

Copyright © 2006 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-7541-079-2

1ª edição: 2006

1ª reimpressão: 2008

Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Angélica Mello e Daniel Pose

Imagens da capa

A partir de pinturas de Candido Portinari: *A Greve* (1950, óleo/tela, 55 x 46 cm, coleção particular, São Paulo, SP); *Índia e Mulata* (1934, óleo/tela, 72 x 50 cm, coleção particular, São Paulo, SP); *Meninos com Carneiro* (1959, óleo/madeira, 172 x 112 cm, coleção particular, São Paulo, SP); *Meninos no Balanço* (1960, óleo/tela, 61 x 49 cm, coleção particular, Rio de Janeiro, RJ); *Molegus Pulando Cota* (1958, óleo/tela, 59,5 x 72,5 cm, coleção particular, São Paulo, SP); *Retrato de Maria Grávida* (1939, óleo com areia/tela, 45,5 x 33,5 cm, coleção particular, Fortaleza, CE). Nossos agradecimentos a João Candido Portinari pela cessão de direitos de uso das imagens das obras nesta coleção.

Revisão

Irene Ernest Dias

Divulgação da Coleção Criança, Mulher e Saúde

Nina de Almeida Braga

Catálogo na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

D461h Deslandes, Suelly Ferreira (org.)

Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. / Organizado por Suelly Ferreira Deslandes. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2006.
416 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

1. Humanismo. 2. Assistência à saúde. 3. Relações médico-paciente. 4. Saúde da mulher. 5. Saúde infantil (Saúde Pública). I. Título.

CDD - 20. ed. - 614

2008

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Mangueinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

e-mail: editora@fiocruz.br

http://www.fiocruz.br



HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE: CONCEITOS, DILEMAS E PRÁTICAS

SUELY FERREIRA DESLANDES
ORGANIZADORA

1ª reimpressão

EDITORA



COLEÇÃO
CRIANÇA MULHER E SAÚDE

REDES SOCIAIS DE SUPORTE E HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE

Nina de Almeida Braga

6

*Cada fio sensível da rede pode ser ferido
ou afagado em todo seu comprimento.*

Diiderot

Na área da saúde, como em qualquer outra dimensão da vida social, há um entrelaçamento das relações sociais entre os indivíduos cujos contornos e meandros podem ser percebidos por meio do recurso ao instrumental analítico presente no conceito de rede social. A perspectiva de rede permite entrever as interações tanto em seus aspectos conjunturais quanto estruturais, na medida em que lida com uma categoria construída no interstício entre a concepção de indivíduo como ator social dotado de estratégia própria e a compreensão de que esta se encontra num contexto de uma ordem social mais ampla. Significa, de fato, contrapor-se a uma concepção fragmentária do ser humano. Ou seja, percebê-lo como alguém capaz de participar e protagonizar atos de transformação de uma totalidade composta por relações sociais das quais ele é simultaneamente objeto e sujeito. E que, para tanto, o indivíduo tem a possibilidade de construir, aglutinar-se e identificar-se com seus pares em redes sociais. Em outras palavras, trabalhar com este conceito conduz a um questionamento acerca da capacidade do ser humano de ser autor e ator de sua história. Esta reflexão acerca da potencialidade das inserções ou pertencenças desenvolvidas por indivíduos ao longo de suas trajetórias compreende um pensar sobre a “humanidade do outro” (Minayo, 2004), que passa a ser encarado como

singular e plural, já que passível de estar inscrito de diferentes maneiras em distintas formações. Ou, em outros termos, como “sujeito no sentido de ser membro, de pertencimento a um *ethos*, a uma cultura” e “pessoa no sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular” (Deslandes, 2005:402).

A operacionalidade própria ao conceito de rede social suscita maior atenção para com a diversidade das ações e condutas dos indivíduos, cuja complexidade torna-se matéria-prima. Ocasiona um redimensionamento dos sentidos dos atos humanos. Torna-se possível e mesmo imprescindível olhar para o ‘outro’ como um ser único porque múltiplo – dada a sua potencialidade de vinculação. Assim, a adoção de uma ótica de rede coloca em pauta o respeito à alteridade nas interações sociais, questão fundamental ao debate das propostas em prol da humanização dos cuidados em saúde.

Vários autores (Haines, Beggs & Hurlbert, 2002; Marques, 2000; Martins, 2004; Pescosolido & Levy, 2002) atribuem a origem deste conceito de rede social – cujo pressuposto seria o de um “individualismo relacional” (Marques, 2000) – aos estudos clássicos de sociologia como os de Durkheim (1978) e Simmel (1976). Entretanto, data de meados do século passado o primeiro trabalho que define rede social, contrapondo-a à noção de grupo permanente (Barnes, 1987). Ao debruçar-se, em 1954, sobre as formas de organização dos habitantes de uma ilha na Noruega, o pesquisador Barnes notou que muitas das aglomerações não seguiam as de qualquer conjunto mais formal e hierarquizado. A partir de então sucederam-se diversos estudos (Feldman-Bianco, 1987; Boissevain, 1987; Bott, 1990; Lemieux, 1982; Mayer, 1987) no âmbito das ciências sociais que também tinham como objeto de investigação as “relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos” (Barnes, 1987). As malhas das conexões – por vezes espontâneas – passaram a ser enfocadas tanto em seus conteúdos quanto em suas múltiplas formas (Soares, 2003).

O CONCEITO DE REDE SOCIAL

Uma vez apresentada, em poucas palavras, a operacionalidade e a historicidade do conceito de rede social, torna-se necessário explicitá-lo de modo a facilitar a compreensão de suas aplicações e desdobramentos, como

a noção de rede de suporte, muito usada em estudos sobre saúde (Agadjanian, 2002; Andrade & Vaitzman, 2002; Bronfman, 2000; Chor et al., 2001; Faber & Wasserman, 2002; Haines, Beggs & Hurlbert, 2002; McLaughlin, Horwitz & White, 2002; Pescosolido & Levy, 2002; Robles et al., 2000; Sluzki, 1997). Em linhas gerais, pode-se definir rede social como uma teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas. Os atos de sociabilidade por parte de “empreendedores sociais” (Boissevain, 1987) são traçados com base em escolhas pessoais e contam com o dinamismo das alianças para alcançar objetivos pragmáticos. Muitas vezes as pessoas juntam-se de maneira informal sem qualquer tributo às estruturas hierárquicas, constituindo uma trama que não molda necessariamente um grupo, mas que atende a interesses e afinidades que podem ser temporários.

A intencionalidade dos agentes há de ser compreendida tanto sob uma ótica de inserção e posicionamento na rede – a qual, por sua vez, situa-se em um processo histórico – quanto pela potencialidade de transformação inerente a esta forma de aglomeração de atores sociais. No livro intitulado *A Sociedade dos Indivíduos*, Norbert Elias (1994) indica que as pessoas convivem sob uma “ordem oculta”, imperceptível aos sentidos e marcada por uma interdependência entre os indivíduos, configurando uma rede similar a um tecido.

No entanto, nem a totalidade da rede nem a forma assumida por cada um dos seus fios podem ser compreendidas em termos de um único fio, ou mesmo de todos eles, isoladamente considerados: a rede só é compreensível em termos da maneira como eles se ligam, de sua relação recíproca. (Elias, 1994:35)

Logo, em outras palavras, pode-se afirmar que essas coalizões estão sujeitas tanto ao constrangimento por parte da sociedade quanto ao poder de subversão subjacente às ações de seus membros, os quais acabam por dispor de uma “racionalidade relativa” (Marques, 2000; Soares, 2003). O foco desta, geralmente, é o da competição por “recursos escassos” (Boissevain, 1987), e o cenário o de atores que “decidem, em conjunto ou não, quais os recursos que serão transmitidos” ou distribuídos (Lemieux, 1999:13).

Nessa empreitada há margem para manipulações de estratégias que podem variar seja de acordo com as combinações na rede, seja segundo as relações de troca – para além das que compõem este aglomerado – presentes no universo de indivíduos que configuram num determinado momento um arranjo de rede. Esta característica de fluidez ou mesmo de transitoriedade de algumas dessas teias – especialmente as que se formam em torno de interesses específicos e concretos – aponta para a questão da delimitação dos seus marcos fronteiriços. De fato, estes não oferecem nitidez igual à encontrada nos grupos permanentes (Barnes, 1987). Por isso, alguns estudiosos (Lemieux, 1999; Lazega, 1998) indicam a necessidade de que o pesquisador explicita que a definição de limites da rede em foco está sendo desenhada a partir de um recorte externo e/ou do olhar dos seus membros, sendo que todos os autores anteriormente mencionados consideram a porosidade dos contornos dessas tramas como mais um indício da constante mutação inerente ao dinamismo encontrado nesse tipo de tecido social. Entretanto, a discussão em torno das fronteiras dessas composições conduz a um olhar tanto sobre o conteúdo quanto sobre as estruturas das redes sociais, sejam estas examinadas sob uma ótica egocentrada, isto é, construída a partir de um indivíduo e de suas relações – mais conhecida como “rede social pessoal” (Sluzki, 1997) – ou “totalmente sociorrelacional ou comunitária” (Faber & Wasserman, 2002), a qual é investigada a partir de um conjunto de atores e respectivo repertório de interações.

A natureza – amizade, parentesco, mercantili, de clientelismo, entre outras – dos laços entre os agentes responde pelo conteúdo, assim como o formato da rede é perceptível pela densidade, isto é, pelo número de “relações possíveis” (Lemieux, 1999) e frequência das expressões de tais laços. Há uma correlação entre densidade das interconexões e fechamento da rede: quanto mais estreitos e comuns os contatos entre seus membros, menor é a probabilidade de incorporação de outros indivíduos, principalmente quando têm lugar num contexto marcado por poucas oportunidades para o estabelecimento de novas relações, como, por exemplo, o de uma migração recente. Nessas situações entra em cena o “princípio de coesão” (Lemieux,

1999), o qual cresce na medida em que diminui o contato com um universo externo ao da rede. E “o grau de conectividade de uma rede determina os fatores que unem seus integrantes e lhes permite um melhor e maior intercâmbio de reciprocidade e, fundamentalmente, a continuidade e estabilidade da rede” (Bronfman, 2000:114). Tanto que para os aglomerados sem conectividade direta entre seus atores – como os de parentesco distante – é atribuído o *status* de “quase-rede” (Lemieux, 1999). Assim, torna-se possível que redes de diferente conteúdo exibam “formas idênticas” (Knoke & Kuklinski apud Soares, 2003).

Outra maneira de classificação é a que recorre à conotação – culturalmente delimitada – positiva ou negativa das interações, as quais equivaleram, respectivamente, aos laços de “identificação” ou de “diferenciação” (Simmel apud Lemieux, 1999). Essa distinção permite introduzir a questão das redes de suporte, compostas por entrelaçamentos de caráter positivo ou de identificação.

REDES SOCIAIS DE SUPORTE

Para apreender e compreender as redes de suporte, torna-se necessário privilegiar o enfoque sobre as suas funções, ao invés de se ater às suas estruturas. Essas redes, como indica o próprio termo, funcionam como pólos de apoio aptos a auxiliar seus membros a enfrentar tanto os problemas da vida cotidiana quanto aqueles excepcionais ou que só se manifestam em momentos de crise. Entre suas atribuições, podem-se destacar as seguintes: “companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos” (Sluzki, 1997:48). Por “companhia social” entendem-se atividades realizadas em conjunto; “apoio emocional” representa sustentação, lealdade, simpatia e solidariedade; “guia cognitivo” significa compartilhar e/ou esclarecer informações e conhecimentos, expondo modelos de comportamentos; por “regulação social” compreende-se a evocação das normas da sociedade e da própria rede e consequente neutralização ou mesmo reprovação de condutas anti-sociais; “ajuda material e de serviços” refere-se ao auxílio para solucionar um determinado problema de ordem

econômica, de saúde etc.; finalmente, “acesso a novos contatos” supõe a ampliação da rede social pessoal.

Portanto, torna-se possível definir uma rede de suporte como um emaranhado de interações moldadas pelo compromisso moral entre seus atores. Essas ligações pressupõem confiança e supõem reciprocidade. São marcadas por “laços fortes” (Marsden apud Fontes, 2004) ou “cerrados” (Lemieux, 1999). Assim, acumulam em conjunto o que Bourdieu (1983) denomina como “capital social”, isto é, a capacidade de reunir um *quantum* de contatos ou conexões que os habilita a dominar o campo no qual circulam, incidindo sobre seu posicionamento na sociedade. As relações diretas adquirem maior valor do que as que são intermediadas (Lemieux, 1999). Trata-se de um atributo construído através de entrelaçamentos pessoais cujo desdobramento é o alcance de metas que dificilmente seriam atingidas apenas com recursos individuais.

Ao alcançar ou, ainda, ao mobilizar-se em torno de objetivos comuns, tecem uma identidade que lhes é fundamental mesmo porque, por vezes, é única. Exemplos podem ser encontrados em estudos sobre migrações, nas quais tornam-se evidentes os processos de “desafiliação” (Castel apud Ude, 2002). Muitas vezes os migrantes se ressentem da ausência das suas relações sociais originais e eventualmente chocam-se com a “impessoalidade” encontrada em seus novos locais de moradia ou de trabalho (Bourdieu, 1979). Ou seja, perdem o que consideram como um manto protetor no qual estariam envolvidos em trocas afetivas e em cuidados recíprocos. O dilaceramento desse tecido conduz à sensação de vulnerabilidade ou de precariedade e aponta para a correspondência existente entre rede de suporte social e matriz de identidade. A perda da primeira incide sobre a denominada “experiência individual de identidade” (Sluzki, 1997), evocando a metáfora da identidade sugerida por Latour, isto é, a da assinatura (*abonnement*), segundo a qual cada pessoa é moldada por variadas assinaturas, com histórias e inscrições diferentes (Latour apud Mendes, 2001). Afinal, “a subjetividade e a corporalidade são ativadas e constituídas numa variedade de formas e processos. As identidades não são essências desincarnadas, mas teias complexas de relações, materiais e desejos” (Mendes,

2001:508). São construídas a partir da inserção em comunidades as quais, por sua vez, podem ser alteradas – como indicado anteriormente – pela ação dos indivíduos que a constituem. São, assim, plurais, multifacetadas, “situacionais e flutuantes” (Goffman apud Mendes, 2001).

Contudo, a relação dialética entre sensação de isolamento social e deterioração e/ou ausência de rede de apoio não é pertinente somente em casos de migração. Aplica-se também a toda e qualquer rede considerada pelo indivíduo como “significativa” ou “diferenciada da massa anônima da sociedade” (Sluzki, 1997). Assim, pode-se afirmar que uma das funções da teia de suporte é a de propiciar moldes identitários aos seus membros e, com isso, facilitar seus trânsitos por diferentes instâncias, instituições e situações. Sem dúvida o período de hospitalização é um dos momentos, por exemplo, em que tal qualidade torna-se praticamente indispensável. A ameaça ao bem-estar do indivíduo – presente nos episódios em que está em jogo a saúde – expõe sua fragilidade e temor diante de um devir sobre o qual não se tem controle de todas as variáveis. Porém, antes de discorrer sobre a importância da rede de apoio em momentos críticos como o mencionado, torna-se pertinente tratar de dois aspectos relativos às aglomerações compostas por laços de suporte. Caso contrário, corre-se o risco de que a tenática central deste capítulo seja abordada sem que as noções de plasticidade e percepção de suporte oferecido por essas redes – fundamentais para a apreensão do seu desempenho na produção de cuidados humanizados em saúde – sejam devidamente compreendidas.

A relevância da dimensão da plasticidade está relacionada à importância, aqui sublinhada, das funções protetoras oferecidas pelas redes de apoio. Para melhor lidar com os percalços da vida, tanto ordinários quanto extraordinários, as pessoas procuram por sustentação. Em busca de auxílio, recorrem àquelas que, no seu entender, estariam aptas a lhes prestar ajuda, não importando se são ou não, por exemplo, parentes consanguíneos (Agadjanian 2002; Bronfman, 2000; Klovdahl, Graviss & Musser, 2002). O caráter dinâmico e fluido das redes, já indicado, faz com que o preenchimento das funções seja mais importante do que os próprios indivíduos que as ocupam. Isto porque em muitas ocasiões esse apoio

depende de conjunturas suscetíveis a constantes transformações, como relações de vizinhança, composições conjugais e posições no ciclo de vida. Por exemplo, uma avó muito jovem, às voltas com seu trabalho, dificilmente teria condições de 'funcionar' ou exercer o papel de avó e fazer parte de uma rede de apoio. Por sua vez, uma vizinha mais velha e aposentada poderia ocupar essa posição, o que evidencia a premência de se pensar a respeito da plasticidade da trama dos fios constitutivos das redes sociais de suporte.

A segunda questão diz respeito ao fato de que a expectativa e a percepção de suporte propiciado pelas redes de auxílio mútuo podem transformar-se num eixo organizacional das ações concretas de atores sociais na luta por recursos eventualmente escassos. A "previsibilidade" do apoio orienta as estratégias desses agentes (Bronfman, 2000), assim como sua apreensão ou percebimento influenciam suas atuações. Essa cognição refere-se à crença, por parte dos membros de uma teia, de que suas demandas de apoio estariam sendo satisfeitas por seus companheiros de rede. Ou, em outros termos, que as redes latentes estariam sendo acionadas e, conseqüentemente, reativadas. Isso porque seriam, basicamente, formadas por relações estabelecidas, sendo que entre as últimas encontram-se algumas aptas a serem atualizadas desde que ocorra – numa determinada situação – uma convergência de propósitos (Lemieux, 1999). Apesar da prevalência do pragmatismo como vetor de ativação dessas redes em estado de latência, por vezes são os objetivos que se adaptam às suas configurações. Essa flexibilidade pode ser decisiva em momentos extraordinários como, por exemplo, os de doença e/ou hospitalização.

Há, no entanto, uma distinção entre a percepção e o apoio recebido de fato (Faber & Wasserman, 2002). São variáveis independentes (sem casualidade) entre si, e ambas incidem sobre o campo da saúde. Uma pessoa em estado deprimido dificilmente se dá conta do suporte do qual é alvo, ao mesmo tempo que a consciência do auxílio recebido é mais nítida entre aquelas que não apresentam um quadro de depressão (Faber & Wasserman, 2002). Essa dissonância cognitiva é importante na medida em que suscita a discussão em torno dos fatores que influenciam a percepção de suporte, a qual, como será demonstrado, é decisiva por ocasião do enfrentamento

de uma doença. Entre os fatores determinantes como "cultura, personalidade e objetivos de vida" – entre outros –, tem destaque o que associa a capacidade de assimilação à situação de maior ou menor estresse (Faber & Wasserman, 2002). Com isso, muitas vezes o mesmo tipo de apoio pode ser encarado pelo receptor ora como satisfatório, ora como insuficiente. E não fica difícil supor que – diante do potencial de estresse inerente a uma internação numa unidade de saúde – ocorra uma dificuldade de apreensão desse suporte, criando um círculo vicioso, já que sua suposta ausência em muito maximiza o desgaste daqueles que estão a enfrentar um período que por si só gera desconforto e apreensão.

A rapuça torna-se completa quando a 'omissão de socorro' por parte daquele de quem se espera ajuda acontece por causa de entraves institucionais não percebidos por quem contava com o auxílio. Comuns em estabelecimentos hospitalares que vetam a presença de quem não tiver uma relação próxima de parentesco com o paciente internado ou que franqueiam as visitas dos últimos em horários inadequados e inaccessíveis para quem tem dificuldade em deixar seus postos de trabalho e comparecer à tarde, por exemplo, essas medidas podem ocasionar – para o usuário do atendimento hospitalar – frustração, com eventuais desdobramentos para além do período da internação.

Assim, tanto a problemática da percepção da ajuda esperada, disponível e recebida quanto a da plasticidade das redes de suporte evidenciam a importância de que seja examinada a polissemia das teias de suporte. Mesmo porque essa questão perpassa toda uma discussão acerca de quem teria direito de acesso aos hospitais, ou, em outras palavras, sobre o perfil do acompanhante. Para citar um exemplo, pode-se recorrer ao Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, o qual preconiza que na ausência dos avós, considerados como membros da "família ampliada" dos bebês, sejam permitidas aos seus "substitutos" visitas regulares às UTIs neonatais (Brasil, 2002). Ou – ainda no âmbito de políticas públicas para a saúde da criança – ao texto da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, o qual cita a "necessidade de participação da unidade de saúde

nas redes sociais locais que se constituem, a partir do território, na defesa dos direitos das crianças” (Brasil, 2004a:13).

REDES SOCIAIS DE SUPORTE E ATENDIMENTO HUMANIZADO EM SAÚDE

Alguns documentos oficiais do Ministério da Saúde, como os supracitados, mencionam explicitamente o conceito de rede social, associando-o às iniciativas de humanização da assistência na medida em que representa o reconhecimento das respectivas singularidades. Outros pregam a necessidade de um cuidado integral, com base na concepção do usuário como um ser holístico cuja história transcende o momento no qual ele se apresenta às unidades de saúde, tornando-se, portanto, foco de uma atenção “centrada na família” e de respeito ao seu contexto de vida – o qual pode significar implicitamente a admissão de um eventual pertencimento às redes sociais (Brasil, 2004b; Brasil, 2001). Todavia, nenhuma norma referente à assistência à mulher e à criança aborda a multiformidade dessas malhas sociais ou fornece indícios das respectivas plasticidades. Com isso, fica prejudicado o acesso às instituições de saúde de vários dos atores sociais envolvidos em redes com os pacientes, já que oficialmente os acompanhantes teriam de ser membros da família e estes, como já mencionado, poderiam ser substituídos apenas em caso de ausência. Não há menção à ampliação do espectro de acompanhantes, ou seja, os parentes não podem contar com a presença ao seu lado de mais parceiros ou, melhor, de mais matrizes de solidariedade. Surge, então, uma questão crucial para a prática do atendimento humanizado, que é a concepção de família, seu papel de suporte e sua relação com outros aglomerados que podem auxiliar a quem procura por assistência em saúde.

De imediato, deve-se estar atento para o fato de que a noção de família vivenciada não está limitada por fronteiras de consanguinidade nem tampouco confinada aos núcleos domésticos. Tanto que uma definição possível é a de que família é composta por ‘com quem se conta’ ou, mais precisamente, por “grupo de pessoas, vivendo numa estrutura hierarquizada,

que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecerem neste contexto” (Gomes apud Szymanski, 2003:26). Logo, a ideia de família nuclear é considerada uma falácia (Hansen, 2005; Hotimsky & Alvarenga, 2002; Sarti, 2003a). A família vivida pouco tem a ver com a sua “naturalização”, intrínseca aos atos normativos que orientam os profissionais da saúde (Hotimsky & Alvarenga, 2002). Trata-se de uma construção socialmente e historicamente datada (Ariès, 1962). A atual é concebida como um conjunto de laços de obrigações morais e recíprocas cuja amplitude e funcionalidade confundem-se com as das redes de suporte. Ou, em outras palavras, o grupo familiar pode constituir-se como uma teia de apoio desde que exerça as funções solidárias anteriormente indicadas. Entre a população de menor poder aquisitivo em nosso país, famílias são vistas como “condição de resistência e sobrevivência”, pois representam “possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos e relações para obter emprego, moradia, saúde” (Carvalho, 2003:17). E observações semelhantes foram registradas em estudos sobre famílias mexicanas e norte-americanas (Bronfman, 2000; Hansen, 2005). Graças a essa concepção de família seu formato e abrangência são estendidos, passando a incluir tanto os familiares unidos também por laços de sangue quanto aqueles “fictícios” ou seja, vinculados por relações de “compadrio, amizade e vizinhança” (Bronfman, 2000).

Afinal, é comum entre grupos de menor faixa de renda o compartilhar de tarefas e obrigações, organizadas em torno de um “eixo moral” (Sarti, 2003b). Exemplo dessa prática é o costume de circulação de crianças, o qual pode ser encarado como um “padrão cultural”, responsável pela adoção de “uma solução conciliatória entre o valor da maternidade e as dificuldades concretas de criar os filhos” (Sarti, 2003b:79). Conseqüentemente, afirma Sarti, o afastamento temporário entre mães e filhos não implica o rompimento de vínculos, sendo que muitas vezes representa uma extensão da maternidade e da paternidade, uma vez que as crianças consideram como seus pais – tanto que assim os denominam – aqueles que “cuidam deles” (2003b). De certa forma, esse hábito de

circulação de crianças também tem lugar por ocasião de hospitalizações prolongadas. Com frequência, por exemplo, os irmãos dos bebês internados em UTIs neonatais ficam temporariamente sendo cuidados por pessoas em quem os pais do recém-nascido confiam, cuja seleção não passa necessariamente por um viés biológico.

A mesma flexibilidade aplicada à qualificação como mãe e/ou pai pode ser encontrada entre os avós. São parentes – ‘fictícios’ ou não – que desempenham importante papel de suporte e de diminuição de estresse para seus descendentes às voltas com problemas de doença. No universo de atendimento ao público infantil, urge encará-los como pais dos pais das crianças. E no de assistência à mulher, como pais das pacientes. A adoção de um olhar transgeracional e intergeracional sobre a família no campo da saúde coaduna-se com o reconhecimento de dados recentes sobre a composição das unidades domésticas no Brasil. O censo demográfico do ano de 2000 – realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – demonstra que 20,03% dos domicílios são chefiados por idosos (60 anos ou mais), sendo que, destes, 54,5% não só têm seus filhos em casa como também são seus provedores. Também há indicadores que denotam um crescimento do número de netos e bisnetos que moram com avós e bisavós: de 5.196.438 em 1991, passou a 7.659.856 num intervalo de nove anos. São os “avós cuidadores” porque buscam contribuir para a melhora da qualidade de vida de seus netos por meio de um “sistema de apoio mútuo” (Vitalé, 2003).

A qualificação dos avós como participantes de redes de suportes significativas habilita-os ao exercício da “maternagem ampliada” no âmbito das UTIs neonatais, conceito que compreende a presença destes familiares nos cuidados para com o recém-nascido (Braga et al., 2001). Muitas vezes são os pais dos pais que têm disponibilidade para atender às demandas dos bebês, propiciando-lhe o indispensável “*holding*” e “*handling*” (Winnicott, 1999). Só assim será facilitada ao recém-nascido a construção de sua subjetividade, a qual passa pela constituição da mãe como uma “mãe suficientemente boa”, que desenvolve a capacidade de “adivinhar” e atender às demandas do seu filho (Winnicott, 1999). Logo, é com frequência que são escutados esses ambientes de cuidados intensivos pedidos tais como

“Mãe, cuida de mim pra que eu possa cuidar da minha filha”, ou testemunhos: “Não sei o que seria de mim sem o disque-avó, qualquer problema eu ligo pra minha mãe e ela me ajuda”.

As mães dos bebês hospitalizados encontram-se “fragilizadas” por partir um filho distante de um padrão internalizado e socialmente compartilhado (Mathelin, 1999; Zornig, Morsch & Braga, 2004). E, em sua maioria, recorrem ao amparo de suas próprias mães para reparar a “ferida narcísica” que é o nascimento de um filho que necessita de cuidados médicos para sobreviver (Mathelin, 1999). Graças à ajuda daquelas que são suas principais referências para lidar com o recém-nascido – tanto que o período pós-parto caracteriza-se por uma constante “evocação” da sua própria experiência de cuidados recebidos durante a infância (Stern, 1997) –, as mães dos bebês capacitam-se então para a “formação de vínculos” e “desenvolvimento do apego” (Brazelton, 1988; Klaus, Kennel & Klaus, 2000). Assim, pode-se afirmar que os pais dos pais têm papel decisivo na construção dos laços afetivos no início da vida, os quais, por sua vez, são dimensionados como “protótipo de todas as relações sociais futuras” (Brasil, 2002:35).

A par da relevância do suporte proporcionado por pais e avós, há de se estar atento também ao desempenho dos parentes fictícios. Caso contrário, corre-se o risco de ausência do “reconhecimento da subjetividade” e de ignorância das “referências culturais” – “valores inerentes às propostas de humanização” – dos usuários dos serviços de saúde (Deslandes, 2004). Isso porque fenômenos sociais tais como migrações, distâncias entre residências, mobilidade espacial restrita e/ou certas situações do ciclo vital, como as exemplificadas, contribuem para que ocorra uma recomposição das redes de apoio. Ao lado dos obstáculos – anteriormente listados – de ordem objetiva, encontram-se alguns subjetivos, como os de um enredo familiar capaz de comprometer qualquer possibilidade de ajuda por parte da família de origem. Por vezes a história de interações prévias, se marcada por excesso de conflitos e eventuais rompimentos, inviabiliza manifestações de solidariedade e de auxílio por parte desses familiares e seus lugares ou, melhor, suas funções passam a ser exercidas por pessoas com quem haja uma troca regular de préstimos e obrigações.

Essas redes informais são compostas por indivíduos dispostos a ajudar-se entre si, não importando se os laços são de compadrio, amizade ou vizinhança, como indicado. A pauta desses aglomerados é dada pela lealdade entre parceiros, e sua estrutura é mais fluida do que a dos formados por parentes consanguíneos. Há uma tendência de os laços de amizade serem desfeitos quando assumem uma conotação negativa, isto é, quando não mais desempenham papéis de suporte, já que há uma correspondência direta entre frustração e expectativa de apoio: quanto mais elevado o nível da última, maior será o impacto da sua carência (McLaughlin, Horwitz & White, 2002). Ao contrário das relações de consanguinidade, as de afinidade são construídas a partir de escolhas pessoais, e certamente um dos critérios de seleção é a confiabilidade mútua. Por isso é que – como já dito aqui – pode-se afirmar que a interdição da atuação das redes de auxílio formadas por parentes fictícios ou amigos durante, por exemplo, uma internação hospitalar pode ter consequências para além desse período. A falta de atendimento às demandas de apoio por parte daqueles que supostamente tinham por “obrigação” o socorro num momento crítico pode levar a uma implosão da rede de suporte preexistente, desqualificando-a e desprovendo-a da sua positividade. A tal ponto que o retorno do paciente à sua casa pode ser marcado pelo desmanche do que antes funcionava como um vetor de identidade e de alianças fundamentais. Há inúmeros relatos acerca da “solidão, desamparo e muita dificuldade pra fazer o que o doutor pediu, pra manter limpo o curativo”. As feridas podem tornar-se ainda mais profundas e as marcas, indeléveis. E a nocividade dessa armadilha é tamanha que sua ausência é considerada como um problema maior do que sua inexistência por completo, já que a última não gera qualquer tipo de expectativa e pode, eventualmente, levar os agentes sociais a procurar por “alternativas de ajuda” (Bronfman, 2000).

Por sua vez, as redes formadas por familiares com laços consanguíneos comportam interações de conotação positiva e negativa (McLaughlin, Horwitz & White, 2002) e freqüentemente “são ativadas mais por expectativas e pressões sociais do que por impulsos de lealdade” (Sluzki, 1997:31). Outro fator de distinção em relação às demais redes de

suporte é o fato de que nesses aglomerados ocorre com mais freqüência a circulação de bens materiais, a qual pode ser fundamental num momento de enfrentamento de uma enfermidade e conseqüente necessidade de aquisição de medicamentos, por exemplo. Entretanto, o fato mais relevante é que tanto esse tipo de rede de suporte quanto qualquer outro não podem ser interditados ou desqualificados, sob pena de redução das possibilidades de apoio nos momentos em que o ser humano encontra-se frente a frente com uma das questões mais cruciais de sua existência, ou seja, com a saúde. Na prática, significaria elevar ao máximo o grau de vulnerabilidade do indivíduo às voltas com situações potencialmente estressantes.

Diversas pesquisas – realizadas no Brasil, Estados Unidos, México, Moçambique e Suécia (Ambrade & Vaitzman, 2002; Faber & Wässerman, 2002; Bronfman, 2000; Agadjanian, 2002; Kletbeck, 1995) – atestam a correlação existente entre a presença das redes de ajuda mútua e a saúde dos indivíduos, fazendo com que a “pobreza relativa de relações sociais” seja considerada como um “fator de risco” (Sluzki, 1997:69). Em contrapartida, o adoecimento também pode ocasionar a diminuição da freqüência de contatos sociais, favorecendo uma sensação de isolamento e de precariedade experimentada por muitos dos que são afastados involuntariamente de suas redes, comprometendo assim uma vinculação e, conseqüentemente, um sentimento de inclusão. Tem lugar, então, o mencionado processo de ‘desafiliação’.

Ao distanciar-se de sua ancoragem, o indivíduo adoentado corre o risco de perda de identidade. Ora, se um dos sentidos dos programas de humanização do atendimento em saúde é o de respeito à alteridade ou a aceitação do “outro em sua humanidade” (Deslandes, 2004), torna-se válido afirmar que esse processo de desenraizamento opõe-se a tal paradigma. Desprovido de sua identidade – composta por múltiplas inserções sociais ou ‘assinaturas’ –, o enfermo ou a triade mãe-pai-bebê (nos casos de assistência perinatal) tem dificuldade em “reconhecer-se e tornar consciência de seus próprios interesses” (Nogueira, 1995:343). Ou, em outras palavras, a consolidação das redes de suporte diminui a margem de exclusão social e facilita, por sua vez, a implantação de uma “atenção de qualidade, humana e individualizada” por parte dos profissionais da saúde (Brasil, 2002).

- ANDRADE, G.R.B. & VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):925-934, 2002.
- ARIES, P. *Centuries of Childhood: a social history of family life*. New York: Vintage Books, 1962.
- BARNES, J. A. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.
- BOISSEVAIN, J. Apresentando "amigos de amigos": redes sociais, manipuladores e coalizações. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.
- BOTT, E. *Familia y Red Social: roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Madrid: Taurus, 1990.
- BOURDIEU, P. *O Desencantamento do Mundo*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- BOURDIEU, P. *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- BRAGA, N. A. et al. Maternagem ampliada: a transgeracionalidade em LTI neonatal. *Pediatría Moderna*, 37(7):312-317, 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. *Parto, Aborto e Puérpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: MS, 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru*. Brasília: MS, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança*. Brasília: MS, 2004a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Integral à Mulher - Plano de Ação 2004-2007*. Brasília: MS, 2004b.
- BRAZELTON, T. B. *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BRONFENMAN, M. *Como se Vive se Muere: família, redes sociais y muerte infantil*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
- CARVALHO, M. C. B. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. C. B. *A Família Contemporânea em Debate*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4):887-896, 2001.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):17-14, 2004.
- DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface*, 9(17):401-403, 2005.
- DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. In: Durkheim. São Paulo: Abril, 1978. (Os pensadores)
- ELLAS, N. *A Sociedade dos Indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- FABER, A. D. & WASSERMAN, S. Social support and social networks: synthesis and review. In: LEVY, J. A. & PESCOLOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.
- FELDMAN-BIANCO, B. *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.
- FONTES, B. Capital social e terceiro setor: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. In: MARTINS, P. H. & FONTES, B. (Org.) *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.
- HAINES, V. A.; BEGGS, J. & HURIBERT, J. S. Exploring the structural contexts of the support process: social networks, social statuses, social support, and psychological distress. In: LEVY, J. A. & PESCOLOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.
- HANSEN, K. V. *Not-so-nuclear Families: class, gender, and networks of care*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2005.
- HOTIMSKY, S. N. & ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Revista Estudos Feministas*, 10(2):1-22, 2002.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. & KLAUS, P. H. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- KLEFBECK, J. Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje en red. In: DABAS, E. & NAJMANOVICH, D. (Orgs.) *Redes - El Lenguaje de los Vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Páidos, 1995.

- KLOVDahl, A. S.; GRAVISS, E. A. & MUSSER, J. M. Infectious disease control: combining molecular biological and network methods. In: LEVY, J. A. & PESCOSSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.
- LAZEGA, E. *Réseaux Sociaux et Structures Relationnelles*. Paris: PUF, 1998.
- LEMIEUX, V. *Réseaux et Appareils*. Paris: Maloine, 1982.
- LEMIEUX, V. *Les Réseaux d'Acteurs Sociaux*. Paris: PUF, 1999.
- MARQUES, E. C. *Estado e Redes Sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- MARTINS, P. H. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: MARTINS, P. H. & FONTES, B. (Org.) *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.
- MATHÉLIN, C. *O Sorriso da Gioconda*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- MAVER, A. C. A importância dos "quase-grupos" no estudo das sociedades complexas. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.
- McLAUGHLIN, J.; HORWITZ, A. V. & WHITE, H. R. The differential importance of friend, relative and partner relationships for the mental health of young adults. In: LEVY, J. A. & PESCOSSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.
- MENDES, J. M. O. O desafio das identidades. In: SOUSA SANTOS, B. *Globalização: fatalidade ou utopia?* Porto: Afrontamento, 2001.
- MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):17-20, 2004.
- NOGUEIRA, R. M. Redes sociais: mas allá del individualismo y del comunitarismo. In: DABAS, E. & NAJMANOVICH, D. (Orgs.) *Redes - El Lenguaje de los Vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Páidos, 1995.
- PESCOSSOLIDO, B. A. & LEVY, J. A. The role of social networks in health, illness, disease and healing: the accepting present, the forgotten past, and the dangerous potential for a complacent future. In: LEVY, J. A. & PESCOSSOLIDO, B. A. (Eds.) *Social Networks and Health*. Oxford: Elsevier Science, 2002.
- ROBLES, L. et al. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2):557-560, 2000.
- SARTI, C. A. Famílias entredadas. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2003a.
- SARTI, C. A. *A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003b.
- SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. (Org.) *O Fenômeno Urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- SLUZKI, C. E. *A Rede Social na Prática Sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SOARES, W. A emigração valadarense à luz dos fundamentos teóricos da análise das redes sociais. In: MARTES, A. C. B. & FLEISCHER, S. *Fronteiras Cruzadas: etnicidade, gênero e redes sociais*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- STERN, D. N. *A Constelação da Maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- SZYMANSKI, H. Teoria e "teorias" de famílias. In: CARVALHO, M. C. B. *A Família Contemporânea em Debate*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- UDE, W. Redes sociais: possibilidade metodológica para uma prática inclusiva. In: CARVALHO, A.; GUIMARÃES, M. & UDE, W. (Orgs.) *Políticas Públicas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
- VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003.
- WINNICOTT, D. W. O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- ZORNIG, S. A.; MORSCH, D. S. & BRAGA, N. A. Os tempos da prematuridade. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(4):135-143, 2004.