relação antiga e, conseqüentemente, tornaram-se importantes durante sua vida. O vínculo afetivo para os doentes apontou a limitação das famílias como únicos vínculos apoiadores, isto remete ao alerta de focar a atenção dos profissionais de saúde para esta unidade de cuidado.

Em 2007 Schwarzer e Knoll desenvolveram um conjunto de escalas de apoio social que inclui o apoio social tanto recebido quanto percebido, assim como o efeito *buffer* do apoio social.

2007 (EUA)

Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview

SCHWARZER e KNOLL

Objetivo: Examinar a função de **apoio social (suporte)** do parceiro (relações de gênero) no contexto da cirurgia gastrointestinal.

Metodologia: 173 casais (durante 6 meses) usando as **Escalas Apoio Social de Berlim** (Alemanha), a avaliação ocorreu durante a semana antes de uma cirurgia de câncer, 1 mês e 6 meses após a cirurgia de câncer.

Resultados: surgiram diferenças de gênero para apoio recebido e provido. Apoio recebido dos parceiros foi inicialmente elevado para todos os pacientes, manteve-se elevada ao longo do tempo para os homens, mas diminuiu para as mulheres.

Apoio diminuiu para parceiros do sexo masculino, mas manteve-se elevada em parceiras.

Conclusão: fontes alternativas de apoio, em particular para as mulheres, como a sua rede de amigos ou ajuda profissional, precisa ser melhor identificado. A intervenção para enfrentamento poderia ser implementada para ajudar os parceiros a aprender sobre as necessidades do outro em tempos de crise e maneiras de lidar com a adversidade.

Em 1999 Ribeiro tentou esclarecer que a investigação dos aspectos sociais se referia tanto aos aspectos objetivos quanto aos subjetivos (percepção que o indivíduo tem da adequação e da satisfação com a dimensão social de sua vida). Para tanto, fez uso do Suporte Social: “[...] a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (SARASON *et al.*, 1983). Contudo, em 1976 Cobb já adotava uma classificação em três valores.

Em vista disso, retomamos aqui a definição geral de apoio social como apoio mental e material obtido a partir da rede social, levando o indivíduo a se sentir cuidado, amado, estimado e valorizado. Conforme mencionado no início do capítulo, a tradução fidedigna do termo apoio/suporte/*support* nos coloca nessa constrangedora e confusa “teia de termos”; porém, de um modo geral concluímos que *support* está relacionado à saúde psicológica e física, constituindo-se em fator de proteção. Para XIA *et al.* (2012) este não é um constructo unitário, podendo ser dividido em apoio social recebido¹⁶; apoio social promulgado (recebido, aceito), também chamado de apoio social recebido¹⁷; e apoio social percebido¹⁸, também conhecido como apoio social subjetivo. Ainda para esses autores, personalidade autossustentável (apoiantes)¹⁹ corresponde à união da independência pessoal e da conexão interpessoal, e está associada a interdependência²⁰. Na cultura chinesa, SSP é considerado como um conjunto integrado de traços de personalidade que pode ajudar pessoas a resolver os problemas principais da vida diária e facilitar o desenvolvimento pessoal.

O estudo de XIA *et al.* (2012) teve como objetivo a testagem da relação entre o apoio social recebido (ESS) e o apoio social percebido (PSS).

¹⁶ ESS – *Enacted Social Support*.

¹⁷ *Enacted objective social support* ou *received social support*.

¹⁸ PSS – *Perceived Social Support*.

¹⁹ SSP – *Self-Supporting Personality*.

²⁰ *Hypothetical modelo of self-supporting personality*.

2012 (CH)

The relation of self-supporting personality, enacted social support, and perceived social support. *Self-Supporting Personality Scale (SSPS-AS) - Social Support Rating Scale (SSRS)*

XIA *et al.*

Objetivo: Analisar o modelo relacional de traços ESS e PSS (SSP), SSP traits, ESS, and PSS

Metodologia: Testar o modelo relacional entre personalidade, ESS e PSS (ou SSP) em um conceito de personalidade chamado personalidade autoportante. Na cultura chinesa, PSS (SSP) é considerado um conjunto integrado de traços de personalidade que pode ajudar pessoas a resolver os principais problemas da vida diária e facilitar o desenvolvimento pessoal. (Unificação da independência pessoal e conexão interpessoal).

Resultados: Os efeitos do apoio social sobre a saúde física e mental indicou que o PSS é consistentemente mais preditivo de resultados benéficos para a saúde quando comparado com ESS.

Conclusão: O presente estudo teve várias limitações. Primeiro, é um estudo transversal e, portanto, não podem tirar conclusões sobre os processos causais subjacentes as relações observadas. Portanto, sugerem que estudos futuros devem tentar replicar os resultados usando outras escalas de percepção de apoio social.

Em 1988 Zimet *et al.* desenvolveram, nos EUA, uma medida de autorrelato de apoio social avaliado subjetivamente: a **Escala Multidimensional de Percepção de Suporte Social (MSPSSS)**, contendo três subescalas com fontes de apoio diferentes: (a) família, (b) amigos, e (c) outro significativo, e que demonstra uma boa rede de confiabilidade interna e validade de constructo. Altos níveis de apoio social percebido foram associados a baixos níveis de depressão e sintomatologia de ansiedade, assim como diferenças de gênero. Em 2013 Xia *et al.* aplicaram a MSPSSS, a SSPS e a Auto-Avaliação Vida em 782 estudantes universitários chineses, a fim de avaliar se o estresse e o apoio social mediam os traços de personalidade autossuficientes e os sintomas psicológicos.

Em 2010 Gottlieb e Bergen revisaram três medidas de apoio social:

2010 (Canadá)

GOTTLIEB e BERGEN

Social support concepts and measures

Objetivo: avaliar três medidas de apoio, incluindo suas propriedades psicométricas: suporte (apoio) social, rede social e integração social.

Metodologia: o *Inventory of Socially Supportive Behaviors (SSQ)* mede o apoio recebido, a *Provisions Scale (SPS)* é a Escala de provisões sociais e *Social Network Questionnaire (ENRICH)* é um questionário que mede função, estrutura e aspectos sociais da rede de apoio.

Resultados: O Inventário de Comportamentos Suporte Social (ISSB) - *The Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)* é uma medida da frequência de recepção de uma grande variedade de expressões verbais e comportamentais de apoio social, concebido para ser utilizado na população em geral. O Questionário de Suporte Social (SSQ) - *the Social Support Questionnaire (SSQ)* solicita informações sobre os membros da rede de suporte, seguidos por uma única avaliação de satisfação. O SPS é uma medida que avalia a disponibilidade de apoio de qualquer membro da rede, indagando sobre a existência de um parceiro conjugal. O ESSI mede os tipos de apoio emocional, instrumental e estrutural.

Conclusão: o SSQ deve ser cuidadosamente personalizado para a situação e, em seguida, validado, talvez, verificando os provedores de suporte, verificando a recepção de outros tipos de apoio, podendo conter itens irrelevantes sobre o contexto estressor.

2.3 Articulando e explicitando as categorias: apoio social, rede social e integração social

Apoio social, rede social e integração social são três expressões que designam três diferentes perspectivas sobre os recursos que podem estar presentes nas comunidades pessoais que habitamos. Lamentavelmente, essas três expressões são frequentemente confundidas devido ao seu grau de sobreposição e influência mútuas. Há ainda uma quarta expressão que é comumente empregada pelos pesquisadores das áreas da saúde e humanas – o *sistema de apoio*, que combina a função e o contexto estrutural de laços sociais, romanticamente sugerindo que os laços sociais entre as pessoas constituem-se em um apoio incondicional. Considerando que o apoio social é um fator pessoal, ambiental e cultural, não se pode presumir que esteja sempre presente nas redes sociais, tampouco pode ser considerado como disponível em quantidade e qualidade adequadas ou sempre que as pessoas gostariam que estivesse à sua disposição. Por estas razões, entre outras, a medida de suporte social requer clareza sobre sua compreensão (GOTTLIEB; BERGEN, 2010).

De forma geral e abrangente, o *suporte social* pode ser compreendido como qualquer processo em que relações sociais promovem saúde e bem-estar. As diferenças na disponibilidade de suporte social podem explicar as perspectivas de saúde diferentes para as pessoas que vivem “socialmente isoladas” versus as “pessoas que vivem socialmente integradas”: os grupos sociais isolados têm mais problemas de saúde que as pessoas integradas em uma rede social. Suporte social é um conceito multidimensional, associado aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais, e que também é capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde tanto física quanto mental, guardando uma estreita relação com o bem-estar. Pesquisadores têm procurado

verificar a relação existente entre disponibilidade e satisfação com o apoio social e a melhoria do quadro clínico na evolução da doença e na adesão a comportamentos de saúde. Para tanto, investigaram a relação entre a “qualidade das relações” do apoio social que as pessoas recebem e o seu estado de saúde, não limitados somente a pessoas plugadas a uma rede (quantidade). O resultado das pesquisas indicou que as pessoas “socialmente integradas” parecem correr menor risco de incorrerem em uma variedade de problemas de saúde física e psicológica, bem como de mortalidade, quando comparadas àquelas “relativamente isoladas”. Em vista disso, pode-se inferir que os benefícios psicológicos e de saúde resultantes da integração social são parcialmente atribuíveis às funções de apoio fornecidas pelas redes sociais, similarmente ao que acontece com as pessoas que recebem apoio de membros de sua rede social – especialmente no caso de figuras significativas, como cônjuges e membros da família –, e que tendem a ter menos problemas psicológicos do que as que não recebem suporte. Cabe ressaltar, porém, que tais resultados podem variar de acordo com a disponibilidade e a disponibilização de recursos dessa rede (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008; SIQUEIRA, 2008; LEPORE, 2012).

O constructo *suporte social* surgiu de modo proeminente na literatura em psicologia e em áreas correlatas a partir de meados dos anos 70. Trabalhos pioneiros nos EUA (1976) tiveram grande relevância ao apontarem a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas, buscando também compreender como a inexistência ou a precariedade do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, e como tal suporte protegeria os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações de estresse. Contudo, em pesquisas realizadas nas décadas de 60 e 70 foram identificadas dificuldades para definir e, conseqüentemente, avaliar o suporte social. Sob a visão psicológica, durante a década de 70 a concepção do suporte social estava organizada em três classes de crenças por parte do indivíduo: (a) de que era amado e de que existiam pessoas preocupadas com ele; (b) de que era apreciado e valorizado; e (c) de que pertencia a uma rede social. Na década de 80 acrescentou-se a ajuda instrumental, sugerindo que o suporte social poderia articular não somente crenças sobre acessibilidade a recursos afetivos (ser amado, cuidado, apreciado e valorizado) e sobre pertencimento a redes sociais, mas também a convicção de que nessas redes estariam disponibilizados recursos tangíveis e práticos (instrumentais). Daí até os anos 90 houve um crescente incremento nas pesquisas, com achados associados tanto à relação do suporte social com indicadores de presença/ ausência de diversas doenças quanto às previsões de prognóstico e restabelecimento das pessoas. Os pesquisadores notaram que portadores de

enfermidades diversas relatavam com frequência a ausência de uma rede social, ou ainda que tinham experimentado um maior grau de perdas importantes de laços sociais, sugerindo então alguma importância à existência desse suporte social para o doente, até então ainda pouco analisado. Durante os anos 90 os estudos deram continuidade à investigação acerca desse impacto na saúde física e mental, sendo observado um crescente interesse pelas relações do suporte social com estresse, enfrentamento, bem-estar psicológico e percepção da qualidade de vida.

Depois de aproximadamente trinta anos de pesquisas, algumas conclusões foram alcançadas em relação ao constructo *suporte social*: (1) a integração social parece estar relacionada à saúde física e mental, como um agente protetor (na figura de pelo menos uma pessoa íntima e confiante, independente do tipo de vínculo – cônjuge, parente ou amigo); (2) os homens tendem a ter redes mais amplas e diversificadas (relacionamentos extensivos), enquanto as mulheres tendem a investir mais em relacionamentos com intimidade. Com o aumento do interesse pela investigação desse constructo, diversos estudos já apontam para uma relação entre o suporte social e os níveis de saúde, ou seja, a presença do suporte social funcionando como agente protetor frente ao risco de doenças induzidas por estresse. Dois modelos teóricos têm norteado esses estudos: o de *buffer* (o suporte social e protetor amenizando as consequências negativas de eventos estressantes sobre o bem-estar físico e psicológico) e o do efeito direto ou principal (os recursos sociais sendo considerados benéficos independente de a pessoa estar ou não em situação de estresse). Na comparação dos dois modelos, estudiosos concluíram que ambos parecem ter impacto benéfico sobre o bem-estar. Os possíveis tipos de suporte ou apoio emocional que ajudam a lidar ativamente com as situações de estresse podem definir dois conceitos: estruturais ou funcionais. Os aspectos estruturais estão relacionados à presença de apoio social independente da ocorrência de eventos estressores; e os aspectos funcionais dizem respeito à disponibilidade e à modalidade de apoio recebido, assim como ao seu nível de satisfação em relação a situações e contextos estressores específicos. Assim, como duas categorias apoiantes os recursos geridos pelo apoio social podem tanto proteger os indivíduos dos efeitos patogênicos de eventos estressantes – efeito amortecedor ou *buffer* – quanto afetar direta e positivamente a saúde das pessoas ao fornecerem recursos (ajuda econômica, material, informações), melhor acesso ao cuidado de saúde e regulação de hábitos. O que queremos dizer é que o suporte ou apoio social exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, no sentido de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o estresse. A questão do suporte social se baseia em constatações

que apontam para o papel deste na manutenção da saúde, na prevenção contra doença e na forma de facilitar a convalescença. Nessa perspectiva, também é verdadeiro que o aumento da exposição a fatores de estresse está associado a uma pior autopercepção de saúde, assim como o apoio social não atenua esse efeito negativo (*distress*). Um ponto relevante para nossa reflexão é que devemos ser cautelosos ao superestimar os efeitos benéficos que o apoio social pode ter sobre a saúde, porque a percepção do apoio recebido é diferente para cada pessoa assim como para cada *situação de vida* daquela mesma pessoa²¹ (COBB, 1976; THOITS, 1982, 1995, 2011; CHOR *et al.*, 2001; PIETRUKOWICZ, 2001; MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; MENESES; SARRIERA, 2005; PINTO *et al.*, 2006; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; LUO; WANG, 2009; UCHINO *et al.*, 2012; MOSKOWITZ; VITTINGHOFF; SCHMIDT, 2013).

A *Social Support Inventory for People Who Are HIV Positive ou Have AIDS - SSI HIV/AIDS* ou Escala de Suporte Social para Pessoas Portadoras do HIV/AIDS, de Renwick *et al.* (1999), é um inventário individual que acessa três aspectos do apoio recebido (instrumental, informacional e emocional), questionando se a pessoa queria ou não receber o apoio, se sentia satisfação com esse apoio, e qual seria a fonte desse apoio. Esse instrumento foi traduzido, adaptado e utilizado por Seidl *et al.* (2001, 2005); BERNARDES DE FARIA; SEIDL, 2006).

2001 (BR)

Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento
SEIDL, TRÓCCOLI e ZANNON

Objetivo: Investigar a estrutura fatorial da **Escala Modos de Enfrentamento de Problemas** - EMEP, na versão adaptada para a população brasileira por GIMENES e QUEIROZ (1997), para mensurar estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos.

Metodologia: Amostra foi composta por 409 adultos de ambos os sexos, onde 252 consideraram como estressor um problema atual que estivesse ocasionando estresse, enquanto 157 foram pessoas portadoras de enfermidades crônicas, que responderam à escala com base no problema de saúde que estavam apresentando.

Resultados: Foram extraídos quatro fatores pelo método dos eixos principais, rotação ortogonal: estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social.

²¹ Apoio Social e Suporte Social têm sido tomados como sinônimos dependendo da disciplina e/ou teoria assumida.

Conclusão: A análise dos achados nas duas sub-amostras, diferenciadas quanto aos estressores dominantes, sugere possibilidades positivas de aplicação em contextos de pesquisa e de intervenção profissional, em especial a atuação clínica voltada para manejo do estresse junto a diferentes clientelas.

2005 (BR)

Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, **Suporte Social** e Qualidade de Vida

SEIDL, ZANNON e TRÓCCOLI

Objetivo: Testar o modelo sobre as relações entre qualidade de vida (QV), condição clínica, escolaridade, situação conjugal, enfrentamento e suporte social, em pessoas portadoras do HIV/AIDS.

Metodologia: Participaram 241 pessoas (161 homens), de 20 a 64 anos, 169 sintomáticas e 72 assintomáticas, 208 delas em uso de terapia anti-retroviral.

Resultados: A variável critério QV foi investigada nas dimensões psicossocial, física, do ambiente e qualidade de vida geral, mediante análises de regressão múltipla hierárquica. **Suporte social** emocional, enfrentamento focalizado na emoção, enfrentamento focalizado no problema e viver com parceiro(a) foram preditores significativos da dimensão psicossocial da QV, alcançando a maior variância explicada (59% ajustado).

Conclusão: Suporte social emocional e enfrentamento focalizado na emoção foram preditores significativos nas análises relativas às demais dimensões da QV. Discutem-se implicações para as práticas de saúde referentes às ações profissionais propiciadoras do bem-estar psicológico e da qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

2006 (BR)

Desenvolvimento de **Escala para Avaliação do Suporte Social** em HIV/aids
SEIDL e TRÓCCOLI

Objetivo: Investigar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas da **Escala de Suporte Social** para Pessoas Vivendo com HIV/aids.

Metodologia: Elaborada com base em itens de uma escala canadense para avaliação do suporte social em pessoas soropositivas, em iniciativas de pesquisadores brasileiros e na revisão da literatura sobre o construto suporte social.

Resultados: A amostra de validação foi composta de 241 pessoas soropositivas (66,8% homens), com idades entre 20 a 64 anos. A análise fatorial exploratória, pelo método dos fatores principais e rotação oblíqua, indicou a existência de dois fatores de primeira ordem: suporte social emocional e suporte social instrumental. Um fator de segunda ordem composto dos 24 itens originais foi identificado, com bons indicadores psicométricos.

Conclusão: A estrutura fatorial encontrada correspondeu a estrutura esperada de um instrumento para avaliar as principais dimensões do suporte social em pessoas HIV+.

Em 1983, nos EUA, Sarason, Levine, Bashm e Sarason conceberam o *Social Support Questionnaire* (SSQ) ou Questionário de Suporte Social (QSS), com o objetivo de avaliar a percepção das pessoas quanto ao apoio social recebido, por meio de duas medidas básicas: o número de pessoas referidas pelo sujeito como fonte de apoio, e a satisfação em relação ao apoio que lhe era disponível. Em 1985, Sarason, Sarason, Potter e Antoni correlacionaram os eventos de vida positivos e negativos e de apoio social com a doença entre estudantes da Escola da Marinha Americana, percebendo que, embora o apoio social por si só não estivesse associado a relatos de doença, a relação entre eventos de vida negativos e doenças revelou-se mais forte entre os indivíduos com baixos níveis de apoio social.

1983(EUA)

Social Support Questionnaire - SSQ – Questionário de Suporte Social – QSS

SARASON, LEVINE, BASHAM e SARASON

Objetivo: avaliar a percepção das pessoas sobre o apoio social recebido através de duas medidas básicas: o número de pessoas referidas pelo sujeito como fonte de apoio e a satisfação em relação a este apoio que lhe é disponível.

Metodologia: O instrumento é composto de 27 perguntas, sendo a resposta dividida em duas partes. Primeiramente, é pedido que o participante liste a(s) pessoa(s) a quem ele pode recorrer caso seja necessário em determinada situação (máximo de 9 pessoas). Posteriormente, o participante deve indicar o grau de satisfação percebido com tal apoio em uma escala Likert de 6 pontos, seu nível de satisfação em relação a cada questão.

Conclusão: O questionário escolhido pode não ser o mais adequado, devido à sua extensão e pode haver algumas dificuldades em seu preenchimento.

2002 (BR)

O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português

MATSUKURA, MARTURANO e OISHI

Objetivo: Realizar a versão e estudos psicométricos do Questionário de Suporte Social QSS ou *Social Support Questionnaire - SSQ* de Sarason.

Metodologia: Participaram desse estudo 125 mulheres, mães de crianças com idade variando de 0 a 12 anos, realizou, na íntegra, a tradução do questionário de suporte social. Após a tradução, solicitou-se a sete juízes, pesquisadores com domínio no idioma inglês, que cotejassem a versão em português com o original em inglês, apontando inadequações e sugerindo modificações. Realizou-se um estudo piloto, com três aplicações sucessivas e aplicação do **Questionário de Suporte Social –SSQ**.

Resultados: Os resultados indicam uma fidedignidade teste-reteste aceitável e um alto nível de consistência interna. Observaram-se associações estatísticas entre os índices de suporte social e as variáveis trabalho, gravidez e renda. Apresentam-se informações sobre fontes de suporte social

e extensão da rede as quais sugerem uma participação maior da família próxima como fornecedora de suporte.

Conclusão: Os resultados dos estudos de adaptação e fidedignidade do SSQ realizados indicam uma fidedignidade teste-reteste analisada como aceitável, bem como um alto nível de consistência interna do instrumento. Acredita-se que o presente estudo possa contribuir para as pesquisas na área de suporte social no Brasil.

2008 (BR)

Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes - *Social Support Questionnaire - SSQ*

MOREIRA e SARRIERA

Objetivo: Estudar a percepção de adolescentes gestantes acerca da satisfação e da composição de sua rede de apoio social.

Metodologia: duas fontes de informação: questionário de dados biodemográficos e o *Social Support Questionnaire*. Com 100 adolescentes gestantes (3º - 9º mês de gestação), de idade entre 12 e 19 anos, que realizavam acompanhamento pré-natal em hospitais da rede pública.

Resultados: verificou-se que o nível de satisfação com o apoio social recebido alcançou uma média bastante alta, embora muitas delas tenham mencionado uma rede com uma média pequena de componentes. Podemos pensar, então, que esta rede, apesar de não ser extensa, tenha sustentado satisfatoriamente as necessidades das jovens gestantes.

Conclusão: Como sugestão, pensa-se comparar adolescentes gestantes das diferentes regiões do país, mapeamento o fenômeno, em função da pobreza de dados estatísticos dos órgãos públicos referentes ao tema em nosso estado. E traçar um paralelo entre as adolescentes que têm acesso a algum tipo de serviço de saúde para gestantes e as que não contam com este recurso.

2008 (BR)

Construção e Validação da **Escala de Percepção de Suporte Social**. SIQUEIRA, M.M.M.S.

Objetivo: Construir e validar, através de análise fatorial, a **Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS)**

Metodologia: A versão-piloto da EPSS, composta por 29 itens, foi aplicada a 437 pessoas (72 homens e 365 mulheres) com idade média de 23,93 anos.

Resultados: Análises fatoriais revelaram a existência de dois fatores consistentes que explicaram 47,33% da variância total, tendo o fator 1 reunido 19 itens que condizem a suporte prático, enquanto o fator 2 reuniu 10 itens de suporte emocional.

Conclusão: Os resultados forneceram evidências de ser a EPSS uma medida bifatorial, com dois fatores consistentes e precisos, podendo ser utilizada como instrumento de diagnóstico ou de pesquisa.

O suporte social é uma variável importante para a saúde, mas não há uniformidade quanto à maneira de avaliá-lo, tampouco é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas nessa avaliação. A variedade dessas técnicas reflete a complexidade do conceito, conforme revisão feita por Heitzmann e Kaplan (1988). A Escala de Suporte Social (ESS) ou *Social Support Appraisals (SSA)* baseia-se na perspectiva de Cobb (1976) de Apoio Social como um moderador da Vida Estressante, ou seja, na crença de que o indivíduo é amado, respeitado, estimado por seu grupo (rede de apoio), e que as interações confortantes e apoiantes entre as pessoas são protetoras contra as consequências do estresse para a saúde, e que estão relacionadas com o tamanho real das redes de apoio, sua composição e a proximidade das relações (VAUX; HARRISON, 1985). Essa escala foi traduzida por Antunes (1994) da original americana desenvolvida por Vaux *et al.* (1986). Em 1995 Bursztyń e Ribeiro adaptaram e avaliaram a autoeficácia geral e a percepção do apoio social recebido dos grupos sociais. A mesma escala foi também utilizada por Antunes e Fontaine (2005) e Miranda (2011).

1999 (PT)

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

RIBEIRO

Objetivo: Construir uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social existente.

Metodologia: Recorreu-se a um conjunto de medidas que expressam saúde, bem-estar ou mal estar ou que estão intimamente ligadas a essas variáveis. As medidas utilizadas para validação do **ESSS** foram as seguintes: Auto conceito geral avaliado com a adaptação portuguesa do *self perception profile for college students* (RIBEIRO, 1995 e a avaliação da auto eficácia geral foi realizada com uma adaptação portuguesa da escala (BURSZTYN; RIBEIRO, 1995). A Saúde geral avaliada com recurso a um item na tradição do que é utilizado na avaliação do estado de saúde em que o sujeito responde numa escala tipo likert de sete pontos, variando entre o excelente e o péssimo, qual o estado de bem estar físico atual.

Resultados: Os itens do suporte social: satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais. As sub escalas que melhor explicam a satisfação com o suporte social são as relativas aos amigos. A subescala ligada à família apresenta maior correlação com outras medidas de saúde, bem-estar, ou mal estar. Tal resultado aponta para a necessidade de aprofundar estas relações de modo a apurar as medidas de suporte social.

Conclusão: O estudo apresentado propõe uma escala de avaliação sensível e válida.

2005 (PT)

Percepção de Suporte Social na adolescência: análise fatorial confirmatória da

Social Support Appraisals (SSA)

ANTUNES e FONTAINE

Objetivo: Confirmar as qualidades psicométricas da *Social Support Appraisals (SSA)*, nomeadamente seu caráter multidimensional, diferenciando a percepção de apoio social dos adolescentes em relação à família, amigos e professores e a consistência das subescalas.

Metodologia: O estudo das qualidades psicométricas desta escala foi realizado numa amostra de 1963 adolescentes de ambos os sexos, do 7º ao 12º ano de escolaridade (2001/2002), em Portugal. Com três subescalas de percepção de apoio social: dos professores, da família e dos amigos.

Resultados: O fato de os itens espelharem os fatores com igual magnitude é, sem dúvida, um dado significativo, pela assunção da homogeneidade das subescalas; levanta, contudo, a questão da eventual redundância dos itens: pergunta-se se, eventualmente, a escala não avaliaria com precisão idêntica a percepção de apoio social emocional dos três grupos considerados, reduzindo o número de itens por dimensão. Verificou-se que o fator percepção de apoio social dos amigos é o que explica maior variância da percepção de apoio social.

Conclusão: Não é legítimo concluir que os modelos considerados satisfatórios numa determinada amostra sejam generalizáveis a todas da mesma população ou de outras. A escala SSA parece ter fidedignidade e validade fatorial que a tornam apropriada para a utilização com adolescentes que frequentam o terceiro ciclo do ensino básico e o secundário.

2011 (PT)

Stress ocupacional, burnout e **suporte social** nos profissionais de saúde mental MIRANDA

Objetivo: Identificar as fontes de *stress* nos profissionais de saúde mental; comparar os níveis de *stress* ocupacional e *burnout* tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e profissionais e analisar a relação entre as variáveis, apoio social *burnout* e *stress* ocupacional nos profissionais de saúde mental.

Metodologia: questionário sócio-demográfico, o Maslach Burnout Inventory (MBI), o Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS) e a **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**. Neste estudo participaram 40 profissionais de saúde mental. Foram testadas sete hipóteses: na primeira hipótese, esperávamos que existissem diferenças entre os profissionais de saúde mental quanto à expressão de *stress* e *burnout*.

Resultados: Não existem diferenças entre os profissionais de saúde mental quanto à expressão de *stress* e *burnout* e nem com relação aos gêneros. Os profissionais casados tivessem níveis mais baixos de *stress* e *burnout* do que os solteiros. Os profissionais de saúde mais novos possuem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*. Porém os que trabalham mais horas por semana, não. E os profissionais com experiência profissional mais reduzida apresentaram nível de *stress* parcial.

Conclusão: Esperávamos que quanto maior o apoio social, menor seriam os níveis de *stress* e *burnout* nos profissionais. Apenas se confirmou parcialmente.

Durante os anos 70 surgiu um desafio que se seguiu ao reconhecimento do relevante papel do suporte social para a saúde: o desenvolvimento de medidas para avaliá-lo. As

dificuldades em detectar resultados consensuais sobre os efeitos benéficos de suporte social advêm, segundo Krause, Liang e Yatomi (1989), das diferentes concepções do constructo que sustenta suas medidas. Para fins de avaliação, esses três autores classificaram as medidas de suporte social em três categorias: (a) as que avaliam o número de contatos sociais mantidos pelos indivíduos; (b) as que identificam os tipos específicos de suporte social que são oferecidos aos indivíduos; e (c) as que avaliam as necessidades de suporte social aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido. As primeiras medidas de suporte social estavam voltadas para a estrutura e o funcionamento das redes, enquanto as mais recentes passaram a avaliar as dimensões psicossociais, tais como percepções de tipologias e satisfações com o suporte social. Diversos estudiosos já revisaram as medidas de suporte social disponíveis na literatura. O Brasil já conta com medidas que abarcam o conceito de suporte social, porém estão mais voltadas para o ambiente de trabalho em organizações. O suporte social aparece em grande variedade de artigos relacionados a fatores de estresse, maneiras de lidar com os eventos estressores, enfrentamento, *empowerment*, *cooping*, *buffer* etc.

Flaherty, Gaviria e Pathak (1983) são os autores da versão original do *The Social Support Network Inventory (SSNI)* ou Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS). A tradução e adaptação desse inventário para a cultura brasileira foi feita por Gomes-Villas Boas *et al.* (2009), mediante autorização prévia dos autores.

2009 (BR)

GOMES-VILLAS BOAS *et al.*

A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com *diabetes mellitus*

Objetivo: relacionar o apoio social percebido com as características sociodemográficas

Metodologia: 161 pessoas com *diabetes mellitus*, por meio do Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS) versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira do instrumento *The Social Support Network Inventory*, composta por cinco subescalas de dez itens cada, as quais avaliam tanto variáveis da rede social (fonte e tipo de contato), quanto componentes específicos do apoio social (disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e evento relacionado ao apoio).

Resultados: Observou-se elevada percepção de apoio social na amostra estudada, e a principal fonte de apoio foram os familiares, seguidos pelos profissionais de saúde. Há evidências de que a percepção do apoio social seja influenciada por fatores culturais. É possível que a elevada percepção de AS, em amostras brasileiras, seja atribuída à maneira como se dão as relações sociais em nosso país.

Conclusão: O apoio social correlacionou-se diretamente com a idade e inversamente com a escolaridade, ambas de fraca magnitude.

De acordo com a literatura, o suporte social é atualmente um dos principais conceitos na Psicologia da Saúde, porém a definição desse constructo não é consensual, assim como as subdivisões utilizadas por cada autor para definição de fontes ou categorias. O suporte social está diretamente ligado ao campo da saúde especialmente pelo caráter abrangente e vasto do campo social, que tem sido considerado importante tanto para a saúde quanto para a doença. Frequentemente, na literatura científica brasileira e em especial na área psicológica, as expressões *suporte social* e *apoio social* são consideradas sinônimas e empregadas com o mesmo significado em diferentes estudos. A investigação desse aspecto social é tão subjetiva e ao mesmo tempo tão significativa que se torna necessário chegar-se a um consenso de que o domínio é multidimensional, ou seja, um metaconstructo composto de elementos conceituais que precisa ser muito bem estudado e pesquisado (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008; ARAGÃO; VIEIRA; ALVES; SANTOS, 2009).

Uma outra alternativa teórica é a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (TBDH), pela qual o apoio social e afetivo está relacionado à percepção da pessoa em relação ao seu mundo social, como ela nele se orienta, suas estratégias e competências para estabelecer vínculos com os recursos que ele lhe oferece, como proteção e força, frente às situações de risco que se apresentam. Essa teoria foi constantemente reformulada e reestruturada devido ao olhar crítico de seu principal teórico, Urie Bronfenbrenner, bem como de seus colaboradores.

A primeira proposta de inserção ecológica do TBDH tinha o ambiente como foco principal, vendo o processo proximal como necessário para o desenvolvimento das capacidades biológicas e do potencial genético de cada pessoa, de modo a possibilitar o estímulo e o desenvolvimento dos recursos pessoais. Sua importância está na presença simultânea de cinco aspectos que se estabelecem em um processo proximal: (a) a pessoa deve estar engajada em uma atividade; (b) esta atividade deve acontecer em uma base relativamente regular, ao longo de períodos estendidos de tempo; (c) as atividades devem ser progressivamente mais complexas; (d) deve haver reciprocidade nas relações interpessoais; e (e) os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, exploração, manipulação e imaginação da pessoa em desenvolvimento.

Partindo dos cinco aspectos acima mencionados, indispensáveis para o estabelecimento de processos proximais inerentes a essa teoria, as seguintes medidas são adotadas: (a) pesquisadores e participantes devem interagir e se engajar em uma tarefa comum; (b) devem ser realizados diversos encontros, ao longo de um considerável período de tempo; (c) encontros informais devem progredir para conversas sobre temas cada vez mais complexos, cada um deles com duração igual ou superior a uma (1) hora; (d) os processos proximais que se estabelecem nesses encontros devem servir de base para todo o processo de pesquisa, sendo fundamental a postura de informalidade e conversa ao longo dos mesmos, possibilitando assim o diálogo sobre pontos não diretamente relacionados ao objetivo do estudo; e (e) os temas abordados nas entrevistas devem ser interessantes e estimulantes para os pesquisadores e para os participantes, por explorarem histórias de vida e a forma como se dá o desenvolvimento inserido no contexto em estudo. No Brasil, após a execução de algumas pesquisas baseadas nesse modelo, surgiu a proposta metodológica denominada Inserção Ecológica (CECCONELLO; KOLLER, 2003; NEIVA-SILVA, 2003; DE ANTONI, 2005; MORAIS, 2005; CARVALHO-BARRETO *et al.*, 2008).

2003 (BR)

Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco

CECCONELLO e KOLLER

Objetivo: Investigar a resiliência e a vulnerabilidade de integrantes de famílias em situação de risco pessoal e social

Metodologia: **Inserção Ecológica de Bronfenbrenner** e do desenvolvimento-no-contexto. Acompanhamento de famílias em situação de risco pessoal e social por um período de quatro anos. Visitas freqüentes, conversas informais e entrevistas com as famílias. Durante as entrevistas, foi possível observar comportamentos não-verbais dos entrevistados e a movimentação no ambiente. Entre uma entrevista e outra, as famílias eram encontradas na comunidade, na escola, no centro comunitário, na rua, ou visitadas informalmente.

Resultados: A investigação baseou-se na consecução de processos proximais tanto em relação aos participantes quanto para a equipe de pesquisa. As famílias, ao falarem sobre suas experiências de vida, tiveram a possibilidade de refletir e aprender com elas. A equipe, ao interagir com as famílias e a comunidade onde viviam, conseguiu captar unidades de sentido importantes para responder às questões de pesquisa e desenvolver novas hipóteses teóricas.

Conclusão: Os processos proximais (entre a equipe e as famílias) só foram possíveis devido à **Inserção Ecológica** (presença constante, significativa e estável) da equipe de pesquisa no contexto em estudo. A equipe precisou tornar-se parte do ambiente para adquirir a condição de estar inserida ecologicamente.

2003 (BR)

Expectativas futuras de adolescentes em situação de rua: Um estudo
autofotográfico

NEIVA-SILVA

Objetivo: Conhecer as expectativas futuras de adolescentes em situação de rua

Metodologia: Inserção Ecológica de Bronfenbrenner. Antes da realização da coleta dos dados propriamente dita foi realizada, previamente, uma fase denominada “período de vinculação”, que durou quatro meses (não foi pré-estipulada). No seguinte, foi feita a entrega de uma máquina fotográfica e foram dadas orientações aos adolescentes quanto ao uso do equipamento e sobre a tarefa de fotografar espaços significativos para eles. No terceiro momento, a equipe recolheu o material fotográfico para revelação e marcou o quarto encontro, no qual foi realizada a segunda fase da entrevista com a discussão sobre as fotos de cada adolescente.

Resultados: A devolução dos resultados de pesquisa foi dada também às instituições envolvidas, que permitiram acesso do pesquisador às suas dependências.

Conclusão: Os dados obtidos só foram devido a experiência de interação com os adolescentes nos seus próprios contextos permitiu o conhecimento profundo da temática de investigação proposta pelo estudo. Isso foi possível não só pelo contato direto com os participantes e seus contextos, mas porque o pesquisador estava atento aos significados que estes davam aos ambientes, objetos, pessoas e situações a sua volta.

2005 (BR)

Coesão e hierarquia em famílias com história de abuso físico

De ANTONI

Objetivo: Compreender as relações das famílias com histórias de abuso físico em vários contextos

Metodologia: Inserção Ecológica de Bronfenbrenner a Inserção Ecológica em grupos familiar. A coleta de dados: foi realizada através de entrevistas com as famílias em diversas atividades conforme o local de inserção das famílias.

Aplicou o instrumento Family System Test (FAST) na casa das famílias. No hospital, participou da triagem de casos encaminhados para o ambulatório de violência e do acompanhamento das reuniões de discussão de casos. Na ONG, ministrou cursos de extensão e deu supervisão de casos em atendimento. Na escola, realizou oficinas com estudantes e palestras para os professores sobre temáticas demandadas por eles.

Resultados: As interações ocorreram em quatro níveis: intra-equipe de pesquisa, inter-equipes, entre equipes de pesquisa e grupos familiares, e intrafamiliares.

Conclusão: Houve cuidado ao entrevistar as famílias, para que isto ocorresse somente após o esclarecimento do papel da equipe de pesquisa junto às instituições.

2005 (BR)

Saúde e doença em crianças e adolescentes em situação de rua: Concepções e experiência

MORAIS

Objetivo: Investigar aspectos relacionados à saúde de crianças e adolescentes em situação de rua.

Metodologia: Inserção **Ecológica de Bronfenbrenner**. Em duas instituições de atendimento a essa população na cidade de Porto Alegre, com período de estabelecimento de vínculos aconteceu durante três meses, com visitas às instituições, participando de atividades rotineiras. Foram feitas entrevistas tanto com os adolescentes atendidos e com os profissionais das instituições, a fim de se obter um quadro mais completo da situação de saúde das crianças e adolescentes atendidos. A equipe pôde acompanhar os adolescentes e profissionais das instituições em outros contextos, além daquele no qual estavam inseridos (visitas às casas das famílias das crianças e adolescentes, idas ao parque ou ao médico, por exemplo).

Resultados: Durante a inserção, havia reciprocidade nas relações. Tal reciprocidade contribuiu para a qualidade do dado coletado, garantindo a sua validade ecológica.

Conclusão: Os pesquisadores estavam atentos para o atendimento das necessidades dos participantes e puderam identificar trocas, pois as crianças e adolescentes manifestaram interesse em participar da pesquisa.

2008 (BR)

Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração **bioecológica**
CARVALHO-BARRETO *et al.*

Objetivo: Explicar a etiologia da violência de gênero a partir da ótica sistêmica da **Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner** (1979/2002/2004)

Metodologia: A **abordagem bioecológica** concebe a violência de gênero como um fenômeno multidimensional embasado em uma interação de diversos fatores. Assim, neste artigo emprega-se o modelo bioecológico como uma ferramenta heurística para organizar esses fatores em quatro níveis: pessoal, que compreende as características biológicas e psicológicas da pessoa; processual, que envolve as interações interpessoais; contextual, que inclui os aspectos da rede de apoio social, da comunidade, da cultura da pessoa; e temporal, que corresponde à intrageracionalidade, intergeracionalidade e transgeracionalidade. Os autores sugerem que o modelo proposto é um instrumento útil para guiar futuras investigações científicas e intervenções.

Resultados: Sua estrutura propõe a relação entre os níveis Processual, Pessoal, Contextual e Temporal (PPCT) sobre o comportamento humano, considerando a violência como um produto deles

Conclusão: Uma **perspectiva bioecológica** sobre a violência contra a mulher promove uma melhor congruência das pesquisas sobre essa temática, propiciando que futuras investigações científicas possam ter uma visão mais ampla sobre esse fenômeno.

2012 (BR)

Paternidade na adolescência: a família como rede social de apoio
BUENO *et al.*

Objetivo: É um recorte da pesquisa multicêntrica "Redes sociais de apoio à paternidade na adolescência" (RAPAD). Que buscou conhecer as redes de apoio à

paternidade na adolescência.

Metodologia: Apresenta uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Participaram do estudo 14 pais adolescentes que tiveram seus filhos em um hospital de ensino de uma universidade pública, seis meses após o nascimento do filho.

Resultados: Buscaram-se subsídios no **Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner PPCT**. Observou-se que, por meio dos diálogos e conselhos, os familiares procuraram passar seus valores socialmente constituídos e comportamentos valorizados, a fim de estabelecer um vínculo forte com o adolescente, formando a rede de apoio.

Conclusão: Os dados evidenciaram que a rede de apoio dos pais adolescentes estava alicerçada principalmente nos pais, sogras, padrastos e irmãos. As ações de apoio identificadas foram de natureza psicológica e financeira, oriundas, principalmente, das mães ou sogras. A família foi considerada a principal rede de apoio para a vivência da paternidade na adolescência.

2012 (BR)

As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva

bioecológica: contribuições para a enfermagem.

FEIJÓ *et al.*

Objetivo: Conhecer as características das inter-relações da rede social do homem com câncer em tratamento quimioterápico.

Metodologia: Estudo qualitativo que utilizou como referencial teórico o **Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner**, também denominado de Modelo PPCT, pois possui como componentes principais o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo e o método de Inserção Ecológica. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, registro em diário de campo, e construção do ecomapa (Wright e Leahey, 2002).

Resultados: Constatou-se que, para o fortalecimento das relações e desenvolvimento do homem com câncer, são necessárias características positivas em sua rede social, como: presença, comunicação, compartilhar, confiança, respeito, interesse e proteção, formas de apoio amadurecidas ao longo do tempo que influenciam na vida das pessoas de maneira saudável.

Conclusão: Os profissionais de saúde, ao conhecerem a rede e as características de suas inter-relações, poderão intervir conjuntamente com a pessoa no fortalecimento de seus vínculos apoiadores e na mudança significativa de suas relações fragilizadas.

Outros instrumentos utilizados nos estudos sobre apoio social e/ou suporte da rede em saúde são o genograma, o ecomapa e o mapa dos cinco campos (família, escola, amigos, parentes e contatos formais):

2003 (BR)

Cuidado domiciliar no Programa de Saúde da família: novos instrumentos para subsidiar a prática

THUMÉ *et al.*

Objetivo: Validar instrumentos para subsidiar o planejamento e qualificar a assistência.

Metodologia: Na primeira fase da coleta foram feitas visitas no domicílio dos entrevistados, com aproximadamente 4hs de entrevistas individuais. A próxima etapa foi a construção do **genograma**, do **ecomapa** e da rede social (“mapa mínimo de relações”) SLUZKI, 1997.

Resultados: Esta experiência permitiu observar como a doença isolada de um indivíduo modifica a rotina de todos os integrantes da família e a importância desta no cuidado e no auxílio para o restabelecimento do indivíduo doente. O ecomapa e a rede social permitiram identificar estratégias de união e lideranças que foram estabelecidas para responsabilizarem-se pelo ente doente e também para proteger os mais velhos.

Conclusão: A aplicação destes instrumentos foi de grande valia para ampliar os conhecimentos e validá-los como recurso no conhecimento do entorno do paciente - sua família, amigos, relações que estabelece com as pessoas e a comunidade.

2007 (BR)

Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família.

DIAS *et al.*

Objetivo: identificar apoios sociais, redes e papéis em famílias de docentes de enfermagem, utilizando a fundamentação teórica sobre promoção de saúde em enfermagem familiar.

Metodologia: O cenário deste estudo constituiu-se de um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade do Brasil. Selecionaram-se como sujeitos deste estudo três famílias de enfermeiras docentes responsáveis por disciplinas do ciclo profissionalizante. A entrevista em profundidade, o **genograma** e o **ecomapa** foram usados para a coleta de dados, que foram categorizados pela análise de conteúdo, optando-se pelo tipo temático.

Resultados: Nas três famílias estudadas, os familiares e a família ampliada constituíram-se na principal fonte de apoio. Outras pessoas importantes foram funcionárias, sem laços de consangüinidade, as redes de apoio compostas pela escola, trabalho, igreja e locais de lazer.

Conclusão: A identificação de papéis e apoios permitiu aos familiares fortalecerem os mecanismos de enfrentamento para lidar com os fatores estressantes cotidianos e atuarem na promoção da saúde.

2008 (BR)

A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica

PAULA, NASCIMENTO e ROCHA

Objetivo: Identificar as redes de apoio social das famílias de crianças que fazem diálise peritoneal

Metodologia: Foi realizada uma análise de conteúdo, a fim de identificar temas a partir dos dados empíricos relacionados à experiência de quatro famílias que possuem uma criança com insuficiência renal. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade, construção de **genogramas** e **ecomapas**.

Resultados: A doença crônica na criança gera novas demandas para os membros da família. Frequentemente, os pais podem se sentir angustiados, irritados, confusos e desvalorizados em consequência de um incidente em uma comunicação que os profissionais de saúde consideraram rotineira. A identificação e a caracterização dos apoios e redes sociais permitiram às enfermeiras e às famílias melhorar sua utilização e fortalecer mecanismos de enfrentamento.

Conclusão: O conhecimento da família sobre a doença e o tratamento facilita sua adaptação. Este estudo destaca a necessidade de ações intersetoriais e multiprofissionais, dentro de uma grande rede social. Em virtude de famílias viverem em precárias condições econômicas, elas necessitam de programas adequados de apoio, para que possam conduzir seus descendentes a um potencial máximo.

2009 (BR)

A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o **ecomapa** como recurso

SOUZA e KANTORSKI

Objetivo: Identificar a rede social de indivíduos sob tratamento devido ao uso abusivo de drogas, promovendo uma reflexão sobre a qualidade e situação dos vínculos estabelecidos com as pessoas significativamente importantes para eles.

Metodologia: Trata-se de um estudo desenvolvido com indivíduos sob tratamento num Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPS ad), teve 300 horas de observação participante e grupos focais, nos quais se utilizou o **ecomapa** como instrumento para a discriminação das fontes de suporte social.

Resultados: Evidenciaram uma trajetória de separações e perdas. O uso do **ecomapa** permitiu a identificação de pontos vulneráveis nas vinculações destes sujeitos, configurando-se, portanto, numa estratégia ética que possibilita a identificação conjunta (entre profissional e usuário) de necessidades do âmbito social, familiar e individual a serem contempladas no planejamento de cuidados de saúde, sobretudo em saúde mental.

Conclusão: Com relação à utilização do ecomapa no âmbito prático, ressalta-se sua pertinência enquanto instrumento que permite uma abordagem ética em prol de proporcionar um maior conhecimento do sujeito sob tratamento e contribuir positivamente para intervenções terapêuticas mais abrangentes e efetivas. No entanto, sugere-se a realização de estudos que abordem também aspectos quantitativos.

2010 (BR)

Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer

DI PRIMIO *et al.*

Objetivo: Conhecer os vínculos apoiadores e a rede social das famílias que têm em seu contexto uma criança com câncer.

Metodologia: Trata-se de uma investigação exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo seis familiares, sendo dois de cada

uma das crianças com câncer internadas na Unidade Onco-Hematologia do Hospital Infantil. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. E como instrumentos de coleta de dados foram utilizados a entrevista semiestruturada, o **genograma** (é uma árvore que representa a estrutura familiar interna) e o **ecomapa** (é a representação visual dos relacionamentos entre os membros da família e os sistemas mais amplos).

Resultados: Os resultados revelam que a família procura se organizar para lidar com a doença, gerando um fortalecimento dos vínculos familiares e da rede de apoio.

Conclusão: A religiosidade aparece como estratégia para suportar as situações advindas do câncer. Entretanto, evidenciou-se que a doença também pode fragilizar os vínculos anteriormente estabelecidos.

2011 (PT)

(Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa

CHAREPE *et al.*

Objetivo: Apresentar a utilização do **genograma** e **ecomapa** na identificação dos recursos de esperança junto a mães de crianças com doença crônica

Metodologia: Trata-se de uma investigação qualitativa, onde foram identificados os fatores que influenciam a esperança nos grupos de ajuda mútua. Com 20 mães de crianças com doença crônica.

Resultados: Os resultados permitiram identificar os padrões de interação em esperança, os atributos pessoais dos seus membros, a base espiritual e as memórias moralizantes, possibilitando uma reflexão acerca da rede familiar, como rede de força, resiliência e *empowerment*. A qualidade das relações estabelecidas entre as mães e os recursos da comunidade (rede de apoio), apresentou papel importante dos membros da família ou da família alargada, no apoio aos pais como um recurso de esperança.

Conclusão: Foi possível gerar espaços privilegiados de partilha com as mães participantes no estudo, que visaram a ampliação e a celebração das competências das famílias, enquanto recursos disponíveis para o desenvolvimento da sua esperança. A valorização das forças em vez das fraquezas, deficits e/ou dificuldades coadunaram-se com o descrito nos modelos de resiliência familiar. No que diz respeito aos recursos de esperança, estes contemplaram as crenças e as práticas religiosas, pelo que salientamos a importância que a religião assumiu nas famílias apresentadas nos **genogramas** de esperança.

Siqueira, Betts e Dell'aglio (2006) investigaram a percepção de adolescentes institucionalizados quanto à sua rede de apoio social e afetivo, tendo em vista as mudanças nos relacionamentos decorrentes da situação de institucionalização. Em 2009, Siqueira, Tubino, Schwarz e Dell'Aglio também analisaram a rede de apoio social e afetivo, com destaque na percepção das figuras parentais na rede de crianças e adolescentes institucionalizados. Em 2011 Siqueira *et al.* avaliaram o desempenho escolar, a satisfação de vida e a rede de apoio social de crianças e adolescentes institucionalizados, com a utilização

da Escala de Satisfação de Vida e do Mapa dos Cinco Campos, este último já adotado por Poletto e Koller (2008) em pesquisa com crianças em situação de pobreza.

2008 (BR)

Rede de apoio social e afetivo de crianças em situação de pobreza.

POLETTI e KOLLER

Objetivo: Avaliar as redes de apoio social e afetivo de crianças em situação de pobreza do ponto de vista delas mesmas e de seus pais/cuidadores.

Metodologia: Foi utilizado o **Mapa dos cinco campos** (É um instrumento que avalia estrutura e função da rede de apoio social e afetivo, a partir dos cinco campos: Família, Escola, Amigos, Parentes e Contatos Formais), em conjunto com entrevistas estruturadas, com quarenta crianças (seis a dez anos), e com seus respectivos pais/cuidadores, para obter dados sobre a estrutura e a função da rede de apoio social e afetivo das crianças.

Resultados: Os resultados obtidos revelam que as crianças em situação de pobreza têm redes de apoio com estrutura e funcionalidade de acordo com as redes de outras crianças, conforme estudos descritos na literatura.

Conclusão: No entanto, existe discrepância na estrutura e na funcionalidade no que se refere à rede descrita pelas crianças e aquela descrita por seus pais/cuidadores. Fatores de risco e de proteção são apontados e discutidos a partir destes achados.

2006 (BR)

A Rede de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil.

SIQUEIRA, BETTS e DELL'AGLIO

Objetivo: Investigar a percepção de adolescentes institucionalizados quanto à sua rede de apoio social e afetivo, tendo em vista as mudanças nos relacionamentos, decorrentes da situação de institucionalização.

Metodologia: Participaram 35 adolescentes, com idade entre 11 e 16 anos, de ambos os sexos. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e o **Mapa dos Cinco Campos** (Adaptado de Samuelsson *et al.*, 1996; adaptado por Hoppe (1998), que permite avaliar estrutura e função da rede de apoio.

Resultados: Indicaram que a principal fonte de apoio foi representada pelos adultos, especialmente os familiares e os monitores dos abrigos, e que o principal tipo de apoio percebido foi o instrumental. Também foram observadas diferenças de sexo na percepção das redes de apoio, tendo as meninas mais contatos do que os meninos.

Conclusão: Discute-se a importância da família e do abrigo como fornecedores de apoio para estes adolescentes e a necessidade de políticas públicas de atendimento a esta população.

2009 (BR)

SIQUEIRA *et al*

Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados

Objetivo: investigou a rede de apoio social e afetivo e, em especial, a percepção

das figuras parentais na rede de crianças e adolescentes institucionalizados.

Metodologia: Os instrumentos utilizados foram uma entrevista semiestruturada e o **Mapa dos Cinco Campos**. Com 146 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 7 e 16 anos de abrigos governamentais e não governamentais, afastados do convívio familiar por medida de proteção judicial, em função de terem sido expostas a situações de risco, como maus-tratos, negligência, abandono, violência física, sexual e psicológica.

Resultados: Observou-se diferença na percepção das figuras parentais, sendo que a figura materna foi percebida como mais presente e próxima do que a figura paterna. A percepção positiva associada ao campo Família e às figuras parentais sugere uma idealização da família e leva à discussão sobre o distanciamento entre "vivido" e "pensado".

Conclusão: Os resultados deste estudo sugerem, ainda, uma idealização das relações familiares, visto que a família apresentou maior fator de proximidade. Essa percepção pode ser entendida como um movimento adaptativo e restaurador dos jovens, processo importante para o resgate das relações familiares fragilizadas.

2010 (BR)

Crianças e adolescentes institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social

SIQUEIRA e DELL'AGLIO

Objetivo: Investigar as características de jovens institucionalizados e suas famílias.

Metodologia: Participaram 155 crianças e adolescentes, de 7 a 16 anos, institucionalizadas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, Teste de Desempenho Escolar TDE, Escala Multidimensional de Satisfação de Vida -EMSV e **Mapa dos Cinco Campos**.

Resultados: Foi observada a presença precoce de experimentação de drogas, baixo desempenho escolar e alto índice de repetência entre os jovens. As famílias apresentaram baixa escolaridade, trabalhos informais e desemprego.

Conclusão: Contatos positivos e alta satisfação de vida na instituição podem indicar que o acolhimento institucional se constitui em fonte de apoio e satisfação. Programas de intervenção para o desenvolvimento desses jovens e fortalecimento das famílias são discutidos.

Em virtude da grande disponibilidade de instrumentos mensuradores de avaliação que vinculam redes, apoio e suporte social, podemos ainda citar alguns desses modelos relacionados à saúde e que foram adaptados e aplicados na população brasileira. Em sua maioria, são utilizados na Saúde Pública com ênfase nas áreas da Psicologia, Enfermagem, Antropologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Odontologia:

Quadro 1 – Instrumentos de medida de Apoio Social

MOTA et al (2010) BR	Modelo de avaliação de família (MCAF)	Calgary de	Desenvolvido por WRIGHT e LEAHEY (2002) - queriam avaliar a Rede de Apoio Social da família dos idosos.
NORIEGA, QUINONES e GUEDEA (2005) México	Escala de Bem-Estar Subjetivo - <i>Subjective Well-Being Scale</i>		Relações entre satisfação de vida e adaptação ao envelhecimento, com a atividade do trabalho.
GÜLAÇTI (2010) Turquia	Escala de bem-estar subjetivo - <i>Subjective Well-Being Scale</i>		Apoio social percebido, recebido da família.
DOLBIER e STEINHARDT (2000) EUA	The Development and Validation of <i>The Sense Support Scale (SSS)</i> - Escala de Senso de Apoio (SSS)		Realizaram dois estudos para desenvolver e validar o construto, para prevenção, enfrentamento, o estresse e os sintomas da doença, porém, as influências do apoio social na saúde são discutíveis.
MATSUKURA, MARTURANO e OISHI (2002) BR	<i>The Sense Support Scale (SSS)</i> -Escala de Senso de Apoio (SSS)		Adaptaram e traduziram instrumento para a língua portuguesa.
MOREIRA e SARRIERA (2008) BR	<i>The Sense Support Scale (SSS)</i> -Escala de Senso de Apoio (SSS)		Utilizaram em sua pesquisa com gestantes adolescentes
ROSA, T. E. da C. et al. (2007) BR	Escala de Redes sociais e disponibilidade de apoio social instrumental e informal		Descrever a distribuição das redes sociais e de apoio em idosos
SEIDL, TRÓCCOLI e ZANNON (2001) BR	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	de	Versão adaptada para a população brasileira por Gimenes e Queiroz (1997), para mensurar estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos.
BERNARDES de FARIA, J.; SEIDL (2006) BR	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	de	Estratégias de enfrentamento, incluindo o religioso (ER) e condição de saúde (assintomático ou sintomático) em relação ao bem-estar subjetivo (afeto positivo e negativo) de pessoas HIV+
SANTANA, ZANIN e MANIGLIA (2008) BR	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	de	Avaliou as estratégias de enfrentamento, rede e apoio social (Medidas de Rede e Apoio Social: validadas por GRIEP; 2003) de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.
MOTA et al. (2010) BR	Modelo de avaliação de família (MCAF)	Calgary de	Redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso

HOLDEN <i>et al.</i> (2012) EUA	<i>Social Appraisals Scale</i> <i>Scale - SSA</i>	Compreensão sobre os sintomas depressivos utilizando Medida de fatores biológicos, de fundo e socioculturais (de apoio social)
------------------------------------	--	--

Fonte: elaborado pela autora.

2.4 Apoio Social e Rede de Apoio: articulação com a categoria Itinerários Terapêuticos, posicionamento na pesquisa que se desenrola

Vale ressaltar, porém, que o apoio social é apenas um dos elementos que compõem as relações humanas, em parte constituídas de “esperas interessadas”, e em parte também de gratuidade e de espontaneidade. É a dinâmica das relações humanas que alicerça a estrutura das redes e das diferentes formas de apoio social. Desse modo, as redes sociais não podem ser isoladas do contexto que as faz emergir, tampouco da dinâmica das relações interpessoais, ou seja, da empatia, das relações afetivas, das relações de companheirismo, dos gestos gratuitos dificilmente quantificáveis (GERHARDT, 2009).

O apoio social pode ampliar a autonomia, responder aos fatores estressantes, lidar melhor com as adversidades, auxiliar no enfrentamento dos processos de saúde-doença, na busca do autocuidado, de ambientes saudáveis e de práticas de promoção da saúde. Tais relações podem ser desenvolvidas pela mobilização sistemática do conjunto de recursos emocionais, materiais e de informação provenientes de relações íntimas e familiares, ou até mesmo de grupos sociais maiores (fontes de apoio formal ou informal). Dessa forma, a prática do apoio social deve ser permeada por momentos de afeto, união, afinidade, empatia, diálogo, escuta, contato físico, calor humano, informação e respeito às diferenças. Todas essas relações são responsáveis pela formação de um vínculo entre os integrantes da rede que pode contribuir para a manutenção do bem-estar individual e coletivo, minimizar situações estressantes e, por conseguinte, melhorar a saúde e a qualidade de vida de seus membros.

O apoio social favorece a recuperação da pessoa doente na medida em que esta é capaz de entender o cuidado como acessível quando necessário; ou a faz acreditar que é aceita pelo grupo de relações ao qual pertence, realçando assim o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de situações cotidianas em momentos de crise devido à sua função mediadora, que favorece a prevenção por meio da solidariedade e do auxílio mútuos, sobretudo nas situações de saúde-doença. Em contrapartida, a pobreza de relações sociais

constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, como o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física, que também acarretam implicações clínicas para a saúde individual e coletiva (SLUZKI, 1997; VALLA, 1999; ANDRADE e VAISTMAN, 2002; PESCE *et al.*, 2004; ANTUNES; FONTAINE, 2005; ANDRADE *et al.*, 2005; JUSSANI *et al.*, 2007; SIQUEIRA; BETTS; DELL AGLIO, 2006; SCHWARZER; KNOLL, 2007; LEVER; MARTINEZ, 2007; MACIEL, 2010; PEREIRA, 2010; PRUITT; ZOELLNER, 2008; ZANINI; VEROLLA-MOURA; QUEIROZ, 2009; VIERA *et al.*, 2010; GOMES, MERHY, 2011; STROZIER, 2012).

Apesar dos esforços realizados no Brasil nos últimos anos, buscando incorporar aspectos socioeconômicos e culturais aos estudos epidemiológicos, as dimensões relacionadas à rede de apoio social e saúde permanecem largamente inexploradas. Desse modo, o presente estudo empenhar-se-á em analisar a Rede de Apoio Social no autocuidado em saúde como parte dos Itinerários Terapêuticos, considerando também uma dimensão sócio-histórico-cultural, ausente em outras pesquisas.

Pelo seu aspecto material, simbólico e relacional (dos vínculos sociais interpessoais e institucionais), o conceito de território vai ao encontro da noção de redes sociais entendidas como “teias de relações e trocas de obrigações postas pela organização social e pela cultura, e não somente como elos entre indivíduos favorecidos pelos vínculos e ligações afetivas entre eles”. Nesse sentido, o território é visto como um suporte de redes, e estas podem se configurar como recursos de apoio social – material, cognitivo, afetivo e emocional – disponíveis ou mobilizados pelas pessoas em situações cotidianas, configurando-se de formas e feitos completamente diferentes, conforme o seu tempo, espaço e cultura (VALLA, 2000; BURSZTYN; RIBEIRO, 2005; JUSSANI *et al.*, 2007; SHERMAN; KIM; TAYLOR, 2009; SIQUEIRA *et al.*, 2009; MACIEL, 2010; CANESQUI; BARSAGLINI, 2012; PIGNATTI *et al.*, 2011).

O conceito de território passou por mudanças significativas até a contemporaneidade. Neste trabalho, optamos por adotar a perspectiva epistemológica, proposta por Milton Santos (2006, p. 22), isto é, não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social, mas o *território* “usado, experienciado pelo ator social, sem perder de vista sua historicidade” e que se configura como espaço social, no qual os atores ocupam posições sociais como base de trabalho, de residência, de trocas materiais e espirituais e de vida, bem como no cotidiano

vivenciado (territorializado), na forma como acessam ou não esse território (a relação dos usuários com o serviço de saúde), suas dimensões, seu espaço cultural e simbólico.

Como as relações sociais não são estáticas, a conformação da rede pode ocorrer de formas distintas, de acordo com as necessidades do indivíduo em cada momento de sua vida.

Vale lembrar que *condições de vida* correspondem aos recursos à disposição das pessoas, às condições materiais necessárias à sua subsistência e que estão relacionadas a habitação, saneamento, condição do meio ambiente e produção (material). Por outro lado, *situações de vida* remetem ao imaterial, contemplando as estratégias que as pessoas utilizam para adaptar-se ou modificar as condições de vida (GERHARDT, 2009). Podemos pensar que a *situação de vida* é modelada a partir da *condição de vida*, influenciada pelos diferentes níveis de mobilização de recursos pessoais e sociais.

A compreensão do ambiente (ou território) em que a pessoa vive, do papel dos atores sociais nesse meio e das concepções de saúde e doença torna-se fundamental para o exercício profissional e para a efetivação das políticas públicas de saúde. Tais concepções podem contribuir significativamente para explicar comportamentos individuais e coletivos, uma vez que as ações são baseadas no entendimento de determinadas situações sócio-históricas que são trazidas pela população quando do seu atendimento no serviço de saúde, incluindo as singularidades ou particularidades da sua rede de apoio social e que fazem parte do seu cotidiano, do seu itinerário de busca e cuidado.

Acreditamos que o papel do indivíduo frente às desigualdades sociais e de saúde não se dá passivamente; existem estratégias, muitas vezes desconhecidas pelos serviços de saúde, que motivam a busca de cuidados seja no estabelecimento de vínculo com as redes de apoio na comunidade, seja na mobilidade em busca de práticas terapêuticas e de serviços que satisfaçam suas necessidades de saúde. Nesse sentido, observa-se que a população vem desenvolvendo movimentos, muitas vezes imperceptíveis, que compreendem experiências construídas a partir de sua lógica de ação e que podem ser identificadas nas práticas de saúde. Se considerarmos que as necessidades de saúde são heterogêneas, as práticas empreendidas para satisfazê-las correspondem a diferentes estratégias, tais como a mobilização de recursos – por meio de apoio social – das práticas terapêuticas adotadas pelos grupos sociais estabelecidos nas relações de apoio, e que configuram as redes sociais, as quais definem

práticas de colaboração no enfrentamento de “situações de vida” cotidianas (RIQUINHO; GERHARDT, 2008).

A análise das práticas dos itinerários terapêuticos permite a compreensão do enfrentamento das questões de saúde e doença, as quais se moldam a partir do contexto em que as pessoas vivem, bem como dos aspectos históricos, sociais e culturais que organizam suas vidas, resultantes de um espaço de ação e interação social (GERHARDT, 2000).

3 AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DA REDE DE APOIO SOCIAL NA “TRAMA” DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Iniciamos esta reflexão especificando a prática de cuidado/ autocuidado que será abordada ao longo deste trabalho. No começo deste trabalho exemplificamos, por meio da figura 2 (p. 21), a rede de apoio como um recorte de um processo maior e mais complexo explicitado no Quadro Geral – Itinerário Terapêuticos (ANEXO A). Cuidado/ autocuidado são práticas pessoais e/ou familiares diárias inseridas no processo de vida das pessoas, estejam elas doentes ou não, ou melhor, sem adoecimento grave, mas necessitando do auxílio de outra pessoa (em domicílio, hospital, asilo etc.) no que tange ao amparo físico para atividades rotineiras ou mesmo para a manutenção de hábitos de cuidado pessoal.

O primeiro espaço de cuidado e das redes de apoio inseridas nos itinerários terapêuticos é a família, que se constitui em um pilar importante na organização social, a partir da divisão de tarefas e responsabilidades entre gêneros e gerações. Em sua raiz está “a ideologia de que as necessidades das pessoas têm um primeiro lugar de satisfação que é na família”, como unidade cuidadora, um espaço em que a mulher está encarregada do desempenho dessa tarefa. A família deve, então, proteger e cuidar dos seus membros por si mesma. Daí o fortalecimento da ideia de que a família tem uma capacidade infinita de proteção, independentemente das condições objetivas e das vicissitudes da própria convivência familiar (CORREA de SOUZA, 2011). Essa compreensão respalda um olhar sobre a família na perspectiva do que é ou não normal dentro de uma determinada sociedade e cultura, em um dado tempo histórico. Desse modo, a formação e a prática dos profissionais da área da saúde são norteadas por tais parâmetros e comportamentos, diagnosticando-se ‘processos de mudança nas relações’ entre as pessoas, como anormais ou estranhos ou deixando-se de considerar aquele núcleo como uma “família”. Esses posicionamentos foram por nós interpretados como *naturalizantes*, universais e patológicos por não conceberem a rede de apoio social, ou seja, o que o indivíduo considera como “sua família”. É preciso então definir de qual família se está falando. Para tanto, cabe aqui distinguir a importância da visão de família como grupo doméstico, vivendo sobre o mesmo teto, por consanguinidade ou afinidade, em geral envolvendo descendência e dividindo aportes de renda e recursos. Contudo, este nos parece um recorte artificial da realidade, visto que as relações de consanguinidade e afinidade se processam também para além do grupo doméstico, criando uma rede de obrigações e direitos com a participação de outras pessoas que também

pertencem à cadeia genealógica, mas não estão verdadeiramente incluídas nessa rede familiar. Ademais, desenvolvem-se relações “fictícias” de parentesco, sem base legal, ou legitimadas oficial ou biologicamente, alicerçadas em elos de mutualidade e reciprocidade dos quais decorrem direitos e obrigações, definindo que a família é um espaço de pessoas (CAMPOS, 2004).

Desde tempos remotos a prática de cuidados é uma tarefa que está associada às mulheres; portanto, repete-se aqui a clara divisão de gênero ainda vivenciada na contemporaneidade. A noção de que cuidado em saúde é concebido como uma ação feminina liga-se ao fato de que as mulheres dão à luz e têm o encargo de “tomar conta” de tudo o que sustenta a vida cotidiana; nessa perspectiva, as atividades de “cuidar” são organizadas em dois polos: nascimento e morte. Cabe considerar, porém, que essas características não são *naturais*, e sim construídas social e historicamente, constituídas em relações sociais baseadas nas diferenças e funções percebidas entre os sexos, e também como uma forma primária de dar significado às relações de poder.

Masculinidade e feminilidade são configurações em torno da posição de homens e mulheres nas relações de gênero, cujo padrão é uma cultura hegemônica construída socialmente. Assim, percebemos a construção de um modelo de relações de gênero bastante tradicional, cristalizado em uma divisão sexual do trabalho e do poder nas relações afetivo-sexuais, o que aponta para a coexistência de inúmeras manifestações de masculinidade envolvendo aspectos tais como virilidade, agressividade, ambição, competitividade, coragem e autoridade, entre outros; em contraposição, a feminilidade abarca atitudes afetivas, dóceis, cuidadoras, sensíveis, e assim por diante.

A saúde da população masculina tem ganhado notoriedade nas produções científicas, seja pela criação de estratégias públicas específicas para esta população ou pelas ações de educação em saúde que defendem a premissa de que os homens são vistos a partir do “deficit de autocuidado”. Isso ocorre porque, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde e na forma como usam e percebem seus corpos, frequentemente adotando comportamentos considerados pouco saudáveis, relacionados a um modelo de masculinidade idealizada como valor da cultura masculina e que incluem noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco. Tal conduta é ainda fortalecida pela dificuldade em verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois expor problemas de saúde

pode revelar uma possível demonstração de fraqueza, de feminização perante os outros. Ao considerarem o ambiente das unidades básicas de saúde feminino, os homens têm a sensação de não pertencimento àquele espaço. Assim, é comum utilizarem artimanhas – ou “desculpas” – para não se cuidarem. Segundo Korin (2001, p. 72), “os homens sentem-se incomodados com a situação passiva e dependente do papel de doente e isto contribui para que ignorem sinais de alarme”. Isso poderia ajudar a explicar a conhecida tendência masculina de buscar os serviços de saúde somente em casos de emergência (FIGUEIREDO, 2005; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; SCHWARZ *et al.*, 2012).

Os homens reconhecem que procuram menos os serviços de saúde quando comparados às mulheres. As justificativas mais presentes nos relatos giram em torno de um único argumento: os papéis atribuídos à identidade masculina. Como o gênero está associado a força, coragem e virilidade, características incompatíveis com demonstrações de fraqueza e medo, a procura por ajuda poderia colocar em risco a masculinidade e aproximá-los das representações de feminilidade.

Em geral, o adoecer é visto como um sinal de fragilidade para os homens, que não reconhecem essa situação como um processo inerente à sua própria condição biológica. Além disso, o cultivo do pensamento mágico de que nunca ficarão doentes faz com que se sintam invulneráveis e, conseqüentemente, se exponham mais, tornando-se assim vulneráveis porque suas práticas servem de obstáculo ao autocuidado. O menino cresce e é educado para ser forte e proteger os mais fracos, o que o coloca em uma posição de vulnerabilidade física e psíquica, já que a admissão de fragilidade ou de adoecimento o torna suscetível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ter sido evitada. Em decorrência desse comportamento, os serviços de saúde enfrentam maior dificuldade em acolher as demandas e o processo identitário masculino; por isso, os homens precisam ser considerados em sua singularidade.

Já as interpretações acerca da identidade feminina, com enfoque na fragilidade e sensibilidade da mulher, remetem às perspectivas de gênero ideologicamente consagradas como tradicionais e essencialistas. Ora as mulheres são culturalmente valorizadas (como mães e esposas), ora são desqualificadas socialmente (por serem pouco práticas e objetivas). As mulheres estariam assim submetidas e subordinadas aos homens, aos quais deveriam respeitar por meio de comportamentos e posturas ligadas ao recato e ao pudor e restritas ao ambiente privado, ocupadas com o desempenho de funções na manutenção do espaço familiar. No que

tange aos homens, ao contrário, são valorizados aspectos que remontam à responsabilidade no sustento e provisão do lar e à obrigação de ser sexualmente ativo, como símbolos de virilidade e autoafirmação (BRAZ, 2005; FIGUEIREDO, 2005; GOMES *et al.*, 2007).

Desde pequeno o menino é treinado para suportar sem choro suas dores físicas e emocionais, não ser “mulherzinha”, ser forte, capaz e protetor, violento, decidido e corajoso, defender as irmãs, ganhar as disputas; a cada nova idade, as exigências vão sendo atualizadas, pois mais tarde ele deverá ser viril, bem remunerado e um bom chefe de família. Desse modo, o ideal da masculinidade vai sendo internalizado na intersubjetividade de homens e mulheres, em que se confundem identidades pessoais e de gênero e se institui que todos os homens são “super-homens”, invulneráveis, que não se machucam, não adoecem; e que, portanto, não precisam se cuidar (BEAUVOIR, [1949] 1980; CORREA, 1996; SAMARA; SOIHET; MATOS, 1997; CARVALHO; PINTO, 2008; RIOS; PORCHAT; TEIXEIRA FILHO, 2011; SALIH, 2012).

Pesquisas demonstram que quando se trata de doenças crônicas não relacionadas a questões reprodutivas, no que tange à frequência homens e mulheres ficam igualmente doentes. As mulheres procuram mais por atendimentos médicos, prevenindo-se e engajando-se em cuidados com a saúde, além de se preocuparem com sua “natureza biológica” (características relacionadas à reprodução). Muitos comportamentos considerados femininos em nossa sociedade sugerem que elas teriam um maior cuidado com o corpo e com a prole, o que pode justificar a ideia de que se preocupariam com saúde preventiva em decorrência da concepção, gravidez e parto, fundamentadas pelo senso comum de que a mulher – equivocadamente – se encaixa em perfis de fragilidade. Tais fatores provêm da educação diferenciada dispensada às mulheres em virtude do monitoramento de sua saúde reprodutiva e do incentivo em relatarem as próprias fragilidades físicas e emocionais. A relação mais próxima das mulheres com os serviços de saúde está associada aos papéis culturais e sociais que assumem, pois lhes cabe acompanhar crianças, adolescentes e idosos nos atendimentos, bem como realizar pré-natal e coletas de exames ginecológicos (DOYAL, 2001; PINHEIRO DE PAULA-COUTO; SANCHEZ SOARES, 2002; ROHDEN, 2003; FIGUEIREDO, 2005; LAURENTI *et al.*, 2005; COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009).

Voltando à relevância do papel da família no cuidado com a saúde, quando algum membro adoece a mulher muitas vezes é a primeira a se envolver no processo de cuidado, o

que mais uma vez revela a clássica relação intersubjetiva e a apropriação social das funções do gênero feminino. A perspectiva de gênero se impõe quando percebemos os processos interativos que ocorrem entre homem e mulher: o primeiro é expulso – ou expulsa a si mesmo – do cenário do cuidado, que fica a cargo quase exclusivo da “mulher-mãe de família”. A ela cabe o controle do lar e o zelo por vários aspectos da vida dos outros membros. Ela é vista e se vê como cuidadora, qualidade *naturalizada* pertencente à esfera de seu ser (GUTIERREZ e MINAYO, 2010).

3.1 Práticas de cuidados e sistemas de cuidados

A reflexão sobre saúde implica uma visão das práticas de saúde da população, isto é, suas práticas de cuidado, o sistema de saúde que a assiste e suas respectivas equipes de profissionais, os trabalhadores de saúde que estão necessariamente interconectados com as ações em saúde.

O primeiro aspecto que nos chama atenção é o constante desafio das denominadas “práticas de saúde” voltadas para a “promoção da saúde”, para as políticas de atenção integral à saúde e para as necessidades de saúde da população, construindo possibilidades de o cidadão ser protagonista do seu cuidado. Isto significa ser ator das práticas de saúde, um ser político capaz de participar ativamente do exercício da sua autonomia e da luta dos seus direitos, por meio das ações que dinamiza e das informações que recebe na busca da sua prática, ou seja, um ser político, cultural e social (ERDMANN *et al.*, 2006).

A noção de “sistema de cuidado” configura-se por dimensões variadas de cuidado, como o cuidar de si, o cuidar de si junto com o outro, o ser cuidado pelo outro, o sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio, o ser/ estar no sistema de relações múltiplas de cuidado e o cuidado com a natureza integrando-se com os demais sistemas sociais, fortalecendo o sentimento de pertença, aproximando os seres na busca de melhor vitalidade, promovendo a qualidade de vida (ERDMANN *et al.*, 2006).

Nesse sentido, a participação e a responsabilidade dos indivíduos nas ações de cuidado, na promoção da saúde, os transformam em sujeitos da ação de saúde. Por meio de suas manifestações as pessoas refletem o próprio interior, pois o pensar sobre suas *situações de vida* leva-as a agir, expressando as suas singularidades. Tais ações revelam uma realidade

peçoal e social vivida, construída a partir das experiências individuais. Assim, o social torna-se condição humana fundamental, pois o ser humano não vive senão em relação com o outro, e é em conjunto com o outro que se reconhece, expressa seus desejos, dirige suas ações e se torna sujeito tanto para cuidar do outro como de si (KAHHALE, 2004; GONZÁLEZ-REY, 2003; ERDMANN *et al.*, 2006).

Tomemos como exemplo a configuração subjetiva de uma família, com toda uma história de elementos de sentido que deixam de ter um caráter individual para passar a ser “ordenadores” dos diferentes aspectos da vida familiar, como são os códigos morais que delimitam o espaço da vida familiar, a articulação das relações entre os membros, o tipo de padrão emocional dominante nos espaços interativos da família, as questões de gênero e as idades na família, entre outros fatores. Essa família pode ser desafiada e por isso entrar em processo de transformação em outras zonas de subjetividade social que possam afetar os seus diferentes membros de forma profunda. O que queremos dizer aqui é que os elementos de sentido que integram a configuração subjetiva de um espaço social – no caso, a família – estão relacionados a elementos de sentidos e espaços que influenciam e transformam os caminhos, ou itinerários, dos seus membros (GONZÁLEZ-REY, 2003).

O corpo, como ponto de partida, e as práticas de saúde, como espaço de objetivação e articulação de elementos simbólicos, são categorias estratégicas na construção de sentidos e significados. As relações possíveis entre os significantes ou elementos de significados expressos nas ações são construídas de acordo com os sentidos a eles atribuídos pelos atores praticantes das ações de cuidados. Os sentidos não são, portanto, “imanescentes” aos significantes, são fruto de construção social; em outras palavras, não são atributo natural das coisas (CARVALHO; LUZ, 2009).

O cuidado assume a dimensão de “acolher e aliviar o sofrimento do outro”, o que implica sair da centralidade da doença para o sujeito e seu cuidado, correspondendo mais a um ato pontual, uma atitude interativa de atenção, preocupação, apoio, escuta, respeito pelo sofrimento do outro e suas histórias de vida (LACERDA *et al.*, 2009, p.250-1).

Refletir sobre o cuidado nos leva a analisar o que vem a ser “o cuidado, quem cuida e por que cuidamos”. Nesta perspectiva de compreensão, o cuidado tem diversos significados que são por vezes complexos e sem uma concepção definida. Podemos entender que o

cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro, que passará então a dedicar-se ao primeiro. Assim, cuidar de alguém é sentir estima e apreço pela pessoa, desejando o seu bem-estar de forma integral.

No campo da enfermagem, o “autocuidado” foi mencionado pela primeira vez em 1958, quando a Enfermeira *Dorothea Elizabeth Orem* questionou o porquê da necessidade de auxílio por parte dos indivíduos. A partir dessa reflexão, formulou a sua “teoria sobre o déficit de autocuidado”, que abrange os Sistemas de enfermagem tanto na “teoria do autocuidado”, que descreve as relações de cuidados em saúde, quanto na “teoria do déficit do autocuidado”, que explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas.

Para Foucault (1985), na civilização ocidental moderna a categoria do “cuidado de si” é definida como um movimento de construção, manutenção e transformação das identidades dos indivíduos, convertendo-se em “tecnologias do si”. Nesse processo, é imperativo descobrir o sentido do saber, do sentir e da vivência do outro, e abranger o entendimento das linguagens culturais e afetivas dos distintos sujeitos. Essa troca implica a valorização do conhecimento cognitivo e afetivo, da intuição e da sensibilidade própria e do outro, ampliando o diálogo e o vínculo entre o sujeito promotor e aquele que é alvo dos cuidados.

Ayres (2001), ao debater ensaio de Merhy (2000), compreende a noção de cuidado na proporção de sua preocupação com a *promoção do bem-estar*, para além da *correção de distúrbios*, na perspectiva de que cada sujeito deve se constituir como tal tomando conta de si mesmo. Nas relações entre as pessoas, na direção da prática de cuidados, ninguém pode subtrair ao outro o poder de juízo sobre suas necessidades. Um verdadeiro *outro*, por exemplo, sujeito na relação terapêutica, na intersubjetividade viva do momento assistencial, deve promover e vivenciar uma troca efetiva, um processo dialógico – a copresença “carnal” de um assistente e de um assistido, no livre exercício de subjetividade. Não é da *theoría* nem da *póiesis* que se trata, mas da *práxis*, ou da atividade prática.

Assume-se que saúde é *um modo de “ser-no-mundo”*. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novos conhecimentos, passa a ser entendido como uma decisão entre outras, que necessariamente não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, mas que ainda assim é um exercício fundamental de autonomia humana. Não cria universais, porque só cabe no exato momento da decisão a ser tomada, esgotando aí o seu

sentido. Este é o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: a atitude e o espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde. O significado e as finalidades da intervenção passam a se apoiar não tanto no estado de saúde visado de antemão, nem unicamente nas formas como se busca alcançá-lo, mas sim na experiência que une o conteúdo da primeira ao movimento da segunda. O cuidado é essa atividade realizadora na qual caminho e chegada se engendram mutuamente (AYRES *et al.*, 1999, p.70).

Pode-se pensar nos cuidados em saúde como um espaço aberto para a construção orientada por um novo pensar e agir, um saber prático, uma ação dialógica. Reposicionada como um valor, uma ação integral que tem significados e sentidos voltados aos direitos humanos, na qual o cuidado é apreendido como um encontro, uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, guiada por uma *práxis* ou “saber prático”. Deve-se ter a intenção ética emancipatória de ampliar e qualificar o cuidado para além do saber-fazer científico-tecnológico, concebido como um procedimento sistemático e universal prévio ao ato de interação. O espaço relacional entre sujeitos cria um saber preocupado com a totalidade do outro, onde se destaca a necessidade do diálogo e da troca (AYRES *et al.*, 1999).

3.2 O cuidado e a saúde

Atualmente, na área da saúde, o termo *cuidado* tem sido empregado em diversos sentidos, como ocorre com o profissional cuidadoso (que se move pela ética do cuidado), que vai ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para acompanhar a pessoa de quem está cuidando. E o faz prazerosamente, observando sua singularidade, identificando seus recursos internos e sociais e procurando em conjunto um caminho que faça sentido naquela situação e projeto de vida, a fim de promover a saúde, a qualidade de vida e a expressão autônoma do paciente. Para Zoboli (2009), cuidar é uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como “direito de ser”, é atender pessoas em sofrimento com respeito e acolhida, sem perder de vista sua fragilidade e condições sociais. Requer a aceitação do outro como sujeito e um mover-se no sentido da construção da saúde como projeto de cidadania e de acordo com a definição de saúde acima descrita – *um modo de “ser-no-mundo”*.

De modo geral, identificamos diferentes concepções de cuidado com a saúde. Isto se deve à forma como cada pessoa assimila “informações”, porque é a partir do saber aprendido na vida, no coletivo e na família que o indivíduo tem condições de se emancipar para “cuidar de si”, da família e do seu entorno. A motivação para o cuidado com a saúde baseia-se nas informações recebidas, seja porque a doença se manifestou na própria pessoa, seja porque atingiu algum familiar próximo. Sob esse enfoque percebe-se então que a saúde não é algo permanentemente consciente; ela não nos acompanha de forma preocupante como a doença, não é algo que nos advirta ou convide ao contínuo autotratamento: ela pertence ao milagre do autoesquecimento. De acordo com Gutierrez e Minayo (2010), a saúde, ou “estado de bem-estar”, só pode ser medida por meio de valores (padrões biomédicos); em outras palavras, só podemos saber se uma pessoa está saudável se ela não estiver doente.

Com isso, estamos dizendo que os “cuidados em saúde” têm sido tradicionalmente entendidos pelos usuários dos sistemas de saúde, pelos profissionais da rede e também pelos estudiosos pesquisadores da área de um modo extremamente limitado, ou melhor, têm sido “olhados” por meio da perspectiva da patologia (doença) e não “da saúde”. No entanto, entendemos que os cuidados em saúde são produzidos em pelo menos dois contextos distintos, porém inter-relacionados: a rede oficial de serviços, incorporando o saber biomédico-científico, e a rede informal, que conta com a família e a comunidade.

Entende-se, portanto, que é “na e pela” família que se produzem cuidados essenciais à saúde. Contudo, sob a égide do pensamento positivista e segundo Gutierrez e Minayo (2010), houve uma redução da concepção de saúde à mera “ausência de doença”, tendo os cuidados assumido a forma de ações e procedimentos técnicos. Não mais se reconhece a família como competente e responsável por procedimentos técnicos de cuidados, pois estamos acostumados a tratá-la como o espaço do afeto, da espontaneidade e das interações.

Gonçalves *et al.* (2011) aponta duas dimensões envolvidas nas práticas de cuidado: uma base material e outra imaterial, ou não material. A base material envolve as dimensões concretas e tecnológicas, ao passo que a base “não material” expressa os saberes, o trabalho cognitivo, midiático, cultural e afetivo presentes no processo de produção de cuidado. Especificamente, o trabalho afetivo é pauta discutida nos âmbitos da saúde como um dos lugares de sua realização, pois este aspecto fortalece a ideia de uma dimensão subjetiva, marcada pela ação do trabalho vivo em ato. Cuidar de alguém coloca sob análise a

subjetividade, os processos de subjetivação implicados nesse processo e o modo de produção da saúde, em que a subjetividade é histórica e socialmente produzida (FRANCO; MERHY, 2012).

Tal subjetividade opera no processo de trabalho em redes, nas relações entre os trabalhadores, entre eles e os usuários e nas linhas de conexão para dentro e fora do domicílio e dos equipamentos de saúde. Essas redes se formam por fluxos-conectivos que impulsionam determinado projeto terapêutico, operando assim uma dada linha do cuidado em todo o processo que cerca o usuário nelas inserido. Essa concepção de cuidados incluída no sistema de saúde tem por base a formação de um modelo assistencial pautado pela integralidade. Trata-se de uma diretriz que se organiza ao ser acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, possibilitando assim o encontro entre o mundo das necessidades dos usuários e os agenciamentos coletivos que operam certos modos de produzir o cuidado sobre os trabalhadores, como também acionando o seu protagonismo na realização de certas cartografias e/ou itinerários que vão se desenhando e dando forma aos modelos assistenciais (FRANCO; MERHY, 2012).

Entende-se por cartografia a arte ou ciência de compor cartas geográficas ou mapas. Esse conceito, hoje aceito, foi estabelecido em 1966 pela Associação Cartográfica Internacional, sendo posteriormente ratificado pela Organização das Nações Unidas (ONU). Na área da saúde, o termo *cartografia* começou a ser utilizado nas últimas décadas dada a flexibilidade desse instrumento, que pode ser constantemente modificado e utilizado seja individualmente ou em grupo. Dessa forma, a cartografia é útil como um instrumento de construção de trajetória percorrida, possibilitando a análise, com maior apropriação, da noção de acontecimento no discurso dos sujeitos de uma pesquisa. Por isso, cabe ao pesquisador social identificar, perceber e criar estratégias para aproveitar todo o potencial oferecido pelo mapa, suprindo assim as necessidades do sujeito pesquisado sem interferir ou influenciar no seu perambular pelo território. Por sua vez, o estudo dos itinerários terapêuticos é um procedimento mais complexo, visto que, além de listar a busca de cuidados terapêuticos, procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionar seus problemas de saúde. (CORREA DE SOUZA, 2011).

Tendo em mente as ideias até aqui explicitadas e objetivando uma melhor compreensão desse objeto de estudo, lançamos mão dos itinerários terapêuticos na construção das cartografias do cuidado – individuais e familiares – dos sujeitos participantes deste estudo.

3.3 Cuidado, experiência de “adoecer” e Itinerário Terapêutico

Se, por um lado, a vulnerabilidade social e econômica pode deixar os indivíduos mais expostos a estados de mal-estar expressos por meio dos chamados transtornos mentais comuns (TMC), por outro, o aumento da densidade das redes de apoio social diminui o seu risco. Os múltiplos sentidos do *nervoso* não podem ser capturados por categorias nosológicas, embora algumas tentativas de traçar paralelos entre o código do *nervoso* e categorias diagnósticas tenham sido feitas (FONSECA, 2009). Todavia, ao estabelecerem tal paralelo, ainda que as manifestações sejam de fato semelhantes, os autores não abordam a questão da diferença fundamental entre o código do *nervoso* e a cultura na qual estão enquadrados os saberes psiquiátricos e psicológicos modernos. O *nervoso* pode evocar um código complexo para expressões de mal-estar, com múltiplos aspectos e sentidos possíveis, que vão desde uma manifestação de sofrimento *físico-moral*, e tudo aquilo que se lhe opõe – a antiga *alma* ou a moderna *psique* –, até a mediação corpo-mente, hoje sendo vistas justamente como *manifestação psicossomática*. No entanto, é por meio desse entrecruzamento de códigos, nem sempre bem traduzidos e compreendidos, que os profissionais de saúde costumam atribuir as queixas que se encaixam no modelo do *nervoso* como “queixas mal-definidas” ou mesmo expressões menos delicadas, que simplificam a problemática, tais como “ausência de demanda” ou “poliqueixosos”.

No Brasil, ao longo das duas últimas décadas, tem sido premente a transformação da lógica predominante do setor saúde devido à superação do seu perfil excludente e aos impactos da ampliação tecnológica da biomedicina no ato de cuidar. A maior parte dos agravos está inserida em um ciclo vicioso de pobreza, isolamento e adoecimento: [...] o sofrimento não encontra um lugar institucional que possa reconhecê-lo dentro da esfera da proteção social. Esta só confere um lugar à subjetividade dentro de suas perspectivas: corpo “são”, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional, o faz por meio da doença. Tal reconhecimento, quando ocorre, produz um deslizamento do sofrimento social para o individual. Esta passagem indica que as categorias

institucionais ignoram formas de mal-estar que não estejam etiquetadas como doença [...]. Expressa-se em um “sofrimento difuso” ou “mal-estar difuso” que corresponde a um conjunto de síndromes e sinais mal definidos, além de problemas psicossociais, entre outros (VALLA, 1999; CARRETEIRO, 2001; LUZ, 2003; UCHÔA, 2009).

Isto significa afirmar que o sofrimento social frequentemente se manifesta primeiramente como doença nos serviços de saúde (mesmo que se trate de uma suposta doença), tendo ou não substrato classificável na nosologia médica. Sendo assim, nem sempre há um diagnóstico ou método disponível que possa abraçar essas qualidades de sofrimento, de forma a minimizar a angústia dos profissionais ou dos sujeitos envolvidos.

Não vamos aqui nos ater a nenhuma categoria psiquiátrica de transtornos mentais, que vão desde queixas somáticas inespecíficas a transtornos com classificação no Código Internacional de Doenças (CID), pois não é este o nosso foco de atenção ou discussão. Nosso intuito é o de apenas destacar os estados de sofrimento que se apresentam como queixas inespecíficas, ou a expressão do mal-estar na forma de queixas somáticas e difusas sem especificidade, caracterizadas pela presença de múltiplos sintomas tais como dores generalizadas, que abrangem dores pelo corpo, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, baixa autoestima, perda da esperança de vida e problemas sem substratos orgânicos, entre outras manifestações não classificáveis nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos e cujas múltiplas raízes podem estar localizadas nas relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas. Enfim, este fenômeno multidimensional corresponde ao “sofrimento difuso” acima definido, e que pode ser considerado um tipo de sofrimento psíquico mais leve (VALLA, 2001; FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; GUIMARAES *et al.*, 2011).

Os itinerários terapêuticos explicitam a mediação nas redes de cuidado, conforme afirmam Tavares e Bonet (2008):

[...] As práticas de cuidado, sendo processuais, comportam hesitações, indefinições e mudanças de escolha no curso de uma experiência de enfermidade ou de preservar a saúde. O conceito de itinerário terapêutico explicita essa dimensão de transitoriedade. Em sociedades como as nossas, marcadas fortemente pela hegemonia do modelo biomédico e pela pluralidade de práticas terapêuticas concorrenciais e/ou complementares, a experiência do adoecer envolve inúmeras mediações que se desenrolam numa temporalidade específica. Assim, premissas explicativas, como crença e contexto, de nada valem se quisermos compreender o desenrolar desses processos, já que as práticas sempre desencadeiam possibilidades não previstas antecipadamente. Se a experiência da enfermidade é acessível por

meio dos itinerários terapêuticos, esses também apontam as delicadas mediações (e suas fontes de incerteza) que atravessam extensas redes de cuidado. (p. 195).

Por outro lado, para Alves e Souza (1999) a análise do itinerário terapêutico não pode se limitar à identificação da disponibilidade de serviços, aos seus modelos explicativos e à utilização que as pessoas fazem dos recursos terapêuticos. Os autores consideram tais elementos insuficientes para se compreender o processo de busca e cuidado pelos quais as pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a uma determinada prática de cuidado, observando que essa cadeia de eventos se desenvolve da forma como a pessoa e seu grupo de referência mais próximo elaboram ou definem sua situação dentro de um dado fenômeno sociocultural, em seu próprio processo de saúde/ doença.

Em um país como o Brasil, fortemente marcado pela diversidade cultural e pela mobilidade, os valores de solidariedade, de ajuda, desempenham um papel essencial na construção dos laços sociais entre os indivíduos que, além dos limites das condições materiais de vida, constroem estratégias de acordo com suas capacidades, histórias de vida e experiências. Assim sendo, o itinerário terapêutico é sinônimo de busca de cuidados terapêuticos, e procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. Cada estratégia de busca tem vantagens e desvantagens, e são escolhidas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo (GERHARDT, 2006; 2009, p.296).

De acordo com Uchoa e Vidal (1994), a partir da década de 70 houve uma reformulação teórico-metodológica das pesquisas sobre itinerários terapêuticos, relacionando-o com causas, efeitos, diagnósticos e tratamento de doenças. Nessa perspectiva de compreensão cultural, por meio da abordagem da antropologia médica americana, destaca-se a produção dos trabalhos de Geertz (1978), que defendia a ideia da cultura como uma “teia de significados” em que os aspectos relacionados à saúde/ doença envolvem ações das pessoas, expressas na forma como percebem a doença, estabelecem um diagnóstico, buscam um tratamento e aceitam segui-lo, ou não.

Kleinman (1978, 1980), inspirado em Geertz, abordou esse mesmo aspecto da “experiência da doença” moldada culturalmente, determinada pela maneira como a percebemos e como buscamos superá-la. O autor ressalta que “aprendemos a ficar doentes” de

acordo com o nosso meio social, que tem influência direta sobre como sentimos as doenças, expressamos seus sintomas e utilizamos os recursos de cura à nossa disposição.

Todo “sistema de cuidados em saúde” deveria ser constituído pela interação de três sistemas diferentes (familiar, tradicional e/ou popular e profissional), cada setor veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas. O Subsistema Familiar (SF) é a arena da cultura popular, do senso comum, não profissional, não especialista, onde as doenças são primeiramente identificadas e enfrentadas. O Subsistema Familiar inclui o indivíduo, a família, a rede social e os membros da comunidade próxima. Nele a doença é identificada e as primeiras decisões e ações são efetuadas, dando início ao processo terapêutico. O Subsistema Popular (ST) agrega especialistas de cura não formais, não reconhecidos legalmente e com registros limitados de seus conhecimentos, mas que têm amplo reconhecimento da sociedade e geralmente estão ligados ao Subsistema Familiar. Esse setor popular ou *folk*, composto por “leigos”, concentra a maioria dos nossos saberes e práticas cotidianas que estão relacionadas ao fenômeno saúde-doença. O Subsistema Familiar consiste das proposições de cura organizadas, legalmente reconhecidas, com aprendizagem formal e com registros sistemáticos extremamente desenvolvidos. Na maioria das sociedades a biomedicina é dominante, embora existam outros sistemas médicos profissionais, como como as chamadas Medicinas Naturais (acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, entre outras) e as Práticas Complementares (automassagem, Do-in, Shantala, Yoga, Reiki, entre outras), inclusive preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (MNP). Os diversos subsistemas terapêuticos não instituem fronteiras definidas entre si, podendo ser interconectados de diversas formas.

Na mesma direção, Kleinman (1980) salienta que todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas perante as doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural, constituído portanto pela interação entre três setores distintos (profissional, tradicional e popular) dos profissionais, dos pacientes e de suas famílias. Em outras palavras, é a realidade simbólica que permite ao sujeito atribuir significados a partir de sua experiência individual, segundo as normas sociais e culturais do seu grupo.

A antropologia tem abordado o fenômeno da doença sob duas perspectivas: como ele é experimentado pelos doentes e como se dá a experiência dos profissionais de saúde (particularmente os médicos) no exercício da sua prática. Nos estudos antropológicos sobre o

tema procurou-se delimitar a análise dos esquemas semânticos em diversas línguas para assim estabelecer uma terminologia comum. A língua francesa dispõe apenas do termo *maladie*, enquanto o idioma inglês possui uma tríplice terminologia: *disease* – “doença processo” (a doença como apreendida pelo saber médico), *illness* – “doença experiência” (a doença tal qual é experienciada pelo doente) e *sickness* (um estado menos grave e mais indeterminado que o precedente, mais comumente um simples mal-estar associado aos significados, condutas e instituições da enfermidade ou ao sofrimento). Os estudos antropológicos anglo-saxões procuram construir, na perspectiva da antropologia da saúde e da doença, conceitos adequados à compreensão dos fenômenos mórbidos, tais como doença-sujeito (a *illness* ou a experiência subjetiva da doença), doença-sociedade (a *sickness*, que designa os comportamentos socioculturais conectados com a doença em uma dada sociedade) e doença-objeto (tal como apreendida pelo saber biomédico). Na mesma linha conceitual situam-se alguns autores norte-americanos, percebendo-se, porém, uma tênue diferença relativa à socialização tanto da *disease* quanto da *illness*. Nessa perspectiva, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo.

O conceito de experiência de adoecer ganha então outro aspecto, ou seja, o da experiência socialmente constituída, na qual se apresentam estratégias que só são passíveis de análise quando se expressam como “narração” intersubjetiva (portanto, social), mas entendendo nesta condição a presença de uma situação dialógica e dialética. Desse modo, as narrativas (“falas”, conversas, trocas, diálogos) refletirão essa tomada de posição sobre como cada sujeito e comunidade exercita o lugar da enfermidade dentro desse itinerário terapêutico.

Os estudos sobre experiência da doença tomam como ponto de partida analítico o pressuposto de que o social é originalmente toda a situação vivida pelos atores sociais em contextos culturais e históricos concretos. A experiência tem uma intersubjetividade implícita, pela qual os sujeitos vivenciam o seu mundo e estão voltados para apreender as significações de suas ações cotidianas (GEERTZ, 1973; KLEINMAN, 1980, 1988; UCHOA VIDAL, 1994; HYDÉN, 1997; ALVES; SOUZA, 1999; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; OLIVEIRA, 2002; LAPLANTINE, [1943] 2004; ALVES, 2006; PONTES *et al.*, 2008; BUDÓ *et al.*, 2009; SPADACIO; BARROS, 2009; COSTA; GUALDA, 2010; NEVES; NUNES, 2010; PINHO; PEREIRA, 2012; LIRD; NATIONS; CATRIB, 2013).

Na análise da enfermidade como um processo subjetivo, ela está necessariamente presa a uma experiência de “sentir-se mal”, originando as representações da doença e pondo em movimento a nossa capacidade de transformar essa experiência em conhecimento, constituindo assim o “sentido da enfermidade”. Contudo, se a enfermidade se inicia “com” a experiência, isto não prova que toda ela derive “da” experiência. Concordamos que as sensações e reações corporais não têm grande significação, pois não é esta percepção somática que valida nossa apreensão da enfermidade, e sim a convicção de que ela é dotada de sentido e/ou significado. O “mal-estar” torna-se doença quando é transformado em objeto socialmente aceito de conhecimento e intervenção, experiência vivida pelos sujeitos no processo de enfermidade e na multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo.

O itinerário terapêutico está relacionado aos processos complexos de interação intersubjetiva nos quais tais experiências são compreendidas e comunicadas: como os sujeitos criam, trocam, negociam e legitimam sentidos e significados em torno da enfermidade, e como estes são negociados, legitimados e elaborados pelas pessoas que os cercam. Dessa forma, há um permanente processo de atribuição de significados que é reformulado no interior de cada situação vivida e em relação ao contexto relacional onde ocorre (ALVES, 1993; ALVES; SOUZA, 1999).

Nesse sentido, as necessidades em saúde são compreendidas como oriundas não só do ponto de vista somático, mas também do social, do cultural e do político. Não importando qual o caminho percorrido, qualquer forma de cuidado é adotada a partir da relação da pessoa com a família e com o seu meio, expressa nas redes de relações, as quais podem fornecer diferentes modos de apoio provenientes de familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas e dos próprios serviços de saúde, entre outras possibilidades. Isso demonstra a autonomia das pessoas quanto ao que acreditam e buscam para a cura e o cuidado de si mesmas. Entretanto, vale lembrar a importância de que os sistemas oficiais de saúde reconheçam a existência de um sistema informal, um sistema popular e um sistema profissional de saúde, cada um deles definindo quem cura e quem é paciente (GERHARDT, 2009, p. 285-6; HELMAN, 2009).

O curso das ações realizadas para tratar o sofrimento constitui o itinerário terapêutico, porém este não segue um plano previamente concebido. Ao longo de uma cadeia de eventos,

que formam o itinerário terapêutico, cada ação é escolhida de acordo com um resultado esperado; porém, apenas quando puser em prática a ação a pessoa poderá interpretar seus efeitos e discuti-los. Assim sendo, o itinerário terapêutico pode se configurar como uma unidade de ações somente de um ponto de vista retrospectivo, sendo necessária a interpretação de uma série de atos fragmentados para lhes dar coerência. Essa construção não é feita individualmente, mas sim com a participação da rede social de apoio da pessoa doente, mobilizada no processo de modo a legitimar os tratamentos utilizados. Supõem-se sujeitos transitando e/ou construindo alternativas (o que poderia evocar uma experiência subjetivada) e conferindo primazia à contingencialidade, imprevisibilidade e negociação das escolhas. O itinerário terapêutico (caminho, trajetória em busca da cura) é um estudo que requer flexibilidade do pesquisador visto que é provável que se encare o adoecer como um objeto indisciplinado que resiste às nossas tentativas disciplinares de enquadramento, pois corremos o risco de nos perdermos em (des)caminhos indisciplinados e nas interpretações resultantes dos diversos olhares já lançados em sua direção. Não podemos afirmar que todas as terapêuticas adotadas em nível popular são decorrentes de um “processo de escolha”, mas é muito significativo o “fazer sentido” para o indivíduo, negociado nas relações sociais e legitimado pela sociedade (ALVES; SOUZA, 1999, p.125-138; DUARTE, 2003; SCHOLZE; FLORES; SILVA, 2005; LEITE; VASCONCELLOS; 2006).

Outra concepção relacionada aos itinerários são os trajetos, que expressam dinâmicas sociais associadas aos modos de ser e de viver no espaço (território) e ajudam a compreender como seus habitantes enfrentam as especificidades de situações locais. *Trajetos* são entendidos como *escolhas* construídas e conquistadas no entrelaçamento das dimensões individuais e sociais, que indicam que circunstâncias (pessoas, situações, lembranças) trazem-lhes suporte para se apropriarem de espaços, interagirem com pessoas, produzirem situações desejadas. Podemos dizer, portanto, que o conceito de território passou por importantes mudanças até assumir, na contemporaneidade, uma posição de conceito fundamental à compreensão da realidade social: “experienciar é arriscar-se; implica liberdade, espaciosidade”. (TUAN, 1983) A experiência no território, porém, ocorre em um mundo cuja *práxis* condensa relações que podem reproduzir posições sociais. Nesse sentido, a análise da experiência no território deve considerar que este se configura como espaço social onde os atores ocupam posições; é o local onde se mora, se trabalha, se convive e se dão as trocas materiais e espirituais; é meio de inclusão/ exclusão, de inscrição de uma identidade social

(MAGNANI, 2002, 2003; DALMOLIN, 2006; DALMOLIN; VASCONCELLOS, 2007, 2008).

Ao trazer a experiência de busca de cuidado empreendida pelos usuários, o itinerário terapêutico permite analisar suas facilidades, dificuldades e limitações na procura ao acesso aos serviços de saúde, assim como o modo como estes “acolhem” essa demanda, se as pessoas aderem (ou não) ao tratamento e se elas se curam ou não (cronificam/ morrem); em outras palavras, as pessoas podem continuar a percorrer itinerários “viciosos” e ininterruptos, desgastantes física e emocionalmente por toda a vida, sem compreender o que devem fazer para manter a saúde e evitar as doenças.

O itinerário terapêutico traz a ideia de um espaço significativo no qual o sujeito circula e desenvolve suas ações de controle social e a constituição da subjetividade, inserindo-se em um processo dialético, social e histórico. Dessa forma, entendemos que em uma situação de mal-estar (ou *nervoso* ou *sofrimento difuso*), os atores acessam seu território em busca de cuidado de saúde, por meio de um itinerário terapêutico, apropriando-se do espaço, percorrendo trajetos e fazendo escolhas (*cartografias, etnografia*) experienciadas em conjunto com sua rede de apoio social.

Ao pensarmos no papel das pessoas enquanto sujeitos sociais, reexaminando, principalmente, algumas noções como a de *condições de vida* e suas relações com as disparidades de saúde, reconhecemos que cada pessoa ou grupo local enfrenta, cotidianamente, não apenas restrições e potencialidades associadas ao seu quadro de vida material, mas também aquelas que se originam em seu universo coletivo, social e cultural, como representações e valores transmitidos pela educação e pelos processos de socialização, que correspondem a uma configuração de relações interpessoais decorrentes da organização social e dos embates do poder.

Para fins de exposição, optamos nesta tese pela utilização da expressão Rede de Apoio Social, ressaltando que esta nos parece a mais adequada por representar o *sentido* e o *significado* das relações interpessoais que as pessoas “escolhem para si” no momento do mal-estar e na busca de cuidado.

As categorias Rede de Apoio Social e Itinerários Terapêuticos não existem como entidades ligadas, mas trata-se de uma apropriação pelos pesquisadores da situação investigada e uma interpretação de como os componentes apreendidos se articulam e circunscrevem dialeticamente certas possibilidades de ação, emoção e pensamento. Impõem-se, porém, claros desafios a partir da perspectiva teórico-metodológica da psicologia sócio-histórica em relação ao desmembramento didático de uma determinada *práxis* para a construção do trabalho empírico e sua análise. Constitui-se como um processo contínuo de produção e produto, uma objetivação da realidade e do investigador que se torna também produto de sua própria produção. Por conseguinte, é sempre um trabalho incompleto, um processo que, além de superar sua dicotomia objetividade *vs.* subjetividade, exterioridade *vs.* interioridade, análise *vs.* síntese, deverá revelar que o produto da pesquisa é o momento da *práxis* do pesquisador (ROSSETI-FERREIRA *et al.*, 2004, p.95; MINAYO, 2007, p.359).

4 PROCESSO DE PESQUISA

4.1 Objetivos

A pesquisa sócio-histórica assume um compromisso ético e político com a realidade e os indivíduos no sentido de uma transformação. Torna-se essencial e fundamental, portanto, que a análise dos dados considere a ação da pesquisa e do pesquisador no momento de compreensão da realidade, do sujeito pesquisado e do movimento de contradição e transformação de sua consciência, isto é, de seus pensamentos e ações. Uma vez que a pesquisa constitui um espaço intersubjetivo e, conseqüentemente, produtor de ressignificações e transformações, a ação do pesquisador deve ser aceita e considerada no entendimento e síntese dos dados. Além disso, cabe destacar que o estudioso interage com a realidade no momento de produzir os dados, e por conta disso a coleta de dados pode se revelar mais rica e refletida, gerando uma compreensão mais profunda do fenômeno estudado. Assim, a pesquisa pode sofrer alterações ao longo do seu processo, à medida que a realidade material e as relações estabelecidas forem se modificando.

Com certeza esta é uma proposta fortemente comprometida com uma *práxis* transformadora, uma vez que é a partir da atuação e do desenvolvimento de um trabalho junto aos sujeitos estudados que se procurará entender as atividades e consciências individuais que se desenvolvem em um contexto social mais amplo. Tal modalidade está, portanto, articulada com a proposição marxista da inter-relação entre teoria e prática na construção do conhecimento científico.

Nas relações entre pesquisador e pesquisado são atingidas formas de dominação vivenciadas dentro de um clima de liberdade durante o processo de pesquisa, pois ambos são responsáveis pelo produto de suas relações e pela qualidade da compreensão social decorrente da reflexão do trabalho. As informações dadas pelos sujeitos pesquisados podem ser profundamente afetadas pela natureza desse encontro, assim como pelo pesquisador, visto que estamos falando de uma *relação*. Em vista disso, são comuns expressões de resistência ao receberem pesquisadores ou a responderem a questionários, fato que aconteceu diversas vezes durante todo o processo de pesquisa.

Concordamos com as ponderações de Minayo (2007, p.212) no sentido de que os pesquisadores sociais precisam ter em conta que a prática da pesquisa social empírica se desenvolve em um contexto contraditório, no qual se reproduzem formas de assimetria social, pois os intelectuais (representados aqui pela pesquisadora) têm acesso a determinados bens reais e simbólicos dos quais grande parte da população está excluída. Esse reconhecimento não significa interromper a investigação, pois os mecanismos de desigualdade e de dessimetria na sociedade são muito mais amplos e problemáticos e estão presentes em todas as relações. É preciso, no entanto, colocar com mais clareza para si mesmo o sentido da investigação para fins de solução do problema.

Embora a abordagem qualitativa permita maior flexibilidade ao processo investigativo, deve ser salientado o rigor implícito que qualifica este método como o mais complexo e exigente quanto à elaboração e aos cuidados do pesquisador, por não negar a subjetividade, mas trabalhar cuidadosamente com ela, contextualizando os fenômenos. Assim, o ato de pesquisar torna-se uma ação intersubjetiva no sentido de que o pesquisador é seu próprio instrumento.

Entender as *situações de vida* das pessoas e das coletividades, as suas expectativas, olhares e visões de mundo permite desenvolver a busca de um cuidado na perspectiva da integralidade da assistência. Dessa forma, parece-nos que a categoria de análise Rede Apoio Social (RAS) pode favorecer a compreensão da complexidade dos Itinerários Terapêuticos (IT).

A análise do itinerário terapêutico construído pela pessoa representa uma via de acesso aos *significados* pessoais e coletivos do processo de cuidado, o que nos permitirá compreender os processos de escolha que desenham os itinerários. Acreditamos ser esta uma forma coerente e adequada de obter informações sobre práticas, saberes, significados e sentidos expressos na Rede Apoio Social envolvidos nas práticas de cuidado. Cabe ao pesquisador, na perspectiva teórico-metodológica da psicologia sócio-histórica, entender o adoecer a partir das narrativas dos sujeitos, que expressam as ações (seus cuidados em saúde/ou não) e emoções implicadas no seu itinerário terapêutico articulado em rede (rede social da pessoa) e que nos permitem acessar a *práxis* (MINAYO, 2007; GONZÁLEZ-REY, 2011).

Tornar a categoria *gênero* um eixo transversal na investigação em saúde é uma aposta na possibilidade de que a produção de evidências sobre desigualdades em saúde entre mulheres e homens, decorrentes das desigualdades de gênero, seja capaz de impactar políticas públicas voltadas para a redução dessas irregularidades. Ao mesmo tempo, cabe reconhecer que o panorama de oferta de atenção à saúde no país tem mudado, com uma ênfase crescente na expansão da atenção básica e das ações de promoção da saúde (VILLELA *et al.*, 2009).

Assim sendo, visando atingir o objetivo deste trabalho, que é a apreensão do significado da Rede de Apoio Social (RAS) no cuidado (autocuidado) de usuários que frequentam os diversos equipamentos do Sistema de Saúde dos Municípios da Baixada Santista, tendo como referência os Itinerários Terapêuticos (IT) e as Relações de Gênero (RG), propusemos algumas hipóteses e/ou questões norteadoras. Por definição, hipóteses são momentos do pensamento do pesquisador comprometido com o curso da pesquisa, as quais estão em constante desenvolvimento. Sem explicação funcional na pesquisa qualitativa, as hipóteses simplesmente se sucedem umas às outras como momentos do processo de construção teórica, fora do qual não portam sentido e não requerem explicação do que será provado, pois aparecem ao longo da pesquisa (são construídas) como um processo de permanente produção do conhecimento (GONZÁLEZ-REY, 2005, p.73-75).

4.2 Hipóteses e/ou questões norteadoras:

- 1) Quais as dimensões da rede de apoio social utilizadas por homens e mulheres?
- 2) Homens e mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos?
- 3) Homens e mulheres têm e/ou constroem itinerários terapêuticos de maneiras distintas?
- 4) Homens e mulheres cuidam de si mesmos de maneiras distintas?
- 5) Homens e mulheres cuidam de outras pessoas de maneiras distintas?

4.3 Metodologia

Contexto geográfico: Baixada Santista

Figura 9 – Mapa das cidades que compõem a Baixada Santista – SP, identificando os locais de coleta de dados da pesquisa.



Com o intuito de abarcar a diversidade necessária de participantes em busca de respostas aos objetivos deste trabalho, selecionamos vários locais de coleta, como descritos a seguir:

- ✓ Unidade Saúde da Família do Jardim Castelo (USF), Zona Noroeste – cidade de Santos, SP (Anexo D);
- ✓ Local Público (praça, praia, salão de beleza, banca de jornal, restaurante etc.) – cidades: Santos e Guarujá. Decidiu-se sair do território da unidade de saúde por ser um local *feminilizado*²² e que segue o horário de abertura e fechamento preconizado pelos órgãos locais, o que o torna um impeditivo de frequência masculina; como as relações de gênero estão inseridas nos objetivos do estudo, optou-se por coletar sujeitos em locais públicos;
- ✓ Internet – questionário com questões abertas e fechadas com moradores das cidades que compõem a Baixada Santista. A fim de ampliar a participação masculina na pesquisa, buscou-se parceria com um comércio local que conta com grande número de funcionários homens. O contato e conseqüente convite para participação foi feito *on line*.

Locus de Coleta

A abordagem de situações “proibidas” ou segredos foi uma constante nas entrevistas na Unidade de Saúde da Família, pois as pessoas moram muito próximas da unidade –

²² [...] A organização dos serviços de saúde por meio deste enfoque reforça a ideia de que as mulheres dominam os códigos desse espaço, provocando nos homens usuários a sensação de não pertencimento (MACHIN *et al.*, 2011).

algumas são vizinhas, muitas são parentes, os Agentes Comunitários de Saúde frequentam suas casas, sabem de suas vidas e às vezes conhecem até mesmo detalhes que os entrevistados não gostariam que soubessem. As crianças correm pela unidade, brincam no bebedouro. Faz muito calor “do lado de fora”, e como a Unidade de Saúde da Família é bem nova e tem ar condicionado, trata-se praticamente de um “luxo” em uma cidade praiana tão quente. Em vista disso, a pesquisadora cuidou de criar um ambiente de acolhimento dialógico que evitasse constrangimentos.

Participantes

Critérios de Inclusão:

- ✓ Domicílio em algum município da Baixada Santista;
- ✓ Homens e mulheres com idades a partir de 14 anos, segundo determina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O total de participantes da pesquisa foi de 102 usuários do Sistema Público e Privado de Saúde, residentes da Baixada Santista – SP, sendo 69 mulheres e 33 homens. A composição da amostra será descrita no capítulo Resultados.

Instrumentos

- ✓ Questionário sobre dados sociodemográficos: local da entrevista, usuário de qual equipamento de saúde, cidade, bairro, sexo, idade, escolaridade, profissão e renda;
- ✓ Entrevista semiestruturada (questões abertas e fechadas) como um pré-teste;
- ✓ Roteiro de Entrevista contendo questões abertas e fechadas para Usuários do Sistema Público de Saúde (ANEXOS E e F), dividido em quatro partes, objetivando:
 - investigar os entrelaçamentos das vivências das relações familiares em contextos específicos (situações de saúde/ doença) – Rede de Apoio Social;
 - investigar o processo de busca do usuário até o sistema de saúde local – Itinerários Terapêuticos;
 - investigar a Prevenção de Doenças e a Promoção de Saúde ou Autocuidado;
 - investigar a relação do usuário com a Unidade de Saúde Pública que ele e seus

familiares frequentam.

- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE individual (ANEXO G);
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE grupal (ANEXO H).

As *entrevistas* podem ser vistas como conversas com finalidade e se caracterizam pela forma de organização. Neste estudo utilizamos a entrevista *semiestruturada*, que combina perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. A entrevista semiestruturada fornece dados que constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, modos de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2007, p. 263)

Procedimentos de coleta

O desenrolar do trabalho de coleta envolveu diferentes etapas e atores ao longo do processo:

- a) pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde de Santos: após planejamento da pesquisa fez-se o encaminhamento necessário para cumprimento das obrigações éticas com a universidade e com a prefeitura do município. Foi obtida a aprovação institucional e o consentimento para início da coleta de dados, tendo a Secretaria indicado a Unidade Básica de Saúde/UEF que estaria disponível para participação;
- b) fase exploratória: visita à Unidade de Saúde indicada pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos e familiarização da pesquisadora com local e atores. Esta etapa envolveu imersão em campo por meio de observação etnográfica;
- c) pré-teste: necessário à adequação do instrumento de coleta de dados, que não havia sido aplicado anteriormente em populações. O roteiro de entrevista abarcava um número muito grande de questões que, embora parecessem desgastantes aos respondentes, revelaram-se muito instigantes aos olhos dos pesquisadores, e por isso difíceis de ser descartadas;
- d) reelaboração do roteiro de entrevista: após o pré-teste, sentiu-se necessidade de reformular as questões; algumas foram retiradas por serem repetitivas ou não

estimulantes, ou mesmo por não estarem de acordo com o objetivo proposto. Esta etapa exigiu um retorno aos fundamentos teóricos da psicologia sócio-histórica para questionamento das ideias evidenciadas anteriormente e reformulação das questões. A pesquisadora construiu, então, uma nova aproximação com o objeto (proveniente da fase exploratória), que foi negado mas não excluído, encontrou outros limites e elaborou novas perspectivas.

e) etapas da coleta:

- *entrevistas presenciais*: os dias de coleta foram aleatórios, circunstanciais e ocasionais. A pesquisadora fez contatos diretos, verbais e informais, com pessoas que estavam na Unidade de Saúde da Família ou em situação de trabalho, descanso ou lazer. Os presentes eram convidados a participar e, em caso positivo, assinavam o TCLE, iniciando-se então o processo dialógico a partir do roteiro de entrevista. As entrevistas presenciais eram gravadas em áudio;
- *questionários on line*: foi feito um primeiro contato via e-mail com os proprietários de uma concessionária de motos da Baixada Santista, para explicação dos objetivos da pesquisa e do critério de escolha da empresa, que foi o de contar com funcionários homens e mulheres maiores de 18 anos, usuários do Sistema Público e Privado de Saúde, moradores das várias cidades que compõem a Baixada Santista e que não estavam em condição de doença (visto que estavam trabalhando e tendo em mente que a empresa segue todos os critérios exigidos pelas leis trabalhistas); ademais, a empresa disponibiliza aos funcionários computadores e rede *wi-fi* nos horários “fora” do expediente de trabalho. Os proprietários aprovaram a distribuição dos convites aos funcionários, para participação da pesquisa via *web*; se desejassem, os funcionários poderiam respondê-lo no local de trabalho, “fora” do horário do expediente. Os convites foram enviados para os e-mails dos 275 funcionários registrados, cadastrados na empresa. Os sujeitos que se dispuseram a participar enviaram as respostas dos questionários para o e-mail do Grupo de pesquisa Lessex;
- quadro síntese do processo de coleta de dados:

Quadro 2 – Síntese do processo de coleta de dados.

Período da coleta de dados	Local de Coleta de dados	Coleta de dados	Participantes	Total
19/4/2011	USF Jardim Castelo Zona Noroeste Santos – SP	Observação Etnográfica (4h)	-----	-----
De 20 a 28/4/2011	USF Jardim Castelo Zona Noroeste Santos – SP	Pré-teste do instrumento de coleta de dados	12 mulheres e 3 homens	15
De 28/4 a 16/06/2011	USF Jardim Castelo Zona Noroeste Santos – SP	Aplicação das entrevistas semiestruturadas	23 mulheres e 1 homem	24
De 2/8 a 15/11/2011	Local Público Santos e Guarujá – SP	Aplicação das entrevistas semiestruturadas	10 mulheres e 5 homens	15
De 1/12/2011 a 1/3/2012	Internet – via <i>web</i> Baixada Santista	Envio das entrevistas por meio de e-mails cadastrados (via <i>web</i>)	24 mulheres e 24 homens	48
				102

Fonte: elaborado pela autora.

- f) pactuação com os gestores envolvidos: o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCSP e à Prefeitura Municipal de Santos. O Projeto de Pesquisa “Relações de Gênero e Itinerários Terapêuticos: a transversalidade com a adesão ao autocuidado em saúde”, do qual este estudo é um subprojeto, recebeu aprovação pelo CEP da PUCSP sob protocolo nº 351/2010 (ANEXO I). Fez-se então contato com o Secretário Municipal de Saúde do Município de Santos²³, que encaminhou o projeto ao responsável pelo setor de Pesquisas do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez orientou sobre os trâmites do processo de encaminhamento da pesquisa. Em seguida, foi aprovado o projeto de pesquisa específico para a região da Baixada Santista, pelo CEP da SMS de Santos. Foi-nos então entregue uma carta de encaminhamento autorizando a entrada da pesquisadora no campo escolhido pela Chefia do Departamento das Coordenadorias das Unidades de Saúde da Baixada Santista, USF Jardim Castelo²⁴ – Zona Noroeste (ANEXO J).
- g) coleta de dados: as pessoas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE. Ficou acordado que se eventualmente, durante as entrevistas, a pesquisadora notasse algum tipo de sofrimento gerado pelo diálogo construído no

²³ Disponível em: <sms@santos.sp.gov.br>.

²⁴ Disponível em: <usf-castelo@santos.sp.gov.br>.

evento, o participante seria acolhido e encaminhado para o devido cuidado na USF.

Procedimentos de análise

A análise dos dados teve caráter quantiquantitativo, por meio de estratégias múltiplas, o que implicou em um processo diversificado para o manuseio de todos os dados obtidos nos diferentes locais de coleta, como especificado a seguir:

- a) transcrição das entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio; leitura e releitura atenta do material; organização dos dados em determinada ordem, permitindo uma visão geral do campo já investigado;
- b) leitura horizontal e exaustiva dos relatos das entrevistas, buscando anotar cada detalhe que parecesse interessante ou que chamasse atenção, e procurando detectar coerência entre as informações e a teoria da Psicologia Sócio-histórica;
- c) organização das categorias analíticas: cuidado, autocuidado; rede de apoio e itinerários terapêuticos. Isto implicou na retomada da literatura em relação aos aspectos que dialogavam com os discursos obtidos;
- d) inserção dos discursos analisados segundo os quadros acima no programa computacional Sphinx Brasil²⁵, ferramenta que permite realização de análises quantitativas e qualitativas e possibilita a publicação de questionários (coleta) e relatórios (análise) via *web*;
- e) para fins de análise dos conglomerados (*clusters*), foi utilizado o programa computacional SPSS (*Social Package for Social Sciences*), específico para análise quantitativa, visando detectar tendências gerais que pudessem orientar ou complementar a análise qualitativa.

A análise de conglomerados (*clusters*) ou agrupamentos é uma denominação genérica para um vasto grupo de técnicas que podem ser utilizadas para a criação de uma classificação. Esses procedimentos formam empiricamente *clusters* ou grupos de objetos fortemente similares, e a análise dos conglomerados agrupa indivíduos ou objetos em *clusters* de tal forma que os objetos que partilham um mesmo *cluster* portam mais semelhanças entre si do

²⁵ Disponível em: <www.sphinxbrasil.com>.

que em relação a outros *clusters*. É neste sentido que o principal objetivo da análise de conglomerados é o de agrupar casos a partir de determinadas características que os tornam similares. Para tanto, a análise de conglomerados procura não só minimizar a variância dentro do grupo (*within group variance*), mas também maximizar a variância entre os grupos (*between group variance*). A análise de *cluster* tem sua origem na psicologia, e consiste em técnicas multivariadas cujo principal objetivo é o agrupamento de objetos a partir de suas características, procurando identificar subgrupos homogêneos de casos na população. Em síntese, fica claro que o principal objetivo dessa técnica é o de agrupar casos de acordo com o seu grau de semelhança. A lógica subjacente à análise de *clusters* é similar à da análise fatorial. Os casos são agrupados de acordo com o grau de proximidade recíproca, o que a literatura denomina distância/ similaridade. Existem diferentes formas de estimar quão distantes/ próximas são as observações. Em geral, procura-se garantir o máximo de homogeneidade dentro do *cluster*, ao mesmo tempo em que se maximiza a heterogeneidade entre os grupos. Como é inviável maximizar duas variáveis simultaneamente, espera-se encontrar uma solução que otimize essa relação. Assim, é importante entender a *variância* do conglomerado, que corresponde a um grupo de variáveis que representam as características utilizadas para comparar os objetos na análise de *cluster* (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JUNIOR; ROCHA, 2012).

Os clusters foram obtidos a partir da listagem de todas as respostas dos participantes (questões abertas – discurso, e questões fechadas) que nos permitiu responder às hipóteses norteadoras do estudo.

5 RESULTADOS DA PESQUISA

Iniciaremos a apresentação dos resultados retomando as questões norteadoras da pesquisa, explicitando as categorias analíticas envolvidas, a dimensão analisada e as questões do roteiro de entrevista que forneceram os dados que ora analisamos. Objetivando clarificar a complexidade do fenômeno estudado, a apresentação dos resultados foi ordenada segundo as dimensões das categorias analíticas, de tal forma que permitisse responder às questões norteadoras.

Quadro 3 – Síntese dos critérios de análise norteadores dos resultados.

Questões Norteadoras	Categoria	Dimensão analisada	Questões do roteiro de entrevista
1. homens e mulheres constroem redes de apoio social de tamanhos e com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos	Rede de Apoio Social	QUALIDADE e Estrutura da Rede de Apoio Social	Dados sociodemográficos, Rede de apoio Social próxima, significados das relações afetivas/ conjugais e parentais. Significado de família, relações familiares, com quem conversa sobre sentimentos, cuidados e cuidador do mal-estar
2. homens e as mulheres constroem itinerários terapêuticos de maneiras distintas	Itinerário Terapêutico	AUTONOMIA	Prática alternativa de doença e itinerário de escolha de cuidado em saúde. Religião*
3. homens e mulheres cuidam de si e de outras pessoas de maneiras distintas	Cuidado e autocuidado	PREVENÇÃO	Dieta, fumo, álcool, prática atividade física, lazer, informação sobre saúde, prática alternativa de doença. Situação que ativa a Rede de Apoio

Os dados quantitativos e qualitativos serão apresentados em tabelas, desenhos e trechos das entrevistas com os participantes, iniciando com a apresentação da Rede de Apoio Social.

5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo e Rede de Apoio Social

A primeira composição da amostra deste estudo foi de 102 participantes. Nem todos responderam a todas as questões, de forma que algumas análises ficaram restritas a 80 participantes. Foram entrevistadas 68 mulheres, que se consideravam saudáveis, sendo 62,9% usuárias do Sistema Público e 37,1% do Sistema Privado de Saúde. Quanto aos homens, foram 34 participantes que também se concebiam saudáveis, sendo 40,6% usuários do Sistema Público e 59,4% do Sistema Privado de Saúde. Contudo, essa divisão entre Sistema

Público e Privado de saúde foi um critério inicial para coleta de dados, alterado ao longo do processo de coleta, conforme já explicitado anteriormente. Todo cidadão brasileiro é por direito usuário do Sistema Público de Saúde, e também pode se utilizar de um Sistema Privado de Saúde por opção e/ou condição pessoal. Por isso, no título do trabalho não foi especificado se a pesquisa seria feita com usuários de um sistema de saúde específico. A maioria dos sujeitos participantes é morador da cidade de Santos e respondeu à entrevista pessoalmente (53) ou via Internet (*web*) (49).

Os participantes foram agrupados segundo sexo e faixa etária correspondentes a fases do ciclo vital. Conforme Bee (1997), a juventude é a etapa de vida que vai dos 17 aos 19 anos de idade, caracterizada pela formação da identidade (autoconceito e autoestima). O jovem adulto é a etapa que vai dos 20 aos 39 anos de idade, fase em que se encontra a maioria dos participantes da pesquisa (52,9%). Esta etapa é caracterizada como um momento de escolhas, expectativas e projetos futuros, o que muitas vezes acontece ao mesmo tempo em que se ocupam dos estudos, trabalho, relacionamentos afetivos e filhos. A seguir vem a chamada fase adulta, que vai dos 40 aos 64 anos de idade, em que se situam 46,9% dos homens pesquisados. Este é um momento do ciclo vital em que aparecem algumas satisfações de realizações profissionais e familiares, assim como integridade emocional, mas também quando advém o início do declínio físico, que pode trazer suas perdas. E mais tarde, o idoso – a etapa das pessoas acima dos 65 anos de idade –, caracterizada principalmente pelo desgaste físico e emocional, diminuição da rede de apoio e isolamento.

Tabela 1 – Distribuição em % segundo sexo e etapa do ciclo vital dos participantes.

Sexo/ Idade	Juventude	Jovem adulto	Adulto	Idoso	TOTAL
Feminino	4,3%	52,9%	38,6%	4,3%	100%
Masculino	6,3%	34,4%	46,9%	12,5%	100%
TOTAL	4,9%	47,1%	41,2%	6,9%	100%

De acordo com a tabela 1, a amostra é formada principalmente por adultos (jovens e adultos) de ambos os sexos.

Tabela 2 – Distribuição em % segundo sexo e nível de Ensino.

Sexo/ Nível Estudos	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	Pós-graduação	Sem formação	TOTAL
Feminino	40,0%	32,9%	20,0%	4,3%	2,9%	100%
Masculino	12,5%	31,3%	31,3%	21,9%	3,1%	100%
TOTAL	31,4%	32,4%	23,5%	9,8%	2,9%	100%

Como mostra a tabela 2, a maioria das mulheres (40,0% e 32,9%) tem o Ensino Fundamental e o Ensino Médio como formação escolar, ao passo que os homens apresentam uma porcentagem igual (31,3%) nos Ensinos Médio e Superior. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), nas faixas etárias de 18 ou 19 anos e de 20 a 24 anos, a escolarização feminina supera a masculina na área urbana²⁶; nossa amostra sugere uma igualdade de escolarização nessa faixa etária, que podemos considerar estar no Ensino Médio. No Ensino Superior há um pequeno declínio da distribuição feminina, o que poderíamos chamar de ‘evasão escolar’ (20,0%) e até nos embasar em pesquisas sobre adolescentes que deixam de estudar porque engravidam, têm filhos e precisam trabalhar mais cedo do que o desejado, identificando uma desigualdade de gênero.

Nas tabelas 3 e 4 podemos observar que as mulheres (60,0%) e os homens (65,6%) representam uma parcela da população em que as famílias estão optando por um número menor de componentes (dois a quatro), ao mesmo tempo em que buscam condições de moradia que lhes permitam bem-estar e qualidade de vida. A maioria da amostra possui casa própria.

Tabela 3 – Distribuição em % segundo sexo e número de moradores na residência.

Sexo/Moradores por residência	1	2-4	5-11	TOTAL
Feminino	15,7%	60,0%	24,3%	100%
Masculino	12,5%	65,6%	21,9%	100%
TOTAL	14,7%	61,8%	23,5%	100%

Tabela 4 – Distribuição em % segundo sexo e condições de moradia.

Sexo/Condições de moradia	Alugada	Cedida	Própria	TOTAL
Feminino	17,7%	9,8%	72,6%	100%
Masculino	20,7%	3,5%	75,9%	100%
TOTAL	18,8%	7,5%	73,8%	100%

A seguir, as tabelas 5 e 6 mostram que a maior parte dos participantes tem como renda familiar de um a seis salários mínimos, composta por um a dois membros da família.

²⁶ Censo 2010 – Comunicação: 19/dez/2012. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

Tabela 5 – Distribuição em % segundo sexo e renda de todos que vivem na residência.

Sexo/ Renda Familiar	1/2 a 1 salário mínimo	1 a 3 salários mínimos	3 a 6 salários mínimos	6 a 9 salários mínimos	9 a 15 salários mínimos	Mais de 15 sal. mínimos	TOTAL
Feminino	13,6%	36,4%	31,8%	7,6%	6,1%	4,6%	100%
Masculino	3,1%	18,8%	31,3%	9,4%	3,1%	34,4%	100%
TOTAL	10,2%	30,6%	31,6%	8,2%	5,1%	14,3%	100%

NB: O valor estipulado era o vigente na data da coleta de dados, por exemplo: Valor Salário Mínimo em Real (Brasil, 2011) = R\$ 545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais).

Tabela 6 – Distribuição em % segundo sexo e quantidade de pessoas que contribuem com a renda de todos que vivem na residência.

Sexo/Qtd contribuintes com renda	1	2	3	TOTAL
Feminino	58,8%	27,5%	13,7%	100%
Masculino	48,3%	34,5%	17,2%	100%
TOTAL	55,0%	30,0%	15,0%	100%

Pelos resultados apontados, nossa amostra está composta por homens e mulheres adultos (jovens e consolidados), com moradia própria, que trabalham, com escolaridade de fundamental e médio, renda de um a seis salários mínimos e que compõem famílias pequenas (duas a quatro pessoas).

Após esta delimitação da amostra passaremos à explanação dos dados que respondem à primeira questão norteadora: *Homens e mulheres constroem redes de apoio social de tamanhos e com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos?*

5.2 Rede de apoio: tamanho

Utilizou-se a profissão e ocupações dos participantes como um dos indicadores de tamanho da rede de apoio social. Por exemplo: um vendedor pode ter muitos contatos com pessoas no dia a dia devido à sua ocupação; uma empregada doméstica pode conversar com os proprietários da residência em que trabalha, com o porteiro do edifício, com o motorista do ônibus e com a colega quando volta para casa; já quem trabalha no caixa de um supermercado, apesar de conviver com muitas pessoas durante todo o dia pode não conversar com quase ninguém pois tem que estar atento à sua atividade, assim como ocorre com o dentista; portanto, essa categorização de menor, média e maior rede de apoio foi construída a partir das “histórias” relatadas ao longo das entrevistas.

Tabela 7 – Distribuição em % segundo sexo e profissão.

Sexo/Profissão	Menor rede de apoio	Média rede de apoio	Maior rede de apoio	TOTAL
Feminino	32,1%	55,4%	12,5%	100%
Masculino	3,3%	96,7%	0,0%	100%
TOTAL	22,1%	69,8%	8,1%	100%

Na tabela 7, tanto as mulheres (55,4%) quanto os homens (96,7%) dispõem de uma rede de apoio social de tamanho médio. Estes dados iniciam a resposta à primeira questão norteadora: homens e mulheres não apresentam diferenças significativas quanto ao tamanho da rede de apoio construída.

Em nossa pesquisa, é importante ressaltar dois aspectos: a baixa escolaridade das mulheres (comparada à dos homens) e a presença no mercado de trabalho. Segundo as entrevistas, isto ocorre por necessidade financeira (*situação de vida*) e não pela oportunidade de melhores condições no mercado de trabalho e/ou elevação do rendimento e *status*/qualidade de vida familiar, como em geral é apontado na literatura sobre a participação da mulher no mercado de trabalho.

Outros aspectos que podem indicar a composição do tamanho da rede de apoio são a presença de filhos, uma parceria afetivo-sexual estável e o estado civil. Decidimos unificar na palavra “casamento” todos os termos definidos pelos sujeitos como relacionamento estável: *namorado*, “*namorado*”, *moro junto ou juntado e amasiado* (sic).

A tabela 8 indica que a maioria dos participantes tem filhos. Quase todos os homens têm relações afetivo-sexuais estáveis e são casados (tabelas 9 e 10), enquanto as mulheres dividem-se quase igualmente entre casadas e separadas em relação à parceria afetivo-sexual. Estes dados vão ao encontro das pesquisas sobre as mulheres não terem mais o casamento como “primeira opção de carreira”, não quererem mais ficar subjugadas aos homens, e muitas preferirem ter uma relação chamada “independente” ou “aberta” a terem que trabalhar em dobro (“em casa” e “fora de casa” – a chamada dupla jornada de trabalho).

Tabela 8 – Distribuição em % segundo sexo e número de filhos.

Sexo/Filhos	Não	Sim	TOTAL
Feminino	25,4%	74,6%	100%
Masculino	33,3%	66,7%	100%
TOTAL	27,8%	72,2%	100%

Tabela 9 – Distribuição em % segundo sexo e parceria afetivo-sexual.

Sexo/ Parceria afetivo-sexual	Não	Sim	TOTAL
Feminino	41,5%	58,5%	100%
Masculino	25,8%	74,2%	100%
TOTAL	36,5%	63,5%	100%

Tabela 10 - Distribuição em % segundo sexo e estado civil.

Sexo/Estado-civil	Solteiro	Casado	Separado	Viúvo/a	TOTAL
Feminino	28,3%	48,3%	20,0%	3,3%	100%
Masculino	23,3%	70,0%	3,3%	3,3%	100%
TOTAL	26,7%	55,6%	14,4%	3,3%	100%

A situação inversa da parceria afetiva, o “estar só”, como um indicador de rede menor de apoio social, não foi observada em nossos participantes, pois a maioria de homens (50%) e mulheres (80%) encontra-se há pouco tempo sem parceria amorosa (menos de um ano até o máximo de três anos); se considerarmos o total da amostra, isto corresponde a 76,5%.

Até este momento, com base nos resultados analisados, temos que **homens e mulheres constroem redes de apoio social de tamanhos semelhantes: médio.**

A seguir apresentaremos os dados que ainda respondem à primeira questão norteadora, mas em relação aos laços de proximidade e/ou vínculo emocional presentes nesta rede de apoio.

5.3 Rede de Apoio: qualidade das relações

É necessário analisar a qualidade das relações que compõem as redes construídas por homens e mulheres. Podemos ponderar que, apesar da maioria das pessoas entrevistadas manter um relacionamento afetivo com alguém e um compromisso de parceria que estamos chamando de casamento, isto não quer dizer que necessariamente as pessoas não prefiram ou desejem um relacionamento descompromissado, sem as obrigações, responsabilidades, divisões e trocas materiais e subjetivas que requer uma relação estável entre duas pessoas; ou seja, têm a rede, mas é de má qualidade.

Uma dimensão indicadora de qualidade é como a conjugalidade se configura. A análise dos discursos dos participantes em relação ao tempo e significado das relações de

conjugalidade levou-nos à construção de três indicadores: Construção, Proximidade e Estabilidade Conjugal.

Esses indicadores foram construídos pela articulação dos discursos com a literatura do ciclo de vida da família (LOPES, 2008; TEVES, 2008; FORTUNATO, 2009). A fase da formação do casal, período que corresponde à criação de uma nova família uma vez que o casal vai diferenciar-se, criando uma autonomia e identidade próprias, sem contudo perder a continuidade relativa às gerações anteriores, é a fase de **construção da relação conjugal**.

O indicador **proximidade conjugal** corresponde à fase de construção da intimidade do casal, que se caracteriza pelo *apoio emocional* (que se refere à preocupação, validação e suporte mútuos), *confiança* (que pressupõe uma visão positiva do parceiro e da relação, e também expectativas positivas quanto ao futuro da relação), *mutualidade* (diz respeito à história de vida, sentimentos, pensamentos e comportamentos conjuntos realizados pelo casal) e *equilíbrio entre pertença e autonomia e sexualidade*. Esta é a etapa de consolidação da relação.

A maturidade emocional do casal, que ocorre após o investimento na relação, acompanhada de um aumento da satisfação conjugal, das interações sexuais e da partilha de interesses e atividades, caracteriza a **estabilidade conjugal**.

Tabela 11 – Distribuição em % segundo sexo e tempo de relação estável.

Sexo/Tempo Rel. Estável	Construção da relação conjugal	Proximidade conjugal	Estabilidade conjugal	TOTAL
Feminino	50,0%	36,7%	13,3%	100%
Masculino	47,8%	30,4%	21,7%	100%
TOTAL	49,1%	34,0%	17,0%	100%

Conforme a tabela 11, a maioria dos participantes da pesquisa se encontra na fase de construção da relação conjugal, é casada, é jovem adulto ou adulto, tem filhos e uma rede de apoio social média. Até agora nenhum dado significativo diferenciou os homens e as mulheres no aspecto da construção da rede de apoio social.

A partir dos discursos sobre o significado de família foram construídos os seguintes indicadores/ temas: estrutura da família (boa ou limitada), conjugalidade (boa ou limitada) e filiação (boa ou limitada).

Tabela 12 – Distribuição em % segundo sexo e significado de família (1ª. opinião).

Sexo/Signif. Família	Estrut. Boa	Estrut. Limitada	Conjug. Boa	Conjug. Limitada	Filiação Boa	Filiação Limitada	TOTAL
Feminino	75,0%	11,5%	1,9%	1,9%	5,8%	3,9%	100%
Masculino	89,3%	7,1%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	100%
TOTAL	80,0%	10,0%	1,3%	2,5%	3,8%	2,5%	100%

Tabela 13 – Distribuição em % segundo sexo e significado das relações familiares (2ª. opinião).

Sexo/Relações Familiares	Estrut. Boa	Estrut. Limitada	Conjug. Limitada	Filiação Boa	Filiação Limitada	TOTAL
Feminino	6,3%	46,9%	3,1%	37,5%	6,3%	100%
Masculino	0,0%	70,0%	0,0%	20,0%	10,0%	100%
TOTAL	4,8%	52,4%	2,4%	33,3%	7,1%	100%

As tabelas 12 e 13 mostram o significado de família e das relações familiares. Em uma visão geral, como um primeiro discurso, o significado da família como estrutura social básica é apontado como bom para homens e mulheres, com conjugalidade limitada; as mulheres citam ainda a filiação como algo bom (tabela 12). Analisando mais profundamente os discursos sobre o significado das relações familiares (na tentativa de ir além do discurso oficial), notamos diferenças nas falas de homens e mulheres (tabela 13). O significado de família como estrutura social continua aparecendo como *é bom ter família* e as relações de conjugalidade continuam limitadas, mas o que diferencia os homens das mulheres é a filiação. As mulheres consideram boas as relações filiais e os homens quase não citam ou não consideram os filhos em seus discursos. Esta diferença pode estar associada aos papéis desempenhados pela mulher com sua prole (cuidado, proteção e educação), determinados como função social do gênero feminino.

Vale lembrar que o filho é o agente fundador da família. Socialmente, a família só passa a existir quando nasce o filho do casal, refletindo a identidade social da família. Os comportamentos de vinculação nos adultos, quer na vinculação amorosa quer na vinculação aos filhos, são modelos construídos, laços de proximidade e/ou vínculo emocional que se baseiam em dar e receber apoio, em geral conforme os ditames de cada grupo social.

Analisando os discursos referentes a uma conjugalidade limitada, eles podem estar associados ao fato da maioria dos participantes encontrar-se em uma etapa de construção da relação conjugal, daí as dificuldades próprias desse momento de vida que, associadas ao nascimento de filhos, podem tornar a filiação e a construção da parentalidade o foco principal da vida das mulheres, seguindo os ditames sociais para o gênero feminino. Por outro lado, o dado da filiação limitada vem ao encontro de alguns estudos sobre a transição para a parentalidade, demonstrando que ela causa uma diminuição na satisfação conjugal, pois a criança torna-se um foco de esforço por parte dos pais, diante das exigentes funções dos papéis da paternidade e maternidade “perfeitas”.

Tabela 14 – Distribuição em % segundo etapa do ciclo vital e com quem conversa sobre sentimentos (1ª escolha).

Idade/Com quem conversa sobre Sentimentos	Relação de iguais	Relação entre gerações	Ninguém	Deus	TOTAL
Juventude	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	100%
Jovem adulto	50,0%	8,3%	35,4%	6,3%	100%
Adulto	54,8%	11,9%	28,6%	4,8%	100%
Idoso	42,9%	28,6%	14,3%	14,3%	100%
TOTAL	51,0%	13,7%	29,4%	5,9%	100%

Tabela 15 – Distribuição em % segundo sexo e com quem conversa sobre sentimentos (1ª escolha).

Sexo/Com quem conversa sobre Sentimentos	Relação de iguais	Relação entre gerações	Ninguém	Deus	TOTAL
Feminino	54,3%	12,9%	25,7%	7,1%	100%
Masculino	43,8%	15,6%	37,5%	3,1%	100%
TOTAL	51,0%	13,7%	29,4%	5,9%	100%

As tabelas 14 e 15 mostram as escolhas para conversar sobre sentimentos. Na juventude (60%) as pessoas escolhidas são aquelas que representam diferentes gerações (pais, filhos ou avós). As outras faixas etárias conversam com as pessoas que indicam uma relação entre iguais, portanto sem assimetria afetiva (companheiro afetivo, irmãos, amigos). No entanto, é significativo o número de pessoas (35% e 28%) que preferem não conversar com ninguém, indicando uma rede de apoio com baixa troca afetiva. Analisando as escolhas entre “quem conversar” com “sexo”, não há diferenças marcantes entre homens e mulheres; permanecem, portanto, as escolhas de pessoas que mantêm relações de igualdade, seguidas de “ninguém”.

Somente 5,9% das pessoas apontam Deus como uma opção para conversar, o que pode se caracterizar como um aspecto importante a ser analisado se comparado ao tamanho da rede de apoio social e ao estado de saúde física e mental. A literatura aponta a religiosidade como um fator que promove o enfrentamento em situações adversas. Talvez a baixa escolha deva-se à condição de se perceberem saudáveis no momento da entrevista. Visto que mais de 50% dos participantes da pesquisa referiram ter alguma religião, entendemos que essa questão deve ser mais bem investigada, pois o sentimento de pertencimento a uma crença religiosa e aos códigos compartilhados nessa esfera, o fato de estarem inseridos em uma denominação religiosa e de acreditarem na proteção e orientação divina, confere-lhes maior autoconfiança na condução de suas ações, no sentimento de pertencimento a uma rede social e em uma visão ampliada de saúde, que incorpora outras dimensões da existência e significado social.

Outra dimensão analisada como indicador da qualidade da rede referiu-se ao cuidador em situações de mal-estar e/ou adoecimento. As categorias construídas foram: família, vizinho, eu mesmo e ninguém.

Tabela 16 – Distribuição em % segundo sexo e cuidador do mal-estar.

Sexo/Cuidador do mal-estar	Família	Ninguém	Vizinho	Eu mesmo	TOTAL
Feminino	52,9%	38,6%	5,7%	2,9%	100%
Masculino	62,5%	31,3%	0,0%	6,3%	100%
TOTAL	55,9%	36,3%	3,9%	3,9%	100%

Na tabela 16 aparece a família como o primeiro cuidador da pessoa em situação de mal-estar ou doença: 52,9% das mulheres e 62,5% dos homens, seguido de ninguém (38,6% mulheres e 31,3% homens). É interessante analisar o significado de dizer que *ninguém cuidaria de mim*. O processo de não se perceber como cuidador de si está presente nesta fala (que contrasta com as poucas falas de eu *cuidador de mim*). Esta percepção de cisão entre ações de autocuidado e consciência do cuidado de si precisa ser tratada nos serviços de saúde e nas ações de promoção de saúde.

Por conseguinte, entendemos que os homens e as mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional com poucas diferenças. A variação está na filiação, compondo a rede das mulheres e não dos homens; e nos homens percebendo-se mais como cuidadores de si do que as mulheres. Contudo, é preciso cuidado neste aspecto pois, apesar de existirem diferenças entre homens e mulheres, elas não são significativas. Na

composição da rede de apoio, a família formada por duas a quatro pessoas, pessoas de contato cotidiano no ambiente profissional e os familiares (cônjuges e/ou pais) são as pessoas de referência afetiva para conversar e oferecer cuidado, quando necessário.

Em seguida apresentaremos os dados que respondem à segunda questão norteadora: *homens e mulheres constroem itinerários terapêuticos de maneiras distintas?*

5.4 Itinerários Terapêuticos

Os discursos dos participantes sobre suas experiências construídas nas relações e interações *versus* as escolhas para sanar o mal-estar indicam que os Itinerários Terapêuticos foram categorizados em:

- a) busca pelo equipamento de saúde: ações do usuário que indicam busca pelo serviço de saúde;
- b) ação: ações individuais desenvolvidas de autocuidado sem o envolvimento de profissionais de saúde;
- c) uso dos recursos disponíveis/saúde: ações que indicam a busca de recursos para promoção da saúde (serviço de saúde, programas sociais, agentes de solidariedade etc.);
- d) explicação da doença: afirmações sobre o porquê do adoecimento e/ou do mal-estar e que não implicam em ações na busca de soluções.

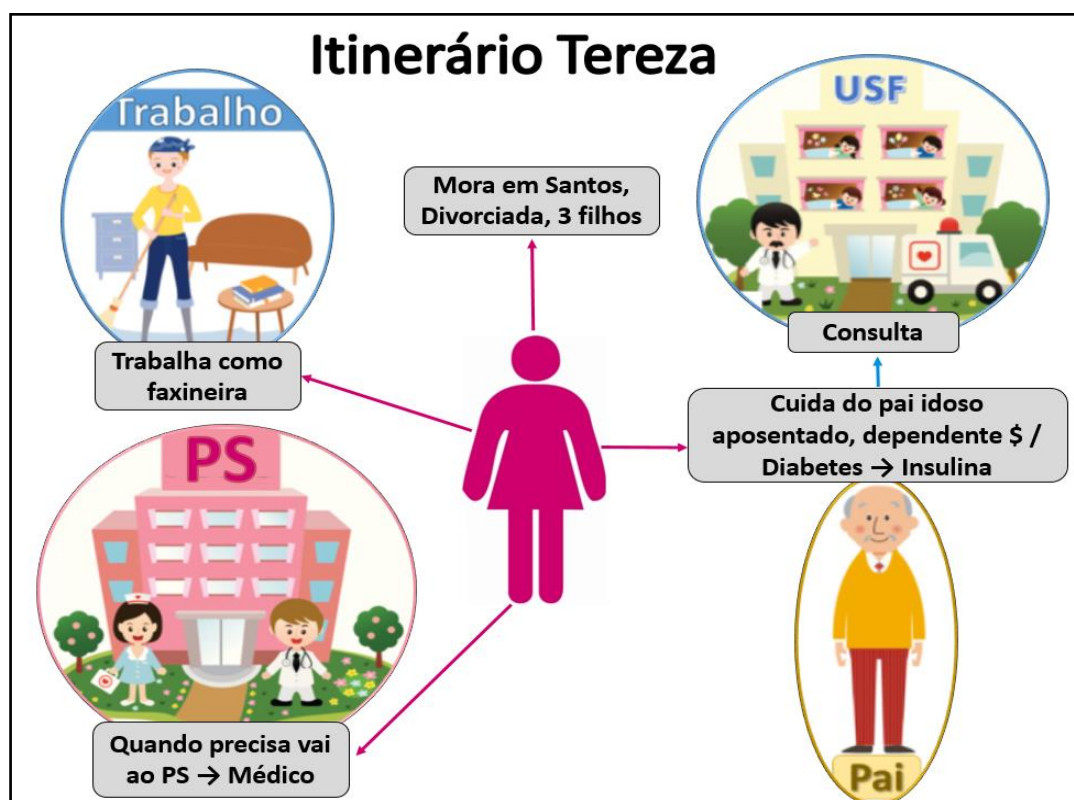
Construiu-se a análise do discurso considerando as primeira e segunda escolhas e/ou ações relatadas pelos participantes (tabelas 17 e 18). A maior parte das mulheres busca o serviço de saúde como primeira escolha, enquanto os homens procuram explicações para o seu adoecer. Esta situação se altera na segunda escolha sobre o que fazer: como as mulheres, os homens passam a utilizar os recursos disponíveis de saúde, mas elas também explicam o adoecimento. Este fato revela-se interessante, pois as mulheres parecem potencializar as ações que começaram a desenvolver na sua primeira escolha ou ação. Para exemplificar este processo de construção de um itinerário de cuidado apresentamos, após as tabelas, um exemplo com a história de Tereza.

Tabela 17 – Distribuição em % segundo sexo e Itinerário Terapêutico (1ª. escolha).

Sexo/IT 1ª. escolha	Busca pelo Equipamento de saúde	Ação individual	Uso dos recursos disponíveis no sistema de saúde	Explicação doença	TOTAL
Feminino	47,7%	15,4%	12,3%	24,6%	100%
Masculino	28,1%	9,4%	6,3%	56,3%	100%
TOTAL	41,2%	13,4%	10,3%	35,1%	100%

Tabela 18 – Distribuição em % segundo sexo e Itinerário Terapêutico (2ª. escolha).

Sexo/ IT 2ª. escolha	Busca pelo equipamento de saúde	Ação individual	Uso dos recursos disponíveis /saúde	Explicação doença	TOTAL
Feminino	11,9%	15,3%	30,5%	42,4%	100%
Masculino	6,9%	10,3%	58,6%	24,1%	100%
TOTAL	10,2%	13,6%	39,8%	36,4%	100%



Tereza tem 45 anos, mora sozinha em Santos, é cuidadora do pai idoso diabético, insulino dependente.

[...] Uso [USF] com meu pai, eu é raro, correria com ele, falei, agora eu vou cuidar um pouquinho de mim. A última vez que eu usei aqui foi ginecologista. Aí o médico daqui me encaminhou. Pelo SUS, no caso e por eles aqui, que eles encaminham pra lá. Porque aqui, eles não tem aparelhagem pra nada disso. Aqui é mais médico de emergência, ou médico da família. [...] Fui espontaneamente, sem queixa mesmo [...] Sempre tá me cuidando. Mas o meu caso é falta de tempo, por causa do meu pai. Toda vez que eu penso em cuidar de mim,

ele cai. Aí ou eu cuido... [...] Mas fui obrigada por causa dele, eu sendo a única, é eu que tenho que correr, eu que tenho que fazer. Então, chega dia que não tem como eu conciliar, e não tenho quem faça, então, que nem, eu saio de casa pra trabalhar, hoje mesmo foi um dia, eu fui trabalhar, mas deixei toda a medicação dele arrumada, deixei tudo bonitinho [...]

Tabela 19 – Distribuição em % segundo sexo e itinerários terapêuticos: a Prática de cuidados (1ª. escolha).

Sexo/IT 1ª. Escolha	Automedicação	Cuidados caseiros	Cuidados médicos	Não faz nada	Rezas e/ou orações	TOTAL
Feminino	47,5%	20,3%	5,1%	23,7%	3,4%	100%
Masculino	22,6%	16,1%	19,4%	41,9%	0,0%	100%
TOTAL	38,9%	18,9%	10,0%	30,0%	2,2%	100%

Tabela 20 – Distribuição em % segundo sexo e itinerários terapêuticos: a Prática de cuidados (2ª. escolha).

Sexo/IT 2ª. Escolha	Cuidados médicos	Cuidados caseiros	Rezas e/ou orações	TOTAL
Feminino	14,7%	76,5%	8,8%	100%
Masculino	52,9%	47,1%	0,0%	100%
TOTAL	27,5%	66,7%	5,9%	100%

As tabelas 19 e 20 exibem a dimensão de cuidados e/ou ações envolvidas nos itinerários terapêuticos pelos quais os participantes optaram antes de acessarem um equipamento de Saúde. Enquanto as mulheres (47,5%) se automedicam, os homens dizem não fazer nada (41,9%) e aguardam melhorar. Se não ocorre melhora, as mulheres passam a desenvolver cuidados caseiros (76,5%), ou seja, canja, chás, repouso, enquanto os homens dividem-se entre buscar ajuda médica (52,9%) e cuidados caseiros (47,1%). As rezas e/ou orações, que a literatura aponta como uma modalidade de cuidado, em nossa amostragem apareceram em uma porcentagem pouco significativa para as mulheres; quanto aos homens, não há referência.

Sendo assim, homens e mulheres fazem itinerários terapêuticos distintos:

- as mulheres iniciam seu itinerário com a busca de serviços de saúde, associada a automedicação e cuidados caseiros; procuram utilizar os recursos de saúde disponíveis;
- os homens inicialmente não fazem nada e/ou tentam entender ou explicar o porquê de seu mal-estar; caso não melhorem, buscam os serviços e recursos de saúde disponíveis.

Analisaremos a seguir a última e terceira questão norteadora: *homens e mulheres cuidam de si e de outras pessoas de maneiras distintas?*

5.5 Cuidado/autocuidado e Rede de Apoio Social

O cuidado e o autocuidado foram analisados nas seguintes dimensões: como se obtém informação de saúde, práticas de consumo de tabaco e álcool, dieta, prática de atividade física e lazer. Um outro aspecto analisado foi a articulação do cuidado com a rede de apoio social: se recebe ou dá apoio; a estrutura e função da rede; e qual situação ativa a rede de apoio.

Tabela 21 – Distribuição em % segundo sexo e informação sobre saúde.

Sexo/Infos. Saúde e Doença	Profissionais de saúde	Cartazes e/ou folhetos	Escola e vizinhos	Internet	TV, jornal, revista	TOTAL
Feminino	15,5%	22,4%	8,6%	1,7%	51,7%	100%
Masculino	10,0%	3,3%	0,0%	3,3%	83,3%	100%
TOTAL	13,6%	15,9%	5,7%	2,3%	62,5%	100%

Conforme a tabela 21, a maioria dos participantes (51,7% mulheres, 83,3% homens) obtém informações sobre saúde e doença por meio da TV, jornais e revistas. Quase um terço das mulheres (22,4%) leem também cartazes e/ou folhetos distribuídos na UBS.

Tabela 22 – Distribuição em % segundo sexo e fumo.

Sexo/Fumante	Não	Sim	TOTAL
Feminino	83,3%	16,7%	100%
Masculino	81,5%	18,5%	100%
TOTAL	82,7%	17,3%	100%

A tabela 22 mostra que a maioria dos homens e mulheres não fuma, o que indica um bom autocuidado em saúde; porém, a maioria dos participantes não faz dieta (tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição em % segundo sexo e dieta.

Sexo/Dieta	Sim	Não	TOTAL
Feminino	18,0%	82,0%	100%
Masculino	32,1%	67,9%	100%
TOTAL	23,1%	76,9%	100%

Ao se conversar sobre dieta, também se investigava os motivos para fazê-la. Os poucos participantes em dieta em geral o faziam por estética e/ou doença (por exemplo, hipertensão ou prevenção de doenças cardíacas e cerebrovasculares).

Tabela 24 – Distribuição em % segundo sexo e consumo de álcool.

Sexo/Consumo de álcool	1 a 2/x p/semana	3 a 4/x p/semana	4 a 7/x p/semana	Só em festas	Nunca	TOTAL
Feminino	19,2%	2,1%	2,1%	42,6%	34,0%	100%
Masculino	37,9%	10,3%	10,3%	27,6%	13,8%	100%
TOTAL	26,3%	5,3%	5,3%	36,8%	26,3%	100%

Pela tabela 24 observa-se que as mulheres ou não consomem álcool (34%) ou só o fazem em festas (42,6%), ao passo que os homens dividem-se entre o consumo de uma a duas vezes na semana (37,9%) ou só em festas (27,6%). Estes dados refletem a visão social hegemônica que valoriza o consumo de álcool pelos homens. No entanto, considerando os cuidados em saúde os dois sexos situam-se em uma prática indicadora de cuidado, sem uso abusivo. Vale lembrar que nossa amostra foi por conveniência – os participantes ou estavam na USF ou em uma situação de trabalho via web, o que restringe o consumo abusivo de álcool e/ou outras drogas.

Tabela 25 – Distribuição em % segundo sexo e prática de atividade física.

Sexo/Prática Atividade Física	Às vezes	Sim	Não	TOTAL
Feminino	2,4%	42,9%	54,8%	100%
Masculino	7,4%	51,9%	40,7%	100%
TOTAL	4,4%	46,4%	49,3%	100%

A prática de atividade física pode significar um autocuidado em saúde, assim como o lazer (encontro com amigos e atividades ao ar livre). Na tabela 26, a seguir, observa-se uma pequena diferença entre homens e mulheres ao praticarem ou não regularmente uma atividade física. Há uma divisão meio a meio neste quesito, o que limita o autocuidado.

Tabela 26 – Distribuição em % segundo sexo e lazer: encontro com amigos.

Sexo/ Lazer/ Encontro c/Amigos	Sempre	Às vezes	Nunca	TOTAL
Feminino	63,6%	36,4%	0,0%	100%
Masculino	50,0%	45,8%	4,2%	100%
TOTAL	58,8%	39,7%	1,5%	100%

Tabela 27 – Distribuição em % segundo sexo e lazer: passeio ao ar livre.

Sexo/Lazer/ Passeio ao Ar Livre	Sempre	Às vezes	Nunca	TOTAL
Feminino	61,0%	39,0%	0,0%	100%
Masculino	61,5%	34,6%	3,9%	100%
TOTAL	61,2%	37,3%	1,5%	100%

Outras dimensões sobre lazer precisam ser mais bem investigadas, porém os aspectos que mais prevaleceram (encontro com amigos e atividades ao ar livre) são os que parecem se coadunar com o ambiente ou território em que a pesquisa foi feita. Faz parte da vida dos “habitantes da orla litorânea” passear na praia, independente da idade ou condição socioeconômica, pois esse é um território “sem muros”, onde todos podem transitar sem serem identificados; é o local de inter-relacionamento ativo e de integração dos diversos atores da sociedade. Assim como as cidades do interior do estado têm suas semelhanças culturais, a praia tem o sentido de “referencial simbólico” da região.

Analisaremos a seguir as dimensões da qualidade da rede de apoio social: se recebe ou dá apoio; a estrutura e função da rede; e qual situação ativa a rede.

O *apoio social* pode ser entendido como os diversos recursos emocionais, materiais e de informação que os sujeitos recebem por meio de relações sociais sistemáticas, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade social, como os grupos e redes sociais. Trata-se de um processo recíproco – isto é, que gera efeitos positivos tanto para *quem recebe* como para *quem oferece o apoio* –, o que permite que ambos tenham uma sensação de coerência de vida e maior sentido de controle sobre a mesma, com consequentes benefícios à saúde física e mental. A *rede de apoio social* é um sistema composto por vários objetos sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto) que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades. Apoio instrumental é entendido como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades em geral, e informação prestada ao indivíduo. Apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro e, também, a ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo. Nesta amostra não há nos discursos referência a apoio emocional, de forma que as categorias que se referem à dimensão de apoio foram: recebe apoio, oferece apoio e apoio instrumental (isto é, o apoio recebido).

Tabela 28 – Distribuição em % segundo sexo e Rede de Apoio Social.

Sexo/RAS – Apoio Social	Recebe apoio	Apoio instrumental	Oferece apoio	TOTAL
Feminino	46,3%	44,4%	9,3%	100%
Masculino	48,2%	51,9%	0,0%	100%
TOTAL	46,9%	46,9%	6,2%	100%

De acordo com a tabela acima, 46,3% das mulheres e 48,2% dos homens recebem apoio da sua rede social. O apoio instrumental é o tipo de apoio de maior prevalência, com poucos relatos de “oferecer apoio”.

As características estruturais da rede de apoio são indicadores quantitativos de apoio que avaliam o grau em que as pessoas são socialmente integradas em sua família e comunidade (p. 62), considerando a estrutura (quem compõe) da rede, os laços de afeto e os recursos sociais disponíveis.

Tabela 29 – Distribuição em % segundo sexo e a Estrutura da Rede de Apoio Social.

Sexo/RAS Condição	Estrutura forte	Estrutura fraca	Laços de proximidade	Laços distantes e pouco afetivos	Recursos sociais	TOTAL
Feminino	16,2%	32,4%	13,5%	35,1%	2,7%	100%
Masculino	15,0%	35,0%	20,0%	25,0%	5,0%	100%
TOTAL	15,8%	33,3%	15,8%	31,6%	3,5%	100%

Na tabela 29 observa-se que, de um modo geral, a estrutura das redes de apoio das pessoas pesquisadas é fraca. As mulheres (35,1%) relatam laços afetivos como raros e distantes, enquanto os homens dividem-se entre laços distantes e pouco afetivos (25%) e laços afetivos de proximidade (20%). Autores sugerem que a ruptura de laços sociais afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que a pessoa se torna mais suscetível a doenças. Nessa linha de pensamento, podemos conjecturar que os laços distantes e pouco afetivos da rede de apoio social poderão também tornar as pessoas mais suscetíveis a doenças.

A função da rede de apoio social foi categorizada em: autonomia (ações que promovem a autonomia própria e a do outro), solidariedade (ações que indicam partilha) e suporte para prevenção de doenças.

Tabela 30 – Distribuição em % segundo sexo e função da Rede de Apoio Social.

Sexo/ RAS Função	Autonomia	Solidariedade	Suporte de risco a doenças	TOTAL
Feminino	21,7%	56,5%	21,7%	100%
Masculino	40,0%	40,0%	20,0%	100%
TOTAL	27,3%	51,5%	21,2%	100%

Dentre as várias funções da Rede de Apoio está a solidariedade, que na tabela 30 aparece como o fator de maior preponderância para mulheres (56,5%) e homens (40,0%). Os

homens também oferecem ou recebem apoio na direção da autonomia (40%), enquanto as mulheres dividem-se entre autonomia (21,7%) e o apoio como suporte para prevenção de doenças (21,2%).

Como veremos a seguir, a situação que mais ativa a rede de apoio social é a doença.

Tabela 31 – Distribuição em % segundo sexo e Situação que ativa a Rede de Apoio Social.

Sexo/Situação ativante da RAS	Comprometimento da saúde mental	Conflito familiar	Doença	TOTAL
Feminino	21,6%	8,1%	70,3%	100%
Masculino	30,0%	5,0%	65,0%	100%
TOTAL	24,6%	7,0%	68,4%	100%

A tabela 31 aponta três dentre os vários aspectos que ativam a Rede de Apoio Social, sendo a doença o fator mais preponderante. Ter algum tipo de comprometimento mental (desde estresse e depressão até retardo mental) ou outras doenças, assim como conflitos familiares, podem fazer surgir demandas para as quais as pessoas necessitam de apoio. Tendo em vista estas questões e tantas outras a que todos estão expostos em sua vida diária, a forma como a rede social se estruturada, se mobiliza, pode influenciar diretamente nos recursos individuais, como também levar a rede de ajuda e cuidado a lidar com as oportunidades e contingências da rede de apoio social.

A seguir sintetizamos a resposta às questões que nortearam este estudo:

- Notamos que homens e mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional com poucas diferenças, entre elas a filiação, que compõe a rede das mulheres e não a dos homens. Além disso, os homens percebem-se mais como cuidadores de si do que as mulheres. Entretanto, é preciso cuidado neste aspecto pois, apesar de existirem diferenças entre homens e mulheres, elas não são significativas. Compõem a rede de apoio a família (duas a quatro pessoas) e pessoas do contato cotidiano no ambiente profissional. Os familiares (cônjuges e/ou pais) são as pessoas de referência afetiva para conversar e oferecer cuidado, quando necessário;
- Quanto à qualidade da rede, a estrutura é fraca. Mulheres e homens recebem apoio da sua rede social do tipo instrumental. Os laços afetivos da rede, relativos a mulheres em sua maior porcentagem, são distantes e sem proximidade, enquanto os

homens mantêm tanto laços distantes como próximos e afetivos. A rede de apoio cumpre a função de solidariedade nas situações de doença para homens e mulheres, mas para os homens também atua como promoção de autonomia;

- O cuidado e autocuidado analisados nas dimensões: como obter informação de saúde, práticas de consumo de tabaco e álcool, dieta, prática de atividade física e lazer não apresentaram diferenças significativas entre homens e mulheres. A pequena diferença detectada refere-se ao consumo de um pouco mais de álcool pelos homens, bem como à prática de atividade física mais frequente, quando comparados às mulheres;
- Homens e mulheres fazem itinerários terapêuticos distintos, visto que:
 - as mulheres iniciam seu itinerário com a busca de serviços de saúde, associada a automedicação e cuidados caseiros; procuram utilizar os recursos de saúde disponíveis;
 - inicialmente os homens não fazem nada e/ou tentam entender/ explicar o porquê do seu mal-estar; caso não melhorem, buscam os serviços e recursos de saúde disponíveis.

5.6 Histórias das Famílias

A metodologia desenvolvida neste estudo amplia a concepção das pesquisas “tradicionais”, pois envolve uma escuta ativa da população, promovendo uma busca de informações aprofundadas sobre suas *situações de vida* e estimulando sua autocrítica, por meio da incorporação do olhar de atores sociais que não somente vivenciam essa situação, mas também se constituem em “contadores de histórias” acerca do seu núcleo familiar ou do seu “entorno social”, como podemos chamar o ambiente onde estão inseridos. Em suas interações, buscam estimular o protagonismo construindo o conhecimento por meio da experiência, da troca de saberes.

A partir dessas considerações, trazemos, a título de exemplo, as práticas de cuidado inseridas no itinerário terapêutico dos atores sociais que utilizam os diversos equipamentos de saúde das cidades que compõem a Baixada Santista. Acredita-se que, para entender o contexto que influencia as formas de cuidado e as trajetórias delas decorrentes, é necessário recorrer às

relações que se estabelecem no cotidiano, levando-se em consideração os elementos socioeconômicos, culturais e históricos da rede de apoio das pessoas.

Para exemplificar e dar dinâmica às histórias relatadas construiu-se um quadro que sintetiza as principais características das narrativas feitas pelas pessoas que participaram da pesquisa. Cabe ressaltar que foram utilizadas neste relato as próprias palavras dos participantes.

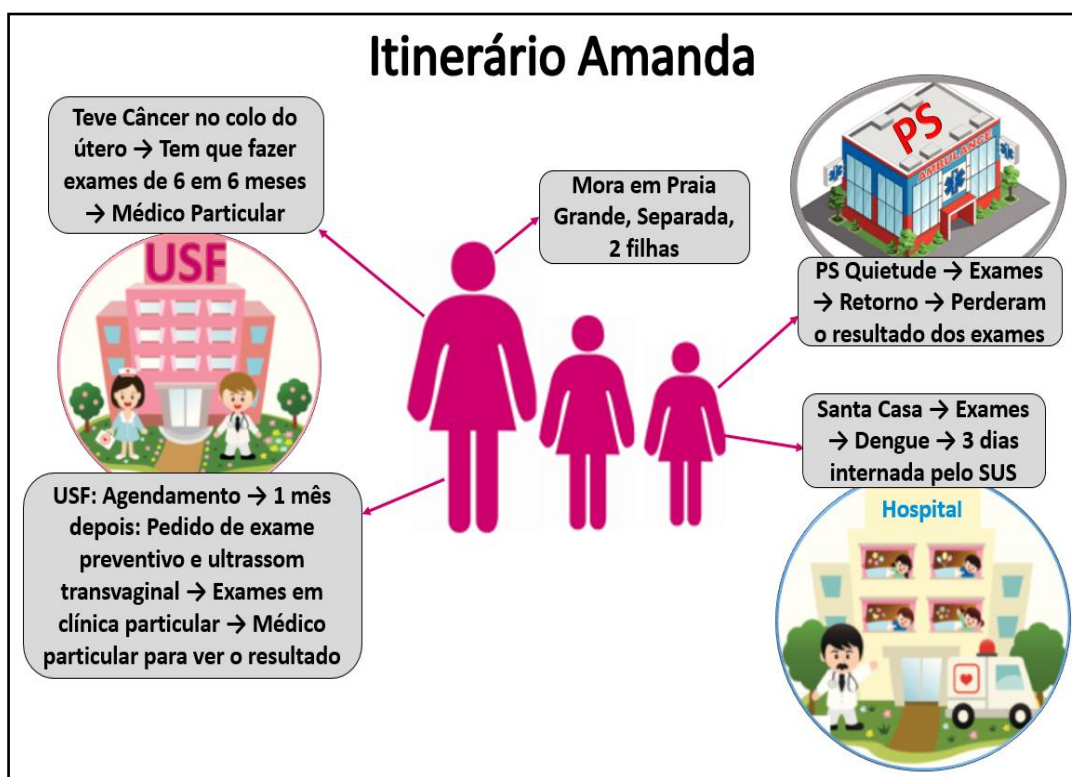
Quadro 4 – Categorias de *situação de vida* x narrativas dos participantes.

Categorias de “situação de vida”	Falas dos participantes
1. Família e Rede de Apoio Social	<p>Significado: É tudo, base de tudo, razão da vida, sentido da vida, amor, união, afeto, trabalho, dedicação, \$; Lar, casa, raiz (voltar para onde nasceu);</p> <p>Função: ter filhos, troca de favores, ajuda, compartilhar;</p> <p>Função do Pai: \$ (mesmo que seja pouco), interditor, dar limite aos filhos, proteger;</p> <p>Função da Mãe: Cuidar (doença) dos filhos, marido e idosos (pais e sogros);</p> <p>Falecimento da Mãe: Desestrutura familiar (angústia filho/filha desencadeando depressão);</p> <p>Naturalização da: gravidez, parto, aleitamento e cuidar dos filhos (função do gênero feminino);</p> <p>Conflitos Familiares: considerados normais e naturais, intergeracionais;</p> <p>Conflitos Conjugais: não aceitar traição do marido (10 ex-maridos), raiva; Dois maridos etilistas perdoados porque ‘tinham motivos’(justificativas): [...] esposa faleceu e deixou os filhos para ele criar sozinho[...] [...] esposa só lhe deu filhos deficientes físico/mentais [...]</p> <p>Relacionamentos Fraternos: adultos e crianças (atritos);</p>
2. Relacionamento Afetivo-sexual	<p>Significados Positivos: amor, respeito, amizade, companheirismo, comprometimento, equilíbrio;</p> <p>Significados Negativos: preocupação, dependência, resignação, obrigação;</p> <p>Sentidos: Apoio, cuidado, culpa;</p> <p>Inseguranças: conflitos, ciúme, traição;</p> <p>Participantes sem parceiro: tranquilidade, liberdade, não sinto solidão.</p>
3. Cuidados em Saúde	<p>Autocuidado;</p> <p>Gênero feminino: “<i>me cuido para cuidar dos outros</i>”, “<i>tenho medo deles ficarem doentes, o marido também</i>”, “<i>com ele, nós corremos</i>”;</p>
4. Saúde Mental (Individual)	<p>Sintomas: nervoso, raiva, irritação, ansiedade, medo, angústia, tristeza, mau-humor, rotina chata;</p> <p>Diagnósticos (médico (10) e autodiagnóstico (5)): stress, depressão, princípio de depressão, pânico, tentativa de suicídio;</p> <p>Tratamento: danço, faço ginástica, vou correr, saio, passear, viajar, converso (amigos, família), ocupar a mente, pensamentos positivos, vou à igreja (orações), trabalho.</p>
5. Saúde Mental (Familiar)	<p>Cuidadores: marido, mãe, filho e filhos deficientes (físico/mentais).</p>
6. Serviço de Saúde	<p>10 pessoas entrevistadas tiveram Dengue;</p> <p>7 pessoas entrevistadas reclamaram da demora no atendimento no Serviço de saúde Pública;</p> <p>3 pessoas entrevistadas tiveram seus exames perdidos no Serviço de saúde Pública;</p> <p>2 pessoas entrevistadas tiveram erro no Diagnóstico médico no Serviço de saúde Pública;</p> <p>Relação Médico-paciente: pouca confiança, atendimento superficial, não gostou do atendimento, consulta rápida e não realizou exame físico. (Serviço de saúde Público e Privado de Saúde).</p>

Serão apresentados a seguir alguns itinerários terapêuticos em forma de desenhos, seguidos por algumas frases dos relatos, com a intenção de “dar voz aos atores” que participaram desta pesquisa. As categorias das *situações de vida* serão identificadas no discurso: (1) Família e Rede de Apoio Social, (2) Relacionamento Afetivo-sexual, (3) Cuidados em Saúde, (4) Saúde Mental (Individual), (5) Saúde Mental (Familiar) e Serviço de Saúde.

O processo de escolha do itinerário terapêutico entre o sistema público e privado transpareceu no discurso de alguns participantes da pesquisa, a partir do sentido da experiência de enfermidade:

No itinerário terapêutico de **Amanda** pode-se ver: (1) Rede de apoio social e familiar restrita, (3) cuidados em saúde e (6) Serviço de Saúde.



Amanda faz o que Conill (2008) chama de *mix* entre o público-privado devido às dificuldades encontradas em sua *situação de vida*:

[...] quando eu descobri meu problema no útero, eu não fui correndo e me internei, eu tinha câncer no colo do útero (SUS). Aí eu fiz um outro exame, fui em um outro médico (\$). Aí ele falou: realmente é cirúrgico. Aí eu fiz. [...] Agora só faço esse acompanhamento de 6 em 6 meses, o ultra-som e o preventivo. Porque é assim, eu tenho que fazer...eu faço o exame particular que sai mais rápido. Porque assim, eu vou no posto hoje marcar consulta, vão marcar consulta pro mês que vem, provavelmente. Aí a médica vai olhar pra minha cara, eu vou falar pra ela – eu preciso fazer um preventivo. Já aconteceu. Eu tenho que esperar o agendamento. Aí ela me dá uma guia do exame, que eu posso, eu tenho direito de escolher, ou eu espero pelo SUS, com a guia na mão, vou fazer particular, ela me dá e com aquela mesma guia eu posso chegar num laboratório ou numa clinica particular e falar assim: eu vim aqui porque eu quero fazer um preventivo. E você paga. Só que no SUS é assim, 1 mês pra passar pela médica, 1 mês e meio 2, pra fazer um preventivo, 45 dias pra pegar um resultado. Se não perderem o resultado, porque já aconteceu. Já aconteceu com a minha filha, já aconteceu comigo, esperei 45 dias entendeu? Então, eu prefiro pagar. Então, pra quem precisa, como eu, fazer o exame, de 6 em 6 meses. Pra mim não dá [...].

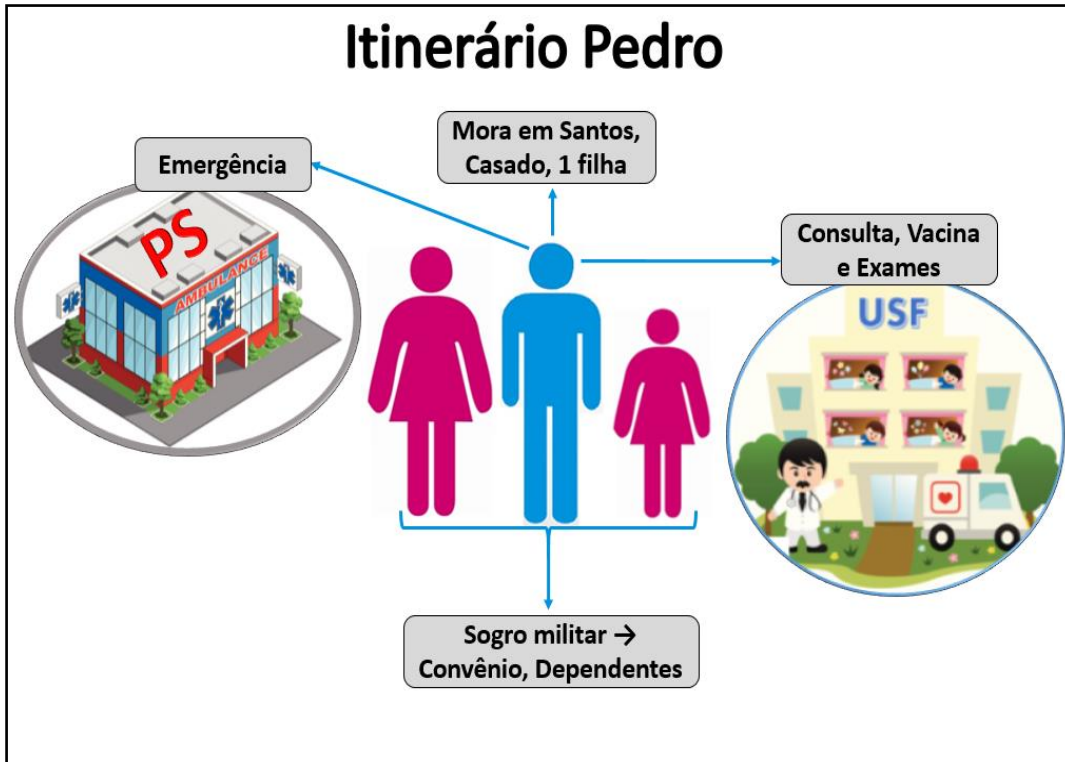
A predominância de mulheres na USF, conforme relatado na metodologia, fez com que a coleta de dados fosse estendida para outros locais. Este é um fato já comprovado em outras pesquisas em que a presença da mulher nas Unidades de Saúde é sempre maior que a dos homens, de acordo com o padrão social hegemônico do masculino nas relações de gênero. Essa situação pode ser exemplificada pela fala de **Marcos**:

[...] Porque eu acho que eles dependem de mim, e eu dependo deles também. Pra mim eles são tudo pra mim [...] Se os meus filhos estiverem doentes? Aí é nós dois. Os dois, mas assim, agora quando eu trabalho, é a esposa que corre, mas quando eu tenho tempo de estar em casa, aí sim, eu corro junto. Levo lá no CREI, aí quando não dá pra mim levar, ela leva no Postinho [...]

Também no itinerário de **Pedro** a questão apontada por Marcos se repete:

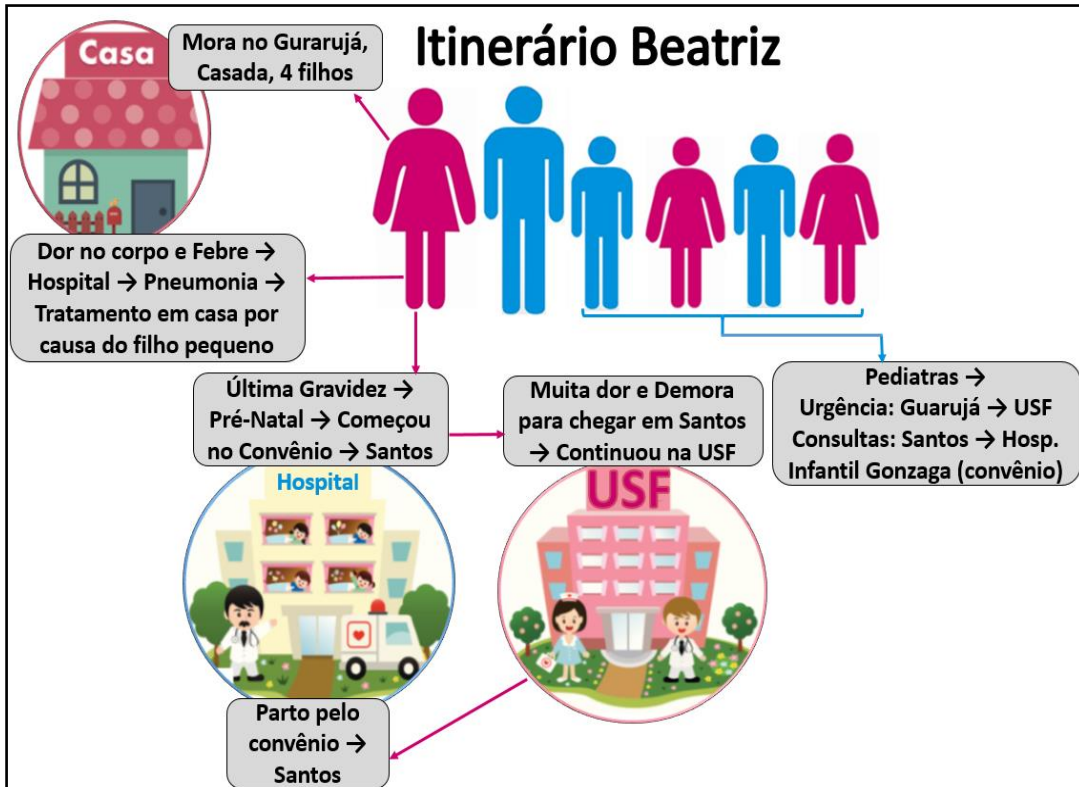
[...] se eu tô de “saco cheio”, então isso... não ir trabalhar, você olha pra lá, vê, depende de mim, não posso deixar, tenho que ir, tenho família, um ânimo que te dá, você levantar cedo todos os dias, vir trabalhar [...]

No itinerário terapêutico de **Pedro** podemos ver (1) Rede de apoio social e familiar, (3) cuidados em saúde e (6) Serviço de saúde.



Assim como seu sogro, Pedro cumpre o papel preconizado de pai provedor. O seu itinerário terapêutico de cuidado de saúde é o Sistema Público, local onde recebe vacinas e faz consultas (USF), porque a esposa o leva (papel hegemônico do feminino como cuidadora), embora ela e a filha tenham convênio médico (pago pelo sogro) e por isso frequentam o Sistema Privado.

Beatriz também faz uso do Serviço Público e Privado (convênio) por dois motivos: afetivo e prático. Gosta dos profissionais da USF do Guarujá, onde reside. Então, em casos que considera “não tão graves”, como por exemplo, tosse dos filhos, ela procura por esse serviço, que fica perto de casa. Contudo, porque considera o serviço do convênio melhor, leva as “filhas” ao pediatra em Santos. Para isso precisa se locomover, atravessar a barca e pegar uma condução até a Unidade de Saúde, o que leva mais tempo e dinheiro. Em seu itinerário terapêutico podemos ver (1) Rede de apoio social e familiar, (3) cuidados em saúde e (6) Serviço de saúde.

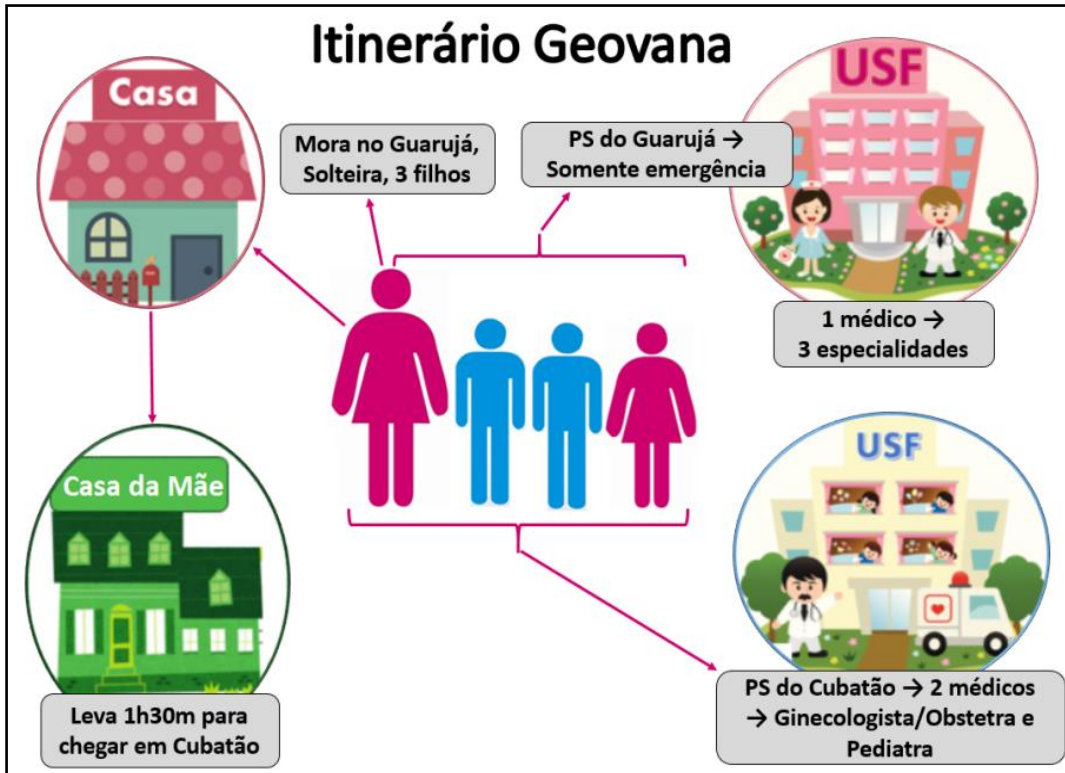


[...] Como ela nasceu agora, então a gente passa aqui, porque ela tem uns 10 dias. É uma vez no mês. Preferi passar ela aqui no pediatra, aí tem o pediatra lá também, então, eu vou aqui e lá, tudo assim. Então, comecei no plano, como eu fiquei com dor nos 7 meses em diante, eu passei pra cá. Aí meu médico, até pensei que ele não ia fazer o meu parto, porque eu tinha passado pra cá. Mas não. Eu comecei aqui, aí eu expliquei a situação, ele falou: Pode fazer por aqui, não tem problema. Aí eu terminei aqui meu pré-natal. Quando eu sentia dor, no caso, como eu já tava sentindo dor, vinha pra cá, eles faziam o exame de toque, tudo. Se piorava, eles diziam – como você já tem um plano, se você acha melhor ir pra lá? Porque aqui, tudo é, barquinha, ônibus, entendeu? Então, no caso, pra gente, fica ruim; então na urgência a gente passa aqui [...] Nossa! É tão difícil eu ficar doente... Ah, a reação do corpo, a primeira coisa, mal estar, tontura, eu sou difícil, mas a maioria das vezes, quando eu fico, é resfriado, essas coisas assim. Da última vez que eu fiquei ruim, foi pneumonia. Eu tive pneumonia. Fiquei arreada, não quis ir no médico. Não quis ir de jeito nenhum, fiquei com medo. Eu tenho medo de médico. Fiquei arreada em casa, a minha amiga ia lá... Continuei fazendo aquele dia, só que começou a dar aquela febre, aquela febre, falei: Agora eu vou ter que ir, não é? Até foi uma amiga minha, que ela falou: Se levanta agora! Aí a gente fomos. Cheguei lá, tava com pneumonia, tive que assinar um termo, que eu tinha ele pequenininho, tive que assinar um termo de responsabilidade pra vir embora, por causa dele. Não tinha como eu ficar, pra me tratar, naquele tratamento, no caso, dentro do hospital, por causa dele, que eu ainda amamentava ele. Aí assinei o termo, vim embora pra casa. Fiz o tratamento em casa. A princípio não. Não tomei nada. Não gosto de tomar remédio de jeito nenhum [...]

Concordamos com Leite e Vasconcellos (2006) que nem todos os itinerários terapêuticos são decorrentes de um “processo de escolha”, porém é muito significativo o “fazer sentido” para a pessoa; esta pode ser a forma de racionalização empreendida por ela na sua *situação de vida*. É uma lógica permeada por conhecimentos e hábitos culturais, muitos dos quais sem justificativa aparente, mas que constroem a forma como o mundo é entendido e, mais que isto, negociado nas relações e legitimado pela rede de apoio social da pessoa.

O maior problema da Baixada Santista no setor Saúde na rede de Atenção Básica é a dificuldade em lidar com as “invasões” de usuários que ocorrem entre os municípios, que derivam do processo de utilização do território por usuários de outros municípios, bem como dos próprios santistas que preferem, por razões diversas, utilizar serviços externos à área de abrangência do seu território, geralmente localizados em regiões centrais da cidade. (ESCUDER; MONTEIRO, 2008, p. 13-16).

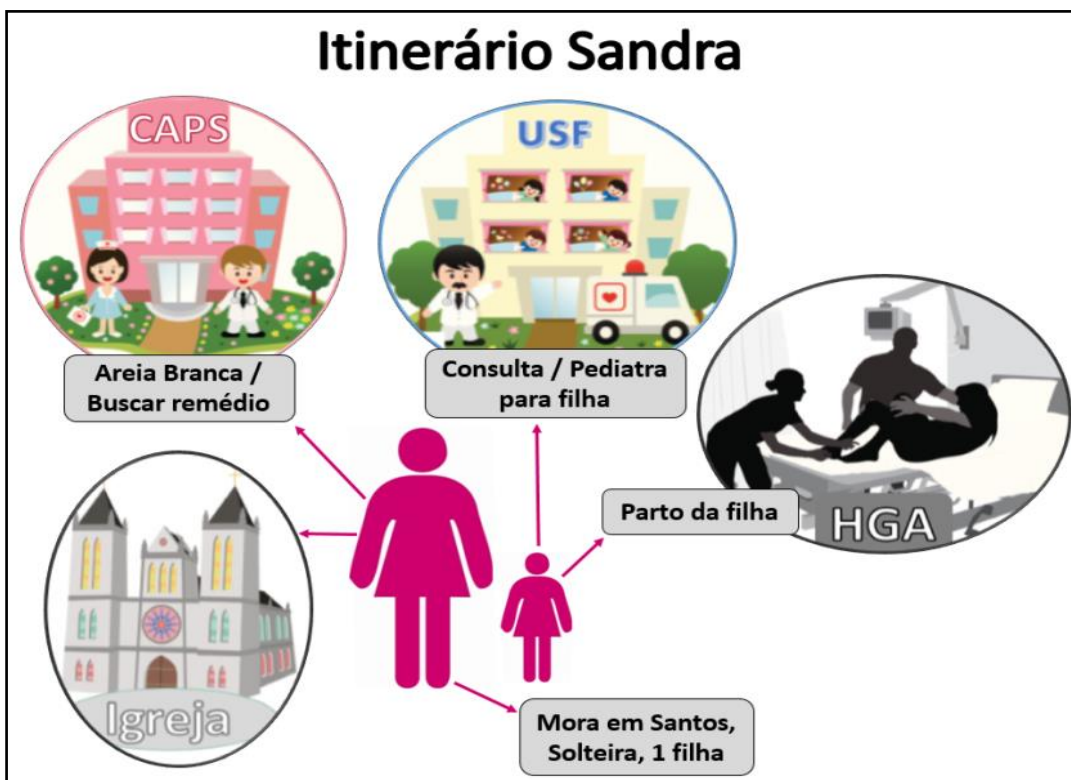
Este é o caso de **Geovana**, de 25 anos, separada, que mora no Guarujá, mas utiliza a USF de Cubatão, local onde mora sua mãe porque necessita do auxílio desta para levar os filhos ao pediatra (em Cubatão). No seu itinerário terapêutico podemos ver (1) Rede de apoio social e familiar restrita, (2) relacionamento afetivo-sexual conturbado, (3) cuidados em saúde, (4) saúde mental individual e (6) Serviço de saúde.



[...] Faz muito tempo que eu não faço preventivo. Porque é assim, aqui no Guarujá, eu não gosto, com sinceridade, eu não faço nada. Antigamente, eu fazia em Santos. Tem esses negócios de endereço que não dá mais. Tanto que eu vou levar eles pra Cubatão, e vou passar no pediatra de lá. Que aqui é um clínico e é um pediatra. Só que é um médico só. Eu acho assim, criança é criança, adulto é adulto. Clínico ele sabe tudo, mas ele não é especificamente um pediatra. Eu prefiro levar o meu filho no "pediatra". Aqui eu passo quando é muito preciso mesmo. Eu vou pra Cubatão, ponho o endereço da minha mãe na policlínica de lá e vou [...] mora todo mundo. A avó dele mora no 1º, no 2º mora ele, a esposa dele e o irmão dele, no 3º mora eu com meus três filhos. Meio deixam, meio são obrigados a deixar, é um favor. Porque foi o que a mãe dele falou:- Não sai, porque você vai perder seu direito. Mas se depender dele, pra onde eu for, é um favor que faz. O importante é que saia da casa pra ele viver bem com a esposa dele. Aí a gente é obrigada a ficar calada ainda. Se a gente reclama, a gente tá errada. Outro dia ela deu com a toalha no meu rosto e eu não posso fazer nada com ela porque ela é menor de idade, se eu bato nela, ainda perco meus filhos por causa dela, entendeu? Mas ele tem que me dar pensão, entendeu? [...] um dia que eu tive assim, que parecia que eu ia explodir, comecei a ficar nervosa, eu falei: Meu Deus! Vou explodir por dentro. Comecei a passar mal e eu falei pra ele que parecia que eu ia explodir. Aí eu fui no médico e ele falou que era pra procurar uma atividade física.[...] Normalmente, vou pro Pronto Socorro. Pra mim ficar doente é difícil, mas quando eu fico, fico muito mal. Se pegar uma virose, eu não consigo nem levantar da cama. Muito difícil, mas também quando pego, arrei. Quando eu to com dor de cabeça, alguma coisa assim, eu tomo remédio, normal [...]

A saúde mental foi apontada pelos sujeitos entrevistados, assim como foi observada pelo pesquisador. Duas histórias chamaram bastante atenção:

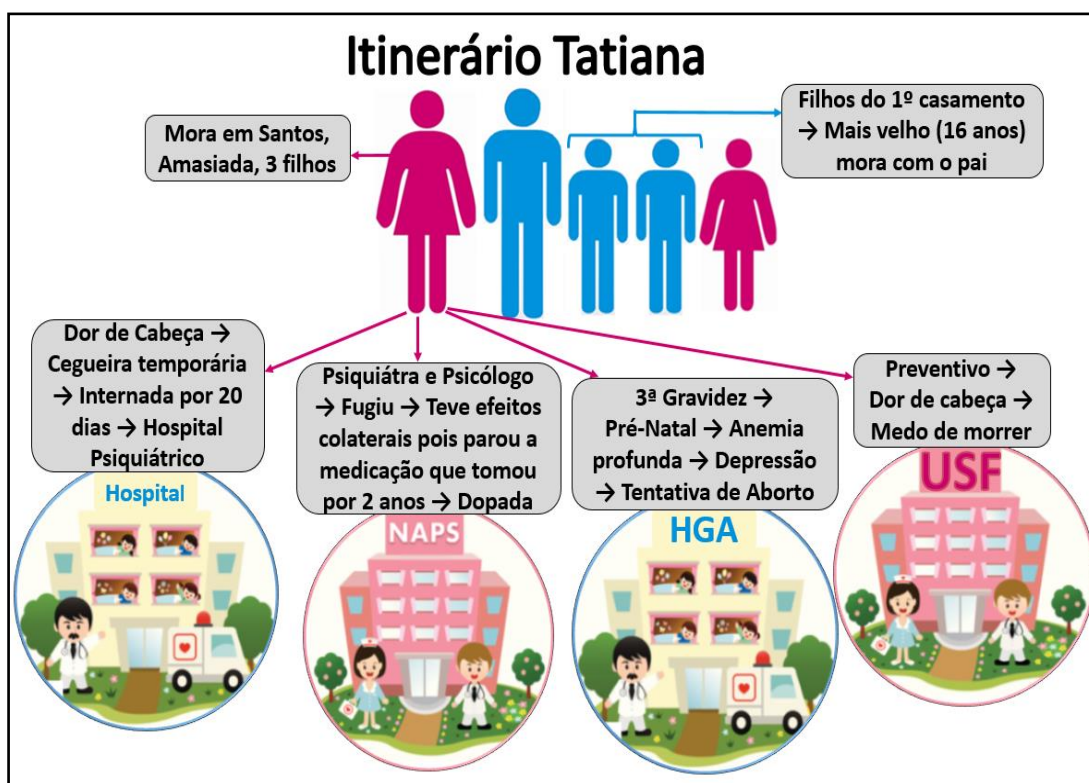
Sandra foi levar a filha de oito meses à consulta de pediatria na USF, quando foi convidada para participar da pesquisa. Aceitou prontamente, mas avisou que a filha iria atrapalhar porque era uma criança muito agitada, fato que foi comprovado ao longo da entrevista. Logo no princípio Sandra não soube dar sua idade como 18 anos. Ao falar sobre a idade da irmã, disse a mesma idade. Quando perguntei novamente qual a sua idade ela corrigiu para 17; interrogada minutos mais tarde, alterou para 16 anos de idade. A princípio pensamos que poderia ser um déficit cognitivo. No itinerário terapêutico de **Sandra** aparecem (1) Rede de apoio social e familiar amplo, (2) relacionamento afetivo-sexual conturbado, (3) cuidados em saúde, (4) saúde mental individual e (6) Serviço de saúde.



[...] tive depressão porque eu separei do pai dela, passei muito nervoso na gravidez dela. Não tomei remédio, não. Passei lá na minha médica, lá da Areia Branca. (CAPS) Aí tô até pra marcar pra ir na psicóloga, na Areia Branca. Ainda não, tô pra ir. Que ela falou pra mim que é bom pra esfriar a cabeça (a pediatra). Eu tenho diploma de bijuteria num curso da prefeitura. Quero voltar a fazer, me ajuda pra caramba [...] Minha mãe ajuda. Todo mundo ama ela... só o pai dela. tanto que quando ele manda eu pegar a menina, eu fico no portão. Ciúme, e sabe que mãe sofre. Depois que ele começou a aprontar, quando eu tava de barriga. Meu pai é casado

com outra mulher, mas me ajuda também. Era tudo difícil, sabe, desanimada, não comia, meu pai ia lá, levava comida na minha casa. Ah, fiquei desanimada, depois eu fui me acostumando com a idéia, mas olha...tive que tomar remédio, ainda tomo. Tanto que eu vou buscar remédio na Areia Branca. Eu tomo aquele bem amarelinho. Eu tava tomando injeção, mas eu parei porque tava saindo muito líquido do meu peito. (sendo que ela amamenta a filha)[...] Minha mãe me acalma mais ainda. Minha mãe vê quando eu tô triste, assim, ela me abraça, fala pra eu não ficar assim: “ Vai dar certo”. Meu pai me ajudou, minha mãe, todo mundo, minhas primas...Tanto que todo mundo da igreja foi ver ela, quando ela nasceu. De vez em quando eu vou lá na igreja com a minha irmã, ela é surda, é deficiente, ela usa aparelho [...]

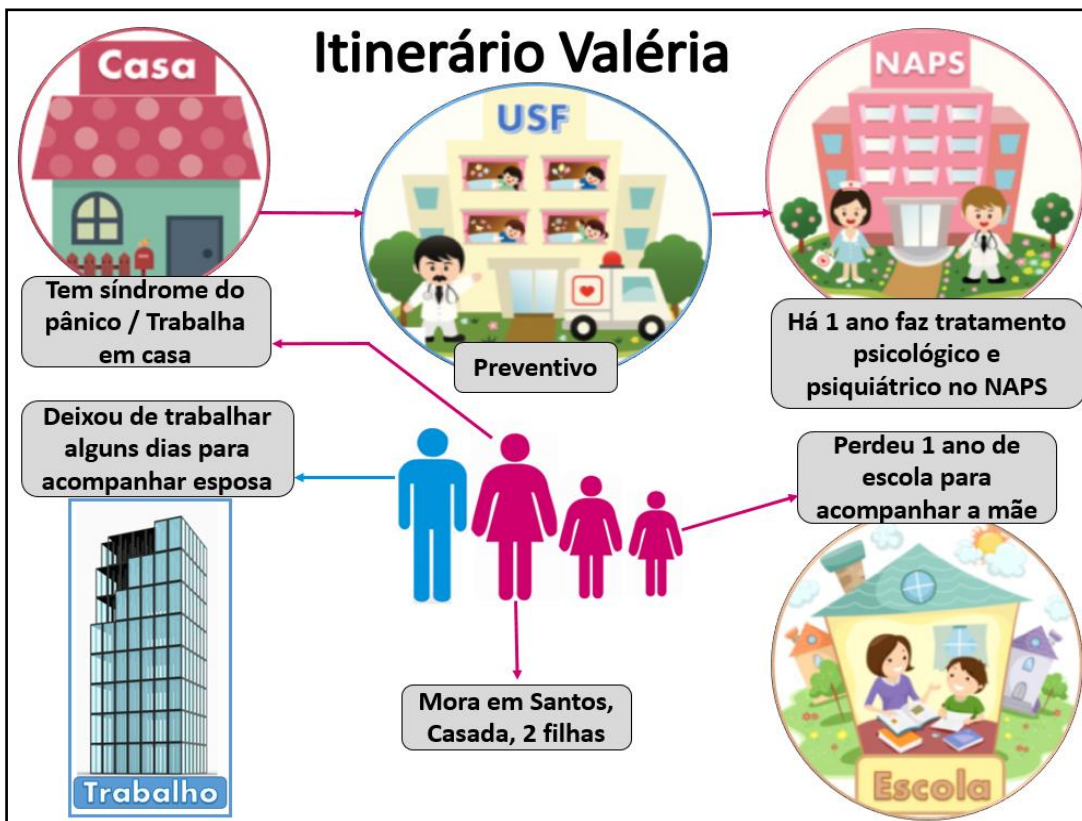
No itinerário terapêutico de **Tatiana** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (2) relacionamento afetivo-sexual conturbado, (3) cuidados em saúde, (4) saúde mental individual e (6) Serviço de saúde.



[...] eu fiquei 20 dias internada, fiz todos os exames de cabeça, e depois de 20 dias eu voltei a enxergar. Eu tenho dor de cabeça até hoje, aí eu fiz aquele exame de cabeça... Aí eu fui encaminhada para a saúde mental. Eu tenho dor de cabeça até hoje, aí eu fiz aquele exame de cabeça... assim, tristeza, né? Mesma coisa todo dia, aí qdo meu filho tinha 3 anos, eu tentei me matar, essas coisas todas... Passava sempre lá, com o psicólogo e o psiquiatra. Fugiu, não quis mais ir. Ah... não sei, acho que 2 anos tomando remédio, eu fiquei meio assim...dopada. mas o pior é que vc não tinha forças prá fazer as coisas que eu queria, né? Ruim [...] agora, eu já não tenho nada. Agora que eu vim, que tô no médico, mas tô olhando prá lá doida prá fugir já. Ah, não sei,

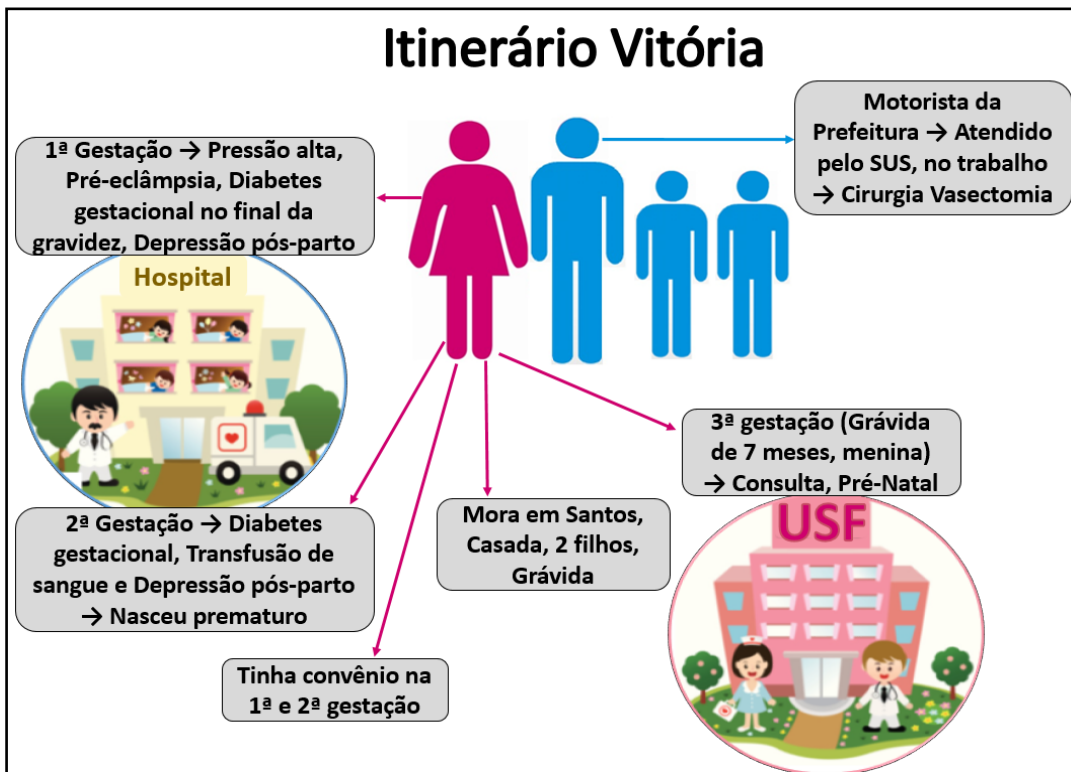
não gosto de médico. Sei lá, que podia ser coisa da minha cabeça...que o que aconteceu com a minha mãe podia acontecer comigo, que ela morreu por causa disso... Pq da minha mãe não foi nada assim, foi na cabeça, né? Minha mãe é falecida, há 8 anos, eu tinha 12 anos, morreu de derrame cerebral.[...] Fiquei até com raiva dela. Ela poderia ter sido mais forte, né? Poder deixar a gente assim...pq não quis? Pôs no mundo... Aí perguntei prá minha tia se ela não gostava de mim [...] foi um bom pai, foi não, é pai e mãe. Meu pai que cuidou da gente, era dependente químico, bebe muito...mas, coitado. Perdeu a mulher, teve que cuidar dos filhos sozinho [...] casei com 13, a gente viveu junto 12 anos, eu fui mãe com 15/16 anos, foram 2 anos maravilhosos e 10 anos de inferno, fome...tudo que vc imagina. Com ele eu tive meus dois meninos que estão com 16 e 10 anos. E agora tenho a Vitória de 5 anos. Como pode né? Querer tanto uma menina e não querer ter, né? Desde os 4 meses até os 7 eu tive hemorragia, eu não aceitava ela, eu não queria, eu batia muito na barriga... (chorando...) foi ruim, muito ruim. Ainda bem que eu não tentei matar...tomar né? Mas tbém, em compensação, o que eu fiz, de bater né? Ai, credo. Mas depois que eu vi ela, que era a menina do sonho né? Meu sonho era ter uma menina, desde a primeira vez. Acho que Deus que viu, que deu uma chance.[...] Sabe, qdo vc mexe com alguma coisa, que não deve, né? As vezes é melhor não saber. Eu já to aqui com agonia, né? Eu vim pq se eu fico doente quem vai cuidar deles? A mãe é a única pessoa que pode, a única coisa é que ela não pode, é curar a doença de um filho [...]

No itinerário terapêutico de **Valéria** aparece: (4) Saúde mental.



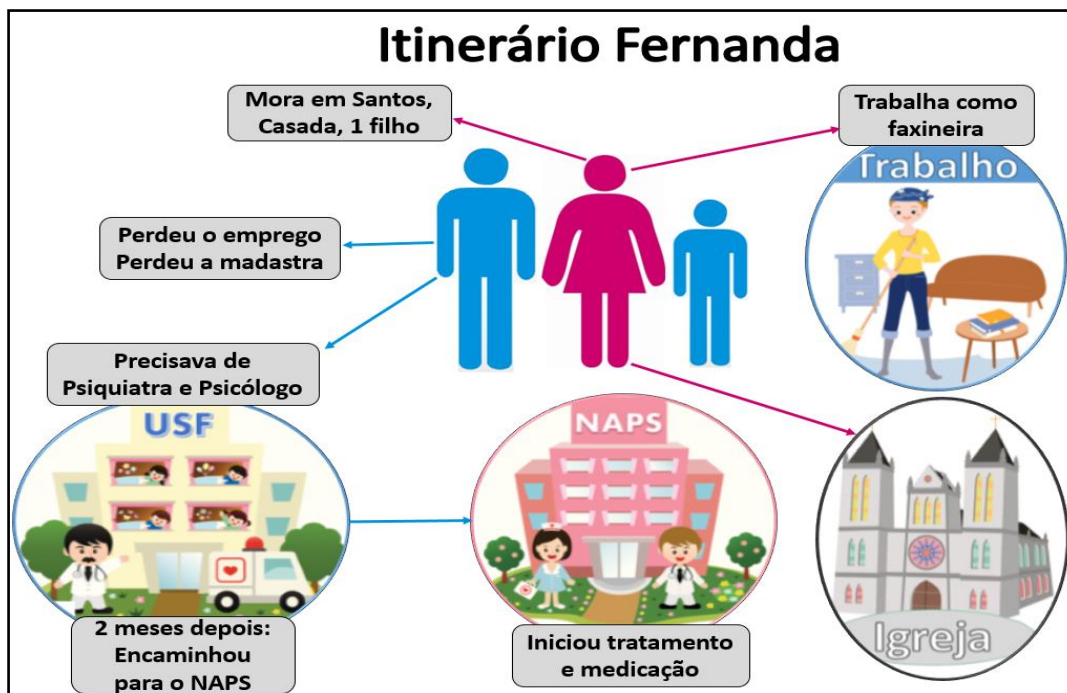
[...] *Eu tava com depressão, eu tomo medicamento. Por causa que eu tava com pânico do medo, assim...eu tava achando que alguém ia me matar, que ia pegar as minhas filhas. Tava achando que todo mundo tava contra mim. Eu fui no CAPS e ali eu to fazendo tratamento, acompanhamento psiquiátrico e psicológico também, todo dia. De vez em quando vem alguma coisa, aquele medo, aquelas ansiedades, pânico, tudo, mas depois ameniza. Ah, eu acho que é devido a eu ser muito fechada. Ver as pessoas fazendo fofoca, tudo; fica fazendo comentário: ela é metida, ela é isso, ela é aquilo [...]* Não sei, convivência. São eu, meu marido e minhas duas filhas. Mas tem minha mãe e minhas irmãs... Até meu marido me chamou a atenção, eu estar presente em algum lugar... na sexta-feira, por exemplo, eu fui na casa da minha mãe, aí eu tenho aquela mania de chegar e querer lavar uma louça, sempre fui assim, aí ele veio e brigou comigo, falou assim: Se você começar a não ficar quieta, eu vou embora. Porque ele acha que eu tenho que ficar sentada, como visita. Mas eu faço porque eu gosto de ser útil, mas incomoda ele. Ele veio a começar a se incomodar agora, porque ele acha um absurdo muita gente lá e só eu tenho que fazer. Ele quer me preservar, ele fala que elas tão me usando. Que nem eu falei pra ele, eu fiz a minha parte de filha. Foi parte de proteção da parte dele. Ele vê muita gente, por exemplo, minhas irmãs, somos em três, tá ali sentadas e eu ter que tomar atitude de fazer. Por causa que elas são preguiçosas. O que ele mais quer é que eu fique no meio da roda, ali conversando. Porque antes eu sentava, agora eu evito. E depois eu me deprimó. E meu marido tá ligado nisso, tentando te ajudar.[...]

No itinerário terapêutico de **Vitória** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (3) cuidados em saúde, (4) saúde mental individual e (6) Serviço de saúde.



[...] Quando eu acordei já tinha passado. Já tava lá, aí: “é seu!” É assustador. Como eu posso dizer, eu estava é... Anestesiada, amortecida, não sei. Eu fazia as coisas porque tinha que fazer. Aí eu quis entrar em depressão, só que aí eu falei: Não, quê! Meu filho ta precisando de mim, aí eu acordei pra vida. Foi isso. Fui pra minha casa. [...] Eu tenho 5 irmãos, minha família é grande. Mas tem uma hora que eles brigam. Não que brigam, um pega uma coisa, o outro dá uma empurrada. Não criei meus filhos no colo, nada disso. Ele não tá na creche. Na realidade é minha sogra que paga a escola pra ele [...] Como eu te disse, a mãe não pode ficar doente. Mãe não tem direito de ficar doente. Isso não nos pertence! [...]

Um dos primeiros aspectos a serem ressaltados é a relação do trabalho com a identidade masculina. Ao apontarem que, para que os homens se sintam honrados e reconhecidos como sujeitos sociais, o trabalho assume um papel-chave, os entrevistados colocam o trabalho como constituinte da masculinidade, dado que é confirmado por outros autores. Por meio do trabalho, os homens constroem seus modelos de comportamento masculino, definindo uma linha divisória entre o público e o privado. O trabalho vale por seu rendimento moral, pela afirmação de sua identidade masculina de homem forte para trabalhar. Dessa forma, os homens são responsáveis por suas famílias como provedores principais, assumindo suas responsabilidades éticas de cuidador enquanto chefe de família. Desse modo, podemos perceber uma lógica que permite entrelaçar os sentidos dados ao trabalho com os significados de responsabilidade com a sustentação familiar. Por isso é tão difícil para o marido de Fernanda suportar o desemprego. No itinerário terapêutico de **Fernanda** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (2) relacionamento afetivo-sexual conturbado, (3) cuidados em saúde, (5) saúde mental (familiar) e (6) Serviço de saúde.

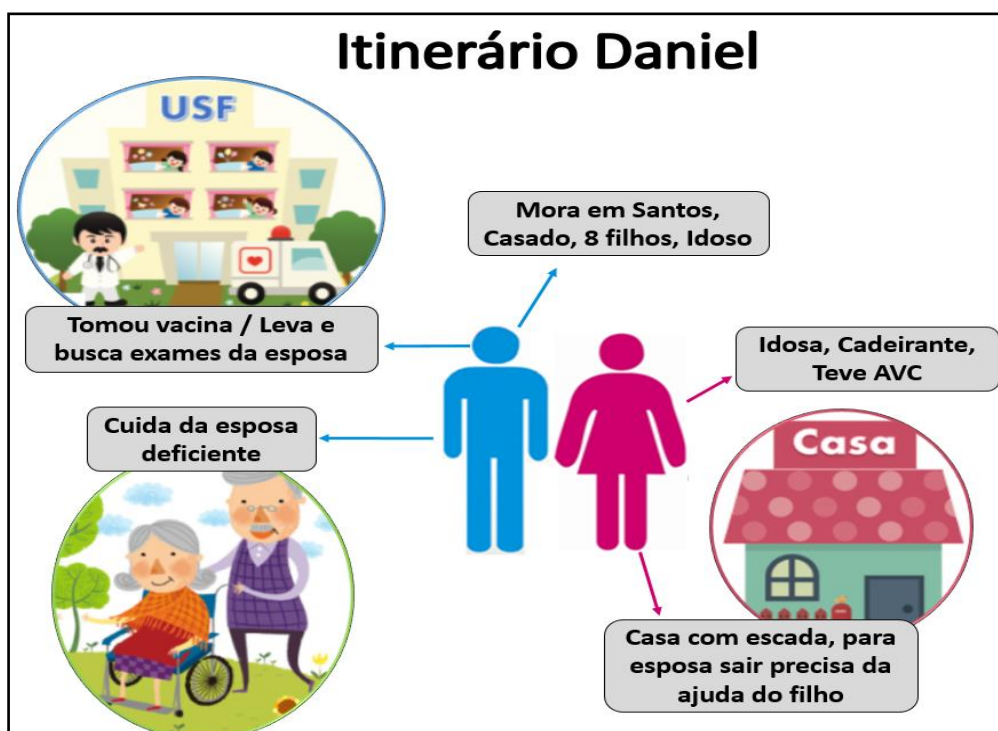


[...] Meu marido que ta passando por isso porque não arruma emprego. Ele ficou porque tava acostumado a trabalhar. Ele era soldador profissional, a firma que mandou todo mundo embora. E pra idade que ele tem, ele tem quase 50 anos, então é muito difícil, então ele vive desses biquinhos, não é? O que da pra ele pegar. Uma coisinha aqui, uma coisinha ali, o que dá pra ele fazer. Ele vai, ele fica nervoso. Ele está bem encostado agora, sabe? Ele fica assim, tudo irrita ele. Aí ele não quer conversar com ninguém. Fica retraído. Se fecha, entendeu? É assim, aí eu tento conversar... A gente que é mulher, que passa por isso, é difícil de lidar... Então, isso pra ele, mexeu.[...] eu que to ali com ele, não deixo ele. Beber, graças a Deus não bebe mais, mas ele já bebeu Dra. Teve uma época que ele bebia muito, deu trabalho, viu! Mas eu sempre ali ó! Ah, eu sempre ali, nunca deixei, sabe! Mas também, vou abandonar? Aí como é que ficam as coisas? Não posso também deixar. É aí que eu tenho que ta dando apoio pra ele. Quer que eu dê as costas?[...] Ah, às vezes a gente vai e toma um remédio, que já tem em casa. E não deixo, to orando, to rezando. Remédio eu não me dou com remédio. Aí, mexe muito com o meu estômago. Então, eu prefiro tomar um chá, ou então coisa líquida. [...]

O depoimento de **Daniel**, a seguir, leva-nos a pensar que os valores da masculinidade hegemônica, tão reforçados na formação da juventude, podem se enfraquecer ou transmutar-se na maturidade ou em situações de enfermidade. Neste último caso, os homens podem perder seu *status* de provedor e buscar conseguir respeito por meio de atitudes de aproximação e de mais desvelo afetivo com seus parentes. No itinerário terapêutico de Daniel vemos um casal em idade mais avançada. O cuidado dispensado por ele à esposa vai ao encontro do que a literatura diz sobre o homem a partir da terceira idade, que passa a

desempenhar funções mais próximas da ideia de cuidado materno, dito como mais afetivo e íntimo, sem constrangimentos.

No itinerário terapêutico de **Daniel** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (2) relacionamento afetivo-sexual, (3) cuidados em saúde.

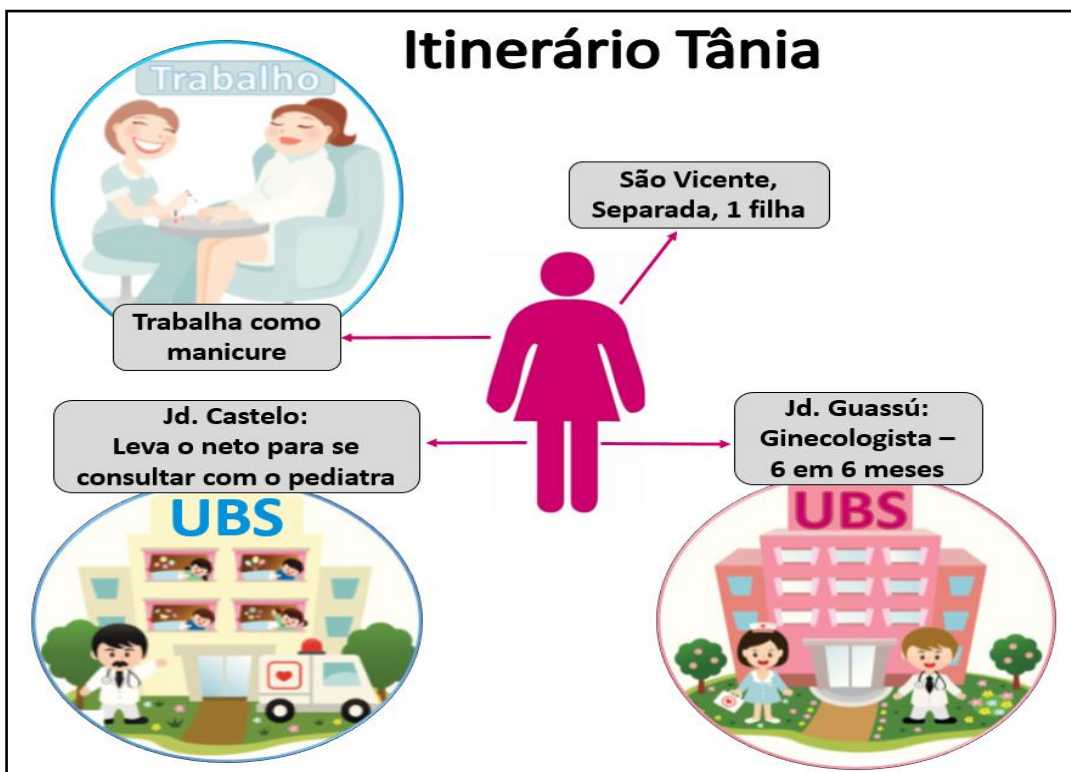


[...] Há 25 anos que ela é deficiente, teve derrame. Tudo é eu. Dar banho, essas paradas toda. Mentalmente ela tá bem. Ela ficou um pouquinho meio esquisitinha, mas já tá passando. Não tem assim, problema, o problema é mais tratamento. Ela é difícil pra caramba. Tem que ter muita paciência. Só tem eu mesmo. É complicado. (tem 8 filhos) [...] Não vou pra médico nenhum, nunca vou pra médico. Porque eu tomei vacina da gripe uma vez, eu nunca tive doença, três dias depois, peguei pneumonia, não sei de quê? Pode um negócio desse? Da vacina, não é? Só pode [...]

A Baixada Santista tem uma “dupla identidade” – metrópole e região – que faz emergir impasses e desafios para a gestão locorregional no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), sobre os condicionantes do acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica. Essa ambivalência acumula contradições que permeiam os processos da gestão política e administrativa da pactuação regional. Ao criar território político vivo na Baixada Santista, o setor Saúde desafia os demais setores da região a enfrentar e interligar as políticas sociais. Como já comentado acima, um dos grandes

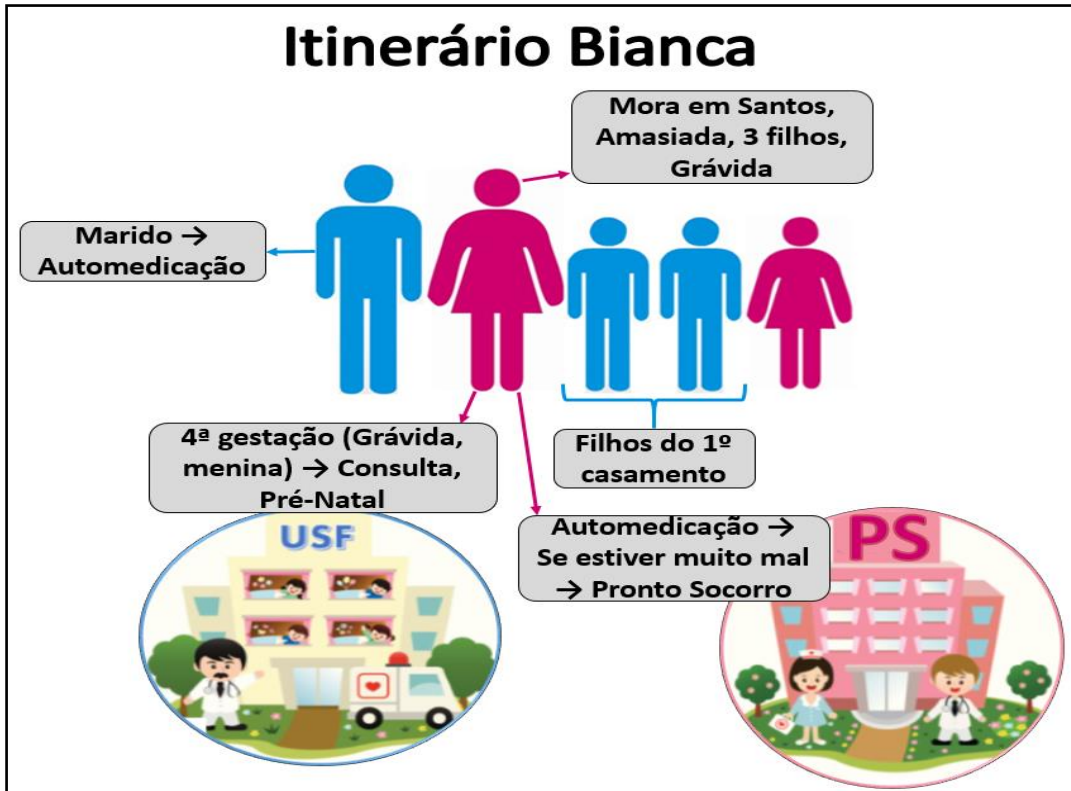
problemas ainda enfrentado é a invasão dos usuários das outras cidades da região para os serviços de Saúde da cidade de Santos, pois o consideram um serviço melhor e mais especializado.

Assim como Geovana, **Tânia** também utiliza esse recurso. Seu itinerário terapêutico inclui: (6) Serviço de saúde.



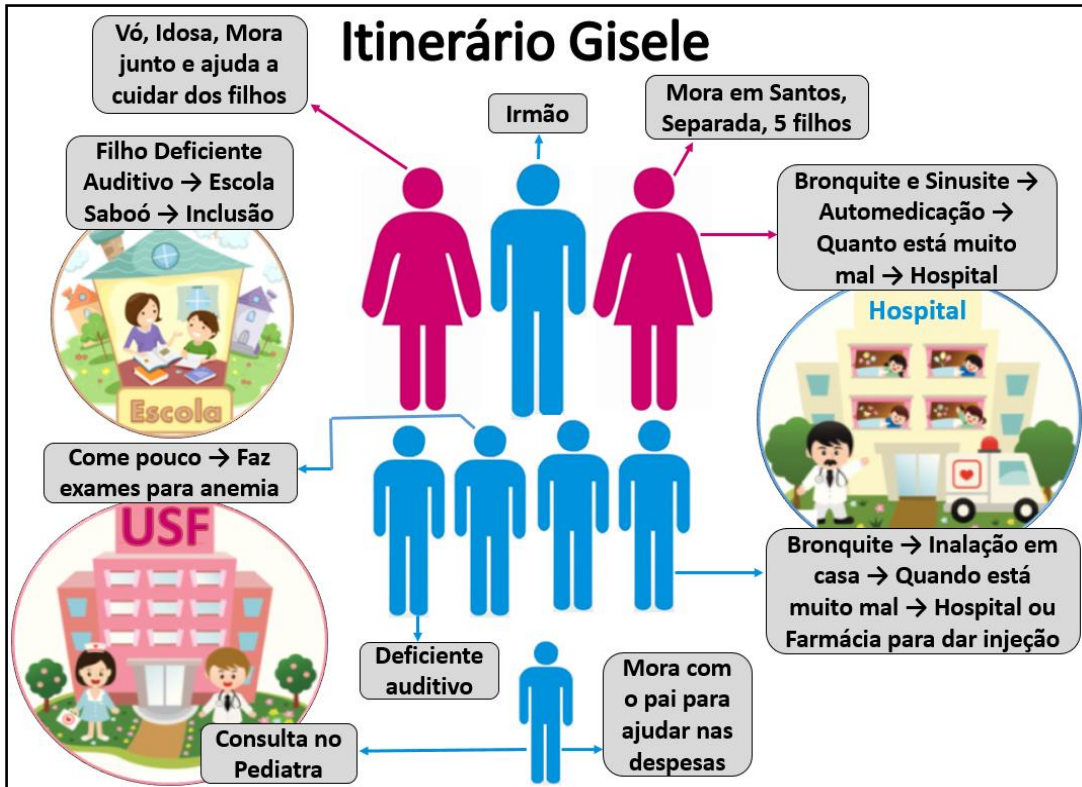
[...] Não, minha filha que mora, eu moro aqui no Pq. São Vicente, minha filha que mora aqui. Eu vim trazer o santinho aqui, o Juan, meu neto. [...] Eu tenho cisto no seio, to tratando. Mas nós vamos lá também por causa da médica, se eu pudesse, eu frequentaria a Policlínica, essa daqui, mas como essa médica é ótima e ela só atende ali, aí eu frequento [...]

No itinerário terapêutico de **Bianca** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (2) relacionamento afetivo-sexual, (3) cuidados em saúde, (4) saúde mental (individual).



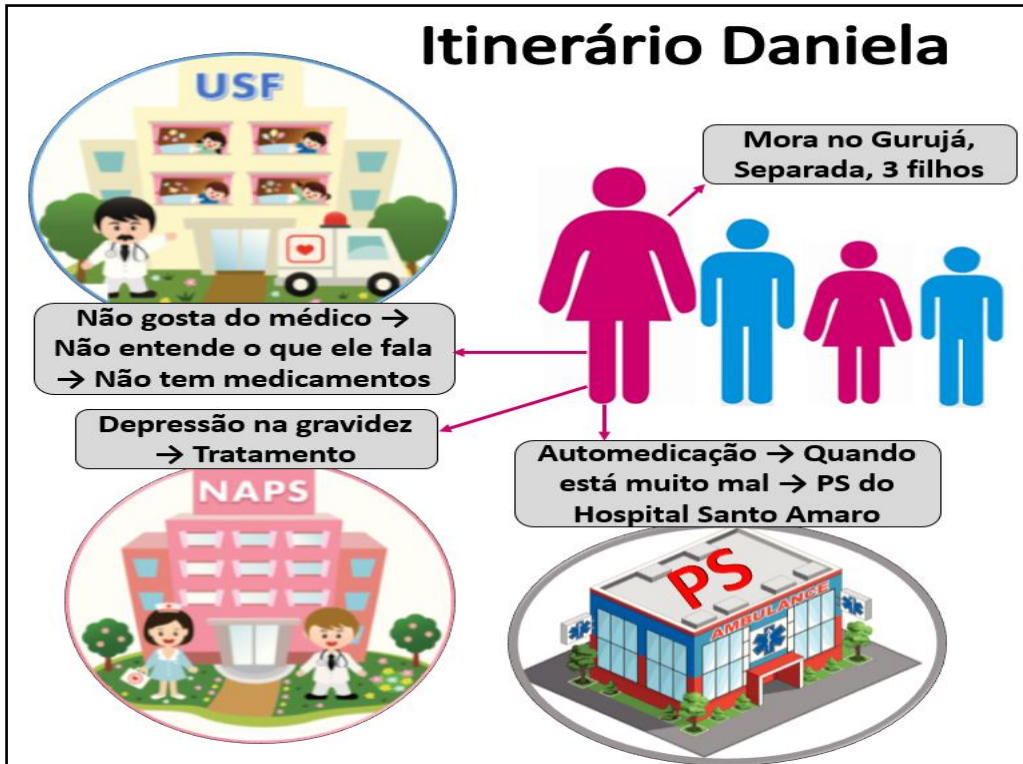
[...] porque eu tomei até os 10 anos remédio. Porque começou assim, tipo, comecei a ter um negócio que parecia ataque epilético. mas eu ficava toda torta, toda dura, não conseguia me mexer, meu olho virava... Aí depois que eu comecei a fazer o tratamento. Conforme eu tive a fase pior, aí me levaram no hospital, aí descobriram, fizeram exame lá, aí descobriram que era desse negócio de nervos, entendeu? Aí eu tomei “Gardenal”, durante esses 5 anos aí. Comecei a passar no psiquiatra, um monte de coisa. Nunca mais eu tive nada, e nunca mais também não fiz nenhum tipo de exame, mas eu nunca mais tive nada[...]. Com minha avó, porque minha mãe morreu quando eu tinha 7 também [...]. Quando eu não to bem fico na minha, às vezes, não ninguém percebe que eu to doente. Só se eu tiver muito mal, aí vou no Pronto Socorro, senão tomo Dipirona, Dipirona pra tudo. É, dor de cabeça, febre, ou alguma coisa assim [...]. Só que aí a gente passou assim, por um monte de dificuldade, nós ficamos morando na casa do meu pai, entendeu? Ele trabalha de mecânico[...]. Ele mesmo toma remédio, que ele já é assim, qualquer coisinha ele já toma remédio. Antes de ele me falar que ta doente, com certeza ele já tomou alguma coisa. Não fica de cama, mas fica mais dengoso. Não tenho paciência [...]. Com eles? Prá eles não dou nada, vou direto pro médico (filhos) [...]

No itinerário terapêutico de **Gisele** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (2) relacionamento afetivo-sexual conturbado, (3) cuidados em saúde, (5) saúde mental (familiar) e (6) Serviço de saúde.



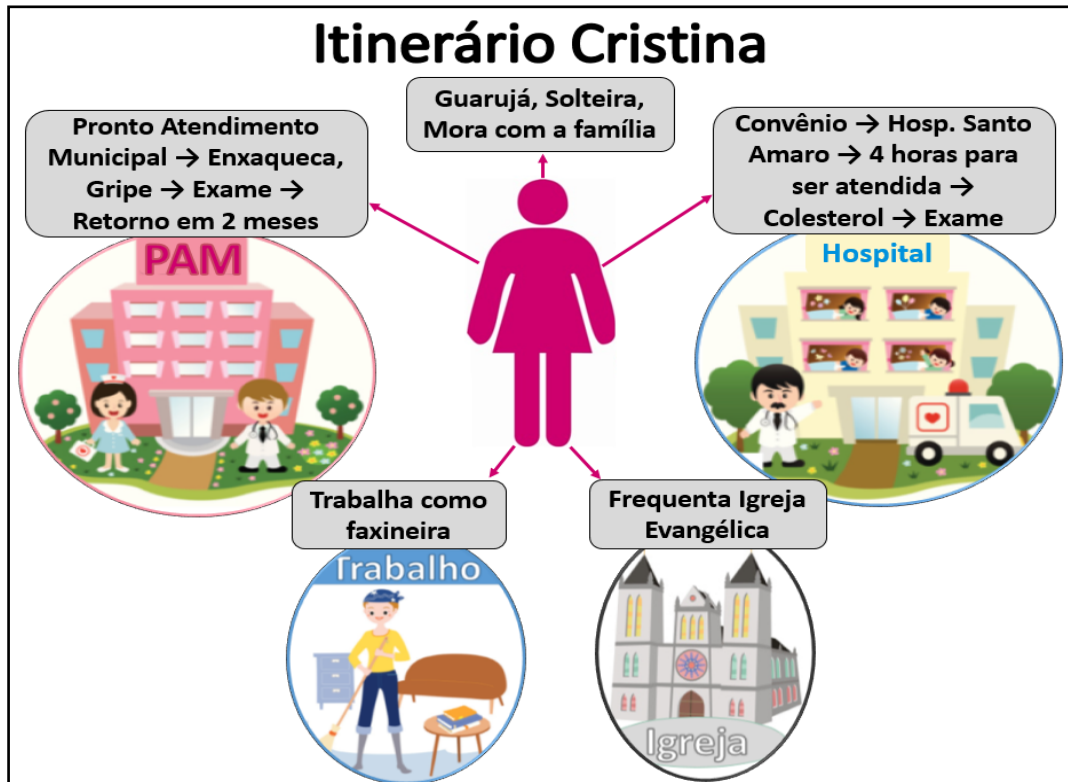
[...] É eu, eles, menos esse pequeno, ele mora com o pai, aí minha vó e meu irmão. Mora com o pai, é. Mora perto da minha casa. Eu moro aqui na rua e ele mora na Areia Branca. Porque a minha situação. Eu fiquei sozinha. Pra ajudar. Preferi deixar com ele. [...] O pai deles não liga pra eles, o pai dos outros. Paga. Eu coloquei na justiça [...] Eu tomo remédio. Quando to com dor-de-cabeça, tomo dipirona. Tenho em casa. As vezes quando to muito ruim mesmo, atacada da bronquite, vo no hospital [...] Minha vó ela vai no hospital, ou então ela vai na farmácia, meu cunhado é farmacêutico [...] Ah, um tenho que levar, porque a bronquite dele quando ataca... Eu tenho inalador em casa, mas as vezes não resolve. Tem que ir pro hospital [...] Não ouvia nada. Eles fizeram exame muito tarde. Esperaram muito pra fazer exame. Com 1 ano e pouco. Demorou muito pra perceber. Ele usa aparelho, faz sons e gritos. É escola normal. Eles tão na inclusão. Todos, né? Altismo, deficiente físico. Mas funciona bem sim, é lá no Saboó a escola, dentro dos predinhos. Muito boa aquela escola [...] Depressão eu já tive, por 6 meses, tomei remédio, depois parei, passou. Há 3 anos, quando minha mãe morreu.

No itinerário terapêutico de **Daniela** aparecem: (2) relacionamento afetivo-sexual conturbado, (3) cuidados em saúde, (4) saúde mental (individual) e (6) Serviço de saúde.



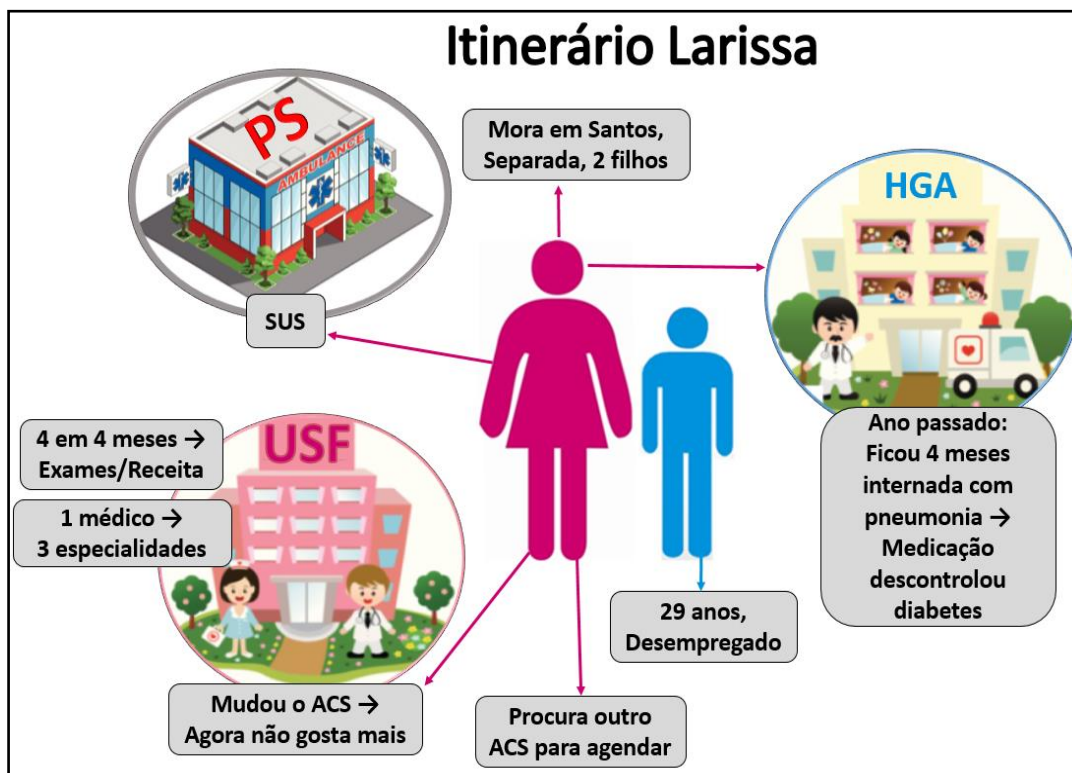
[...] Pronto Socorro mesmo, meu Deus! Eu não gosto. Toda vez que eu vou lá me estresso. uso porque tem que usar, porque não gosto. Ah, porque eles não atendem legal, eles só querem saber de ficar assistindo televisão, conversando, telefone. Mal mesmo, e se for de madrugada, eles ficam com raiva, porque às vezes estão dormindo, a gente tem que acordar eles, aí ele te olha... Porque às vezes eu não tenho dinheiro de condução, aí eu tenho que ir, mas eu não gosto, do Pronto Socorro mesmo, eu não gosto. Só olha pra gente e se bobiar, a gente que se receita. Tem um médico lá, que ele fala assim mesmo, ó, sem mentira nenhuma: (fala enrolado) assim mesmo. Não entendo o que o médico ta falando. Médico lá do Pronto Socorro não, quem tira pressão, essas coisas, é na USF. Ah, eu prefiro mais a USF [...] É por isso que eu só vou se eu estiver dura, não tiver dinheiro, ou tiver morrendo. Porque eu prefiro eu mesma ir na minha casa, se eu estiver com alguma dor, alguma coisa, eu mesma tomar um remédio, eu mesma assim, porque ir nesse Pronto Socorro. Se eu achar que eu posso, eu mesma medicar, eu me medico. Mas se eu achar que eu tenho que ir, eu vou. É, algum remédio que já deu certo.[...] O pai dos meus filhos me dá pensão. Só que assim, uma separação meio maluca, porque ele ta com outra mulher, que ela tem duas filhas com ele. Então quando eu tava grávida dela, a outra tava grávida da outra dele. Então, quer dizer, a minha filha e a outra tem a mesma idade. E mesmo ele estando com a outra, eu gosto dele, daí ele vem me procurar. É que às vezes eu caio na tentação. Agora eu to querendo, eu mesma, dar um, tipo, eu mesma não querer. Porque ele vem me procurar sempre, mas eu que tenho que colocar o pé no chão e falar não. Gostar eu gosto mesmo. Mas agora, tem uns dois meses que eu to querendo conseguir... Conseguir não aceitar mais ele. Tenho vontade de matar ela. [...] Família pra mim, é só meus filhos [...] Tive depressão quando eu tava na gravidez dele. Porque como eu tive ela de 7 meses, aí o médico falou que eu não podia mais engravidar, porque eu tive pressão alta, aqueles negócios, pré-eclampsia, aquelas coisas; aí o médico falou que eu não podia mais engravidar. Aí quando eu fiquei grávida dele, eu fiquei em pânico, pensando que eu ía morrer. Aí eu fiquei com depressão[...]

No itinerário terapêutico de **Cristina** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (3) cuidados em saúde, (6) Serviço de saúde.



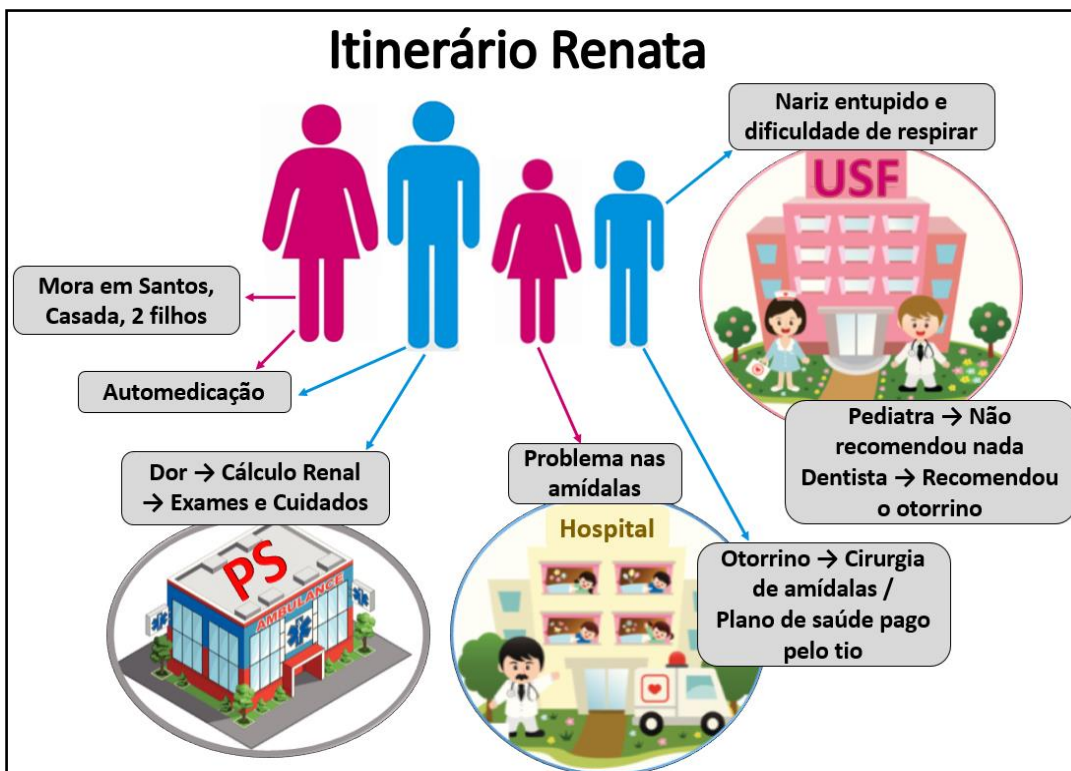
[...] Família é pessoas unidas, juntas. A minha família são tudo unida. São 11 irmãos. Essa família tem a discussão, tem isso, mas tá lá sempre junto. Um fica doente, tá todo mundo lá junto. O que precisa – Ah, precisa... – Então, vamos lá comprar.[...] Esse mês passado fui no médico, aí fiz exame. Só que o meu colesterol tá na marca do pênalti [...], tomo um dorflex, tomo um cataflan e pronto. Então, vamos trabalhar, não pode parar, porque se parar o bicho pega. É isso. Acontece com a gente, tem que levar assim, não pode falar que tá sentindo dor, não pode falar, não é? Não pode reclamar. Se reclamar vai ser pior ainda. Se você parar – Ah, tá com mal estar; só se tiver ruim mesmo, se não puder levantar da cama. Uma gripe mesmo.[...] Se você parar pra pensar assim, vamos supor, eu tá com dor, vou parar porque eu tá sentindo dor. Se você parar vai ser pior. Aí você vai ficar martelando aquilo na... Aí vai começar a depressão. Começa você a ter psicose, fica assim: Caramba, não acredito que tá sentindo dor. Vou ficar sentada aqui porque eu tá sentindo dor. Eu não! Ficar sentada, pra que? Ficar chamando? Não! Vou levantar, vou embora. Só quando tiver morrendo mesmo, aí a gente para pra ir no médico. Ou pára “não tá me sentindo bem, não vou trabalhar hoje porque eu tá ruim mesmo”. Aí tudo bem. Mas dorzinha assim, que você acha que pode andar, que você pode fazer as coisas, não; parar pra fazer isso não.

O itinerário terapêutico de **Larissa** contém: (1) Rede de apoio social e familiar, (3) cuidados em saúde, (4) Serviço de saúde.



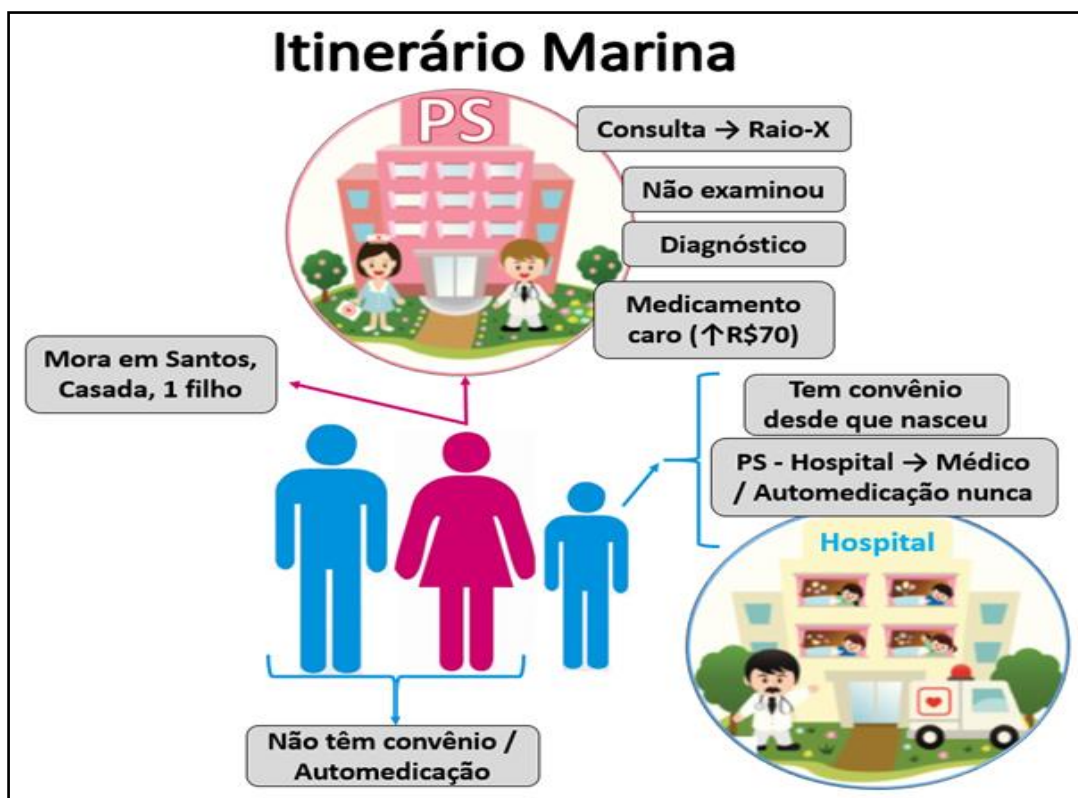
[...] mora minha filha, ela e o marido e 4 filhos. No fundo mora a sogra... E aí lá atrás mora a mãe do meu genro, a avó dele e a irmã dele. Na minha casa, mora só eu e meu filho. [...] Sou diabética, ela graças a Deus, ta controlada. Tenho ha mais de uns 10anos. Olha, não gosto de remédio. Então, eu procuro distrair o dia todo. Então mando um chá de louro pra dentro e tudo bem. Eu digo: eu tenho muita coisa pra fazer, tem que passar, e vou levando. [...] As pessoas são muito... Como é que eu falo?... Tem umas ali que são muito legal, mas tem outras que são estúpidas, sabe? Porque nós temos essa senhorinha, que é avó do meu genro, ela tem 96 anos. A Dra falou pra agente pra vir pra medir a pressão, uma vez por semana. Você vem? Nada, nem aparecem. E outra, eu acho uma coisa, não sei, sou leiga no assunto, mas eu acho errado, é uma médica pra 3 funções: Ginecologista, Clínica e Pediatra. Uma médica pra tudo isso. Acho errado isso. Eu já tive vontade de perguntar pra ela, sabe o quê? Que especialização ela fez. Porque ela não fez três... [...]A Dra. que fazia aqui, nosso pedaço aqui, a Dra. Alessandra, ela está de dieta maternidade. Um encanto de pessoa, até eu falei pra ela: Dra, eu vou mudar pra sra, ela falou: não pode, porque agora eu to no Dale Coutinho. "Pois eu vou arrumar um endereço do Dale Coutinho pra consultar com a sra". [...]

No itinerário terapêutico de **Renata** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (3) cuidados em saúde, (4) Serviço de saúde.



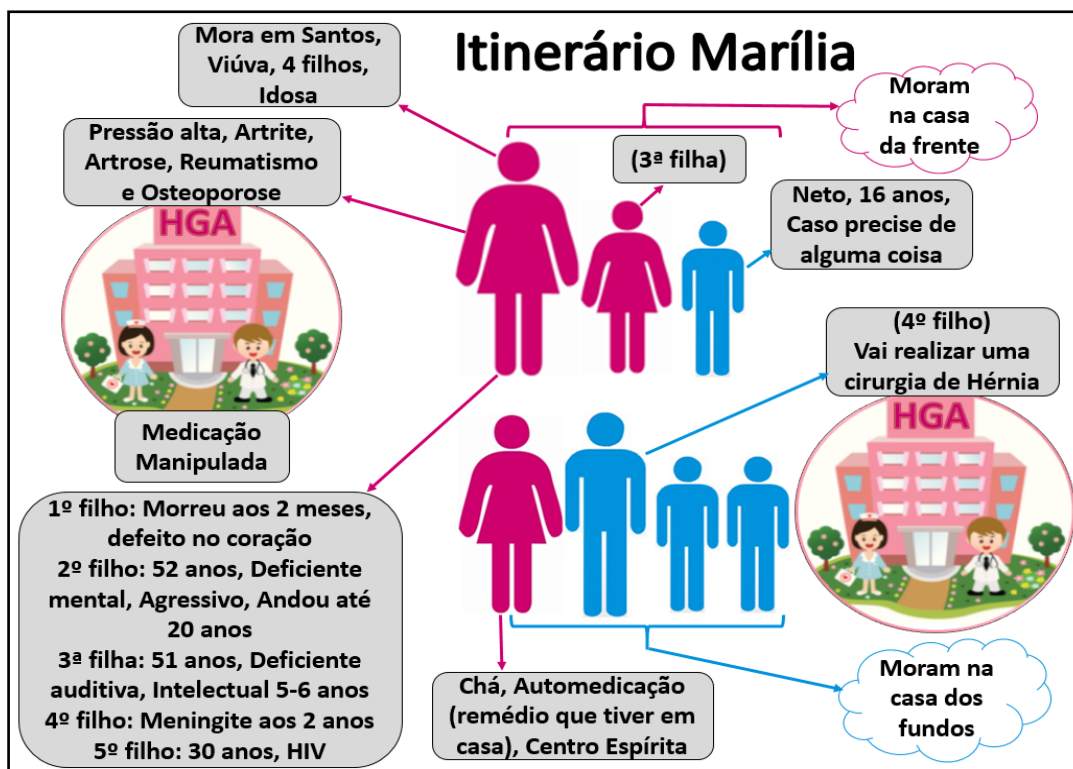
[...]Tomo logo um chá, ou uma Dipirona, aí se não melhora a gente corre pro Pronto Socorro, senão... Chá caseiro mesmo, camomila, boldo,... É, que já é de casa mesmo. Da casa da mãe, a mãe sempre fazia, que a gente morava em sítio. Se piorar aí eu tomo Dipirona. É o jeito, procurar um médico. [...]Vai. Ele fez uma cirurgia, agora a uns dois anos, pedras nos rins. Ele ta sempre se cuidando. Ele também é assim também, ele toma alguma coisa, se não se sente bem, depois é que vai no médico[...]Ele é bem, nossa! Se o médico disser que não pode comer isso, ele não come. Faz, no pé da letra[...]Ele já fez esse ano agora, fez cirurgia das amídalas também, que a dele era muito exagerado, vivia sempre inflamando. Tinha tempo que era um sufoco pra ele dormir mesmo. Aquele sufocado, aquele sono, acho que perturbado, porque não conseguia respirar, respirava só pela boca. Foi na policlínica, foi até na dentista mesmo que, a médica, a pediatra, nunca encaminhou pra levar ele no otorrino, mas já a dentista da policlínica, ela me assustou: ai mãe, ele tem problema, você tem que levar que ele vai ficar bom, que dá até pena, o olhar dele ta pedindo socorro. Aí eu levei. Porque falava pro pediatra, e o pediatra nunca indicava nada. Ele: não precisa, não precisa. Eu não levava a sério. Aí foi que eu, depois que a dentista me assustou mesmo, foi que eu peguei e marquei o otorrino, depois o tio dele deu o plano de saúde pra ele, aí eu peguei marquei pelo plano. Aí ela fez o tratamento de um ano e pouco lá com ele, dando remédio, acompanhando. Mas ela falou, o único caso pra resolver o problema dele era cirúrgico [...]

O itinerário terapêutico de **Marina** contém: (1) Rede de apoio social e familiar, (3) cuidados em saúde, (4) Serviço de saúde.



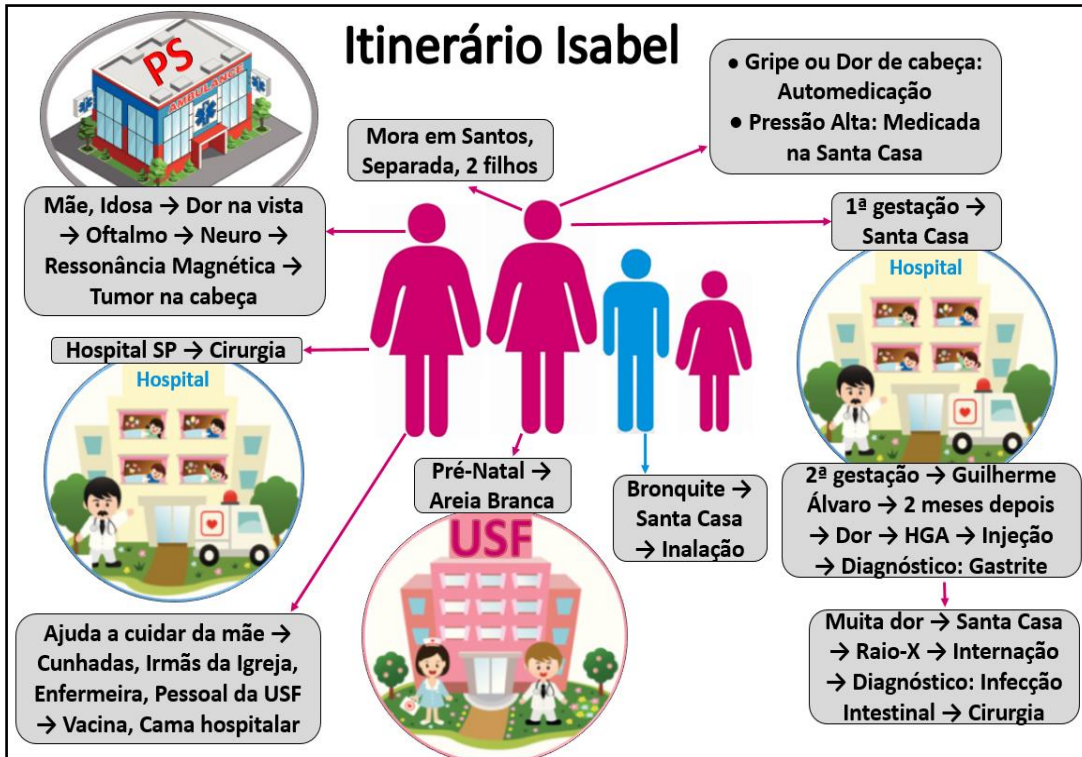
[...]Deito com certeza, se eu tiver muito mal, eu fico em casa, deitada. Tomo o remedinho pra ver se passa a dor e fica lá, esperando. Não vou trabalhar, aí no dia seguinte, se tiver mal ainda, aí eu vou no PS. Senão a gente toma algum remédio que tem em casa, se não melhorar [...] Ou se tiver doendo muito. Que nem, uma vez que eu tava com a sinusite atacada, mal, dor de cabeça, dor no corpo, aí não vim trabalhar e fui no Pronto Socorro da Zona Noroeste. Chegou lá, fui atendida pelo médico, contei pra ele o que eu tava sentindo e ele já me diagnosticou: acho que deve ser sinusite! Mandou tirar Raio X. Aí voltei lá, mostrei pra ele, ele falou: é sinusite mesmo, toma esse remédio aqui. Aí ele me deu um antialérgico e um antibiótico, aí eu fui comprar o antibiótico, super caro, um absurdo de caro. Não me deram medicação. Ele deu a receita e mandou eu ir embora pra casa, comprar aquele remédio. O antibiótico custava quase R\$ 70,00 e eu tive que me virar pra comprar, porque eu tava mal; e um antialérgico. Também, depois de uma semana já tava boa. [...]Já ele, tem plano de saúde. É diferente. Pra ele a gente paga. Porque criança, não é? De repente ele pode precisar, chega lá no SUS... Diferenciado, e se um dia ele tiver alguma coisa, e eu precisar de uma consulta num consultório, eu telefono e marco. E já no SUS, não é assim. Ou vai no Pronto Socorro ou então fica achando que ta com isso ou aquilo, e tentando se automedicar, que nem a gente faz. [...]Ele, eu nunca dou remédio pra ele, sem primeiro passar com ele no médico. Agora comigo, que não tenho plano de saúde, às vezes você acaba deixando de ir no médico. Que nem, eu to tentando marcar na policlínica (USF) e não consigo.[...]

No itinerário terapêutico de **Marília** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar, (2) Relacionamento afetivo-sexual restrito, (3) cuidados em saúde, (5) saúde mental (familiar) e (6) Serviço de saúde.



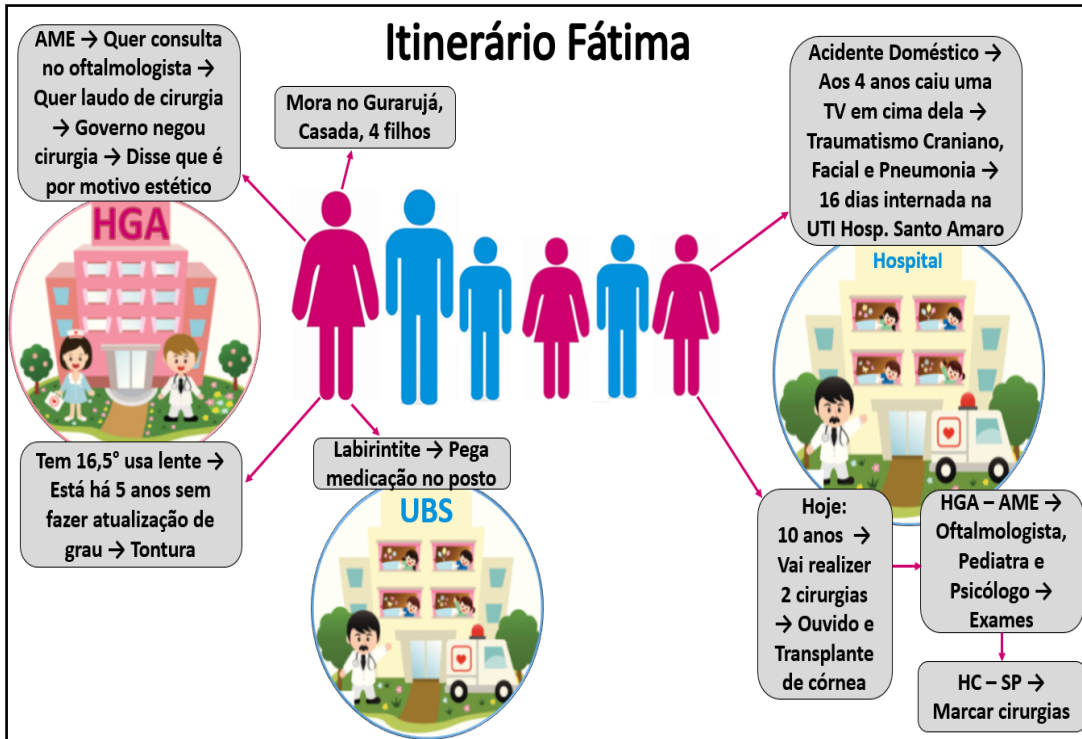
[...]Quatro meninos e uma menina. Mas só tem dois vivos. Porque minha filha é especial. Ela anda assim, normal, só não escuta. Ela entende tudo, ela tem mentalidade hoje em dia, de 5-6 anos Ela entende tudo, ela tem mentalidade hoje em dia, de 5-6 anos. O que tem 52 é especial também. E o de 30 anos teve HIV [...] Era motorista de caminhão e bebia muito. Eu cheguei da Santa Casa com o papel que o Dr deu. Aí cheguei em casa falei: nosso nenês vai ter problema. Não sei, podem andar, podem não andar, pode falar. Ele olhou pra mim e saiu. Quando ele voltou, ele chegou carregado. Ele nunca que bebia assim. Não bebia assim. Começou a beber, 28 anos de bebida [...] Minha saúde hoje é assim de tudo que eu já passei.[...] Pressão alta, tenho reumatismo crônico, tireóide... Quando eles não têm... Reumatismo eu compro. Eu tomo aqui remédio direto. E quando não tem, tem que comprar. Do coração, eu tive dois começos de infarto, mas o remédio do coração é só a pressão que eu controlo. Do coração, eu tive dois começos de infarto, mas o remédio do coração é só a pressão que eu controlo. A vida toda levanta de manhã, toma remédio, anoitece tomando remédio[...] **Nora:** Tomo um remédio em casa, Anador, qualquer coisa, tomo o que tiver em casa, não gosto de ir pra Pronto Socorro, não! Mas tem que ficar ali insistindo, senão eu não vou. Tomo chá. De vez em quando eu vou no centro espírita. Xingo meu marido. Por que quando eu to ruim, xingo meu marido, eu melhora, alivia.[...]

No itinerário terapêutico de **Isabel** aparecem: (1) Rede de apoio social e familiar extensa, (2) Relacionamento afetivo-sexual restrito, (3) cuidados em saúde, (6) Serviço de saúde.



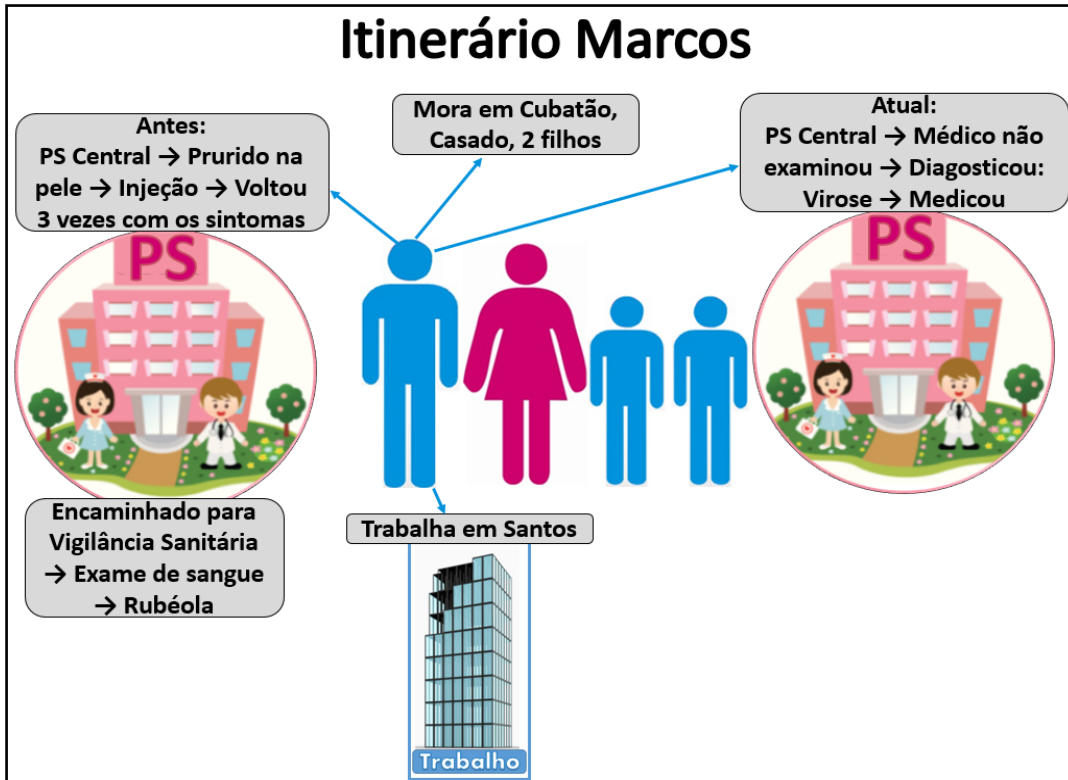
[...]Hipertensão [...]já minha mãe já tinha sofrido uma cirurgia de um tumor na cabeça, operou até no hospital São Paulo. Só que aí minha mãe ficou na cama, e eu tinha que fazer tudo sozinha. Tenho três irmãos. Aí como eu tenho uma amiga que mora em Mongaguá e tem uma parente que trabalha no Hospital São Paulo, aí eu consegui um médico lá. E eu tinha tido meu filho. Meu filho tinha nascido naquela época.[...] Eu cuidava dela e do menino, depois engravidei da menina. Nisso meu pai já tinha falecido também. E Minha irmã morreu com o vírus HIV.[...] Porque a emoção mexe muito com o organismo da gente. Aí eu fiquei direto cuidando dela, às vezes algumas irmãs da igreja vinham me ajudar. Tinha que dar banho. Essa enfermeira que cuidou dela é que me ensinou a dar banho de leito, a virar ela de um lado pra dar banho, depois virar do outro. O pessoal da USF eles sempre iam lá pra cuidar dela, arrumaram cama hospitalar pra ela ficar, porque era melhor pra eu poder dar banho, pra poder cuidar dela. [...]Depois de 2 meses que ela nasceu, aí eu tive problema de infecção intestinal. Eu tenho comigo, que foi porque quando ela nasceu, foi uns familiares dele lá em casa e eu peguei e sentei com tudo no sofá, eu esqueci, eu sentei com toda a força; depois daquele dia, me deu uma dor por baixo, uma dor terrível, terrível que não podia nem por o pé no chão... Falavam que era gastrite e me mandavam prá casa. aí foi minha vizinha que me socorreu e me levou pro hospital. Aí foi uma cirurgia, bem, bem assim, complicada, porque grudou tudo, o médico teve que desgrudar, teve que cortar parte do meu intestino.[...] Nesse meio tempo meu marido deu pista[...]

O itinerário terapêutico de **Fátima** contém: (1) Rede de apoio social e familiar, (3) cuidados em saúde, (6) Serviço de saúde.



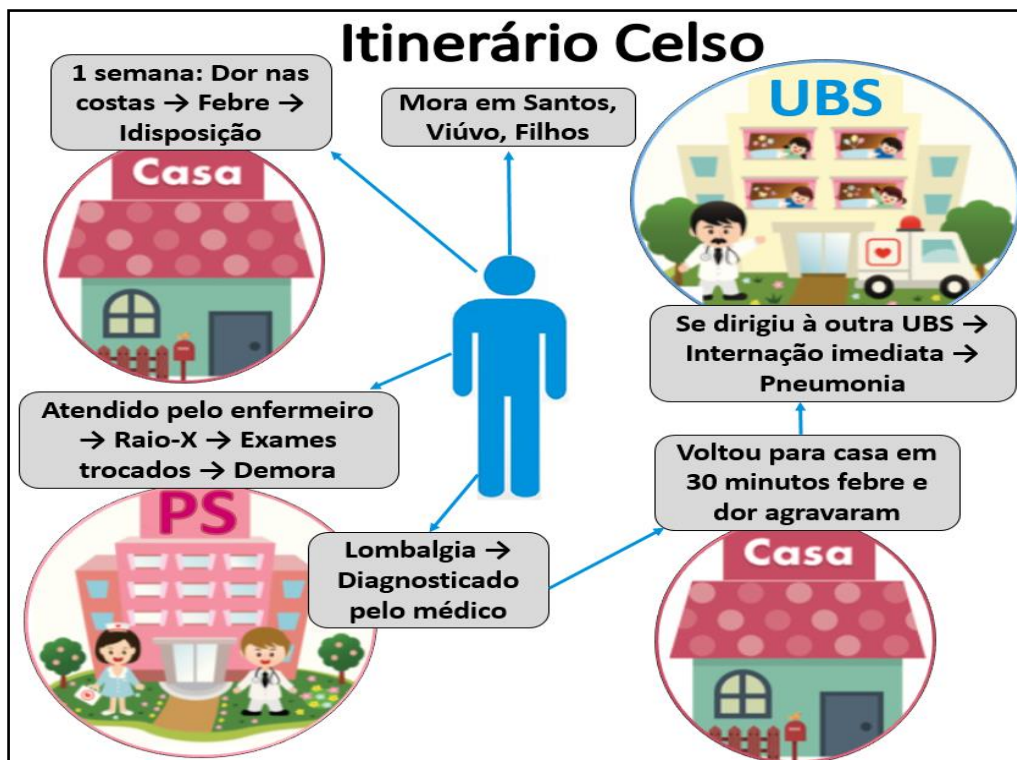
[...]Por enquanto eu to desempregada, porque minha filha vai fazer duas cirurgias, vai operar ouvido e transplante de córnea. Que ela sofreu um acidente dentro de casa, teve dois traumatismo, um craniano e um facial, e pneumonia. Televisão, 29 polegadas, caiu em cima dela e o DVD. Ela tinha 4 aninhos, Ficou entre a vida e a morte. Ficou 16 dias na UTI de pediatria [...] Ela tem pediatra aqui na USF, O restante é tudo em Santos. Otorrino, oftalmo. Tudo no AME. [...]E o transplante de córnea a gente não tem, a psicóloga não sabe como ta o andamento, que até aí a gente já sabe que a papelada do transplante não está mais no hospital AME. Não sabe se ta na Secretaria da Saúde ou se já foi pro Hospital das Clínicas, pra poder transplantar a córnea dela.[...] Então, eu cuido dos outros, mas a atenção mesmo, mesmo, dobrada é com ela. Que ela necessita mesmo de cuidados. Tem que tratar dela muito bem. [...]Acho que saúde é tudo. Porque sem saúde a gente não pode fazer nada. Sem saúde a gente não pode trabalhar, não pode cuidar da família, não pode fazer nada. [...]É a labirintite e a minha visão. Porque eu uso 16,5° e 16°. Eu to usando lente de contato. Eu tentei pelo governo, operar, mas o governo não liberou minha cirurgia, porque diz que é estética, essas coisas. Pelo AME eu não consegui.[...] Eu fico deitada. Fico bastante deitada, Fico quietinha. Ah, eu choro bastante. Eu gosto bastante de botar tudo que eu to sentindo pra fora. Eu sou bem chorona. Então, é onde melhora bastante. Se tiver dor eu vou no médico. Se eu souber qual é o problema, eu tomo algum remédio que eu já conheço.[...]

No itinerário terapêutico de **Marcos** aparece: (6) Serviço de saúde.



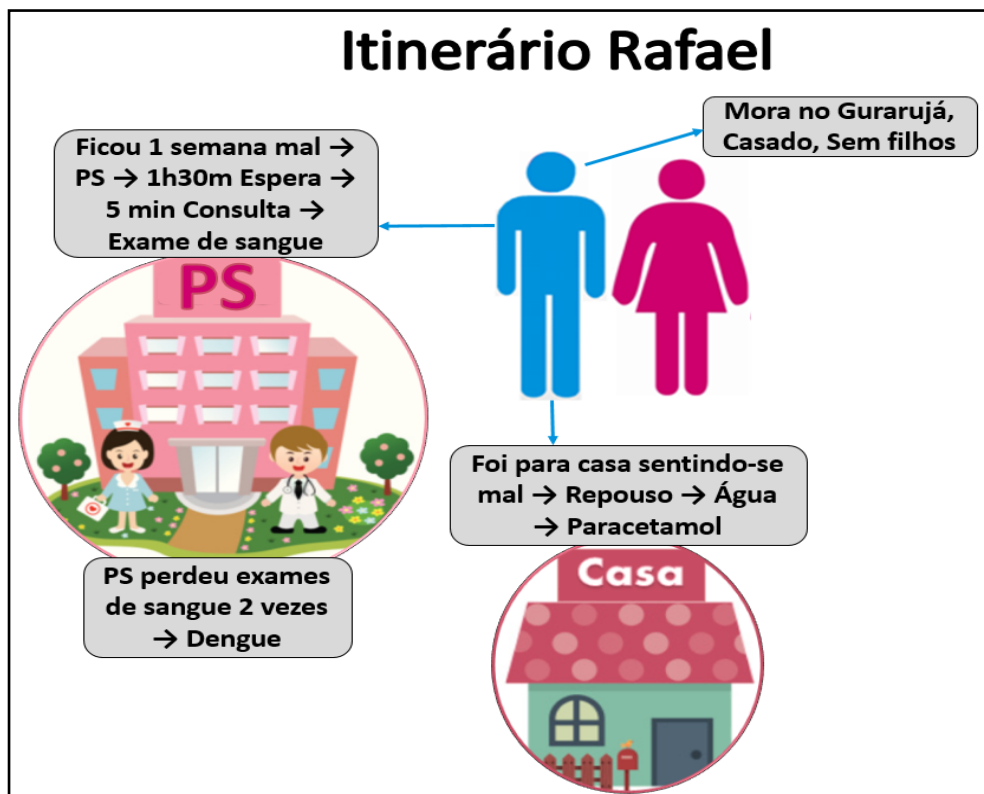
[...] Não sou de ir muito em médico, nem nada. Pra mim, minha saúde é boa. Não acho ruim, não. Não tenho problema assim, de saúde. Difícil. Só que quando têm essas viroses, esses negocinhos que a gente tem aí. Tava tendo uma virose estes dias, fui no central, lá em Cubatão, lá no Pronto Socorro. Ele perguntou pra mim o que eu tava sentindo, aí eu falei, ele falou: é uma virose. Passou o remédio e pronto. É que eles não fazem exame, nem nada. Isso que eu fico invocando. Eu acho que ele tem que examinar ou te pedir um exame. Eu acho que é o correto, pra ele saber a doença certa. Podia ter inventado, não é? [...] Vou te falar, uma vez, tava trabalhando lá na área da Cosipa, aí eu tive um problema lá, encalomei todinho, tipo catapora, mas não é catapora; aí eu fiquei com aquela queimação toda no corpo e fui no médico; cheguei lá, mostrei pro médico, ele deu injeção, não melhorou; aí eu voltei três dias depois - “Pô, eu já vim aqui, não to agüentando, passa o efeito da injeção e volta de novo”. Pode ver na ficha aí, que eu já vim umas três vezes, eu não to agüentando. Aí eles com muito custo, aí pegou e mandou eu pra vigilância sanitária pra fazer exame lá. Aí eu fui fazer exame de sangue, coisa que já era pra ter feito e não fez. Então, aí eu fiz exame de sangue, no problema meu que tinha dado, tava com rubéola. Aí eu falei: ta vendo! Aí foi quando eu fiz exame no médico e levei o resultado pra ele ver o resultado lá. Foi quando ele deu o remédio certo. Mas enquanto isso, as três vezes ele não adivinhava, ele não descobriu o problema. [...]

O itinerário terapêutico de **Celso** contém: (6) Serviço de saúde.



[...] Estava com mal estar, dores nas costas, febre, indisposição. Fui ao pronto-socorro, quem me atendeu foi o enfermeiro; fui encaminhado p/ radio X; houve troca de exames, demorou; foi constatado lombalgia; confirmado pelo médico de plantão, aí fui dispensado. Chegando em casa, após 30 minutos, febre e dores aumentaram. Procurei outra unidade médica que me internou imediatamente, pois estava com pneumonia[...]

No itinerário terapêutico de **Rafael** aparece: (6) Serviço de saúde.



[...] Meu ultimo caso de doença foi dengue, fiquei mal uma semana fui a pronto socorro, tomei um chá de 1:30h de espera para ser atendido, em menos de cinco minutos o medico me dispensou e pediu exame de sangue que foi perdido 2 vezes, eu fiquei no tratamento somente tomar paracetamol até melhorar. Eu mesmo comprei a medicação. No começo não me sentia melhor não, e quando fico de cama para alguém cuidar de mim se eu der sorte de minha esposa não estar trabalhado, ou ela tem que faltar para cuidar de mim.[...]

Os participantes e seus itinerários terapêuticos citados acima não foram escolhidos aleatoriamente. Buscava-se responder à segunda questão norteadora do estudo: *homens e mulheres constroem itinerários terapêuticos de maneiras diferenciadas?*

Não caberia aqui todo o discurso presente nas narrativas completas, por isso optamos por ‘focar’ os aspectos que apresentam conteúdos que auxiliam na reflexão da questão norteadora, que traz na sua dimensão analítica o grau de ‘autonomia’ para a mobilização de recursos, prevenção de doenças e promoção de saúde dos sujeitos participantes.

Conforme **Quadro 4** – Categorias de *situação de vida* x narrativas dos participantes.

Os atores sociais podem se empoderar no processo de organização da sua rede de apoio social, posicionando-se como sujeitos ativos da ação e passando a refletir sobre o

significado (coletivo) da sua rede de relacionamento mais próxima, que pode ou não oferecer cuidados em saúde. O mecanismo dessa construção reflexiva, que é pessoal, pois tem um *sentido* singular (pessoal), envolve ação, emoção e atividade. Isto é construído na sua Rede de Apoio Social, em um dado momento histórico e na dimensão social em que esse grupo está inserido; portanto, é importante entender o ator social no processo simbólico e arbitrário em que são estabelecidas normas de pertencimento, convivência, reconhecimento e solidariedade, vivendo cotidianamente de laços afetivos ou relações que o unem a uma rede de apoio.

- 1. Rede de Apoio Social/Família:** os 25 atores apresentam uma rede de apoio social e familiar com aspectos positivos, demonstrando sentimentos de solidariedade e dividindo recursos materiais, ajuda física e emocional. A qualidade de “dar e receber apoio”, assim como disponibilidade, em alguns casos não foi percebida pelos participantes por se tratar de uma percepção subjetiva. Alguns apresentam uma rede de apoio social mais extensa, como Larissa, Cristina, Marília e Isabel; outros contam com uma rede mais restrita, como Valéria, Marina, Tereza, Tânia e Pedro. Isso não quer dizer, porém, que essa rede de apoio não cumpra uma de suas funções fundamentais da rede de apoio social, que é o suporte, portanto, a solidariedade. Este dado foi o mais preponderante nos resultados da nossa pesquisa;
- 2. Relacionamento afetivo-sexual:** este dado só foi citado nesses trechos de narrativas para compor um contexto com a rede de apoio social e a compreensão da influência deste na escolha do itinerário terapêutico, isso porque administrar a vida doméstica, os filhos, os cuidados de saúde de todos os membros da família e, às vezes, o sustento financeiro, torna difícil construir uma relação afetiva saudável – como pode ser visto nas narrativas de Marília, Amanda, Isabel e Gisele;
- 3. Cuidados em Saúde:** 25 atores apresentam autocuidado e cuidados em saúde com uma rede de apoio social satisfatória, demonstrando respeito, confiança e um afeto recíproco que só pode ser de fato alcançado a partir de uma verdadeira compreensão sobre o outro, criando ou reforçando dessa forma laços de reciprocidade e acolhimento, já existentes e necessários ao cuidado em saúde;
- 4. Saúde Mental Individual:** este foi um dado que surgiu de forma bastante próxima. Pudemos ver em Valéria, Sandra, Fernanda, Vitória e Tatiana um comprometimento importante, que mobiliza suas redes de apoio social e familiar.

No entanto, todas apresentavam um quadro estável, uma percepção e explicação clara do problema, assim como uma interação positiva com relação à disponibilidade de receber apoio;

- 5. Saúde Mental de Familiar:** cabe contrapor às narrativas de Valéria que o marido (figura masculina) se mobiliza como cuidador de sua *situação de vida*, e de Fernanda que se mobiliza para cuidar do marido. Apesar da contraposição das relações de gênero, ambas têm a mesma função: fornecer conforto emocional, dar assistência e solidariedade.
- 6. Serviço de Saúde:** um fato interessante é que Rafael, Celso e Marcos apresentam percepção e explicação do problema de saúde, conseguindo construir uma demanda pelo Serviço de Saúde, assim como o fazem Fátima e Isabel. Já Daniela e Larissa têm a percepção dos problemas no Serviço de Saúde, mas não a potencialidade para construir uma demanda que mude sua *situação de vida*.

Em vista disso, a autonomia é construída nas relações e interações sociais, mediada pelas *situações de vida* das pessoas implicadas em suas condições de vida. Cabe, porém, ao profissional da saúde a corresponsabilidade de potencializar o protagonismo dos atores que surgem com uma demanda e têm o direito de ser acolhidos.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise da lógica do usuário na busca por atenção à saúde ou cuidados em saúde tem nos possibilitado uma noção ampliada das trajetórias e itinerários por ele empreendido, e que são compreendidos como produção de sentidos. Os dados coletados foram utilizados para responder às hipóteses e/ou questões norteadoras:

1. *Quais as dimensões da rede de apoio social que são utilizadas por homens e mulheres no cuidado e no autocuidado?*

Não apresentaram diferenças significativas. Notamos que os homens e as mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional com poucas diferenças. A divergência está na filiação compondo a rede das mulheres e não a dos homens. Contudo, é preciso cuidado nesse aspecto, pois apesar das diferenças, elas não são significativas. A rede de apoio é composta pela família (duas a quatro membros), por pessoas de contato cotidiano no ambiente profissional e pelos familiares (cônjuges e/ou pais), que são as pessoas de referência afetiva para conversar e oferecer cuidado, quando necessário;

2. *Os homens e as mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos?*

Sim, quanto à qualidade desta rede, mas em relação à estrutura, ela é fraca. Mulheres e homens recebem apoio de sua rede social do tipo instrumental. Os laços afetivos da rede para as mulheres são, em sua maior porcentagem, distantes e sem proximidade, enquanto os homens mantêm tanto laços distantes como próximos e afetivos. A rede de apoio cumpre a função de solidariedade nas situações de doença para homens e mulheres, mas para os homens também promove a autonomia;

3. *Os homens e as mulheres têm e/ou fazem itinerários terapêuticos distintos?*

Sim, os homens e as mulheres fazem itinerários terapêuticos distintos: as mulheres iniciam seu itinerário com busca de serviços de saúde, associadas a automedicação e cuidados caseiros; buscam utilizar os recursos de saúde disponíveis. Os homens inicialmente não fazem nada e/ou tentam entender, explicar o porquê de seu mal-estar, caso não melhorem buscar os serviços e recursos de saúde disponíveis;

4. *Os homens e as mulheres cuidam de si mesmos de maneiras distintas?*

Não, homens e mulheres cuidam de si mesmos de maneira semelhante. O cuidado e autocuidado analisados nas dimensões: como obtém informação de saúde, práticas de consumo de tabaco e álcool, dieta, prática de atividade física e lazer não apresentaram diferenças significativas entre os gêneros. A pequena diferença apresentada está associada ao fato de os homens consumirem uma maior quantidade de álcool e praticarem mais atividade física do que as mulheres;

5. *Os homens e as mulheres cuidam de outras pessoas de maneiras distintas?*

Não, homens e mulheres cuidam de outras pessoas de maneira semelhante, sendo que os homens percebem-se mais como cuidadores de si do que as mulheres.

No presente texto, pretendemos responder ao desafio proposto de discutir os dados coletados. A princípio, o que determinou a maior “variação” de dados foi o local de coleta, ou seja, a Internet, que permitiu o acesso a quase 50% da amostra. A partir desse dado, podemos inferir que esta pode se constituir em uma ferramenta que viabilize a ampliação do universo simbólico dos atores sociais. No entanto, essa ferramenta, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2011 a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios investigou, como tema suplementar, o acesso à Internet e a posse de telefone móvel celular para uso pessoal, objetivando ampliar o conhecimento sobre a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação – TIC no País, não só com vistas à necessidade de construção de indicadores para o atendimento no contexto nacional como também à comparação internacional de estatísticas sobre a sociedade da informação. Para tal, foram considerados em seu planejamento os indicadores-chave das TICs aprovados na Cúpula Mundial da Sociedade da Informação (*World Summit on the Information Society - WSIS*) para o total Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, os perfis dos usuários da Internet, segundo sexo, idade, nível de instrução, rendimento mensal domiciliar *per capita* e ocupação, totalizando 166.987 pessoas, sendo 80.340 homens e 86.646 mulheres com idades entre 10 e 60 anos ou mais²⁷.

Embora alguns estudos apontam os médicos como a principal fonte de informação para usuário e clientes, nosso estudo apontou a TV, revistas e internet como primeira fonte de informação sobre saúde. Ter acesso a incontáveis *sites* nos quais o saber biomédico

²⁷ Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Acesso_a_internet_e_posse_celular/2011/tabelas_pdf/tab1011.pdf>.

hegemônico é questionado por alguns autores, enquanto outros consideram a internet já bastante comprometida com o saber e prática dominante na área da Saúde. Alguns consideram que as comunidades virtuais que reúnem *on line* pessoas acometidas por doenças crônicas, raras ou estigmatizantes, têm um papel fundamental para a reaproximação dos indivíduos, visto que proporcionam uma recuperação de sentidos, oferecendo suporte e retorno às questões humanas do adoecer. Cabe lembrar, entretanto, que algumas comunidades, assim como muitos *sites*, podem ser simplesmente veículos de empresas comerciais, interessadas na divulgação de medicamentos, de novas tecnologias, ou mesmo de valores que levem os usuários a buscar seus produtos. Além disso, os *sites* podem divulgar informações erradas ou contraditórias, e essas informações extraídas na internet podem modificar ou interferir na relação dos atores com sua saúde, pois oferecem uma imensa quantidade de informações, acessíveis a qualquer momento, de forma rápida e atualizada.

Os *sites* sobre saúde disponibilizam conteúdos técnico-científicos, alternativos ou não, que são acessados pelas mais diversas comunidades virtuais e grupos de apoio existentes na grande rede mundial. Entretanto, tais informações ainda não estão disponíveis para todos, ou talvez não ainda, e nem em qualquer lugar. Primeiramente, variam as possibilidades de acesso de cada grupo social à grande rede. No Brasil, em torno de 50% da população nunca fez uso dessa moderna tecnologia de informação, e entre os que já o fizeram muitos não contam com acesso fácil e regular. Ademais, o simples fato de usar a internet não significa que o indivíduo tenha plena capacidade de compreensão das informações encontradas, ou saiba como utilizá-las. Mesmo assim, esta é uma ferramenta que pode ampliar o universo simbólico das pessoas e da comunidade, propiciando um maior controle sobre as questões relativas à saúde e ao ambiente, permitindo cada vez mais um melhor uso de recursos próprios e/ou da comunidade (*empowerment*). (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2003; COTTEN; GUPTA, 2004; ZIEBLAND, 2004; BERGER; WAGNER; BAKER, 2005; GARBIN; PEREIRA NETO; GUILAM, 2008).

De acordo com o presente estudo, o acesso à internet foi marcado pela escolaridade mais alta (ensino médio e superior) de pessoas que trabalham e têm essa ferramenta à sua disposição no ambiente laboral.

Os serviços públicos disponibilizam pouco tempo para ouvir os relatos dos sujeitos e, embora tenham sua produtividade cobrada, o que se percebe é que o problema não se resume

à falta de tempo. É preciso levar em conta que é inerente à racionalidade da biomedicina não se ater ao relato do cliente, muitas vezes considerado “impreciso” e “subjetivo”, mas buscar a doença no organismo, seja pelo exame físico ou por instrumentos técnicos. Esta visão foi também tomada como critério dos nossos participantes na busca do Serviço de Saúde: a situação que ativa a Rede de Apoio Social é, prioritariamente, a doença.

As pessoas valorizam a atenção médica, mas o distanciamento da relação profissional-usuário cria uma barreira cultural para muitos sujeitos e grupos sociais que demandam ser efetivamente tratados e não apenas diagnosticados. As dimensões subjetivas e simbólicas do cuidado, além das emoções, abrem espaços para práticas sociais pautadas em um saber popular, nas convicções e valores pessoais, na religião e na intuição. Valorizar o modo de conhecer por meio da experiência e da sabedoria prática pode contribuir para que o cuidado e as emoções sejam legitimados nas diversas práticas de saúde (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009). Daí a importância de apreendermos a diversidade de itinerários terapêuticos construídos pelos participantes deste estudo.

Os termos fé, religião e espiritualidade são frequentemente utilizados como sinônimos, mas seus significados diferem. Buscando respeitar as diversas doutrinas religiosas e para nos abstermos de tendencionismo, julgamento ou pragmatismo, decidimos que as questões Religião e Espiritualidade seriam agrupadas em ter ou não religião. No entanto, os dados obtidos são insuficientes para hipotetizarmos sobre o papel da religião nos cuidados de saúde e na construção de itinerários de cuidado. Poucas pessoas fazem referência a esses temas; entre elas, citamos alguns exemplos que fizeram parte das narrativas dos sujeitos de pesquisa e que nos apontam a necessidade de novos estudos:

Daniela: [...] *A gente crê em Deus, primeiramente. Só que Deus deu a inteligência pro homem pra, no caso, estudar a medicina. Daí, primeiramente a gente tem o corpo físico, não é? Se a gente tem uma dor, vamos procurar realmente, pra fazer os exames e tudo. Mas a gente crê que Deus é poderoso pra Ele curar. É nisso que a gente crê, mas primeiramente, nós põe na mão de Deus, fala assim: **Ó, nós crê que Tu cura.** Só que a gente tem que fazer os exames, tá procurando os médicos pra... Por isso, que existe os médicos da terra, só que Deus é o médico dos médicos. Mas a gente vai procurar sim. Meu marido já foi curado de infecção na urina. Foi curado de pneumonia. Então assim, Deus cura. Porque pelos médicos, o sangue dele já tava coagulado, o catarro dele já tava ficando já... achavam que era tuberculose. A gente coloca na mão de Deus. Aí ele chegou em casa e falou: **não quero ficar tomando esses remédios, tudo. E Deus curou.** cremos que Deus é verdadeiro pra curar. Mas então, ele foi pro médico pra se tratar, não é? [...]*

Fátima: [...] *Porque quando eu tive meu primeiro filho...Eu com medo de ir, que eu pensava que era aquela dor...Fui enrolando, enrolando, e eu não tinha dor pra ter nenê. Então, meu filho chegou a quase 10 meses. Passou do tempo de nascer, cagou na minha barriga. Aí eu sofri! Aí me arrancaram ele á ferro, fórceps, não é? Então, ele passou a hora de nascer, cagou na minha barriga, ficou internado, teve convulsão, quase morreu. Meu próprio médico falou que ele ía morrer. Aí, meu irmão que também acredita em Deus, falou assim: Não vai acontecer nada, vou procurar mamãe, vou falar pros seus irmãos orar. Aí minha mãe foi lá, pediu pros irmãos orar, ungiu uma fraldinha dele, e daí trouxe pra mim; eu peguei, fiz uma oração, eu e Deus, e falei com Deus: Deus, se o Senhor restaurar a saúde do meu filho, não deixa meu filho morrer, etc... que eu vou seguir teu caminho direitinho. Aí foi um milagre, da noite pro dia, Deus tirou o meu filho da incubadora, de onde que ele tava cheio de aparelhinho, coisa assim, e foi pro berçário. Aí, quer dizer, já fora de perigo. Pra mim, isso daí, **foi um milagre**. Uma experiência que eu tive com Deus, na minha própria vida com meu filho. E hoje em dia, olha, ele teve convulsão, ele tomou gardenal e eu também falei com Deus: Deus, **eu também** vou tirar esse gardenal. Pela médica, não. Não tirava, mas eu e Deus, **eu tirei**; porque eu tinha aquela confiança que **Deus curou e curou**.*

Tereza: [...] *Ah, teve uma vez, que eu tava na igreja e minha filha teve uma febre muito forte, e aí as meninas oraram nela, depois eu fiquei conversando. Quando eu cheguei em casa, ela não tava mais com febre. **Não precisei nem levar ela no médico, nem nada**. No outro dia, ela acordou melhor e tudo.[...]*

Entre as muitas transformações sociais ocorridas nos últimos tempos, especialmente aquelas relativas à redução da fecundidade e ao aumento da esperança de vida, destacam-se a maior autonomia e empoderamento da mulher, com a redução das desigualdades de gênero. As pesquisas apontam mudanças no tamanho e composição das famílias contemporâneas, com apenas uma criança ou casais de dupla renda e sem filhos, ou em arranjos unipessoais. Esta é uma realidade que vêm crescendo nas regiões Sul e Sudeste do país e que estão diretamente relacionadas ao estilo de vida, renda, consumo, estrutura familiar etc. (CARVALHO; ALVES, 2012). Tais pesquisas conversam com nossos achados quando analisamos o tamanho da rede de apoio e sua estrutura fraca, com poucos laços afetivos.

De acordo com Cirino e Lima (2012), a quantidade crescente de mulheres chefes de família é geralmente atribuído à responsabilidade pelo sustento do domicílio e à elevação da escolaridade feminina, fazendo com que as mulheres passem a ter acesso a melhores oportunidades de emprego e renda e que possam voltar ao mercado de trabalho ante a presença de um número menor de filhos no domicílio. Esta situação, apontada por Cirino e Lima, não se verificou entre as mulheres participantes deste estudo, as quais trabalham por

necessidade financeira e sem possibilidade de escolha do emprego e renda (a maioria não conta com a renda de um parceiro e exerce funções de pouca qualificação: doméstica, faxineira, manicure, entre outras).

A *naturalização* como forma de controle social, com base na reprodução biológica, aprofunda as desigualdades sociais e de gênero, mantendo-se ao longo do tempo e perpetuando assim a representação de gravidez e maternidade como algo inerente à *natureza* e identidade femininas, com a sua plena realização como sujeito, o que ainda contribui para a manutenção da assimetria de gêneros. Feminino e materno são conceitos diferentes e entrelaçados entre si que acabam por confundir-se como se fossem uma e a mesma coisa, isso porque a identidade/ capacidade materna é considerada não como uma possibilidade do feminino, mas como o próprio feminino. Já a paternidade tem um dos seus esteios no exemplo de trabalhador e de provedor financeiro da família; em outras palavras, sustentar e educar os filhos são responsabilidades consideradas masculinas, o que coloca o trabalho remunerado dos homens como referência fundamental nas concepções sobre paternidade e masculinidade. Assim, ser pai não é apenas ser pai biológico, mas ser capaz de sustentar os filhos física e emocionalmente (MATOS; LEAL; RIBEIRO, 2000; ROMANELLI, 2003; BORGES, 2005; COSTA *et al.*, 2006; BORNHOLDT; WAGNER; STAUDT, 2007). As duas vivências – do feminino como cuidadora e do masculino como provedor – transpareceram com frequência nos itinerários narrados: a mulher leva o filho e/ou o marido à USF, e o homem só desempenha essas funções quando ela está impossibilitada de cumpri-las por motivo de saúde; do mesmo modo, os homens justificam a baixa frequência aos equipamentos de saúde e/ou os poucos cuidados com a prole por *precisarem trabalhar para sustentar a família*.

De um modo geral as pesquisas revelam que as mulheres mantêm com as instituições formais de saúde uma maior aproximação que se destaca pela sua utilização no período gravídico-puerperal, além de serem elas, na maior parte das vezes, as responsáveis pelo cuidado de crianças e idosos – os extremos da cadeia de faixa etária e os que mais se utilizam dos serviços de saúde. Embora, pelos fatores já expostos, a mulher se torne mais predisposta à utilização desses serviços, seus itinerários terapêuticos e cuidados em saúde são construídos em um campo de possibilidades socioculturais marcadas por projetos distintos, por vezes até contraditórios: Tereza, Geovana, Vitória e Beatriz.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁸, as mulheres já constituem mais de 50% da população brasileira. Ser mulher, antes sinônimo de mãe em tempo integral e dona de casa, com uma vida dedicada à família, já não é mais a regra predominante; hoje, inserida nos espaços públicos, a mulher tem mais oportunidades de realização pessoal, o que implica também maiores responsabilidades. Muitas mulheres consideram importante a inserção no mercado de trabalho, a independência econômica, a possibilidade de tomar decisões e agir livremente, dissociando, pois, sua identidade de gênero da ideia de maternidade. Se bem que as condições sócio-históricas que delegaram as funções de cuidado à mulher por vezes ainda impõem limites ou impossibilidades para sua inserção e/ou permanência no mercado de trabalho (BENITES; BARBARINI, 2009). Apesar de as pesquisas apontarem que essas possibilidades só estão disponíveis para determinada camada social e grupo de mulheres, não se trata de fenômeno geral, como parece, pois isso não se verificou entre as mulheres participantes deste estudo, que trabalham por necessidade financeira, sem possibilidade de escolha do emprego e renda.

Isso também confirma que os fatores que influenciam a decisão da mulher de entrar ou permanecer no mercado de trabalho não dependem somente de uma demanda externa e das suas qualificações para atendê-lo, mas primeiramente da complexa articulação das suas características pessoais e familiares, tais como: a posição na família, a necessidade de prover ou complementar o sustento do lar, e também a estrutura e o ciclo de vida familiar. Quanto à divisão do trabalho doméstico, as pesquisas mostram que as mulheres são as principais responsáveis pelas tarefas do lar por serem estas características do feminino, assim como a responsabilidade pela criação dos filhos (BENITES; BARBARINI, 2009).

Gisele: [...] *É eu, eles, menos esse pequeno, ele mora com o pai, e minha vó. Os 4 são do primeiro marido e esse último é do segundo. Juntando tudo? R\$ 1.000,00. É, mora com o pai, é. Mora perto da minha casa. Porque a minha situação. Eu fiquei sozinha. Pra ajudar. Preferi deixar com ele. O pai deles não liga pra eles, o pai dos outros. Ignorante, mas fiz pagar pensão.[...]*

Silvia: [...] *É eu, meu filho e um tio meu, de 81 anos. Tô separada tem 5 anos. A minha avó faleceu, eu vim morar com ele pra poder ajudar ele e me ajudar ao mesmo tempo, que eu saio do aluguel. Eu vendo bolo também.[...]*

²⁸ Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_11.pdf>.

Daniela: [...] *Eu e meus 4 filhos, que o pai deles me largou. Trabalho em casa de família. O pai dos meus filhos me dá pensão de R\$ 400,00. [...]*

Geovana: [...] *Eu moro em cima deles. Onde mora todo mundo. A avó dele mora no 1º, no 2º mora ele, a esposa dele e o irmão dele, no 3º mora eu com meus três filhos. Ele ia começar a dar dinheiro agora, a partir do dia 25. Eu me viro, sou Multiuso. Bombril. Trabalho em buffet, festas, faxina, o que aparecer. Quando alguém pode olhar meus filhos.[...]*

Dados de inquéritos nacionais sobre saúde estimam que 25% dos adultos relatam pelo menos um problema de natureza social, ocupacional, familiar, legal ou física relacionado ao uso de substâncias psicoativas, e que entre 9% e 12% de toda a população adulta do país apresenta dependência de álcool. Há indicadores desfavoráveis em relação aos fatores de risco, como o sedentarismo no lazer e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Verifica-se também um aumento de 8% na prevalência de hipertensão e de 19% na de diabetes, que se deve à epidemia da obesidade, um forte fator de risco não só para diabetes e hipertensão como também para muitas outras doenças crônicas. No campo da formulação da política de saúde do homem, estes dados igualmente têm servido como referência para o desenvolvimento de ações estratégicas; todavia, observa-se no documento legal uma postura pouco crítica dos dados demográficos e epidemiológicos. Tal fato potencializa, de um lado, uma leitura “vitimaria” dos homens e, de outro lado, forja um sujeito (homem) que necessita de privilégios ou atenção especial (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Esses achados não são coerentes com os dos sujeitos pesquisados, que se aglutinam em torno do fato de: serem adultos, homens, com consumo controlado de álcool, não fazerem dieta, praticarem atividade física e terem ações de prevenção de doenças. Por isso, não concordamos com a literatura que aponta a existência de um modelo masculino desfavorável à manutenção da saúde dos homens, e ressaltamos a relevância sobre a investigação acerca da influência do gênero sobre os comportamentos relacionados à prevenção de doenças e falta de cuidados com a saúde.

As pesquisas revelam um padrão hegemônico de masculinidade, que influencia o pouco envolvimento de seus membros com os cuidados em saúde, embora este dado não tenha sido detectado em nossa pesquisa. Como primeira opção de itinerário terapêutico, os homens fazem a busca pelo equipamento de saúde, informam-se sobre cuidados em saúde, falam sobre esses cuidados e têm hábitos de saúde. Já o itinerário terapêutico das mulheres

tem também como primeira opção a busca pelo equipamento de saúde, mas inclui o oferecimento de cuidado de saúde e filiação. Em vista disso, parece-nos que as mulheres estão mais próximas do modelo hegemônico da maternidade do que os homens estão da masculinidade hegemônica.

A realidade de conciliação entre vida familiar e trabalho, dos precários rendimentos, de pais ausentes, de formas desiguais de responsabilidade familiar, entre outras causas sociais, tem possibilitado alterações na dinâmica das famílias. Isso nos remete ao fato de que a família deve ser pensada no plural; se a família se altera, o que se mantém é o seu lugar social. Tida como mediadora da relação indivíduo-sociedade, assume ainda o papel do encontro de gerações. Este “encontro” é também um desencontro. Se tomarmos a família como espaço de ambiguidades e contradições, perceberemos que ela não é só o ninho, mas também o nó. Locus de pertencimento e de visíveis fronteiras, aí está, configurada e (re)configurada. O fato é que, movidos por questões afetivas e socioeconômicas, os sujeitos se aproximam e desenham um modo de viver e atender às suas necessidades. Nesse sentido, a família é uma forma de organização social bem sucedida (AZEREDO, 2010).

Geovana: [...] às vezes, um fala mal do outro, mas sempre que precisa... Uma briga, mas sempre que precisa... Minha mãe mora em Cubatão e a minha família mora em São Vicente, então quer dizer, a minha avó, criou todo mundo, sozinha, além de criar neto, criou filho e neto. Minha avó morreu foi, no ano passado. Então, a minha mãe, a mesma coisa, meu padrasto também foi embora, largou minha mãe, minha mãe criou os três filhos sozinha. Quando eu não tenho condições de comprar nada, quando ele (ex marido) foi embora, no começo, eu vou pra minha mãe, comprar as coisas, aí eu vou no mercado, ela me traz carrinho de mistura, ou eu vou trabalhar. Então, quer dizer, a família é a base de tudo. Onde começa tudo.[...]

Fátima: [...]Família é tudo. Acho que família é a base de tudo. No entanto, assim, minha mãe mora na casa da frente e eu mal vou. Eu não vou quase, na casa da minha mãe na frente, eu falo com ela assim, mais ou menos, mas eu não me meto na família deles, dela lá, nem quase vou dentro da casa, porque a gente tem um pensamento totalmente diferente, eu penso de um jeito, elas pensam de outro, a conversa é tudo diferente.

É exatamente por meio desse processo que os participantes desta pesquisa, ao mesmo tempo que afirmam que *família é tudo*, também apontam suas fragilidades e muitas vezes a ausência de alguém que cuide deles quando necessitem. As relações afetivas são vivenciadas de maneira contraditória, ora como próximas, ora como distantes e sem afeto. Ao se referirem aos filhos e aos membros masculinos da família, as mulheres sempre nunca se lembram de

citá-los como fonte de afeto, mas só de preocupação para o seu sustento (gasto financeiro), como é o caso dos itinerários de Pedro e Marcos.

Do ponto de vista econômico-social, a desigualdade não pode ser pensada enquanto um conceito em si; ela só tem sentido se estabelecidas as relações históricas e inter-relacionadas entre os papéis sociais e as estratificações que colocam os sujeitos em posições favoráveis ou desfavoráveis em termos de lugar social. Na definição desses lugares materiais e simbólicos, a desigualdade interage com diversos elementos correlacionados, como é o caso da relação entre desigualdade e pobreza, cuidado/ autocuidado – promoção de saúde, falta de cuidado/ autocuidado – e prevenção de doenças. Se partirmos do pressuposto de que “proteção social é uma ação que gera situações de dependência”, chegaremos à conclusão de que a dependência gera insegurança e vice-versa. Isso aponta para o fato de que o objeto da proteção social se estabelece na relação segurança e insegurança, e é neste sentido que proteção social e política social vinculam-se à necessidade de segurança individual e familiar. Pensar proteção é associar a dimensão do cuidado com o “outro”. Mas quem cuida do “outro”? É aquele que desenvolve o senso de solidariedade em direção a uma causa, grupo ou indivíduo dentro de fronteiras de uma ambivalência mais próxima à nossa existência (física e mental) cotidiana. E é a partir de referências próximas ao nosso cotidiano que as redes de solidariedade são tecidas no cruzamento indissociável das esferas públicas e privadas, que alguns autores chamam de Rede de Apoio Social (AZEREDO, 2010). Isso explicaria o relato dos participantes de que a função da sua rede de apoio é a solidariedade nos cuidados em saúde.

Quanto mais a visão de si mesmo estiver marcada por experiências de apoio, de troca e de validação, mais a pessoa tenderá a se abrir para a rede, isto é, para as pessoas que lhe são significativas. E quanto mais positiva e fortalecida for essa visão de si mesma, maior facilidade terá essa pessoa de estabelecer relações ricas e nutrientes dentro da rede, sem que isso necessariamente limite suas escolhas. Esse movimento sugere um círculo positivo de estímulos, que, se por algum motivo for quebrado (devido a uma decepção ou dificuldade), tenderá a ser retomado com maior ou com menor facilidade, dentro da mesma rede de relações ou através de uma nova rede, de acordo com diversos aspectos, inclusive e principalmente o histórico de relações anteriores, a confiança nas pessoas e a visão de si mesma. A autoimagem e a autoestima existentes quando o problema ocorre são aspectos fundamentais, que possibilitam maior ou menor capacidade de pedir ajuda e de expor suas

dificuldades. Se aquela pessoa acredita ser competente em outros aspectos de sua vida, se teve bons relacionamentos e bons exemplos de apoio da rede, isso favorecerá sua maior abertura e afirmação em relação à rede (FEIJÓ, 2006, p. 252). Este aspecto pode ser exemplificado com o itinerário de Fátima, Tereza e Daniela.

No espaço da casa e entre paredes, as mulheres ainda ocupam espaços desiguais. Se nas últimas décadas conquistaram o espaço público, este fez aumentar sua responsabilidade, ao terem que conciliá-lo com o espaço privado. Os processos que possibilitaram a saída das mulheres para o trabalho não motivaram a revisão das funções do cuidado familiar no que diz respeito à divisão das tarefas domésticas: a dupla jornada de trabalho é muito mais comum entre as mulheres do que entre os homens. Este é sem dúvida um dos eixos que estruturam a desigualdade de gênero. Além de serem mães e, sobretudo, chefes de família, auferindo ganhos provenientes do trabalho para além do espaço doméstico, são também responsáveis pelas redes de parentesco e de vizinhança por conta da *naturalização* da relação mulher-cuidado, ao passo que os homens, posicionando-se mais distantes dessas redes, desenvolvem laços em estruturas de oportunidades mais amplas como as redes de trabalho e de lazer, sobretudo nos espaços dos bares (BILAC, 2006, p. 62). Em um agrupamento sobre as semelhanças entre os participantes, notamos um grupo no qual quem contribui com a renda da família é somente uma pessoa; como o predomínio desse *cluster* é de mulheres, isso nos leva a pensar que elas são as cuidadoras e provedoras do lar, pactuando com o que as pesquisas revelam sobre as várias funções acumuladas pela mulher.

A literatura registra diversos modos de olhar para a doença, diversas interpretações sobre o sentir-se doente e sobre o uso de recursos terapêuticos. A tendência é sempre a de buscar uma lógica explicativa e racional, por isso a busca constante pela construção de modelos teóricos que possam colocar esse conjunto (não necessariamente um plano) de ações. A maior parte dessas abordagens sugere que o sujeito, ao identificar uma doença, opta por este ou aquele recurso terapêutico, e o faz de forma racionalizada, calculada, sustentado por diversas concepções e influências. A experiência da enfermidade, como também as ações a ela relacionadas, tem caráter intersubjetivo, integrando interpretações subjetivas dos indivíduos aos processos de interação social permeados por certos padrões culturais. A definição de doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo lhe confere. Estima-se que somente 10 a 30% dos sintomas percebidos recebem atenção médica, o que é motivo de grande preocupação por

parte dos setores de Saúde, pelo risco que a falta de atenção médica representa para a vida, além de se constituir em fato muito explorado pela indústria de medicamentos – o que nos leva a questionar como se processa todo o conjunto de cuidados dos sintomas percebidos. Entre as respostas pontuais, ouve-se: “doença leve pode ser tratada em casa, doença grave é que precisa de médico”. Quando se trata de doenças autolimitadas, estas são resolvidas sem atendimento médico, ou simplesmente pelo Serviço de Saúde, caso exista. Estas formas de descrever os itinerários terapêuticos são, com certeza, demasiadamente reduzidas e estão distantes até mesmo das expectativas que os profissionais da área da Saúde e das Ciências sociais têm sobre a compreensão do uso que a população faz dos recursos terapêuticos (ALVES; RABELO, 1999; LEITE; VASCONCELLOS, 2006; HELMAN, 2009, p.104). No entanto, este é o processo da maioria dos itinerários construídos pelos participantes deste estudo.

Loyola (2003a) apontou as separações entre doenças espirituais e materiais, entre doenças do cotidiano, graves e desconhecidas e, finalmente, entre doenças relacionadas a força ou fraqueza e aquelas associadas a equilíbrio ou desequilíbrio – cada uma destas classificações em conformidade com condições distintas de tratamento. De acordo com Pereira (2010), as pessoas atribuem diferentes causas às doenças, após avaliarem os resultados obtidos por seus itinerários terapêuticos. A partir dessas experiências passam a compreender o que se passa com elas e a consequência de seus atos para com suas condições atuais. Além de se perceberem doentes, identificam as doenças, julgam suas causas, reconhecem suas características mais importantes, suas relações com múltiplos outros fatores e calculam os efeitos produzidos por intervenções igualmente variadas – enfim, ordenam e classificam suas doenças em quadros eminentemente simbólicos, mas com reverberações práticas. Em outras palavras, suas elaborações simbólicas e ações práticas não dizem respeito especialmente aos processos de saúde/ doença em sentido estrito, mas aos mecanismos que possibilitam relações de maior sucesso com os conhecimentos sobre saúde e doença que adquiriram em suas *situações de vida* e nos serviços de saúde que frequentam. Nesta pesquisa, algumas mulheres obtiveram esse conhecimento por meio das informações dentro das Unidades de Saúde, enquanto os homens e algumas mulheres o conseguiram em TV, livros e revistas.

Estudos mostram que a percepção sobre a saúde e a vivência da doença envolve uma explicação pessoal, fortemente influenciada pela cultura, e que esta percepção influencia as escolhas de tratamento e o itinerário percorrido na busca de cuidados. Em alguns casos as

peças parecem conhecer os cuidados em saúde, ou seja, a prevenção, mas não conseguem modificar o comportamento antes que a doença se instale. O itinerário revela o que poderia ser denominado como uma “linha de cuidado invertida”, uma vez que os cuidados preventivos, que deveriam expressar a integralidade e a continuidade da atenção, começam no final, ou seja, quando a doença já está instalada de forma severa. Por exemplo:

Eduardo: [...] Foi depois daquele baque, há 10 anos atrás, tive aquele problema de cachaça a noite, que ia atacando o fígado. Ah, aquela foi demais. Aí já era. Aquilo me serviu de lição. Aquilo era já quase inflamação no baço. É ruim. Aí o médico me passou uns remédios e tal. Fiquei 20 dias em casa. Mudei tudo na minha vida. Vou me matar de graça, sem necessidade? Mudei completamente. Eu só vivia na gandaia. A gente vai sabendo das coisas e não ta nem aí, não ta nem aí. Aí tu sente uma dorzinha, sai... vai dar um volta, toma mais uma, aí pára, chega dorme, aí no outro dia ta arreventado.[...]

Os itinerários terapêuticos e as experiências de adoecimento, bem como as motivações práticas e contextuais que levam as pessoas a agir deste ou daquele modo ao sentirem o mal-estar, mostraram que a maioria não faz nada, na expectativa de qualificar a doença, de ter um significado reconhecido e que fizesse sentido. Após se caracterizarem como doentes, buscaram o Serviço de Saúde e, a partir daí, engajaram suas ações nos direcionamentos médicos e seus tratamentos. De um modo geral, os atores dispostos em cada cenário mapearam o território e as ações possíveis, e se recordam de que em cada momento somente fizeram o que acharam que deveria ser feito. Em suas experiências, o mais adequado não era refletir intelectualmente sobre saúde ou doença, mas buscar tratamento.

A condição de enfermidade coloca as pessoas diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a sua relação com o trabalho, com os familiares, amigos e parceiros. O indivíduo reduz as iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, fazendo com que aqueles com quem se relacionava na rede também diminuam a sua interação. Isso porque as relações sociais têm por base uma troca, de ajuda mútua, potencializada quando uma rede social é forte e integrada. Ao nos referirmos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar, auxiliar e ajudar. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima da pessoa doente, o que contribui para a manutenção da saúde.

O apoio instrumental/ material foi o tipo de apoio mais visível, melhor observado e também o mais relatado pelos participantes. A família foi lembrada como importante na prestação de apoio emocional e informativo: “*família é tudo*”. Não no sentido de que outras pessoas não sejam importantes, mas para ressaltar o papel familiar na condução do cuidado. A forma de ajuda prática no cuidar se manifesta em função dos laços de proximidade, porém o maior comprometimento de cuidado é a solidariedade. O auxílio recebido para o cuidado advém também de pessoas que não possuem consanguinidade, seja na prestação dos cuidados diretos, seja pelo apoio emocional.

O apoio social consiste nos recursos relacionais de que uma pessoa dispõe para enfrentar diferentes situações na vida. Este conceito se sustenta no número de pessoas com as quais o sujeito se relaciona, na estrutura e qualidade dessas relações, nas ações concretas executadas e na percepção que a pessoa mantém sobre todos esses aspectos, além da ideia de segurança e do compromisso nas relações. Sendo assim, é necessário estabelecer uma diferenciação entre a perspectiva qualitativa (funcional) e a perspectiva quantitativa (estrutural) do termo. A perspectiva quantitativa enfatiza a natureza estrutural da rede de relações (família, amigos, comunidade) e mede o número de pessoas de que o indivíduo dispõe quando necessita. A perspectiva qualitativa diz respeito aos reflexos e ao significado dessas relações, e das diferentes funções do apoio social percebidos pelo sujeito. Seu conceito central apresenta três aspectos: apoio emocional (ao sentimento de autoestima), apoio socioemocional, (afeto, compreensão e aceitação por parte dos outros) e apoio instrumental (informações, auxílio econômico, ajuda e conselhos). Assim, fica evidente que o apoio social tem a função de amenizar o impacto dos acontecimentos que afetam de forma negativa a saúde de quem os sofre (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Em nossos achados a estrutura da rede de apoio social dos homens e das mulheres revela-se fraca: para as mulheres, com laços afetivos distantes, e para os homens, com laços próximos e distantes. Isso demonstra que a rede proporciona segurança, mas pode ser frágil em relação aos aspectos relacionais mais íntimos. Ademais, a rede de apoio social cumpre a sua função, que é de solidariedade, mas devemos ter em mente que ela também dá aos homens um certo grau de autonomia.

Em sua vida cotidiana, o usuário está sempre reinventando seus itinerários terapêuticos a partir de suas redes de inserção, que são sociais e simbólicas. Isto quer dizer

que 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 a criação dos 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, sobre a doença e sobre a saúde. É importante compreender que as redes sociais aparecem como redes de significação antes mesmo de surgirem como meios de articulação de atores e as instituições sociais. Ou seja, cabe considerar que as redes sociais se formam em diversos níveis de interatividade e de reciprocidade, como as dimensões intersubjetivas das práticas humanas dentro da família, estimulando a autonomia da pessoa (MARTINS, 2009, p. 56).

Essas trocas são feitas nos diversos espaços que fazem parte da situação de vida dos atores sociais, os quais, em situação de mal-estar, buscam cuidados nos equipamentos de Saúde. A necessidade de saúde da pessoa é a demanda, que pode esconder diversas urgências como a busca de soluções para melhorar as precárias condições de vida, situações familiares, de trabalho, comunitárias, entre outras. A demanda é o motivo para obter acesso e se beneficiar com o atendimento. O acesso é a busca ao atendimento de Saúde e se refere principalmente à localização geográfica e à distribuição dos serviços. No entanto, não caberia neste trabalho discutir todo esse processo que adentra os Serviços de Saúde. A relação de oferta e demanda, entendida como uma relação dialética, muitas vezes não é considerada apesar de ambas derivarem da ação entre os sujeitos. E é a ação dos atores sociais que promove a autonomia, como transparece nos discursos masculinos.

Ao utilizarmos o conceito de território na saúde, devemos estar atentos para o fato de que o “território” em si mesmo não constitui uma categoria de análise como tema das Ciências Sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado. Ou seja, não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área; é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridam limites impostos por atores determinados. Assim, ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional do setor Saúde, mais do que reconhecer a delimitação funcional dos territórios, é preciso perceber neles uma instância de poder, do qual participam as populações a eles adscritas. Só assim esse poder será legítimo. Para tanto, é preciso conhecer o território, sua população e os processos que aí se desenvolvem (território usado), bem como reconhecer as múltiplas territorialidades existentes (GONDIM *et al.*, 2008, p. 238). Isto pode ser exemplificado pelos itinerários de Daniela,

Fátima e da mãe de Tânia, que não pertencem “oficialmente” ao território de determinada USF, mas conseguem *dar um jeito* de serem atendidas onde desejam.

Quanto aos cuidados de saúde, não houve predomínio de práticas preventivas feitas pelas mulheres ou pelos homens, o que contraria as clássicas referências *naturalizadas* de relações de gênero de que as mulheres se cuidam mais que os homens e/ou que estes se cuidam pouco. Queremos aqui salientar que, por meio da revisão bibliográfica, percebemos que as pesquisas sobre os homens geralmente são bem atuais, porém devemos tentar diferenciar que as coletas de dados ou são feitas em Unidades de Saúde ou fazem referência a uma situação de doença já instalada. Este é o grande diferencial da nossa pesquisa, pois no momento da coleta de dados os homens e as mulheres se encontravam em pleno estado de saúde; a isso creditamos a diferença apresentada nestes dados.

Entretanto, identificamo-nos com os dados apontados pela revisão bibliográfica quanto ao fato de que os homens não têm o hábito de frequentar especificamente esse equipamento de Saúde. No período de coleta dos dados, por conta do horário preconizado pelos órgãos competentes, em caso emergencial restavam apenas as Unidades Básicas de Saúde, que os sujeitos chamam de Pronto Socorro, o que poderia ser uma justificativa para a automedicação. Também é preciso considerar que os Serviços de Saúde, na maioria das vezes, têm horários de funcionamento que não atendem às demandas tanto masculinas quanto femininas por coincidirem com horário de trabalho, atraso devido a condução pública e/ou trânsito, horário de levar/ buscar filhos na creche/ escola (avós/ cuidadores) e até intercorrências inesperadas. Acresça-se a isso a demora do atendimento, que faz com que homens e mulheres (que atualmente fazem parte do mercado de trabalho tanto quanto os homens, por necessidade ou não) percam seu dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em um único atendimento e nem mesmo em um só equipamento de Saúde.

O paradigma biomédico acentua o sentido de fragilidade da pessoa doente, entendendo como natural que todos que buscam o Sistema de Saúde estão doentes, e que todos precisam ser *pacientes* e esperar independentemente das condições concretas de existência da pessoa. Assim, a formação e a prática dos profissionais da área da Saúde são norteadas pelos parâmetros de comportamentos esperados, diagnosticando-se processos de adoecimento *naturalizantes*, universais e patológicos por conceberem a pessoa em situação de *doença* como desqualificada para exercer seu pleno exercício de cidadão. Posicionamentos

diferenciados são encontrados, mas ainda de forma incipiente, para romper com o modelo hegemônico (FONSECA; OZELLA, 2012).

Desse modo, a pessoa que busca um Serviço de Saúde, que faz seu Itinerário Terapêutico porque está com algum mal-estar, é compreendida como um momento de um processo e, como tal, em construção. Este olhar pode distinguir-se de outros olhares, da mesma pessoa, em momentos diferentes de vida, como também dos de quaisquer outras pessoas que façam parte da sua Rede de Apoio Social.

Tendo como pressuposto que qualquer concepção ou *sentido* não estão apartados de um contexto histórico, mas se produzem na relação entre os homens, mediados pelas condições objetivas de vida desses, pela sua história e simbolização, procuramos captar os *sentidos* construídos pelos participantes da pesquisa em seu processo significado de itinerário de busca de cuidado, apoiado por sua rede social.

Entendida como uma relação construída, ou seja, *não natural* e universal, mas produto de sua história de vida, enquanto sujeito pertencente a um grupo social, a uma cultura, da qual recebe influência e sobre a qual age dialeticamente, pois cada sujeito o vivenciará de uma maneira, dependendo de suas interações sociais, do desenvolvimento de seus interesses, de suas necessidades e da *significação* vivenciada. Possibilitando que cada um seja sujeito de sua própria história, capaz de fazer suas escolhas dentro de suas possibilidades objetivas e subjetivas, desenvolvendo uma autoconsciência e autonomia diante do contexto. Essa compreensão não nega as mudanças somáticas, mas as entende também como significadas histórica e socialmente (FONSECA; OZELLA, 2012).

Por conseguinte, o sentido da enfermidade é pessoal, se ela é grave e necessita de cuidado, é o sujeito quem constrói um itinerário de busca para saná-lo. Mas se essa enfermidade não for significada pela rede de apoio social, o sujeito não será cuidado por sua rede. A utilização do recurso terapêutico é definida a partir da causa reconhecida para a gravidade da doença. Isto quer dizer que o motivo será definido como algo simples ou grave a partir da subjetividade individual e social instituída pela Rede de Apoio Social em que o participante vive e que tem reconhecida uma história de valores culturais trazidos pela comunidade. Na solução de problemas de saúde, aparentemente leves e comuns, a solução prática da automedicação e a adoção de cuidados tradicionais como chás caseiros e repouso

foi o Itinerário Terapêutico mais preponderante entre os participantes. Nos episódios considerados graves o Itinerário Terapêutico para si ou para os filhos foi dirigir-se ao Serviço de Saúde. O aspecto que nos chama atenção é o seguinte: se for uma “doença benigna” – *como gripe, então posso medicar, dou uma medicação que já conheço que tenho em casa, que já usei. Senão eu vou ao médico*; se for considerada uma “doença grave”, se tiver um sintoma que persista por um tempo maior – por exemplo, febre –, aí se busca o Serviço de Saúde. Ou se for dor. Mas então é preciso pensar na individualidade, porque existe o grau de sensibilidade ou de resistência à dor (“grau de limiar de dor”). Alguns participantes apresentaram discursos como este: “nunca fiquei doente, só uma vez que eu tive Dengue, mas doença, eu nunca tive”.

Produzir nas pessoas as práticas de autocuidado é saber transferir conhecimento e atuar sobre sua subjetividade, para que elas operem suas relações com as outras pessoas, praticando hábitos e cuidados consigo mesmas que evitem o agravo e produzam coeficientes de saúde. Isto significa que é necessário atuar sobre sua subjetividade, para que elas tenham potencialidade, estimulando a demanda natural do autocuidado fundamentada no agir cotidiano e respeitando suas singularidades (agentes de ação – *práxis*) (FRANCO e MERHY, 2010, p. 193).

O que nos faz questionar: o que os participantes consideram como *saúde*? Observou-se que para a maioria, tanto homens quanto mulheres, prevaleceu a ideia de que ser saudável está relacionado à ausência de sintomas e doenças e à percepção de bem-estar, visto que o questionamento era sobre “sensação de mal-estar”. A concepção de saúde foi identificada como algo relacionado com uma vida ativa e saudável (força física). Os participantes relataram que o mal-estar só é lembrado nos momentos de fadiga, esforço ou cansaço, quando as pessoas percebem alguma alteração em seu estado de saúde – por exemplo, na diminuição da capacidade funcional, da autonomia, da independência e da impossibilidade de manter relações sociais.

Para esse sentido concorrem aspectos individuais, representações socioculturais referentes à doença e aos sistemas de cuidado, condições socioeconômicas e estruturais relacionadas à facilidade ou não do acesso aos equipamentos de Saúde. Cada escolha é realizada em função das *situações de vida* e das explicações culturalmente aceitas pela Rede de Apoio Social na qual a pessoa está inserida, porque não existe um modelo único de

Itinerário Terapêutico, e as estratégias em busca de cuidado são diversas. Cada alternativa tem vantagens e desvantagens, e é escolhida em função das disponibilidades circunstanciais e das experiências individuais e coletivas. Os discursos e ações em relação a elas são situacionais e encontram-se impregnados de interesses, hesitações, incongruências, estratégias e conflitos. Ou seja, os Itinerários Terapêuticos são resultado de um processo e só podem ser compreendidos na interação com sua Rede de Apoio Social.

Os comportamentos e opiniões de indivíduos dependem em grande parte das estruturas nas quais estão inseridos e do sistema de valores e normas veiculados pelo meio social. Os participantes da pesquisa se referiram à necessidade dos equipamentos de Saúde Pública possuírem uma maior diversidade de profissionais não médicos, como psicólogos e assistentes sociais, visto que estes eram os profissionais que poderiam ajudar nos problemas mais “urgentes”, que inclusive surgiram de forma bem clara nas narrativas, uma vez que o atendimento requer uma ampliação do diálogo entre o sistema profissional e as pessoas que frequentam as Unidades de Saúde intrinsecamente ligadas à sua Rede de Apoio Social.

Com relação à satisfação com os serviços e com a qualidade da assistência recebida, a maioria dos usuários sente-se satisfeita com a atenção profissional prestada pelas Unidades de Saúde, o que significa obter atenção de boa qualidade. Foram valorizados: a presteza no atendimento, a qualidade técnica, o tratamento de acordo com as necessidades individuais e com as diferentes subjetividades, o acesso aos cuidados necessários e a cobertura oferecida; assim como os aspectos subjetivos: as respostas às expectativas de escuta e tratamento carinhoso e compreensivo. Por outro lado, os pontos de insatisfação estiveram ligados: ao horário disponibilizado pelo serviço para o atendimento médico; à falta do número de consultas suficientes para atender à demanda; à dificuldade no agendamento de consultas e/ou exames; à carência de especialidades médicas e à complexidade em conseguir encaminhamento a outras instituições especializadas e a exames complementares; à dificuldade na aquisição de medicamentos; à falta de credibilidade no serviço médico oferecido; e ao problema de relacionamento entre os pacientes e os profissionais; além das questões subjetivas, como as qualificações de *mal-humorado*, *antipático*, *impaciente e grosseiro*. Algumas das dificuldades relatadas pelos usuários pesquisados foi o reconhecimento, pelos profissionais das unidades, do alcoolismo e da depressão como doenças, dificultando-lhes o encaminhamento para outras unidades especializadas.

A questão do agendamento apontada nas narrativas é o que se conhece como demanda espontânea, que muitas vezes provoca controvérsias entre os profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família, ao alegarem que: “não existe consciência da importância de hábitos saudáveis”, enquanto os usuários replicam perguntando: “como vou saber se estou doente naquele dia?”. De acordo com o *imaginário social*, a cura para a doença não depende apenas do medicamento, mas da sua eficácia simbólica fornecida por um mediador, que de certa maneira produz a cura – no caso, o médico. Como existe facilidade de acesso, o usuário vai se consultar com esse mediador simbólico da saúde na Unidade Saúde da Família. Ele pode não ter um motivo para a consulta, mas como a acessibilidade é “farta”, ele aproveita a situação. No nosso entender, este seria o momento ideal para aproveitar essa demanda e promover prevenção (educação em Saúde), visto que o vínculo com os profissionais da Unidade é importante mas pode incorrer em dependência emocional, muitas vezes devido ao desamparo social em que as pessoas vivem, porém inibindo a autonomia dos usuários.

A subjetividade e a autonomia dos usuários está inserida em seus Itinerários Terapêuticos; por isso, o ideal seria possibilitar momentos de interação para encontrar uma pactuação sobre os valores de uso da produção de saúde entre os usuários que frequentam a Unidade de Saúde e os profissionais que ali trabalham. A subjetividade dos profissionais das Unidades Saúde da Família está ligada ao atravessamento do modelo hospitalar, centrado nos procedimentos, exames e medicações. Como na Unidade Saúde da Família não existe a submissão do sujeito, as condutas dos Itinerários Terapêuticos dependem dele mesmo. Tal situação deixa os profissionais de saúde em uma posição incômoda, com a qual não estão acostumados a lidar com tal situação; frequentemente eles nem mesmo têm consciência dessa diferença. Em vista disso, o caminho só é possível com o diálogo e a participação dos usuários.

Um olhar clínico ampliado exige a superação da tradição na aplicação de procedimentos padronizados e a criação de Itinerários Terapêuticos adequados à história pessoal de um determinado sujeito. Essa necessária criatividade na clínica ampliada exige um trabalho de equipe que envolve todos os atores da produção (subjetiva) de saúde. O método de construção interativa da subjetividade no contexto social da Saúde se identifica, sempre, com a construção da cidadania dos atores envolvidos nos processos sociais. Essa subjetivação significa uma responsabilização ética e a pactuação política das práticas de Saúde em seu contexto, resultando em uma educação continuada e permanente dos atores envolvidos. A

clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da Saúde. Consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico. Nesse contexto, a clínica existe em interface com a política, pois o encontro ocorre entre modos de subjetivação fabricados no coletivo, no plano social, em que o instituído e o novo são forças em movimento; é sempre uma interação complexa entre sujeitos. Apesar de todas as proteções institucionais, a clínica efetivamente é um encontro entre dois sujeitos singulares, um profissional e um “doente”, uma equipe e um “doente”, uma equipe e um sujeito coletivo (uma família ou uma comunidade etc.); portanto, neste modelo de análise a clínica ampliada tem uma dimensão política e subjetiva muito forte (CAMPOS, 2005; 2006, p. 57; CUNHA, 2005; MANGIA; MURAMOTO, 2008; BRASIL, 2009).

CONCLUSÃO

Tendo os itinerários terapêuticos como estratégia metodológica para compreender as configurações subjetivas que se constroem sócio historicamente na rede de apoio social, podemos verificar que:

- 1. Rede de Apoio Social/família:** os atores apresentam uma rede de apoio social e familiar com aspectos positivos, demonstrando sentimentos de solidariedade, dividindo recursos materiais, ajuda física e emocional. A qualidade de dar e receber apoio, assim como a disponibilidade, não foi por vezes percebida pelos participantes, pois esta é, frequentemente, uma percepção subjetiva. Alguns atores apresentam uma Rede de Apoio Social mais extensa, outros uma mais restrita. O que não quer dizer que essa rede de apoio não cumpra uma de suas funções fundamentais, que é o suporte, ou seja, a solidariedade;
- 2. Relacionamento afetivo-sexual:** este dado só foi citado para compor um contexto com a Rede de Apoio Social e a compreensão da influência disso na escolha do Itinerário Terapêutico., pois com a administração da vida doméstica, dos filhos, dos cuidados de saúde de todos os membros da família e, às vezes, também o sustento financeiro, fica difícil construir uma relação afetiva saudável;
- 3. Saúde Mental Individual:** aparece como um comprometimento importante, que mobiliza as Redes de Apoio Social e as famílias dos atores. Contudo, todas apresentavam um quadro estável, com percepção e explicação clara do problema, assim como uma interação positiva em relação à disponibilidade de receber apoio;
- 4. Saúde Mental de familiar:** queremos contrapor a narrativa de figura masculina que se mobiliza como cuidador em sua *situação de vida*, e outra em que é a figura feminina que se mobiliza para cuidar do marido. As relações de gênero se contrapõem, porém ambas têm a mesma função: fornecer conforto emocional, dar assistência e solidariedade;
- 5. Serviço de Saúde:** um fato interessante é que alguns participantes apresentam uma percepção e explicação do problema de saúde, conseguindo construir uma demanda pelo Serviço de Saúde, enquanto outros têm a percepção dos problemas no serviço

mas não a potencialidade para construir uma demanda que mude sua *situação de vida*.

Para entendermos os significados utilizados nas escolhas dos itinerários terapêuticos, as decisões subjetivas de cuidado à saúde, as dinâmicas familiares intrínsecas nas redes de apoio social onde se processam as ações de saúde dos atores, devemos interpretar as dimensões subjetivas de suas experiências e *situações de vida*, pois estas são resultado de múltiplas negociações realizadas no contexto relacional dos sujeitos e expressam o campo de possibilidades sócio-históricas culturalmente definidas.

Acreditamos na capacidade dos sujeitos de elaborar critérios de análise próprios, por meio de experiências estimuladoras de autonomia e decisão, no diálogo e na reflexão crítica, contribuindo para a construção da cidadania. Para tanto, buscamos responder às questões norteadoras:

1. *Quais as dimensões da rede de apoio social utilizadas por homens e mulheres?*

Não apresentaram diferenças significativas. Notamos que homens e mulheres constroem Redes de Apoio Social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional, com poucas diferenças, que estão ligadas à filiação, que compõe a rede das mulheres e não dos homens. Neste aspecto, porém, é preciso cuidado, pois embora existam diferenças entre homens e mulheres, elas não são significativas. Compõe a Rede de Apoio Social a família constituída por dois a quatro membros, e as pessoas de contato cotidiano no ambiente profissional. Os familiares (cônjuges e/ou pais) são as pessoas de referência afetiva para conversar e oferecer cuidado, quando necessário.

2. *Os homens e as mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos?*

Sim. Em relação à qualidade desta rede, a estrutura é fraca. Mulheres e homens recebem apoio da sua rede social do tipo instrumental. Os laços afetivos da rede para as mulheres são, em sua maioria, distantes e sem proximidade, enquanto os homens mantêm tanto laços distantes quanto próximos e afetivos. A rede de apoio cumpre a função de solidariedade nas situações de doença para homens e mulheres, mas para os homens também preenche a função de promoção de autonomia.

3. *Os homens e as mulheres têm e/ou fazem itinerários terapêuticos distintos?*

Sim, os Itinerários Terapêuticos foram distintos entre homens e mulheres. As mulheres iniciam o seu itinerário com a busca de Serviços de Saúde, associada a automedicação e cuidados caseiros; e procuram utilizar os recursos de Saúde disponíveis. Os homens inicialmente não fazem nada e/ou tentam entender/explicar o porquê de seu mal-estar; caso não melhorem, buscam os serviços e recursos de Saúde disponíveis.

4. *Os homens e as mulheres cuidam de si mesmos de maneiras distintas?*

Não, homens e mulheres cuidam de si mesmos de maneira semelhante. O cuidado e autocuidado analisados nas dimensões: como obtém informação de saúde, práticas de consumo de tabaco e álcool, dieta, e prática de atividade física e lazer não apresentaram diferenças significativas. A pequena variação observada refere-se ao fato dos homens consumirem um pouco mais de álcool e praticarem mais atividade física do que as mulheres.

5. *Os homens e as mulheres cuidam de outras pessoas de maneiras distintas?*

Não, homens e mulheres cuidam de outras pessoas de maneira semelhante. Além disso, os homens percebem-se mais como cuidadores de si mesmos do que as mulheres.

REFERÊNCIAS

ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Revista Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 279-88, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/06.pdf>>.

AGUIAR, S. Redes Sociais e Digitais. **Revista do Terceiro Setor**, 2006. Disponível em: <<http://arruda.rits.org.br/notitia1/servlet/newstorm.notitia.apresentacao.ServletDeSecao?codigoDaSecao=10&dataDoJornal=1157123080000>>

AGUIAR, W. M. J.; BOCK, A. M. B.; OZELLA, S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A.M.B.; GONÇALVES, M.G.; FURTADO, O. (Org). **Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001.

ALEXANDRE, A. M. C; MACIEL, K. F.; FERNANDES, A. P. P.; PERES, A. M.; WOLFF, L. D. G.; MANTOVANI, M. F.; MAZZA, V. A. Rede social de apoio no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200004&lng=en&nrm=iso>.

ALEXANDRE, A. M. C. *et al.* Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000200002&lng=pt&nrm=iso>.

ALVES, C. A.; SANTOS, S. B. de S. Uma abordagem estrutural em redes: expondo padrões, possibilidades e armadilhas. **Revista de Ciências da Administração - RCA**, v. 12, n. 26, jan./abr. 2010. DOI:10.5007/2175-8077.2010v12n26p72 ISSN 1516-3865. Disponível em: <<http://www.journal.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2010v12n26p72/17403>>.

ALVES, J. E. D. Gênero e linguagem na cultura brasileira: elementos para reflexão sobre uma diferença. In: LOYOLA, Maria Andréa. **Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea**. RJ: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); Brasília: Letras Livres, Introdução, 2005.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300014&lng=pt&nrm=iso>.

_____. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000800003&lng=en&nrm=iso>.

ALVES, P. C.; 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. **Experiência de doença e narrativa** [on line]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN: 85-85676-68-X. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

ANDRADE, C. R. de; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; GRIEP, R.; LOPES, C. S.; MENDES da FONSECA, M. de J. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200004&lng=en&nrm=iso <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200004>>.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>>.

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. **Journal of Gerontology**, v. 42, n. 5, p. 519-527, 1987. Disponível em: <<http://geronj.oxfordjournals.org/content/42/5/519.full.pdf>>.

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H.; TAKAHASHI, K. Attachment and close relationships across the life span. **Attachment & Human Development**, v. 6, n. 4, p. 353-370, 2004. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1461673042000303136>>.

ANTUNES, C. **O apoio social e o conceito de si próprio na adolescência**. 1994. Dissertação (Mestrado) – FPCE, Universidade do Porto, Portugal.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.15, n. 32, p. 355-366, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n32/05.pdf>>.

ARAGÃO, E. I. S.; VIEIRA, S. S.; ALVES, M. G. G.; SANTOS, A. F. Suporte Social e estresse: uma revisão da literatura. **Psicologia em Foco**, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 2, n. 1, jan./jun. 2009. Disponível em: <[http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_115245_ARTIGO8-Suporte social e estresse-umarevisaodaliteratura.pdf](http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_115245_ARTIGO8-Suporte%20social%20e%20estresse-umarevisaoadaliteratura.pdf)>.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100005&lng=en&nrm=iso>.

AYRES, J. R. de C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. G. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro-São Paulo: IMS/UERJ-Ed.34, 1999. p. 49-72.

BARBOZA, R.; IANNI, A. M. Z.; MORAIS, M. L. S. E.; ALVES, O. S. F.; MONTEIRO, P. H. N.; FERRARI, F.; CAPORRINO, B. W. **Acesso e Estruturação da Atenção Básica na Região Metropolitana da Baixada Santista**: uma análise dos gestores. In: ESCUDER, M. M. L.; MONTEIRO, P. H. N.; PUPO, L. R. (Orgs.). **Acesso aos Serviços de Saúde em Municípios da Baixada Santista**. SP: Instituto de Saúde, Temas em Saúde Coletiva, n. 8, p. 29-64, 2008. ISBN 978-85-88169-12-8.

BAZON, M. R.; ÁVILA de MELLO, I. L. M.; BÉRGAMO, L. P. D.; FALEIROS, J. M. Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, 2010, p. 71–84. ISSN 1413-389X. Disponível em: <<http://sbponline.org.br/revista2/vol18n1/PDF/v18n1a07.pdf>>

BEAUVOIR, S. [1949]. **O segundo sexo**. RJ: Nova Fronteira, 1980.

BEE, H. **O ciclo vital**. Tradução Regina Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. ISBN: 85-7307.181-8.

BERNARDES de FARIA, J.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 389, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>>.

_____. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18.pdf>>.

BORGES, L. S. F. **Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Federal do Paraná, Uberlândia, 2005. Disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/handle/123456789/1595>>.

BORNHOLDT, E. A.; WAGNER, A.; STAUDT, A. C. P. A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. Rio de Janeiro: **Psicologia Clínica**, v. 19, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n1/06.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100016&lng=pt&nrm=iso>

BRITO, R. C. **Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua**: subsídios para uma intervenção comunitária. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1999.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A.M. (Ed.). **O mundo social da criança**: Natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo, [1979] 1999. p.115-126.

BRITO, T. R. P. de; COSTA, R. S.; PAVARINI, S. C. L. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400018&lng=pt&nrm=iso>.

BRUSAMARELLO, T.; GUIMARÃES, A.N.; LABRONICI, L.M.; MAZZA, V.de A.; MAFTUM, M.A. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000100004&lng=pt&nrm=iso / <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004>>.

BUDÓ, M. de L. D.; MATTIONI, F. C.; SILVA, F. M.; SCHIMITH, M. Educação em saúde e o portador de doença crônica: implicações com as redes sociais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8 (suplem.): p. 142-147, 2009. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v8i0.9741. ISSN 1677-3861 (impresso) e ISSN 1984-7513 (on-line). Disponível em: <<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9741>>.

BUENO, M. E. N.; MEINCKE, S. M. K.; SCHWARTZ, E.; SOARES, M. C.; CORREA, A. C. L. Paternidade na adolescência: a família como rede social de apoio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200008&lng=pt&nrm=iso>.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200007&lng=en&nrm=iso>.

CAMPOS G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S *et al.* (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>.

CAMPOS, M. S. A abordagem da família na política social. In: OLIVEIRA, M. I. de M. (Org.). **Trabalho com famílias**. Textos de Apoio, v. 2, texto 1, bloco 1, p. 11-51. Programa Fortalecendo a Família/Renda Cidadã – PFF/SP. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2004. ISBN 85-86894-20-6.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000500002&lng=pt&nrm=iso>.

CARVALHO, A. A.; ALVES, J. E. D. Explorando o consumo das famílias brasileiras e sua interface com o ciclo de vida e gênero. **OIKOS: Revista Brasileira de Economia Doméstica**. v. 23, n. 1, 2012. ISSN:22368493. Disponível em: <<http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/view/67/103>>.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 29, p. 313-26, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a06.pdf>>.

CARVALHO, M. P.; PINTO, R. P. (Orgs.). **Mulheres e desigualdades de gênero**. São Paulo: Contexto, 2008.

CARVALHO-BARRETO, A. de; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F.; ALMEIDA, P. C.; DESOUSA, E. Desenvolvimento Humano e Violência de Gênero: Uma Integração Bioecológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 86-92, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/12.pdf>>.

CARRETEIRO, T.C. A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In: SAWAIA, B. (Org.), **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2. ed.. Petrópolis: Vozes, p. 87-97, 2001. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/22690463/1638173277/name/as-artimanhas-da-exclusao-sawaia-org.pdf#page=45>>.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: Uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 515-524, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a10.pdf>>.

CHAREPE, Z. B.; FIGUEIREDO, M. H. de J. S.; VIEIRA, M. M. da S.; AFONSO NETO, L.M.V. (Re)descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200018&lng=pt&nrm=iso>.

CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, jul./agos. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000400022&script=sci_arttext>.

CIRINO, J. F.; LIMA, J. E. Participação feminina no mercado de trabalho: análise de decomposição para o Brasil e as regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Salvador. **OIKOS: Revista Brasileira de Economia Doméstica**. v. 23, n. 2, 2012. ISSN: 2236-8493. Disponível em: <<http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/view/64/115>>.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976. Disponível em: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/38/5/300.full.pdf+html>>.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, RJ, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a05v9n2.pdf>>.

COHEN, S.; WILLS, T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98, n. 2, p. 310-357, Sept. 1985. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0033-2909.98.2.310>>.

CONILL, E.M.; PIRES, D.; SISSON, M.C.; OLIVEIRA, M.C. de; BOING, A.F.; FERTONANI, H. P. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. doi: 10.1590/S1413-81232008000500015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500015&lng=en&nrm=iso>.

CORREA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: ideias fora do lugar? In: PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (Orgs.) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA:IMS/UERJ, 1996, p. 149-159.

CORREA DE SOUZA, A. C. **Cartografias do cuidado de indivíduos com diabetes mellitus em situações de pobreza**. 2011. (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

COSTA, A. G. da; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100009&script=sci_arttext>.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702010000400005&lng=en&nrm=iso>.

COSTA, R. da. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200003>.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRYNSPAN, D.; BORGES DE SOUZA, M. do C. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 363-80, jul./dez., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v10n20/07.pdf>>.

COSTA-JUNIOR, F. M. da; MAIA, A. C. B. Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. **Psicologia: Teoria Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf>>.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 206p.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada**. Cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. RJ: Fiocruz, 2006. ISBN: 85-7541-084-9.

DALMOLIN, B. M.; VASCONCELLOS, M. da P. Cartografias de sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico em uma comunidade urbana. **Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP**, ano 1, versão 1, jul. 2007 (*on line*). ISSN 1981-3341.

_____. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000100007&lng=en&nrm=iso>.

De ANTONI, C. **Coesão e hierarquia em famílias com história de abuso físico**. Projeto de Tese não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2005.

DIAS, J.; NASCIMENTO, L. C.; MENDES, I. J. M.; ROCHA, S. M. M. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 688-695, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a13v16n4.pdf>>.

DI PRIMIO, A. O.; SCHWARTZ, E.; BIELEMANN, V. L. M.; BURILLE, A.; ZILLMER, J. G. V.; FEIJÓ, A. M. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 334-342, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000200015&script=sci_arttext>.

DOLBIER, C. L.; STEINHARDT, M. A. The Development and Validation of the Sense Support Scale (SSS). **Behavioral Medicine**, v. 25, n. 4, p. 161-179, 2000. DOI: 10.1080/08964280009595746. Disponível em: <[http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=X0SYDt2KWBkC&oi=fnd&pg=PA164&dq=Dolbier,+C.+L.,+%26+Steinhardt,+M.+A.+\(2000\).+The+Development+and+Validation+of+the+Sense+Support+Scale+\(SSS\)&ots=sx9gCYgHHo&sig=7KF2H1nsp2VXajEw9E1w_sTum94#v=onepage&q=Dolbier%2C%20C.%20L.%2C%20%26%20Steinhardt%2C%20M.%20A.%20\(2000\).%20The%20Development%20and%20Validation%20of%20the%20Sense%20Support%20Scale%20\(SSS\)&f=false](http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=X0SYDt2KWBkC&oi=fnd&pg=PA164&dq=Dolbier,+C.+L.,+%26+Steinhardt,+M.+A.+(2000).+The+Development+and+Validation+of+the+Sense+Support+Scale+(SSS)&ots=sx9gCYgHHo&sig=7KF2H1nsp2VXajEw9E1w_sTum94#v=onepage&q=Dolbier%2C%20C.%20L.%2C%20%26%20Steinhardt%2C%20M.%20A.%20(2000).%20The%20Development%20and%20Validation%20of%20the%20Sense%20Support%20Scale%20(SSS)&f=false)>.

DOMINGUES, M.A.R.C. **Mapa mínimo de relações**: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. 2004. (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=407061&indexSearch=ID>>.

DOMINGUES, M. A. R.C.; ORDONEZ, T. N.; LIMA da SILVA, T. B.; CRUZ de BARROS, T.; CACHIONI, M. Mapa Mínimo de Relações do Idoso: análise de reprodutividade. **Kairós – Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde**, v. 14, n. 16, 2011. ISSN. 2176.901X. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/11705>>.

DOYAL, L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. **British Medical Journal**, 323, p. 1061-1063, 2001. Disponível em:

<http://www.bmj.com/content/323/7320/1061.full?ijkey=a1d722b0b21a145c9e68234f6333d5d60f3a73a1&keytype2=tf_ipsecsha>.

DUARTE, L.F.D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100013&lng=en&nrm=iso>.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R. de ; MELLO, A. L. S. F. de; MEIRELLES, B. H. S. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000300014&lng=en&nrm=iso>.

ESCUDE, M. M. L.; MONTEIRO, P. H. N. O contexto da pesquisa. In: ESCUDE, M. M. L.; MONTEIRO, P. H. N.; PUPO, L. R. (Orgs.). Acesso aos Serviços de Saúde em Municípios da Baixada Santista. SP: Instituto de Saúde, **Temas em Saúde Coletiva**, n. 8, p. 13-6, 2008. ISBN 978-85-88169-12-8.

FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; LOPES, C. de S.; WERNECK, G. L. **Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 8, n. 4, p. 454-66, 2005.

FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.L.; VALENTE, K.; PLÁ, M.A.S.; FERREIRA, M.B. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: A experiência do Estudo Pró-Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 10, p. 117-130, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n2/07.pdf>>.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, out./dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400017&lng=en&nrm=iso>.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a10.pdf>>.

FARIA, J. B. de; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n1/v11n1a18.pdf>>.

FEIJÓ, A. M.; SCHWARTZ, MUNIZ, R. M.; SANTOS, B. P.; VIEGAS, A. C.; LIMA, L. M. As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, p. 783-791, dez. 2012.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000400008&lng=pt&nrm=iso>.

FEINBERG, M. E.; RIGGS, N. R.; GREENBERG, M. T. Social networks and community prevention coalitions. **The Journal of Primary Prevention**, v. 26, n. 4, p. 279-298, 2005. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/r864m4142j888w55/>>.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A. da; ROCHA, E. C. da. Classificando regimes políticos utilizando análise de conglomerados. **Opinião Pública**, Campinas, v. 18, n. 1, jun. , 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010462762012000100006&lng=en&nrm=iso>.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100017&lng=en&nrm=iso>.

FLAHERTY, J. A.; GAVIRIA, F. M.; PATHAK, D. S. The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. **Comprehensive Psychiatry**, v. 24, n. 6, p. 521-9, Nov./Dec. 1983. 10.1016/0010-440X. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1984-22178-001>>.

FONSECA, M. L. G. Diferenças culturais entre profissionais de saúde e clientela acerca do nervoso: da distância à compreensão da diversidade. **Revista de APS**, América do Norte, 12, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/607/271>>.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/files/journals/3/articles/342/public/342-1411-1-PB.pdf>>.

FORTUNATO, R. C. **Ecos da Idade, Sexo e Nível Sócio-Económico em Dimensões da Conjugalidade**: Satisfação, Vinculação/Afectividade e Proximidade. 2009. (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Portugal. Disponível em: <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2185>>.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

_____. O que é iluminismo. In: NOVAES, Adauto. **O Dossier**. Rio de Janeiro: Laurus, 1985.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewArticle/1120>>.

FURTADO, B.A.; KRAUSE, C.; FRANÇA, K.C.B. de. **Território metropolitano, políticas municipais: por soluções conjuntas de problemas urbanos no âmbito metropolitano (Orgs)**. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19461>.

GEERTZ, C. **The interpretation of cultures**. New York: Basic Books, 1973. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=BZ1BmKEHti0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=GEERTZ+The+interpretation+of+cultures+Basic+Books+1973&ots=w9EM23ZEt4&si>>.

g=nulw7dWQJnY5CaVOM4xgbf01NfU#v=onepage&q=GEERTZ%20The%20interpretation%20of%20cultures%20Basic%20Books%201973&f=false>.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GERHARDT, T.E. **Anthropologie et santé publique**: approche interdisciplinaire – pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil. [Tese, docteur en Ethnologie, option Anthropologie sociale et culturelle) Université de Bordeaux 2. Bordeaux; 2000. Disponível em:

<<http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=055179967&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,Eb746bfd-0,I250,B341720009+,SY,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R189.4.166.251, FN>>.

_____. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001100019&lng=en&nrm=iso>.

_____. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2. ed. RJ: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, p. 279-300, 2009. ISBN: 978-85-89737-50-0.

_____. Da saúde pública à antropologia: (re)ligando os conhecimentos em torno das desigualdades sociais e de saúde. **Revista de APS**, América do Norte, v. 13, maio 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/554/349>>.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M.G.G.; FÁVERO, M.H. (Orgs.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997. p. 171-195.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>>.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; CARVALHO de ARAÚJO; F. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n3/15.pdf>>.

GOMES-VILLAS BOAS, L.C.; SANTOS, C. B.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com *diabetes mellitus*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 3, p. 390-6, set. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8635/6991>>.

GONÇALVES, T. R.; PAWLOWSKI, J.; BANDEIRA, D.R.; PICCININI, C.A. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, mar. 2011 Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300012&lng=en&nrm=iso>.

GONZÁLEZ-REY, F. **Sujeito e subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. Tradução Raquel Souza Lobo Guzzo. SP: Pioneira Thomson Learning, 2003. ISBN 85-221-0323-2.

_____. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. Tradução Marcel A. F. Silva. SP: Thomson Learning, 2005. ISBN 85-221-0267-8.

_____. **Subjetividade, e saúde**: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez, p.39-45, 2011. (Coleção Construindo o compromisso social da psicologia, coord. Ana Mercês Bahia Bock). ISBN: 978-85-249-1849-0.

GOTTLIEB, B. H.; BERGEN, A. E. Social support concepts and measures. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 69, Issue 5, Nov. 2010. Psychology Department, University of Guelph, Guelph, Ontario, Canada. p. 511-520, 2010. Disponível em:

<http://ac.els-cdn.com/S0022399909004115/1-s2.0-S0022399909004115main.pdf?tid=5c446584-2049-11e2-81e300000aacb35f&acdnat=1351351202_cb18acea9c643d20821aacadbcb5290>.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e Validade de Instrumentos de Medida de Rede Social e de Apoio Social Utilizados no Estudo Pró-Saúde**. (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). 2003. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/griep_rhd.pdf>.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, mar./abr., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15428.pdf>>.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, mai./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n3/04.pdf>>.

GUIMARÃES, F. J. V.; MELO, E. S. **Diagnóstico utilizando análise de redes sociais**. Monografia (Especialização) – Programas de Pós-Graduação de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <http://portal.crie.coppe.ufrj.br/portal/data/documents/storedDocuments/%7B93787CAE-E94C-45C7-992B-9403F6F40836%7D/%7BE5F077FE-704C-44EA-9B70-30BC4665277F%7D/RJ11_Projeto01.pdf>.

GUIMARÃES, M. B. L.; LIMA, C. M.; SAVI, E. A.; CARDOSO, E.; VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; LACERDA, A.; SANTOS, M. S. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100031&lng=en&nrm=iso>.

GÜLAÇTI, F. The effect of perceived social support on subjective well-being. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v. 2, p. 3844-3849, Turquia. 2010. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1877042810006427/1-s2.0-S1877042810006427-main.pdf?_tid=7698d4fa-2036-11e2-b1e6-00000aab0f27&acdnat=1351343086_3ab06a59db8e8349dc68e5e5ac62f70e>; <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612000196>>.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700062&lng=en&nrm=iso>.

HAYS, R. D.; SHERBOURNE, C. D.; MAZEL, R.M. The rand 36-item health survey 1.0. **Health Economics**. v. 2, Issue 3, pages 217–227, Oct. 1993. On line: 2006. DOI: 10.1002/hec.4730020305
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.4730020305/abstract>

HEITZMAN, C.A.; KAPLAN, R.M. Assessment of Methods for Measuring Social Support. **Health Psychology**, v. 7, n. 1, p. 75-109, 1988. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/hea/7/1/75/>>.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução A. R. Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-363-1795-3.

HOLDEN, K. B.; HALL, S. P.; ROBINSON, M.; TRIPLETT, S.; BABALOLA, D.; PLUMMER, V.; TREADWELL, H.; BRADFORD, L. D. Psychosocial and Sociocultural Correlates of Depressive Symptoms Among Diverse African American Women. **Journal of the National Medical Association**, v. 104, p. 493-504, Nov./Dec., 2012., PMID: PMC3660963. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660963/>>.

HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T. B. Social Relationships and Mortality. **Social and Personality Psychology Compass**, v. 6, p. 41-53. Elsevier Ltd. Doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00406.x. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-9004.2011.00406.x/full>>.

HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T. B.; LAYTON, J. B. Social relationships and mortality: a meta-analysis Review. **PLoS Medicine**, v. n. 7, Elsevier Ltd, 2010. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316. 2010. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000316>>.

HOPPE, M. (1998). **Redes de apoio social e afetivo de crianças em situação de risco**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. 1998.

HYDÉN, L. C. Illness and narrative. **Sociology of Health & Illness**, v. 19, p. 48-69, 1997. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x/abstract>>.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200011&lng=en&nrm=iso>.

KAHHALE, E. M. P. Subjetividade e transformação social. In: **Trabalho com famílias**, Wanderley, M.B. e Oliveira, M.I.I.M.C. (Orgs.). Textos de Apoio, v. 2., n. 1, bl. 2, p. 99-109. Programa Fortalecendo a Família/Renda Cidadã – PFF/SP. SP: IEE-PUC-SP, 2004. ISBN 85-86894-20-6.

KAHN, R. L.; ANTONUCCI, T. C. Convoys over the life-course: Attachment, roles and social support. In: BALTES, P. B.; BRIM, O. G. (Eds.). **Lifespan development and behaviour**. New York: Academic Press, 1980. p. 253-286.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980. ISBN 0-520-03706-5.

_____. The illness narratives: suffering healing e the human condition. New York: Basic Books, 1988. ISBN 0-465-03202-8 (cloth) ISBN 0-465-03204-4 (paper). In: SCHWARZER, R.; KNOLL, N. Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. **International Journal of Psychology**, v. 42, n. 4, p. 243-252, 2007. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207590701396641>>.

KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine**, v. 88, n. 2, p. 251-8, 1978.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, v. 2, n. 2, p. 67-79, mar. 2001. ISSN 1414-7130. Disponível em: <http://raladolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141471302001000200003&lng=es&nrm=iso>.

KRAUSE, N.; LIANG, J.; YATOMI, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. **Psychology and Aging**, v. 4, n. 1, p. 88-97. doi: 10.1037/0882-7974.4.1.88. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/pag/4/1/88/>>.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente**: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública [Dissertação]. 2002. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/lacerdaam.pdf>>.

LACERDA, A.; GUIMARÃES, M.B.; LIMA, C.M.; VALLA, V.V. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. 2. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, RJ, 2009. ISBN: 978-85-89737-50-0.

LACERDA A.; VALLA, A.V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, A. (Org.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 171-198, 2007. ISBN: 978-85-89737-56-2.

LANDIM, M.O.N.; COLLARES, P.M.C.; MEDEIROS, I.V. Estudo-síntese: interfaces da análise de rede social com o campo da saúde mental. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 527-35, 2010a. Disponível em:

<http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_527-535.pdf>.

LANGER, A.; FARNOT, U.; GARCIA, C.; BARROS, F.; VICTORA, C.; BELIZAN, J. M.; VILLAR, J. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: effects on mother's wellbeing and satisfaction. Latin American Network For Perinatal and Reproductive Research (LANPER). **Social Science & Medicine**, v. 42, p. 1589-97, June 1996. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953695002626>>.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 3ed. Tradução Valter Lellis Siqueira. SP: Martins Fontes, 2004 [1943] ISBN 85-336-1970-7

LAURENTI, R; MELLO JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A. O.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n. 2, 2009. ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/4200>>.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000100007&script=sci_arttext>.

LEPORE, S.J. Social Support. In: **Encyclopedia of Human Behavior**, Temple University, Philadelphia, PA, USA. 2012. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/B9780123750006003360/3-s2.0-B9780123750006003360main.pdf?_tid=d688cc8c-2048-11e2-81e300000aacb35f&acdnat=1351350978_a25d063f011bb6bae9143c075c1dcfe5>.

LEVER, J. P.; MARTINEZ, Y.I.C. Pobreza y apoio social: un estudio comparativo em três niveles niveles socioeconômicos. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, n. 2, p. 177-188, 2007. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es>.

LIRD, G.V.; NATIONS, M. K.; CATRIB, A. M. F. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? **Texto e contexto Enfermagem**, v; 13. n. 1, p. 147-55, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0221.pdf>>.

LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl/org. por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato *et al.* RJ: Fiocruz, 2012. Parte I, cap. 3, p. 89-120.

LOMANDO, E. **Conjugalidade gay e lésbica e rede de apoio social**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 2008. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Disponível em: <http://biblioteca.fadegs.edu.br/eduardo_lomando.pdf>.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX: the 20th-century sexual revolution. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, agos. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000400002&lng=en&nrm=iso>.

LUO, Y.; WANG, H. Correlation research on psychological health impact on nursing students against stress, coping way and social support. **Europe Pubmed Central**. v. 29, n. 1, p.5-8, 2009. Journal Article. DOI:10.1016/j.nedt.2008.05.019. Disponível em:

<<http://europepmc.org/abstract/MED/18692281/reload=0;jsessionid=P07ZmyeBXSDBREjJ0U4.4>>.

LUZ, G. dos S.; CARVALHO, M. D. de B.; SILVA, M. R. S. da. O significado de uma organização de apoio aos portadores e familiares de fibrose cística na perspectiva das famílias. **Texto & contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 7-19, mar. 2011. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000100015&lng=en&nrm=iso

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. SP: Hucitec; 2003. ISBN 8527106183.

MACHIN, R.; COUTO, M.T.; SILVA, G.S.N. da; SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. dos S.; VALENÇA, O.A.; PINHEIRO, T.F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>>.

MACIEL, K. F. **Rede de apoio social de portadores de hipertensão arterial para o cuidado**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, PR: Curitiba, 2010. 98 f. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/25519/Dissertacao%20Karine%2020Final.pdf?sequence=1>>.

MAGNANI, J.G.C. De perto e de dentro: nota para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, n. 49, p. 11-29, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbcsoc/v17n49/a02v1749.pdf>>.

_____. A antropologia urbana e os desafios da metrópole. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, v. 15, n. 1, p. 81-95, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010320702003000100005&lng=en&nrm=iso>.

MAISEL, N. C.; SHELLY, L. G. The Paradox of Received Social Support: The Importance of Responsiveness. **Psychological Science**, v. 20, n. 8, p. 928-932, Aug. 2009. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2009.02388. Disponível em: <<http://pss.sagepub.com/content/20/8/928.short>>.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional d Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n.3, 2008. Disponível em:

<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141591042008000300007&lng=pt&nrm=iso>.

MARCON, S. S.; ZANI, A. V.; WAIDMAN, M. A. P.; RADOVANOVIC, C. A. T.; DECESARO, M. das N.; CARREIRA, L. Rede social e família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 8 (suplem.), p.31-39, 2009. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i0.9715. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9715/5528>>.

MARQUES, A. K. M. C.; LANDIM, F. L. P.; COLLARES, P. M.; MESQUITA, R. B. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1), p. 945-955, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a26v16s1.pdf>>.

MARQUES, E. S.; BICHIR, R. Redes de apoio social no Rio de Janeiro e em São Paulo. **Novos estudos – CEBRAP**, São Paulo, n. 90, jul. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002011000200006&script=sci_arttext>.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; BOTELHO, M. I. V.; FRANCESCHINI, S. C. C.; ARAÚJO, R. M. A.; LOPES, L. L. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100014&script=sci_arttext>.

MARTINS, P.H. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, R. ; MARTINS, P.H. (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. RJ: Cepesc, 2009, p. 53-89. ISBN 978-85-89737-51-7.

MATOS, I.; LEAL, I.; RIBEIRO, J.. Validação preliminar de uma técnica de avaliação de feminino/materno. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 1, n. 1, nov. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862000000100008&lng=pt&nrm=iso>.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, out., 2002 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500008&lng=pt>.

MENESES, M. P. R.; SARRIERA, J. C. Redes sociais na investigação psicossocial. **Aletheia**, Canoas, n. 21, jun. 2005. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942005000100006&script=sci_arttext>.

MERHY, E. E. Ensaio sobre o Médico e SUAS valises Tecnológicas: contribuições parágrafo compreender como produtivas Reestruturações fazer Saúde Setor. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v 4, n. 6 de Fevereiro de 2000. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso

MESQUITA, R. B. de; LANDIM, F. L. P.; COLLARES, P. M.; LUNA, C. G. de. Análise de redes sociais informais: aplicação na realidade da escola inclusiva. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, set. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300008&lng=en&nrm=iso>.

MESQUITA, R. B. de; MORANO, M. T. A. P.; LANDIM, F. L. P.; COLLARES, P. M. C.; PINTO, J. M. S. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, mai. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500006&script=sci_arttext>.

MINAYO, M.C. de S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100002>.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ed. SP: Hucitec, 2007. ISBN: 85-271-0181-5

MIRANDA, S. C. C. Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental. (Mestrado). 2011. Universidade Católica Portuguesa, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8796>>.

MORAIS, N. A. **Saúde e doença em crianças e adolescentes em situação de rua: Concepções e experiência**. Dissertação de Mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2005.

MORE, C.L.O.O. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 31, p. 287-297, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n31/16.pdf>>.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722008000400016&lng=en&nrm=iso>.

MOSKOWITZ, D.; VITTINGHOFF, E.; SCHMIDT, L. Reconsidering the Effects of Poverty and Social Support on Health: A 5-Year Longitudinal Test of the Stress-Buffering Hypothesis. **Journal of Urban Health**, v. 90, n. 1, p. 175-184, Febr. 2013. DOI: 10.1007/s11524-012-9757-8. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11524-012-9757-8#>>.

MOTA, F.R. do N.; OLIVEIRA, E.T.; MARQUES, M.B.; BESSA, M.E.P.; LEITE, B.M.B.; SILVA, M.J. da. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400025&lng=pt&nrm=iso

MOURA, Y. G. de; SILVA, E. A. da; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 3, n. 1, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472009000100004>.

NARDI, F.R. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008. ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5263/2997>>.

NASCIMENTO, A. R. A. do; TRINDADE, Z.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. **Psico-USF (Impr.) SP**, v.16, n.2, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712011000200009&lng=en&nrm=iso>.

NEIVA-SILVA, L. **Expectativas futuras de adolescentes em situação de rua**: Um estudo autofotográfico. Dissertação de Mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2003.

NEVES, R. da F.; NUNES, M. de O. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100026&lng=en&nrm=iso>.

NORIEGA, J.A.V.; QUINONES, T.I.S.; GUEDEA, M.T.D. Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. **Revista intercontinental de psicología y educación**, v. 7, n. 2, p. 57-78. 2005. México. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1539369&pid=S1413-8123201100050003000026&lng=en>. <<http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/2002/83.pdf>>.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e ampl/org. por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato *et al.* RJ: Fricruz, 2012. Parte III, cap.12, p. 365-394.

NURULLAH, A. S. Received and Provided Social Support: A Review of Current Evidence and Future Directions. **American Journal of Health Studies**, v. 27, n. 3, p. 173-188, 2012, Canadá. Disponível em: <<http://works.bepress.com/nurullah/3>>.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/06.pdf>>.

OLSTAD, R.; SEXTON, H.; SOGAARD, A. J. The Finnmark study: social support, social network and mental distress in a prospective population study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 34, p. 519-525, 2001. DOI: 10.1007/S127-001-8197-0. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/tym664g02tnv79u7/>>.

PAULA, E. S. de; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, ago. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000400007&lng=pt&nrm=iso>.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 324-7, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000200024&lng=pt&nrm=iso>.

PEREIRA, D. N. Incertezas de pacientes no sistema público de saúde. **Physis**, RJ, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100009&lng=en&nrm=iso

PESCE, R.; ASSIS, S.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R. Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 135-143, mai./agos. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=297957&indexSearch=ID>>.

PIGNATTI, M. G.; BARSAGLINI, R. A.; SENNA, G. D. Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal matogrossense. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000400016&lng=en&nrm=iso>.

PINHEIRO de PAULA-COUTO, M. C. P.; SANCHEZ-SOARES, S.H.K.R.N.P. Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagrama da escolta – para idosos brasileiros. **Universitas Psychologica**, Bogotá, Colombia, v. 7, n. 2, p. 493-505, maio/agos., 2008. ISSN 1657-9267. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165792672008000200015&lng=en&nrm=iso>.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. DOI: 10.1590/S1413-81232002000400007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400007&lng=en&nrm=iso>.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832012005000026&lng=pt&nrm=iso>.

PINTO, A.M.G; JUNQUEIRA, L.A.P. Relações de poder em uma rede do terceiro setor: um estudo de caso. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 1091-1116, set./out. 2009. ISSN 0034-7612. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n5/v43n5a06.pdf>>.

PINTO, J. L. G.; GARCIA, A. C. O.; BOCCHI, S. C. M.; CARVALHAES, M. A. B. L. Características do apoio social oferecido a idosos na área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 753-764, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30990.pdf>>.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 3, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300009&lng=en&nrm=iso>.

PONTES, A. L. de M. *et al.* Itinerários terapêuticos e estratégia de saúde da família: discurso sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços no trabalho do agente comunitário de 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:IMS/UERJ:ABRASCO, Parte IV, p.235-54, 2008.

PORTUGAL, S. **Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica**. Coimbra, Oficina do CES, mar. 2007. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/11097>>.

PRUITT, L. D.; ZOELLNER, L. A. The impact of social support: an analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 22, n. 2, p. 253-262, 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618507000667>>. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbbr.2011.03.031>>.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 27, n. 2, p. 149-65, jun. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4592/2513>>.

RENWICK, R.; HALPEN, T.; RUDMAN, D.; FRIEDLAND, J. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. **Psychological Reports**, v. 84, n. 2, p. 663-673, Apr. 1999. Toronto, Canadá. DOI: 10.2466/pr0.1999.84.2.663. Disponível em: <<http://www.amsciepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.1999.84.2.663>>.

RESENDE, M.C.; BONES, V.M.; SOUZA, I.S.; GUIMARÃES, N.K. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicologia para América Latina**, México, n. 5, fev. 2006 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015&lng=pt&nrm=iso>.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Revista Análise Psicológica**, v. 3; n. 17, p. 547-558, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082311999000300010&lng=pt&nrm=iso>

RIOS, L.F.; PORCHAT, P.; TEIXEIRA FILHO, F.S. A prática psicológica e a sexualidade como categoria de subjetivação In: **Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2011. p. 25-66.

RIQUINHO, D.L.; GERHARDT, T.E. Necessidades, práticas e apoio social: dimensões subjetivas dos determinantes sociais de saúde. **RECIIS**, v. 2, n. 2, 2008. ISSN: 1981-6278 DOI: 10.3395/reciis.v2i2.124pt. Disponível em: <<http://www.revista.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/124>>.

RHOADES, L.; EISENBERGER, R. Perceived organizational support: A review of the literature. **Journal of applied psychology**, v. 87, n. 4, p. 698-714, 2002. doi: 10.1037/0021-9010.87.4.698 . Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/apl/87/4/698/>>.

ROCHA, C.M.F. **As redes em saúde**: entre limites e possibilidades. Fórum Nacional de Redes em Saúde. Belo Horizonte (MG): Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:KHM0Ee9BQ60J:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0>.

RODRIGUES, A G; SILVA, A A da. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100016&lng=en&nrm=iso>.

RODRIGUES, S. M. R.; FERREIRA, N. M. L. A. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 781-7, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/21.pdf>>.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na Medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 2 (Suplemento), p. 201-212, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a02v19s2.pdf>>.

ROMANELLI, G. Paternidade em famílias de camadas médias. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, jul. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812003000200006&lng=pt&nrm=iso>.

ROSA, T. E. da C.; BENÍCIO, M. H. D.; ALVES, M. C. G. P.; LEBRÃO, M. L. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001200019&lng=en&nrm=iso>

ROSSETTI-FERREIRA, M.C.; AMORIM, K. de S.; SOARES-SILVA, A.P.; RAMOS DE OLIVEIRA, Z. de M. Desafios metodológicos na perspectiva da rede de significações. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 147-170, jan./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a07v38n133.pdf>>.

SALIH, S. **Judith Butler e a teoria Queer**. Belo horizonte: Autêntica, 2012.

SAMARA, E.M.; SOIHET, R.; MATOS, M. I. S. **Gênero em Debate**: trajetória e perspectivas na historiografia contemporânea. São Paulo: EDUC, 1997.

SAMUELSSON, M.; THERNLUND, G.; RINGSTROM, J. Using the five map to describe the social network of children: A methodological study. **International Journal Behavioral Development**, v. 19, p. 327-345, 1996.

SANTOS, M. [1926-2001]. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. (Coleção Milton Santos). 2006. ISBN 85-314-07133. Disponível em:
<http://www.geociencia.xpg.com.br/dwd/Milton_Santos_A_Natureza_do_Espaco.pdf>.

SANICOLA, L. **L'intervento di rete**. Una innovazione nel lavoro sociale. in Reti sociali e intervento professionale. Napoli: Liguori, 1995.

SANTANA, J. J. R. A. de; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>>.

SARASON, I. G., LEVINE, H. M.; BASHAM, R. B., SARASON, B. R. Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 44, n. 1, p. 127-39, jan. 1983. Doi: 10.1037/0022-3514.44.1.127. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/psp/44/1/127/>>.

SARASON, I. G.; SARASON, B. R.; POTTER, E. H.; ANTONI, M. H. Life Events, Social Support, and Illness. **Psychosomatic Medicine**, v. 47, n. 2, p. 156-163, Mch 1, 1985. Disponível em: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/47/2/156.short>>.

SCHNEIDER, A. C. N.; RAMIRES, V. R. R. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. **Aletheia**, Canoas, n. 26, dez. 2007. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942007000200009&lng=pt&nrm=iso>.

SCHOLZE, A. da S.; FLORES e SILVA, Y. Riscos potenciais à saúde em Itinerários de cura e cuidado. *Cogitare Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 9-16, mai./ago. 2005. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Alessandro%20Scholze.pdf>>.

SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; MOURA, E. C. de ; CARVALHO, S de A.; SILVA, S. F. C. da. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000700015&lng=en&nrm=iso>.

SCHWARZER, R.; KNOLL, N. Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. **International Journal of Psychology**, v. 42, n. 4, p. 243-252, 2007. Disponível em:
<<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207590701396641>>.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 188-195, set./dez. 2005. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27469.pdf>>.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 317-326, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/ptp/v22n3/08.pdf>>.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B.T; ZANNON, C.M.L. da C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225-234, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n3/8812.pdf>>.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L. da C.; TRÓCCOLI, B.T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27469.pdf>>.

SENA, E.L. da S.; MEIRA, E. C.; SOUZA, A. S.; SANTOS, I. S. C.; de SOUZA, D. M.; ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, T. Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com Parkinson e suas famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100011&lng=pt&nrm=iso>.

SEVALHO, G.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e antropologia médica: a possível in(ter)disciplinaridade. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (org.) **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. RJ: Relume Dumará, 1998. p. 47-70.

SHAW, B. A.; KRAUSE, N.; CHATTERS, L. M.; CONNELL, C. M.; INGERSOLL-DAYTON, B. Emotional Support From Parents Early in Life, Aging, and Health. **Psychology and Aging**, v. 19, n. 1, p. 4-12, 2004. Disponível em: <<http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/shaw2004.pdf>>

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 6, p. 705-14, 1991. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369190150B><http://dx.doi.org/10.1016/j.bbr.2011.03.031>>.

SHERMAN, D. K.; KIM, H. S.; TAYLOR, S. E. Culture and social support: neural bases and biological impact. In: CHIAO, J.Y. Chiao (Ed.) **Progress in Brain Research**, v. 178, p. 227-237, 2009. ISSN 0079-6123. Disponível em: <<https://labs.psych.ucsb.edu/kim/heejung/shermankimtaylorpbr.pdf>>.

SILVA, R. M. da; LANDIM, F. L. P.; SOUSA, M. F. de. Campos de subjetivação e redes simbólicas: contribuições para compreensão das praticas de promoção em saúde. Debatedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200003&lng=en&nrm=iso>.

SILVA de SOUZA, S. da; VIEIRA DA SILVA, D.M.G. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 778-83, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a08v24n6.pdf>>.

SIQUEIRA, A. C.; BETTS, M. K.; DELL'AGLIO, D. D. A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. **Revista Interamericana de Psicologia**, La Rioja, v. 40, n. 2, p. 149-158, 2006. ISSN 0034-9690. Disponível em: <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04017.pdf>>.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. Crianças e adolescentes institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a03v26n3.pdf>>.

SIQUEIRA, A.C.; SPATH, R.; DELL'AGLIO, D.; KOLLER, S.H. Multidimensional life satisfaction, stressful events and social support network of Brazilian children in out-of-home care. **Child & Family Social Work**, v. 16, Issue 1, p. 111–120, Febr. 2011. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2010.00719.x . Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2206.2010.00719.x/abstract;jsessionid=AE834E62A4AD56B60943760BD67752EE.d03t02?deniedAccessCustomisedMessage=&urlIsAuthenticated=false>>.

SIQUEIRA, A. C.; TUBINO, C. de L.; SCHWARZ, C.; DELL'AGLIO, D.D. Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia – ABP**, v. 61, n. 1, 2009. ISSN 1809-5267. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/175/311>>.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 381-388, abr./jun., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a21v13n2.pdf>>.

SLAVICH, G.M.; BALDWIN, M.W.; EISENBERGER, N.I.; SHELLEY, E.T. Neural sensitivity to social rejection is associated with inflammatory responses to social stress. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA – PNAS**, Aug. 2, 2010, doi: 10.1073/pnas.1009164107. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/107/33/14817.short>>.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. ISBN: 85-85141-77-8.

SMITH, T.W.; RUIZ, J.M.; UCHINO, B.N. Mental Activation of Supportive Ties, Hostility, and Cardiovascular Reactivity to Laboratory Stress in Young Men and Women. **Health Psychology**, v. 23, n. 5, Spt. 2004, p. 476-485. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0278-6133.23.5.476>>.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS AD: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 273-283, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a17v43n2.pdf>>.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (online), Ribeirão Preto, v. 2, n.1, fev. 2008. ISSN 1806-6976. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iss>.

SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 45-52, jul./set. 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a05.pdf>>.

STROZIER, A. L. The effectiveness of support groups in increasing social support for kinship caregivers. **Children and Youth Services Review**, v. 34, n. 5, May 2012. Disponível em:

<<http://journals.ohiolink.edu/ejc/search.cgi?q=authorExact:%22Strozier%2C%20A.L.%22>>.

TAVARES, F.R.G.; BONET, O. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. 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**. CEPESC – IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. ISBN: 978-85-89737-46-3.

TEVES, C. M. **Uma Viagem entre satisfação e proximidade conjugais e aliança parental**. (Mestrado em Psicologia). 2008. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/735>

THOITS, P. A. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 23, n. 2, p. 145-159, June 1982. Disponível em:

<<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2136511?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21101376805917>>.

_____. Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 35, 1995. Disponível em:

<<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2626957?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102064055763>>.

_____. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 52, n. 2, p. 145-161, June 2011. doi: 10.1177/0022146510395592. Disponível em:

<<http://hsb.sagepub.com/content/52/2/145.short>>.

THUMÉ, E.; DILELIO, A. S.; ENDE, R. B. V.; MARQUES, C. C.; OLIVEIRA, T. A. de; COSTA, C. M. Cuidado domiciliar no programa de saúde da família: a utilização de novos instrumentos para subsidiar a prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 1, p. 75-78, jan./jun. 2003. Disponível em:

<<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5571/3543>>.

TRACY, E.M.; MARTIN, T.C. Children's roles in the social networks of women in substance abuse treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 32, n. 1, p. 81-88, 2007. Disponível em:

<[http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(06\)00182-6/fulltext](http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(06)00182-6/fulltext)>.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência**. São Paulo: Diefel, 1983.

UCHINO, B. N. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 29, n. 4, p. 377-387, Aug. 2006. DOI: 10.1007/s10865-006-9056-5. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10865-006-9056-5#>>.

UCHINO, B. N. Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. **Perspectives on Psychological Science**, v. 4, n. 3, p. 236-255, May 2009. DOI: 10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x. Disponível em: <<http://pps.sagepub.com/content/4/3/236.short>>.

UCHINO, B. N.; BOWEN, K.; CARLISTE, M.; BIRMINGHAM, W. Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the “ghosts” of research past, present, and future. **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 7, April 2012, p. 949-957. DOI:10.1016/j.socscimed.2011.11.023. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612000196>>

UCHINO, B. N.; CARLISLE, M.; BIRMINGHAM, W; VAUGHN, A. A. Social support and the reactivity hypothesis: Conceptual issues in examining the efficacy of received support during acute psychological stress. **Biological Psychology**, v. 86, n. 2, Febr. 2011, p. 137-142. Doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.04.003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301051110000943>>.

UCHINO, B. N.; GARVEY, S. T. The Availability of Social Support Reduces Cardiovascular Reactivity to Acute Psychological Stress. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 20, n. 1, p. 15-27, Febr. 1997. DOI:10.1023/A:1025583012283. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1025583012283#>>.

UCHINO, B. N.; HOLT-LUNSTAD, J.; UNO, D.; BETANCOURT, R.; GARVEY, T. S. Social support and age-related differences in cardiovascular function: An examination of potential mediators. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 21, n. 2, p. 135-142, June 1999. DOI: 10.1007/BF02908294. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/BF02908294#>>.

UCHINO, B. N.; KIECOLT-GLASER, J. K.; CACIOPPO, J. T. Age-Related Changes in Cardiovascular Response as a Function of a Chronic Stressor and Social Support. **Journal of Personality and Social Psychology**, 1992, v. 63, n. 5, p. 839-846. DOI: 10.1037/0022-3514.63.5.839. Disponível em: <<http://www.psych.utah.edu/people/people/uchino/Publications/1992%20Uchino%20JPSP.pdf>>.

UCHÔA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da família (PSF): potencialidades e limites. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 29, p. 299-311, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a05.pdf>>.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, dez. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000400010&lng=en&nrm=iso>.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600002&lng=pt&nrm=iso>.

_____. 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/04.pdf>>.

_____. **Globalização e Saúde no Brasil**: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. 2001. ANPED.ORG.BR. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/23/textos/te6.PDF>>.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. A Busca da Saúde Integral por Meio do Trabalho Pastoral. **Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 8, n. 8, p. 139-154, out. 2006. ISSN impresso: 1518-4463, ISSN online: 1982-2650. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/CienciasSociaisReligiao/article/view/2298/1000>>.

VAUX, A.; HARRISON, D. Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. **American Journal of Community Psychology**, v. 13, n. 3, p. 245-269, June 1985. DOI: 10.1007/BF00914932. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/u10446718757j641/>>.

VAUX, A.; PHILIPS, J.; HOLLY, L.; THOMPSON, B.; WILLIAMS, D.; STEWART, D. The social support appraisals (SSA) scale: studies of reliability and validity. **American Journal of Community Psychology**, v. 14, p. 195-220, 1986.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F.; OLIVEIRA, B. R. G.; FURTADO, M. C. C. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 9-11, 2010. Doi: 10.5216/ree.v12i1.9487. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>>.

VILLELA, W. *et al.* A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n4/a02v14n4.pdf>>.

WARE JR, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, June 1992. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3765916?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102076127813>>.

WILLIAMS, P. **What is social support?** A grounded theory of social interaction in the context of the new family. Thesis (Ph.D.) University of Adelaide, Dept. of Public Health, 2005. Disponível em:

<<http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/49476/1/02whole.pdf>>.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. ISBN: 85-7241-346-4.

XIA, L.X.; DING, C.; HOLON, S.; WAN, L. Self-supporting personality and psychological symptoms: The mediating effects of stress and social support. **Personality and Individual Differences**, v. 54, n. 3, p. 408-413, Febr. 2013. DOI.org/10.1016/j.paid.2012.10.011. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188691200493X>>.

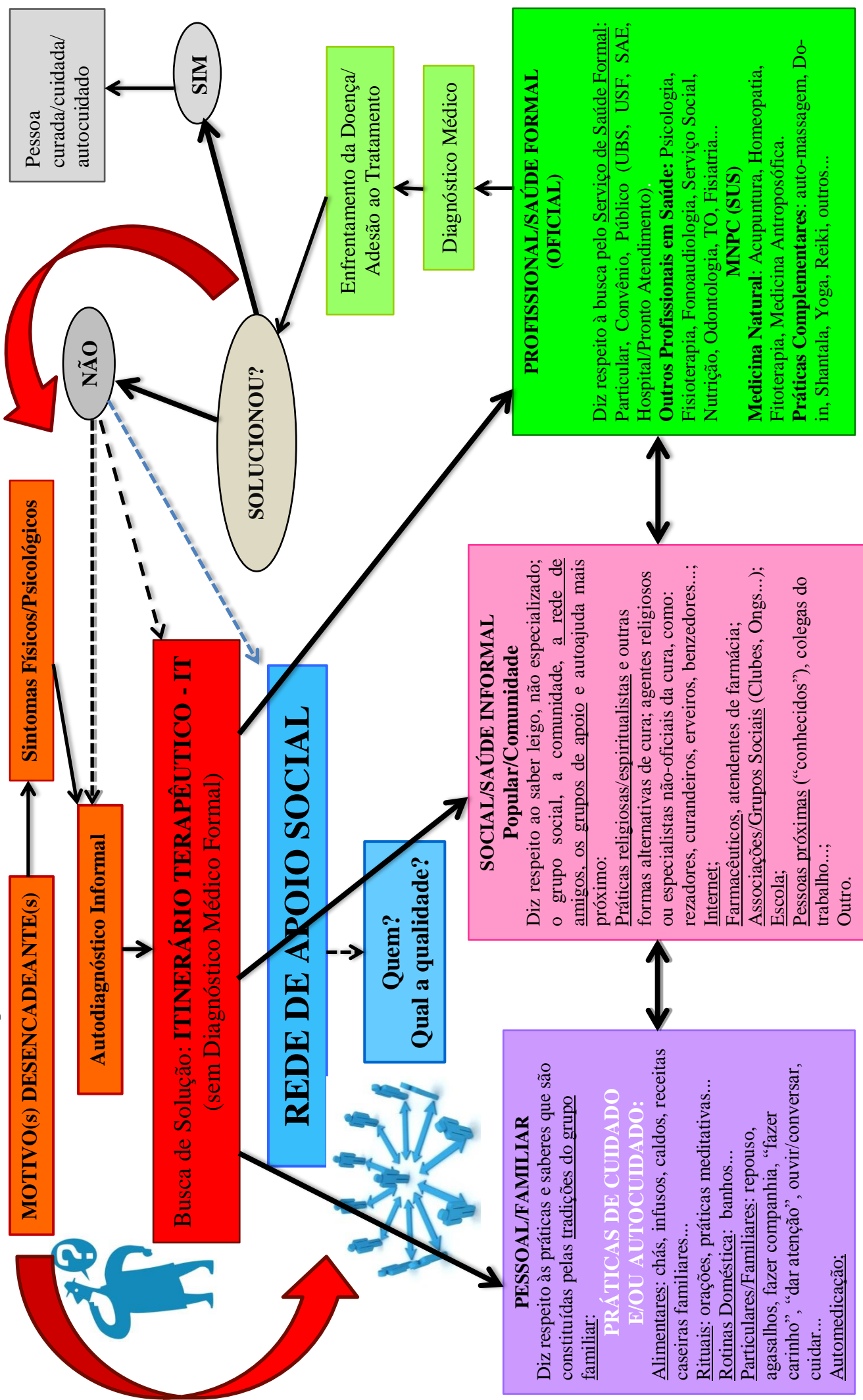
XIA, L.X.; JIE, L.; DING, C.; HOLLON, S. D.; SHAO, B.T. Bo; ZHANG, Q. The relation of self-supporting personality, enacted social support, and perceived social support. **Personality and Individual Differences**, v. 52, n. 2, p. 156-160, Jan. 2012. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0191886911004478/1-s2.0-S0191886911004478main.pdf?_tid=1da7e684-2049-11e2-81e30000aacb35f&acdnat=1351351097_e113f81f28403ea6ef54fc373f3ef345>.

ZANINI, D. S.; VEROLLA-MOURA, A.; QUEIROZ, I. P. de A. R. Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 195-202, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a23v14n1.pdf>>.

ZIMET, G.D.; DAHLEM, N.W.; ZIMET, S.G. e FARLEY, G.K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. **Journal of Personality Assessment**, v. 52, n. 1, p. 30-41, 1988. DOI: 10.1207/s15327752jpa5201_2. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa5201_2>.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de (org). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, p. 62-78.2009. ISBN: 978-85-89737-50-0.

ANEXO A – Quadro: Itinerários Terapêuticos em Saúde



**ANEXO B – Ações Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde - SMS
do Município de Santos – SP**

Sede

Rua XV de Novembro, 195 - 5º e 6º andares
Centro Histórico - Santos/SP - CEP: 11010-151
Tel: (13) 3201-5000 - Ramal: 5526 - Fax: (13) 3216-1266
E-mail: sms@santos.sp.gov.br

Pronto-Socorros e Hospitais

Pronto-socorro Central

Pronto-socorro da Zona da Orla/Intermediária

Hospital Municipal Dr. Arthur Domingues Pinto

Pronto-socorro da Zona Noroeste

Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes

Unidades Básicas de Saúde

Unidade Básica de Saúde da Alemoa e Chico de Paula

Unidade Básica de Saúde da Aparecida

Unidade Básica de Saúde do Bom Retiro

Unidade Básica de Saúde do Campo Grande

Unidade Básica de Saúde da Conselheiro Nébias

Unidade Básica de Saúde do Embaré

Unidade Básica de Saúde do Gonzaga

Unidade Básica de Saúde do Jabaquara

Unidade Básica de Saúde do José Menino / Pompéia

Unidade Básica de Saúde do Marapé

Unidade Básica de Saúde Centro de Saúde Martins Fontes

Unidade Básica de Saúde/ Pronto Atendimento Nova Cintra

Unidade Básica de Saúde da Ponta da Praia

Unidade Básica de Saúde/Pronto Atendimento do Porto

Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube

Unidade de Saúde da Família da Região Central Histórica

Unidade Básica de Saúde do Morro do São Bento

Unidade Básica de Saúde da Vila São Jorge e Caneleira

Unidade Básica de Saúde do São Manoel e Piratininga

Unidade Básica de Saúde da Vila Mathias

Unidade Básica de Saúde do Valongo

Unidade de Saúde da Família do Caruara

Unidade de Saúde da Família do Monte Cabrão

Unidade de Saúde da Família do Monte Serrat

Unidade de Saúde da Família do Morro da Penha

Unidade de Saúde da Família do Morro do José Menino

Unidade de Saúde da Família do Morro Vila Progresso e Santa Maria

Unidade de Saúde da Família da Ilha Diana

Unidade de Saúde da Família da Areia Branca

Unidade de Saúde da Família do Castelo

Unidade de Saúde da Família do Piratininga

Farmácia Popular
Farmácia Popular – Zona da Orla/ Intermediária
Farmácia Popular – Zona Noroeste

Ambulatórios

Ambulatório de Especialidades da Região Central Histórica - SEAMBESP Ambulatório de Especialidades Zona Noroeste - SEAMBESP – ZNO

Centro de Diagnóstico

Centro de Referência em Saúde Auditiva

Seção de Recuperação e Fisioterapia da Zona da Orla/ Intermediária – SERFIS

Atenção Especializada

Casa da Gestante

Instituto da Mulher

Núcleo de Apoio Psicossocial I – NAPS – I

Núcleo de Apoio Psicossocial II – NAPS – II

Núcleo de Apoio Psicossocial III – NAPS – III

Núcleo de Apoio Psicossocial IV – NAPS – IV

Núcleo de Apoio Psicossocial V – NAPS – V

Seção Lar Abrigo – SELAB

Seção de Atendimento Domiciliar – SEADOMI

Seção de Reabilitação Psicossocial

Núcleo de Atenção ao Tóxico-dependente Zona da Orla/ Intermediária, Região Central Histórica e Zona dos Morros I

Centro de Prevenção ao Uso de Substâncias Psicoativas

Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente

Seção Centro de Valorização da Criança da Zona Noroeste

Seção Centro de Valorização da Criança da Orla / Intermediária

Seção Centro de Valorização da Criança da Região Central Histórica

Coordenadoria do Centro de Referência e Tratamento

Seção Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente de AIDS

Seção Centro de Referência em AIDS – SECRAIDS

Seção Núcleo Integrado de Atendimento à Criança

Seção de Prevenção de Doenças Infecto-contagiosas

(Centro de Testagem e Aconselhamento)

Seção Centro de Especialidades Odontológicas da Zona Leste

Seção Centro de Especialidades Odontológicas da Zona Noroeste

Seção de Atendimento à Rede e Prevenção em Saúde Bucal

Departamento de Vigilância em Saúde

Seção de Vigilância à Mortalidade Materno-infantil

Coordenadoria de Vigilância I – Saúde

Seção de Vigilância Sanitária

Seção de Controle e Orientação em Intoxicação

Seção de Vigilância e Referência em Saúde do Trabalhador – SEVREST

Coordenadoria de Vigilância II – Saúde

Seção de Vigilância Epidemiológica – SEVIEP

Seção de Vigilância e Controle de Zoonoses – SEVICOZ

Seção de Controle de Vetores – SECOVE

Regulação do Sistema

Coordenadoria de Regulação

Seção de Auditoria**Seção de Avaliação e Controle****Seção de Contratualização e Convênios****Coordenadoria de Acesso¹****Seção de Controle de Vagas Hospitalares****Seção de Agendamento de Consultas e Exames****Seção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU**

¹ Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/frame.php?pag=/saude/saude.php>>

ANEXO C

Bibliografia Eletrônica:

www.sciencedirect.com

<http://www.scielo.org/php/index.php>

<http://www.periodicos.capes.gov.br/>

http://thomsonreuters.com/products_services/science/science_products/a-z/journal_citation_reports/

<http://isiwebofknowledge.com/translations/portugues-portugal/>

Isi Web of Knowledge – EndnoteWeb (acessado nos laboratórios de informática da PUCSP)

<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>

Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde

<http://brasil.bvs.br/>

<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

Literatura Científica e Técnica

- Ciências da Saúde em Geral: [LILACS](#), [IBECS](#), [MEDLINE](#), [Biblioteca Cochrane](#), [SciELO](#)
- Portal de Evidências: [Revisões Sistemáticas](#), [Ensaio Clínico](#), [Sumários de Evidência](#), [Avaliações Econômicas em Saúde](#), [Avaliações de Tecnologias em Saúde](#), [Diretrizes para Prática Clínica](#)
- Áreas Especializadas: [CidSaúde](#), [DESASTRES](#), [HISA](#), [HOMEINDEX](#), [LEYES](#), [MEDCARIB](#), [REPIDISCA](#)
- Organismos Internacionais: [PAHO](#), [WHOLIS](#)
- [LIS- Localizador de Informação em Saúde](#)
- [DeCS- Terminologia em Saúde](#)
- Acesso a Documentos: [SCAD- serviço de cópia de documentos](#), [Catálogo de revistas científicas](#)

Assim como: BVS – ULAPSI Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología

<http://www.ulapsi.bvsalud.org/php/index.php>

E também os órgãos oficiais do governo do Brasil:

www.saude.gov.br/qualisusrede

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

[Cidadão](#) > [Acesso à informação](#) > [Principal - Acesso à informação](#) > [Ações e Programas](#)

ANEXO D

USF Jd. Castelo usf-castelo@santos.sp.gov.br

- ✓ Cerca de 14 mil moradores do bairro Castelo são beneficiados com equipamento inaugurado pela prefeitura de Santos, dia 27/01/2010;
- ✓ Unidade de Saúde da Família USF do Castelo (Zona Noroeste);
- ✓ Instalada em imóvel de cerca de 400 metros quadrados na Rua Francisco de Barros Mello, 184 - Tel.: (13) 3299-5985;
- ✓ Horário de Atendimento: De segunda a sexta-feira, das 7 às 17 horas
Projetos especiais: Atividades de Prevenção e Promoção à Saúde – Atividade Física para Hipertensos e Diabéticos; e Atividade de Grupos (Ex: aleitamento materno, gestantes, adolescentes, planejamento familiar e outros).
- ✓ Em parceria com o Rotary Clube de Santos, que doou cerca de R\$ 100 mil para equipar a unidade;
- ✓ O Programa de Saúde da Família de Santos conta com 15 equipes, que acompanham 40 mil pessoas;
- ✓ O Castelo conta com quatro equipes do PSF, num total de 30 agentes comunitários de saúde;
- ✓ Ele é térreo e climatizado. Possui seis consultórios - sendo um odontológico -, além de salas de coleta, inalação, vacina, enfermagem e curativos. Há ainda sala de reunião, copa, vestiários (masculino e feminino) e três banheiros (sendo um adaptado para portadores de necessidades especiais);
- ✓ Segundo datasus, são 18 ACS, mas na prática, atualmente somente 11 ACS estão atuando;

Cerca de 14 mil moradores do bairro Castelo serão beneficiados com equipamento inaugurado ontem pela prefeitura *

- ✓ Dia 27/jan/2010, inauguração da Unidade de Saúde da Família do Castelo, na Zona Noroeste, equipada pela prefeitura em parceria com o Rotary Club de Santos – José Bonifácio.
- ✓ Localizado na Rua Francisco de Barros Mello, 184, o equipamento atenderá 2.703 famílias cadastradas no programa Saúde da Família, além dos demais moradores do bairro, com orientações sobre prevenção e tratamento de doenças, promoção de saúde, planejamento familiar, além de consultas médicas e odontológicas.
- ✓ Os cerca de 14 mil moradores do Castelo, bairro da Zona Noroeste, dispõem desde ontem de nova referência na área da saúde. Trata-se da USF (Unidade de Saúde da Família) instalada em imóvel de cerca de 400 metros quadrados na Rua Francisco de Barros Mello, 184. Esta é a décima unidade do PSF (Programa de Saúde da Família) e a trigésima da rede de atenção básica da SMS (Secretaria
- ✓ Municipal de Saúde).
- ✓ O prefeito João Paulo Tavares Papa destacou a consolidação do PSF em Santos e o investimento na atenção básica. “O Programa de Saúde da Família começou com duas equipes e hoje conta com 15. Eram seis mil pessoas acompanhadas e agora são 40 mil”, disse

Papa, destacando a importância da parceria com o Rotary Club de Santos – José Bonifácio, que doou cerca de R\$ 100 mil para equipar a unidade.

- ✓ A USF do Castelo é a quarta unidade de saúde equipada pelo Rotary, de 12 previstas. A parceria;
- ✓ Já beneficiou a UBS Alemoa, reformada em 2008, e as UBS São Manoel e Piratininga e Vila São Jorge e Caneleira, que ganharam nova sede no ano passado.
- ✓ O Castelo conta com quatro equipes do PSF, num total de 30 agentes comunitários de saúde. O imóvel foi erguido pela Construtora Viabiliza – vencedora da licitação - a um custo de R\$ 507.435,02.
- ✓ Ele é térreo e climatizado. Possui seis consultórios - sendo um odontológico -, além de salas de coleta, inalação, vacina, enfermagem e curativos. Há ainda sala de reunião, copa, vestiários (masculino e feminino) e três banheiros (sendo um adaptado para portadores de necessidades especiais).

* fonte: Diário Oficial de Santos - Ano XXI - Quinta-feira, 28 de janeiro de 2010 - nº 5091





ANEXO E

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO PARA USUÁRIOS UBS E USF

LER A ASSINAR O TCLE

- () Unidade Básica de Saúde/UBS - Especificar.....
 () Programa Saúde da Família/USF - Especificar.....
 () Serviço Assistência Especializada/SAE - Especificar.....

NOME:

SEXO: () MASC () FEM

IDADE:

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO/TRAB:

Nº

Data/...../.....

Horário: Início:

Final:

Tempo de interrupção.....min

motivo.....

- () USUÁRIO EM PRIMEIRA CONSULTA (SEM DIAGNÓSTICO);
 () USUÁRIO EM CONSULTA SUBSEQUENTE (APÓS DIAGNÓSTICO);

Motivo.....

- () USUÁRIO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA (Em tratamento há tempo)

- () USUÁRIO SEM SINTOMATOLOGIA (PROFILAXIA, PREVENTIVO)

ESCOLARIDADE:

- () analfabeto;
 () reconhece algumas letras, escreve pouco;
 () lê e escreve razoavelmente;
 () Ensino Fundamental;
 () Ensino Médio;
 () Ensino Superior;
 () Ensino Técnico;
 () Profissionalizante.

ESTADO CIVIL (neste último ano):

- () Casado(a) – oficializado;
 () Relação estável – não oficializada;
 () Relação não estável – mesma pessoa;
 () Relação não estável – pessoas diferentes;
 () Sem nenhum relacionamento afetivo.

SE RELAÇÃO ESTÁVEL:

- () primeira relação estável;
 () segunda relação estável;
 () após duas relações estáveis.

FILHO(S): especificar se da relação atual – RA, ou de outros relacionamentos - OR

- () Nenhum;
 () 1 filho – idade:;
 () 1 filha - idade:;
 () 2 filhos: () masc - idades: () fem – idades:
;
 () 3 filhos: () masc – idades: () fem – idades:
;
 () mais de 3 filhos: especificar sexo e
 idades:.....

RESIDE COM QUEM? (Acrescente sua pessoa)

- () Quantos adultos (entre 14 e 60 anos);
 () Quantas crianças (menor de 13 a);
 () Quantos idosos (maior de 60 anos);

Profissão/ocupação das pessoas que residem na mesma casa:

RENDA MENSAL das pessoas que residem com você - pessoas que vivem da mesma renda (em salário mínimo \$²): ou individual?

- () menos de meio salário mínimo;
 () meio;
 () 1;
 () 2;
 () 3;
 () 4;
 () mais que 4.

*(especificar se existem pessoas que vivem também dessa renda, mas que não residem junto.

Ex: pais idosos)

Tem alguma

DOENÇA CRÔNICA? Qual? Há quanto tempo? Toma medicação?

SAÚDE MENTAL: Já teve algum Transtorno Mental diagnosticado? (ex. depressão, estresse, nervoso, esgotamento...) Qdo, como/onde tratou? Qto tempo? E hoje, como vc está?

ESTADO DE SAÚDE AUTO-REFERIDO: (no momento da coleta de dados)

- () Ruim, mal;
 () Mais ou menos;
 () Bem (preventivo)

² Valor Salário Mínimo em Real (Brasil, 2011) R\$ 545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais), equivalente a 345.593 Dólares Americanos e a 239.55 Euros -União Européia.

ANEXO F

Essa pesquisa faz parte da Tese de Doutorado da Psicóloga e Enfermeira, vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa LESSEX – Laboratório de Estudos em Saúde e Sexualidade (Baixada Santista) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUCSP, que tem o objetivo de saber ‘como as pessoas Cuidam da sua Saúde, e de sua família’.

Para responder basta ser maior de 14 anos de idade, ser morador de qualquer cidade da Baixada Santista e ser usuário do Sistema Público (SUS) ou Privado (Particular ou convênio) de Saúde.

Não precisa colocar seu nome, se identificar. Pode colocar um nome fictício ou fantasia, porque a pesquisa é sigilosa. Seus dados ficarão armazenados no Programa computacional Sphinx, Plataforma Brasil – PUCSP.

Orientações para responder o questionário:

1. Não existe resposta certa ou errada, o que interessa é a sua história. Conte o que tiver vontade de falar, use o espaço que desejar;
2. Não se preocupe em *desformatar* o questionário;
3. Não se preocupe com erros de ortografia/gramática;
4. As perguntas estão em **negrito**. As perguntas logo em seguida, são para estimular, para facilitar sua resposta;
5. Se você quiser, pode responder mais de uma alternativa nas questões fechadas ();
6. Por favor, envie o questionário respondido (em anexo) para o e-mail lessex.pucsp@gmail.com

Muito Obrigada.

Me. Maura Castello Bernauer

E se depois eu quiser continuar conversando depois?

Você pode retomar posteriormente, mas precisa me avisar para combinarmos como retomarmos nossa conversa.

Como será a conversa?

Eu irei fazer algumas perguntas e você vai respondendo, mas também pode falar tudo o que achar importante para eu saber sobre como as pessoas cuidam de sua saúde. Para facilitar nossa conversa, eu irei registrar as suas respostas mais curtas neste aparelho (mostra o PDA) e gravarei as mais longas neste gravador.

As pessoas saberão o que eu falei?

Não. Os pesquisadores, coordenados pela Dra. Edna Peters Kahhale, irão juntar as respostas de todas as pessoas que participaram da pesquisa e garantirão o sigilo, confidencialidade e privacidade de todas as pessoas.

O que é sigilo e confidencialidade?

É não dizer seu nome, nem identificar o que você falou e nem deixar ninguém saber o que exatamente você falou. Suas informações serão organizadas de forma que ninguém identifique você e nem sua família. Isto será feito nos relatórios e publicações elaborados a partir desta pesquisa.

Eu posso ser prejudicado ao participar da pesquisa?

Não, a coordenadora da equipe assegura a não utilização das informações em prejuízo de sua pessoa, família e/ou comunidade, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Eu posso saber os resultados desta pesquisa?

Sim, ao final da pesquisa, após organizarmos todas as informações e elaborarmos as propostas para melhorar o atendimento à saúde das pessoas, deixaremos o material disponível aqui no ambulatório e faremos uma reunião com quem quiser para discutirmos o que concluirmos.

Se eu tiver dúvidas ou quiser informar sobre o que aconteceu durante a entrevista?

Você pode ligar para a coordenadora geral do projeto Dra. Edna Peters Kahhale (fone: 11 36708521) ou ligar para a Comissão de Ética em Pesquisa da PUCSP (fone: 11 3670 8466) ou mandar um e-mail para: comissaoetica@pucsp.br ou lessex.pucsp@gmail.com

Eu entendi as explicações fornecidas por Maura Castello Bernauer.

E concordo em participar da pesquisa:

Assinatura do usuário UBS/USF/SAE

Assinatura do entrevistador:

Data: ____/____/____

ANEXO I



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 351/2010

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
 Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica
 Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Edna Maria Severino Peters Kahhale
 Autor(a): Edna Maria Severino Peters Kahhale

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Outro: Pesquisa produtividade CNPq, intitulado *Relações de gênero e itinerários terapêuticos: a transversalidade com a adesão ao autocuidado em saúde*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

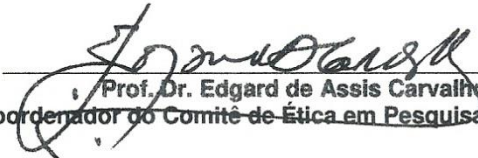
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **08/11/2010**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **351/2010**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 08 de novembro de 2010.


 Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

ANEXO J

