

REDES PARA O CUIDADO TECIDAS POR IDOSA E FAMÍLIA QUE VIVENCIAM SITUAÇÃO DE ADOECIMENTO CRÔNICO*

NETWORKS TO CARE WOVEN BY ELDERLY AND HER FAMILY EXPERIENCING SITUATIONS OF CHRONIC ILLNESS

REDES PARA EL CUIDADO TEJIDAS POR UNA ANCIANA Y SU FAMILIA QUE VIVEN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa¹
Roseney Bellato²
Laura Filomena Santos de Araújo³

* Este artigo é extraído da dissertação de mestrado intitulada "A experiência de adoecimento e cuidado de família e idosa em situação crônica", vinculada à pesquisa matricial "A instituição jurídica como mediadora na efetivação do direito à saúde: análise de itinerários terapêuticos de usuários/família no SUS/MT", sob responsabilidade do Grupo de Pesquisa "Enfermagem, Saúde e Cidadania" (GPESC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT), sem financiamento.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Bolsista CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Cuiabá, MT – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da FAEN/UFMT. Líder do GPESC. Cuiabá, MT – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da FAEN/UFMT. Membro do GPESC. Cuiabá, MT – Brasil.

Autor Correspondente: Geovana Hagata de Lima Souza. E-mail: geohagata@gmail.com.br
Submetido em: 16/03/2012 Aprovado em: 11/04/2014

RESUMO

O estudo teve por objetivo compreender como se compõem as redes de apoio e sustentação do cuidado tecidas pela família à pessoa idosa que reside sozinha e está em situação crônica de adoecimento. Estudo de caso de abordagem de qualitativa em que foi utilizada a história de vida focal e a entrevista em profundidade como estratégias metodológicas. Para organização e análise dos dados, utilizou-se o desenho da rede de sustentação e apoio tecida pela família e idosa, sendo esta uma das ferramentas que compõem o itinerário terapêutico. Os elementos ativos fazem parte da rede de sustentação da idosa e são constantes ao longo da experiência do adoecimento, pois seus familiares participam de modo contínuo do cuidado à idosa e se constituem por laços mais afetivos. Quanto à rede de apoio, foi considerada passiva por ser "acionada" pela família nas buscas por cuidado empreendidas. Cabe ressaltar que faz parte dessa rede o médico de confiança da idosa, que a atende durante 20 anos e com quem está desenvolve uma relação afetiva; mas não se caracteriza pelo conceito de vínculo em saúde, pois esta é tecida pela família e a idosa com o profissional responsável. Assim, concluiu-se que, mesmo com elementos passivos em sua rede de apoio, que por vezes se mostraram pouco eficazes no auxílio ao cuidado à saúde da idosa, a família apresenta posição favorável no cuidado à mesma, pois possui uma rede de sustentação sólida que permite que o cuidado aconteça mesmo que não coabitem a mesma residência.

Palavras-chave: Idoso; Família; Apoio Social.

ABSTRACT

The study aimed to understand how to make up the support networks of care and support woven by the family of the elderly on a chronic illness who lives alone. Case study of qualitative approach, used the History of Life Interview and Focus in depth as methodological strategies. To organize and analyze data, use the network design support and support woven by the person and family, this being one of the tools that comprise the therapeutic. They are part of the support network of older, active elements, which are constant throughout the illness experience with its members participating in a more continuous care to the elderly and thus becoming a more affectionate ties. It is the support network was considered passive, having to be "triggered" by the family in the search for care undertaken. We emphasize that this network is part of the doctor's confidence that the old meets for twenty years, with whom it develops a loving relationship, it is characterized by the concept of bonding in health, because it is woven by the family and elderly with the professional, and not otherwise. We conclude that, even with passive elements in your support network, which often proved ineffective in helping the health care of the elderly, the family can keep the "balance" positive in caring for elderly, because it has a strong support network, which allows care to happen even if the family does not co-inhabit the same residence.

Keywords: Aged; Family; Social Support.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender cómo se forma la red de apoyo y sustentación de cuidados tejida por la familia de una persona mayor que vive sola en situación crónica de enfermedad. Estudio de caso cualitativo que utiliza la historia de vida focal y la entrevista en profundidad como estrategias metodológicas. Para organización y análisis de los datos, utilizamos el diseño de la red de sustentación y apoyo tejida por la persona enferma y su familia, una de las herramientas que componen el itinerario terapéutico. Los elementos activos forman parte de la red de sustentación de la anciana y son constantes durante la experiencia de la enfermedad, porque sus familiares participan continuamente del cuidado se trata de lazos afectivos. Sin embargo, la red de apoyo fue considerada pasiva por ser "impulsada" por la familia en la búsqueda del cuidado realizado. Destacamos que el médico de confianza de la anciana, que la atiende desde hace veinte años, forma parte de esta red. Hay entre los dos una relación afectiva que no se caracteriza como vínculo de salud porque la familia y la anciana tejen la red con el médico y no al revés. Concluimos que, a pesar de los elementos pasivos a veces poco eficaces, la familia logra atender a la persona enferma porque la red establecida es sólida y funciona correctamente aunque las personas no vivan en el mismo domicilio.

Palabras clave: Anciano; Familia; Apoyo Social.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem apresentado expressivo crescimento nos últimos anos e os dados preliminares do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que essa população passou de 5,9% no ano 2000 para 7,4% em 2010.¹ Ainda segundo o último censo, 48,9% dos idosos brasileiros apresentam de mais de um agravo crônico e, na faixa etária de 75 anos ou mais, a concomitância de agravos crônicos atinge 54,0% dessa população.¹ Com isso, torna-se preocupante também o aumento dos agravos crônico-degenerativos, muitos deles próprios do envelhecimento.²

Em decorrência desse perfil de morbidades, a pessoa idosa carrega consigo um "preconceito" de fragilidade e vulnerabilidade, devido ao fato de o envelhecimento ser um fator predisponente – embora não essencial – para determinados agravos. Pela ideia que se tem da pessoa idosa como sendo frágil e necessitada de amparo e proteção, é que o cuidado familiar ao idoso tornou-se uma obrigação prevista em lei com a promulgação do Estatuto do Idoso.³

Estudos têm evidenciado que a família é o principal núcleo de cuidado de seus membros adoecidos^{2,4,5}. Alguns deles afirmam que o cuidado familiar torna-se ainda mais intenso e árduo quando a pessoa adoecida vivencia uma condição crônica, visto que afeta não somente a sua vida, mas de toda a família, pois necessitam produzir rearranjos que lhes possibilitem enfrentar a nova realidade.^{2,5} Assim, é lícito dizer que a família cuida em todos os momentos de adoecimento, seja naqueles de remissão dos sintomas ou de seu "silenciamento", quando os cuidados se tornam um tanto "rotineiros", seja nos períodos de agudização, quando o idoso necessita produzir seu próprio cuidado e também buscar cuidados profissionais de modo mais intenso. Nesse cuidar, a família se preocupa não somente com o estado de saúde físico da pessoa adoecida, mas com seu bem-estar e felicidade, realizando, desta forma, um cuidado personalíssimo.⁶

Desse modo, frente às necessidades diferenciadas que se apresentam de modo dinâmico ao longo do período de adoecimento, a família tece redes para sustentar e/ou apoiar esse cuidado geralmente a partir das relações próximas com parentes, amigos, vizinhos e instituições, como igrejas, serviços e profissionais de saúde, entre outros. Esses "laços informais são essenciais no suporte cotidiano da vida familiar"^{7:36}, tornando possível que o cuidado seja mantido de modo continuado e prolongado, quando não permanente, com alternativas para enfrentar as imposições do adoecimento.⁸

Ao enfrentar o adoecimento da pessoa idosa, a tecitura de redes se faz ainda mais imprescindível, não raro resultante da sinergia de agravos concomitantes em suas manifestações e de curso longo ou permanente. Estudos^{6,9} têm mostrado que essa tecitura assume caráter dinâmico, pois não há "uma rede estruturada" para ser acionada pela família: ela vai sendo tecida e posta em movimento de diferentes modos ao longo da experiência de adoecimento.

Nessas redes, podem-se destacar as pessoas que são mais constantes e permanentes e que oferecem a necessária sustentação para que a família possa cuidar; e as outras, que são menos constantes ou delas fazem parte de modo mais pontual, geralmente nos momentos de agudização da condição crônica quando a busca por cuidados se faz mais intensa, tendo, portanto, caráter mais de apoio.⁹ Mas tanto as pessoas que compõem a rede de sustentação quanto as que compõem a rede de apoio participam de modo a ampliar o potencial de cuidados da família.¹⁰

Com base nessa compreensão, trazemos neste estudo a situação de vida e adoecimento de pessoa idosa com múltiplos agravos crônicos concomitantes, que reside sozinha por sua opção e cuja família necessitou se rearranjar para produzir os cuidados necessários a ela. Embora a idosa não precise de cuidados considerados "diretos", pois realiza suas atividades cotidianas de higiene e de alimentação, faz-se necessário que a família produza outros cuidados com a saúde e com a manu-

tenção da casa. A família, por sua vez, é auxiliada por rede de sustentação e apoio tecida de modo a garantir o cuidado próprio da idosa, bem como os seus potenciais de cuidar da idosa.

Desta forma, o estudo teve por **objetivo** compreender como se compõem as redes de apoio e sustentação do cuidado tecidas pela família à pessoa idosa que reside sozinha e está em situação crônica de adoecimento.

METODOLOGIA

Estudo de caso de abordagem qualitativa, que permite compreender as pessoas em seus ambientes e busca uma aproximação dos significados dados às experiências vividas.¹¹ Essa modalidade de estudo de um único “caso”¹² permitiu apreender, de modo aprofundado, a vivência de adoecimento e cuidado de uma pessoa idosa e sua família, compreendendo os modos como essas pessoas reorganizam seu cotidiano para enfrentar as situações geradas a partir do adoecimento, o que somente se torna possível ao mergulharmos em sua história.

Para a busca do sujeito de estudo mantivemos os critérios de seleção em conformidade com os da pesquisa matricial à qual este estudo se vincula, que foram:

- a. ser pessoa que vivencia uma ou mais condições crônicas;
- b. ser usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) em qualquer um de seus níveis de atenção;
- c. ter acessado uma das instâncias jurídicas para garantia do seu direito à saúde. Como especificidade do presente estudo, elegemos como critério ser pessoa idosa – 60 anos ou mais³ e vivenciar a condição crônica por hipertensão arterial ou agravos respiratórios, visto ser as duas maiores causas de morte e internação de idosos no Brasil e em nosso estado.¹³

Deste modo, o sujeito deste estudo é dona Mocinha (todos os nomes são fictícios, garantindo o anonimato dos sujeitos), 79 anos, sua filha Ana e o genro Carlos, por serem os cuidadores principais e estarem mais próximos do seu cotidiano, configurando-se em esteio da rede de sustentação da idosa. Ela é acometida por diversos agravos crônicos, como a hipertensão, dislipidemia e labirintite; esta última ocasionou um episódio de queda, gerando dificuldade de deambulação, fazendo com que necessite de uma bengala como auxílio.

Para apreensão dos dados foi utilizada a história de vida focal, operacionalizada pela entrevista em profundidade, o que possibilitou compreender como essas pessoas conferem sentido a essa experiência de adoecimento, como realizam a busca por cuidados e as redes tecidas para isso.¹⁴ Foram realizados quatro encontros na casa de dona Mocinha, com sua presença e a de Ana e Carlos, no período de fevereiro a agosto de 2011. As narrativas foram transcritas na íntegra e as observações dos pesquisadores registradas, compondo, ambas, o diário de cam-

po. Os entrevistados assinaram, individualmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando todos os preceitos éticos previstos na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller.

De uma primeira organização e análise dos dados foi realizado o desenho da rede de sustentação e apoio tecida pela pessoa e família, sendo esta uma das ferramentas que compõem o Itinerário Terapêutico, tecnologia que permite compreender as experiências de adoecimento de pessoas e famílias e seus modos de significar e produzir os cuidados necessários.¹⁵ O desenho das redes possibilitou ordenar graficamente e analisar os apoios que a idosa e sua família tiveram ao longo de sua experiência de adoecimento e cuidado.¹⁶

Após essa primeira fase da construção do desenho da rede de sustentação e apoio, foram feitas leituras exaustivas das narrativas, buscando as unidades de significados que, no seu conjunto, compuseram o eixo de sentido por nós nomeado “potenciais para o cuidado na experiência de adoecimento e cuidado de dona Mocinha e família”. Desse eixo surgiu a categoria “apoios para o cuidado”, composta de duas subcategorias: “apoios ativos – os laços ‘atados’ ao longo da experiência de adoecimento e cuidado de dona Mocinha” e “apoios passivos – a participação ‘acionada’ em momentos pontuais da experiência de adoecimento e cuidado de dona Mocinha”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dona Mocinha reside sozinha, por opção própria, e seus filhos respeitaram sua vontade; devido a isso, a família teve que se reorganizar para manter os cuidados por ela requeridos. Como o cuidado acontece em espaços diferenciados daqueles onde Ana e Carlos, cuidadores principais da idosa, moram, também a rede de sustentação e apoio tecida pela família precisou se conformar de diferentes modos, o que está explicitado na Figura 1:

A Figura 1 mostra Dona Mocinha no centro e sua rede de sustentação apresentada na parte de baixo, de modo a representar a idosa sendo “sustentada” por ela. Dessa rede fazem parte pessoas de sua família e duas vizinhas bastante próximas da idosa. As relações estabelecidas entre tais pessoas e Dona Mocinha foram indicadas por setas de diferentes tonalidades, demonstrando a intensidade dessas relações. Além disso, o sentido das setas é indicativo do movimento empreendido. A rede de sustentação se mostra mais constante ao longo da experiência de adoecimento, com seus membros participando de modo mais contínuo do cuidado à idosa, constituindo-se por laços mais afetivos.⁹

Na parte superior da figura tem-se a rede de apoio e sua posição no desenho procura representar que, diferentemente da rede de sustentação, ela deve ser “acionada” nas buscas por cuidado empreendidas pela família, tendo participação, princi-

palmente, nos momentos de agudização dos agravos da idosa. A ligação de Dona Mocinha com os elementos que constituem essa rede foi indicada por traços pontilhados, expressando que as relações entre eles são menos intensas e com menor vínculo.⁹ Também o sentido das setas nessa rede expressa que o movimento é de busca pela família e/ou idosa e não de disponibilidade proativa do membro da rede para o cuidado.

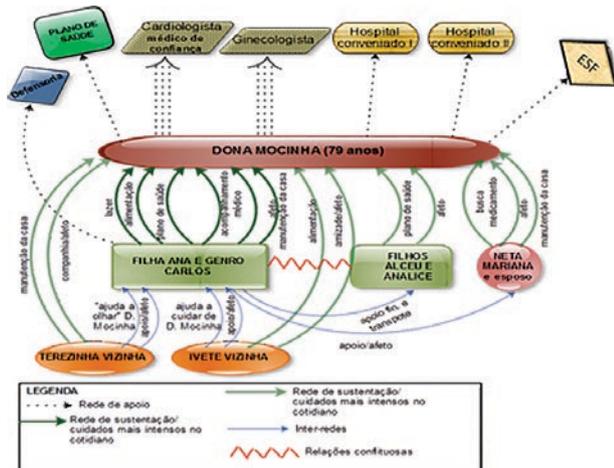


Figura 1 - Rede de sustentação, apoio e enterrredes para o cuidado à Dona Mocinha.

Essa rede, na história de Dona Mocinha, é composta de seu médico de confiança, que é cardiologista, a ginecologista e a unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de seu bairro, dois hospitais que são procurados em momentos de qualquer agudização e a Defensoria Pública, que foi acionada para o fornecimento de medicamentos de alto custo.

Desse modo, a partir das narrativas da idosa e, principalmente, de sua filha e genro, percebeu-se que os elementos que constituem as redes de cuidados de Dona Mocinha, a depender do movimento que imprimam na produção e busca pelo cuidado, podem ser caracterizados como “apoios ativos” e “apoios passivos”. Os primeiros, ou seja, aqueles que se apresentam como apoios ativos, são as pessoas que mantêm interação mais constante e rotineira com a idosa; já os apoios passivos são aqueles de interação irregular e menos frequente.¹⁷ Assim, compreende-se que os apoios ativos são os que estabelecem “laços” de proximidade afetiva e de ajuda com a pessoa adoecida e os apoios passivos são aqueles que precisam ser “acionados” em momentos pontuais da experiência de adoecimento da idosa.

Para fins didáticos, os mesmos serão apresentados separadamente, proporcionando melhor compreensão sobre o que esses afetamentos produzem na experiência de adoecimento e cuidado à Dona Mocinha e à sua família.

APOIOS ATIVOS: OS LAÇOS “ATADOS” AO LONGO DA EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E CUIDADO À DONA MOCINHA

Consideram-se como apoios ativos os membros da rede de sustentação da idosa que se fazem presentes, de modo próximo e intenso, ao longo de sua experiência de adoecimento, produzindo o cuidado de que ela necessita ou oferecendo elementos essenciais para que esse cuidado aconteça. Assim, pode-se dizer que as pessoas que se constituem apoios ativos na rede tanto produzem diretamente o cuidado como podem potencializar o cuidado produzido por outros, oferecendo as condições necessárias para isso, sendo, por esse motivo, considerados proativos nos cuidados à Dona Mocinha.

Por serem informais, os apoios ativos têm mais relevância devido ao vínculo afetivo que estabelecem com a pessoa adoecida e também com os demais membros da rede; e sendo pessoa idosa, eles exercem benefícios sobre sua saúde física e mental.¹⁸

Da rede de sustentação de Dona Mocinha fazem parte, primeiramente, seus próprios filhos, tendo como esteios dessa rede a filha, Ana, e o genro, Carlos, que atuam no sentido de ampliar os potenciais de cuidado próprio da idosa, ajudando na manutenção da casa, promovendo as buscas para o acompanhamento médico, auxiliando no custeio do plano cooperado de saúde e proporcionando lazer, entre outros, conforme demonstrado na Figura 1.

Em outro nível dessa rede de cuidados, não menos importante nas narrativas de Dona Mocinha, mas que se apresentam em segundo plano na percepção de Ana e Carlos, estão os outros filhos da idosa, Alceu e Analice. Estes participam no cuidado, principalmente com a ajuda no pagamento do plano de saúde da mãe, em conjunto com Ana e Carlos. E, mesmo não residindo junto com a idosa e não estando tão presentes em seu cotidiano, também se mostram afetuosos e atenciosos para com ela.

Por fim, ainda como apoio familiar ativo à Dona Mocinha, está uma de suas netas, Mariana, e seu esposo, que, além do afeto e da companhia em alguns finais de semana, também ajudam na limpeza da casa da avó, que também é realizada por sua tia Ana. O esposo de Mariana, por vezes, é quem busca os medicamentos de alto custo na farmácia judicial.

Assim, percebe-se que essa rede de sustentação formada pela família de Dona Mocinha também configura, entre seus elementos, as “redes de entreaajuda” (Figura 1); ou seja, estabelece uma forma de ajuda entre as pessoas e as famílias que emerge da dinâmica das relações interpessoais ao buscarem superar suas necessidades cotidianas.¹⁹

Da direita para a esquerda na Figura verifica-se que Mariana e seu esposo fazem parte da rede de sustentação de Ana e Carlos, pois ela é quem realizava com Ana a limpeza da casa

de Dona Mocinha, aos sábados: “Sábado agora é Mariana que vem, no outro sábado só eu! Então, sempre foi assim! Só eu e a Mariana! Num tem [ênfase] outra pessoa” (Ana). É perceptível, também, a existência de uma relação de afeto entre elas.

Por sua vez, Ana e Carlos fazem parte da rede apoio de Alceu e Analice, oferecendo-lhes ajuda, principalmente com transporte, em diversos momentos, como, por exemplo, quando Alceu ficou gravemente doente, em decorrência de uma diverticulite: “Ele [Alceu] já teve internado... um dia Carlos teve que corrê co ele, foi pará lá no Hospital...” (Dona Mocinha); ou quando da morte de Anelita, outra filha de Dona Mocinha, que residia em uma cidade próxima:

Aí também nós colocamos, fizemos tudo que pôde pra levá ela e os outro, e aí nós levamos... nós tinha tirado uma combe novinha, enchemo com toda família, levamo, aí fomo em três carro [...] Tudo que a gente pôde dentro das nossa condição a gente prcurô fazê, né? (Carlos).

Além dessa rede de entreaajuda dentro da própria família, há outra que se configura entre Ana e Carlos e as vizinhas de Dona Mocinha, Terezinha e Ivete, que ajudam o casal a cuidar da idosa: “Graças a Deus eu tenho ela [...] Tudo que tô assim, eu peço pra ela [vizinha]” (Ana).

Essas relações que surgem entre os membros das redes de sustentação na história de Dona Mocinha se configuram como redes compondo outras redes, mostrando seus membros apoiando-se mutuamente de diversos modos no cotidiano de cuidado. Em se tratando de Dona Mocinha, a rede mais ampla é a traçada em torno dela, para o seu cuidado e bem-estar, envolvendo diversos membros; porém, entre os membros de sua rede de sustentação existem também interações que lhes possibilitam ajudar uns aos outros, bem como à idosa. Nesse movimento dinâmico, observa-se que Dona Mocinha é amparada diretamente e também de forma indireta, a partir da ajuda dos seus entes queridos, e estes lhe dão tranquilidade emocional: “Graças a Deus eu tô amparada” (Dona Mocinha).

Essas redes de entreaajuda parecem ser essenciais em situações de adoecimento continuado e prolongado (como no caso de Dona Mocinha, que convive com diversos agravos crônicos), pois permitem um cuidado mais ampliado e personalizado à idosa, possibilitando que ela *resida* sozinha, mas não *viva* sozinha, pois mesmo a família não co-habitando com ela, os membros realizam diversos arranjos em seu cotidiano para que possam cuidar bem dela.

O auxílio das vizinhas, Ivete e Terezinha, também se mostra como importante apoio para a família, amparando-a nesse cuidado. E embora Ana, Carlos e Dona Mocinha tenham uma boa relação com ambas, Terezinha parece ter um vínculo mais forte com os familiares, conforme as narrativas: “Essa aí é parce-

rona memo” (Carlos); “Tudo que tô, assim, eu peço pra ela [Terezinha]” (Ana). Terezinha também se constitui em uma fonte de informação, para Ana e Carlos, quando eles não podem ir diretamente à casa da idosa e querem saber notícias sobre ela. Foi para Terezinha que Ana telefonou quando aconteceu o episódio da queda de Dona Mocinha, momento em que ela ficou 14 horas caída no chão de seu quarto: “Vô ligá pra mamãe agora!” [...] No que eu liguei aqui não atendeu! Aí, daqui a pouco ‘vô ligá de novo’. Liguei. Tocô, Tocô, Tocô, Tocô, Tocô!! Até caí a ligação! Aí eu me desesperei! Aí eu liguei na Terezinha” (Ana).

Além de fazer companhia para Dona Mocinha durante diferentes períodos do dia, Terezinha também ajuda na limpeza de sua casa. A narrativa de Dona Mocinha mostra também a preocupação da vizinha para com ela:

Um dia ela veio aqui e eu tava... eu passei da hora di levantá, né, e fiquei mais co sono e tava deitada. Aí ela chegou na... [referindo-se à janela do seu quarto]: ‘Dona Mocinha... Dona Mocinhaaaa, a sinhora tá bem?’ Falei: ‘Tôô minha fia, eu passei da hora de levantá’... Aí eu vim aqui abrí a porta da cuzinha pra ela (Dona Mocinha).

A outra vizinha, Ivete, ajuda Dona Mocinha fornecendo, diariamente, seu almoço, pois é dona de um pequeno restaurante no centro da cidade. Após o episódio da queda sofrida pela idosa, ela teve erisipela na perna direita, o que acarretou sua hospitalização por 29 dias e, posteriormente, ela residiu sete meses na casa de Ana e Carlos para se recuperar; foi nesse período que Ivete se ofereceu para fornecer o almoço à Dona Mocinha:

Porque ela feiz já um compromisso! Assim né.... pra num falá promessa, vamo falá compromisso! Nunca falei pra ela, né? Ela que falô: “se a Dona Mocinha ficá boa, eu...” Qué dizê: como se ela pedisse a Deus... “se dona Mocinha saí dessa, eu vô dá a refeição pra ela enquanto eu tiver o restaurante!” [...] Ela se comprometeu, não foi assim: “ela ficando boa eu vô...” Então, qué dizê, claro que no fundo ela deve tê feito... uma promessa, né? (Carlos).

As narrativas demonstram a preocupação que as vizinhas têm com Dona Mocinha e a atitude de se colocarem à disposição da família para auxiliar no seu cuidado, chegando a ser firmado “um compromisso” com a família ou, mais veladamente, “uma promessa” a Deus por parte de uma delas. Dona Mocinha, por sua vez, faz pequenos “agradinhos” em sinal de reconhecimento pela preocupação que demonstram: “Eu dô se quisé e pudé! Eu dô pra ela um agrado, né! Costuro a ropa dela, num cobro nada! Aí então a gente vive assim né! Diz que co uma mão se lava a outra né!” (Dona Mocinha).

Tanto essas situações descritas quanto as relações que se estabelecem nas redes de entretajuda (mencionadas anteriormente) parecem estar permeadas de trocas diversas²⁰, ainda que simbólicas, entre quem cuida e quem é cuidado.

Para Carlos, Mariana (a neta que ajuda Ana nos serviços domésticos na casa de Dona Mocinha) apresenta uma motivação especial para a sua dedicação à avó: “Porque a Mariana é a neta que ela [dona Mocinha] sempre criou!” (Carlos). O empenho de Mariana e Ana nos cuidados domésticos mostra que, para a família, as pessoas próximas se constituem no *locus* privilegiado de cuidados, pois os momentos de necessidade são, de fato, vivenciados, como explicitado por Carlos e sua esposa:

Então, tudo que a gente pôde dentro das nossa condição a gente procurô fazê, né? É porque tem hora que a gente faz, assim, até no futuro, até o vizinho pode fazê pela gente, né? (Carlos).

Acho que o que a gente pode a gente... vai, né? A gente faz mesmo! Cê num sabe o dia de amanhã, né? Como que vai sê! (Ana).

A relação de troca aí existente remete à compreensão da dádiva (ou dom) como um sistema essencial para o convívio em sociedade, fundamentado em uma relação cíclica de dar-receber-retribuir bens de diversas ordens, sejam eles materiais ou simbólicos.²¹ Nas redes tecidas pelas famílias, essas trocas de bens materiais e imateriais permitem *movimentos que garantem o conforto e bem-estar à pessoa adoecida e família*.²² No entanto, nesse sistema não há obrigatoriedade, pois a pessoa, em sua individualidade, pode aceitar – ou não – tais atos, recebendo ou retribuindo.²³

A não obrigatoriedade nas relações de troca, neste caso, é algo que chama a atenção, pois cuidar do idoso é algo imposto à família pela sociedade e quase obrigatório nas políticas de saúde para a pessoa idosa e no Estatuto do Idoso.³ À sociedade cabem também o amparo e proteção, mas não com esse caráter jurídico obrigatório. Quanto a isso, percebemos que as vizinhas apresentam de modo espontâneo a disponibilidade em cuidar da idosa, e isso é embasado mais na relação afetiva que na obrigação. Ademais, as relações familiares nem sempre garantem, necessariamente, essa mesma disponibilidade para o cuidado: “Tem a nora [de dona Mocinha]!... A nora num vem” (Ana); “A nora nem aqui num liga!” (Carlos).

Se as relações familiares não garantem uma presença ativa no cuidado, essa presença mais constante e efetiva também não está nas relações que a idosa e sua família mantêm com os profissionais de saúde, pois Dona Mocinha convive, há muitos anos, com vários agravos crônicos.

APOIOS PASSIVOS: A PARTICIPAÇÃO “ACIONADA” EM MOMENTOS PONTUAIS DA EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E CUIDADO DE DONA MOCINHA

A família é o núcleo de cuidado primário, sendo, portanto, esteio da rede de sustentação, pois não apenas produz esse cuidado, como também o busca junto a profissionais de saúde e outros. Já os apoios passivos são aqueles elementos da rede que necessitam ser acionados nessa busca do cuidado, pois não se fazem cotidianamente presentes na vida da pessoa adoecida. Assim, entende-se que, etimologicamente, “acionar” apresenta o sentido de “demandar”, “pôr em ação”, “ir à procura de”, mostrando que o movimento ativo é, de fato, realizado pela família da pessoa adoecida, sendo o outro “acionado”, ou seja, desempenha inicialmente um papel mais passivo.

Na Figura 1, esses apoios passivos são constituídos pelo médico cardiologista, pela Defensoria Pública, pelo “plano de saúde” (um serviço que é ser buscado quando necessário) e pela unidade de saúde da família existente no bairro em que reside. Mas é preciso compreender a maneira como cada um desses apoios participa dessa rede.

O médico de confiança de Dona Mocinha é um cardiologista que a acompanha há 20 anos, além de atender, também, todos os seus filhos. A relação de confiança com o médico teve início quando ele foi indicado pela irmã de Dona Mocinha, fato que garantiu mais credibilidade ao profissional: “Ela [a irmã] já tratava co ele, sabe?! Aí, então, ela foi e falou assim: ‘olha, o médico, o doutor, ele é muito bom! Muito atencioso, tudinho!’. Aí, então, eu pedi que queria ir nesse doutor. E aí eu fui” (Dona Mocinha).

As narrativas evidenciam que a relação existente entre a idosa e o médico constitui-se em busca de resolução para necessidades de saúde expressas, ou seja, a iniciativa parte sempre da idosa e família quando estas se manifestam. Nesse sentido, o médico é “acionado” várias vezes na trajetória de busca por cuidados, inclusive para agravos que não remetem à sua especialidade, demonstrando, assim, a confiança, por parte de Dona Mocinha, no profissional: “Aí todo ano a gente faz checke, né? Todo ano a gente vai lá [...] As veiz nem num tô doente, graças a Deus! Mais aí eu vô, na data certa! Vô lá no doutor, faço os exame tudo necessário que ele pede!” (Dona Mocinha).

Mesmo sendo seu médico de confiança, esse profissional é apresentado na Figura 1 como um elemento da rede de apoio de Dona Mocinha, e não da rede de sustentação. Isso porque, mesmo havendo uma relação “afetiva” da idosa com o seu médico, não há uma relação “efetiva” deste para com a idosa, no sentido de tê-la como foco de sua preocupação profissional de modo mais “longitudinal”.²⁴

Entende-se por longitudinal as situações de saúde de uma pessoa ou grupos no decorrer de um período de anos. Isso significa que essas pessoas ou grupos têm uma fonte de atenção

reconhecida por eles como tal, estando essa atenção orientada para a pessoa e não para a doença. O vínculo é uma de suas características e os laços interpessoais, além de deixarem as pessoas mais confortáveis para oferecerem informações relevantes e seguirem as orientações, permitem também que o profissional se torne mais sensível às informações quanto à natureza dos problemas apresentados, pois há um conhecimento acumulado sobre a pessoa. Um dos resultados dessa “longitudinalidade” é a diminuição das hospitalizações, com melhor manejo do adoecimento pela família e profissional da saúde, o que acusa sua eficiência.

Nesse contexto, um aspecto que parece crucial é o sentido do vínculo que deve ser estabelecido, ou seja, o profissional de saúde deveria ser o promotor dessa relação longitudinal. No caso de Dona Mocinha, percebe-se que ele parte da idosa e família. A centralidade da preocupação do profissional não são os diversos agravos crônicos vivenciados por ela, mas sim a doença cardiológica e suas agudizações que, embora exijam intervenção profissional mais imediata, não deveriam se centrar na pontualidade e no critério medicamentoso do cuidado:

Esses tempo eu fui lá pra vê, falou pra ele [médico de confiança]... Marquei uma consurta, porque meus pé tava inchano, né? Eu fui lá, contei pra ele o problema e... ele falou assim: “Já sei! É problema do remédio!”. Aí ele trocô! (Dona Mocinha).

Desse modo, compreende-se que o que existe nessa relação médico-idosa/família é confiança e afeto por parte da família para com o profissional, e não um vínculo de cuidado deste para com Dona Mocinha e sua família, entendido como um instrumento que permite troca de saberes entre o profissional e as pessoas adoecidas, convertido em atos terapêuticos que favoreçam a integralidade em saúde.²⁵

Assim, entende-se que o vínculo, como um conceito da área da saúde, é uma relação que deve partir do profissional de saúde e não das pessoas que o procuram; por esse motivo, a relação de Dona Mocinha com o médico não configura vínculo em saúde, visto que é ela e sua família que buscam essa relação, pois, conforme as narrativas e a Figura 1, as buscas iniciam-se sempre pela família e não o contrário, não sendo mencionado em momento algum que o médico ou outro funcionário da clínica tenham agendado retorno de consulta ou apresentem qualquer outro tipo de preocupação com a saúde da idosa que não seja estrito ao que foi demandado pela mesma. A esse respeito, estudo²⁶ mostra que os profissionais de saúde ainda manifestam dificuldade em estabelecer vínculos com as pessoas adoecidas, por estarem presos ao modelo de atenção que prioriza o biológico, focalizado nos procedimentos técnicos.

A confiança no profissional médico evidencia-se, então, por ser ele acionado em diversos outros agravos que acometeram Dona Mocinha, mesmo os que não fazem parte de sua

especialidade, como no caso da labirintite e hemorroidas. Em todas essas situações a intervenção pareceu ter sido focada na prescrição de medicamentos:

Eu falei pra ele [médico de confiança], [...] é di vez em quando, assim, aparecia uma tuntura. Aí ele falou assim: “Ah, já sei! A senhora tá com problema de labirinte [labirintite]!” Aí ele passô vertex” (Dona Mocinha).

Agora ela tá só, assim, tomando a medicação, né? Que o dotor, [médico de confiança] falou que esse, o DIOS-MIN, é pra isso também [para hemorroidas]! (Ana)

A relação de confiança de Dona Mocinha e sua família com o profissional médico faz com que ela não recorra à unidade de saúde da família de seu bairro para adquirir medicações de dispensação gratuita, como para a hipertensão arterial, e os medicamentos prescritos pelo médico são diferentes daqueles costumeiramente utilizados na rede pública:

O problema do remédio que eles indica [...] É quase geralmente é uma qualidade só. É hipertenso? Você é hipertenso, ele é? O mesmo quase remédio que dá pra você, dá pra ele. É diferente porque... a gente vai ao consurtório e lá o dotor é, faz a manipulação do remédio, né, pra mandá pra farmácia pra fazê, contendo aquele que é, já é próprio pra gente (Dona Mocinha).

A idosa entende que a individualização do seu cuidado está na prescrição de um medicamento manipulado para ela, garantindo que seja o mesmo específico para “o seu” problema de saúde. Desta forma, sua relação com a unidade de saúde da família reduz-se à busca pelas vacinas anuais para os idosos: “Eu só vô no postinho na ocasião das vacina. Aí eu vô no postinho” (Dona Mocinha). Percebe-se também, pelas narrativas, que a relação da equipe da ESF com dona Mocinha limita-se ao contato com as agentes comunitárias de saúde (ACS) em sua casa: “É, aí eles vêm em casa, eles fazem vacina, se for, a menina que anda aqui na rua prucurano os doente. Ela para aqui, sabe, conversa comigo, né?” (Dona Mocinha).

Para Ana e dona Mocinha esse distanciamento ocorre devido ao fato de a idosa possuir um plano de saúde:

Eles [ACS] só pergunta assim: porque eu tenho o prano de saúde. “Tem prano de saúde?” Eu tenho prano de saúde.. aí eles descuida, né? Intão num adianta! [...] Num pergunta de remédio que eu tomo, por causa que eu num consurto aí... (Dona Mocinha)

Acho que eles dão prioridade pras pessoas que num têm [plano de saúde] (Ana).

Entende-se que o cuidado à saúde da pessoa idosa, principalmente em situações crônicas de saúde, como é o caso de Dona Mocinha, acometida por diversos agravos crônicos, deva ser realizado de modo longitudinal²⁴, que perdure no tempo e garanta efetividade e resolutividade de seus problemas de saúde, auxiliando-a a levar sua vida, convivendo da melhor forma com tais agravos à saúde. Starfield²⁴ afirma que para haver essa atenção longitudinal à saúde, é necessário que se construa vínculo entre a equipe de saúde e a pessoa adoecida, de modo que esta veja a equipe como o *lôcus* de cuidado para sua saúde, uma referência.

A intervenção do médico de confiança também influenciou a busca por medicamentos via judicial para o tratamento de Dona Mocinha, pois é ele quem indica para Ana a possibilidade de recorrer à Defensoria Pública para retirar os medicamentos de alto custo: “Conversamos com doutor [médico de confiança] aí ele foi e falou: ‘Não, se você entrá com o pedido lá na, na’... Prá ter o remédio na defensoria, eu ia consegui né!” (Ana). O médico indica essa via de resolução do problema para a família, mas eles somente recorrem a ela quando as dificuldades financeiras aparecem, conforme narra Carlos:

É que a aposentadoria sempre ficô naquele salário e os remédio sempre aumentano, né! Então, como a gente tem outras [ênfase] despesas com ela...! Cê vê: todo ano a gente dá uma reformada aqui, dá uma melhorada pra ela [refere-se à casa de Dona Mocinha], né! E é só nós. É, mais foi mais por isso aí... Porque é um direito, então, porque não? [...] É um direito dela, [ênfase] num é direito nosso! (Carlos)

A defensoria se mostra como mais um elemento da rede de apoio de Dona Mocinha, por ter auxiliado na aquisição dos medicamentos necessários para o seu tratamento; porém atua, também, de forma pontual, uma vez que a liminar da justiça não garantiu a retirada de todos os medicamentos e Ana teria, ainda, que retornar à defensoria para solicitar que os medicamentos fossem entregues. Autores afirmam que uma das vertentes do direito à saúde é a garantia de acesso a medicamentos, principalmente por grupos que possam estar mais vulneráveis, como no caso das pessoas idosas.²⁷ Ademais, o Estatuto do Idoso assegura o fornecimento gratuito de medicamentos de uso contínuo³, constituindo-se, pois, um direito da pessoa idosa, como reconhece Carlos.

Outro fator que influenciou a família a buscar um médico particular – pois no início do tratamento com seu médico de confiança Dona Mocinha não possuía plano de saúde – deu-se pelo fato de a família preferir que a idosa consultasse sempre com o mesmo médico, evitando, assim, que a cada ano um médico prescrevesse medicamentos diferentes, sem

conhecer sua história de adoecimento: “Leva sempre nos médico que ela trata sempre, pra num tê esse tipo de... de um médico passa uma coisa, outro médico passa outra, né!” (Carlos). Esse fator é importante, pois na rede pública a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde é maior, devido aos ainda frágeis vínculos empregatícios. A alta rotatividade nas unidades de Saúde da Família, por exemplo, pode ser considerada por haver poucos médicos com o perfil exigido para efetuar o programa, além da sobrecarga no trabalho e problemas estruturais dessas unidades.²⁸

A família traz consigo a certeza de que ter o plano de saúde é garantia de atendimento à saúde, como demonstrado nas fala a seguir: “Se num tivesse esse convênio com esse problema que ela teve aí... (Calos); “E é uma coisa mais rápido pra... gente que tem necessidade [convênio]” (Dona Mocinha). Mas, mesmo com o plano de saúde, nem sempre significa ter acesso aos serviços ou a melhor atendimento. Mostra disso é que foi preciso recorrer à justiça para adquirir medicamentos e, no episódio de queda sofrida por dona Mocinha, a família teve que levá-la em carro próprio para o hospital por não conseguir uma ambulância do convênio: “Ligamo pro SAMU, não conseguimos atendimento. Ligamos pro convênio, ninguém mandô uma ambulância. E aí foi aonde que nós fomos lá, pegamos outro carro, [...] carregamo ela até no carro que levamo ela pro hospital” (Carlos).

Contudo, mesmo tendo que acionar, pontualmente, esses elementos da rede de apoio da idosa, a família garante que o cuidado à Dona Mocinha seja o melhor possível. Isso leva a entender que a idosa e sua família ainda não se apercebem de seus direitos, de modo integral, bem como da necessidade de efetividade na atenção profissional a ela dispensada, seja na rede pública ou conveniada de saúde, com base em um vínculo profissional que lhe garanta, de fato, a longitudinalidade do cuidado²⁴. Essa longitudinalidade se faz ainda mais necessária frente à sua experiência de “situação de adoecimento crônico”²⁹ cuja dinamicidade se mostra nos modos da idosa e da família conviverem com diversos agravos crônicos e com as atividades do cotidiano, integrando-as e buscando o melhor modo de andar a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se, a partir do estudo, a importância da tecitura de redes no cuidado à pessoa idosa, em especial quando àquela que mantém seus potenciais de cuidado próprio e reside sozinha, ainda que apresente diversos agravos crônicos. Deste modo, as redes se fazem imprescindíveis, configurando-se um sustentáculo para que a pessoa idosa possa se cuidar, mas sempre amparada em suas necessidades pela família e amigos.

O desenho das redes, em suas possibilidades de expressar modos de organizar o cotidiano de cuidado, evidenciou que a rede de sustentação de Dona Mocinha possui menos elementos dela participantes do que a rede de apoio. Porém, mostra mais efetividade no cuidado à saúde da idosa e amparo à família que a rede de apoio, principalmente em seus elementos formalmente constituídos, como é o caso dos serviços e profissionais de saúde, que precisaram ser acionados pela família na busca por cuidados à Dona Mocinha.

Isso leva a refletir que não é a quantidade de pessoas e/ou instituições acionadas pela família que determinará a garantia e efetividade do cuidado à pessoa adoecida, bem como o apoio ativo e eficaz à família que vivencia a situação de adoecimento crônico. Nessa conjuntura, o que se torna fundamental para que o cuidado ocorra é a qualidade do vínculo entre a pessoa adoecida e sua família e quem participa da rede tecida.

Trata-se aqui de vínculo no sentido de evidenciar a efetividade das relações tecidas entre a idosa e os membros de sua rede de sustentação, composta dos filhos e vizinhos; já não se pode utilizar o mesmo termo para mencionar a relação que perdura por 20 anos entre a idosa e seu médico de confiança, uma vez que esta se faz de modo unidirecional, ou seja, da família e da idosa para o profissional médico, e não o contrário. Com outros serviços e profissionais de saúde sequer chega a se estabelecer algum grau de relação mais duradoura, como é o caso da unidade de saúde da família da qual dona Mocinha faz parte na área de abrangência.

Mesmo com múltiplos agravos e uma rede de apoio que, por vezes, se mostra pouco eficaz no auxílio ao cuidado à Dona Mocinha, a família consegue manter o oferecimento essencial dos elementos para o *quantum* de cuidado próprio da idosa e de cuidado familiar, pois possui uma rede de sustentação sólida cuja tecitura responde à dinamicidade exigida para que o cuidado se mantenha personalíssimo, ou seja, respondendo, de modo próprio, às necessidades específicas da idosa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. IBGE: Rio de Janeiro; 2010. 317 p.
2. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS, Hiller M. Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012; 10(2):274-83.
3. Brasil. Lei nº. 10.741, de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 03 out. 2003. Reimpressão 2008. Sec. 1:56.
4. Duca GFD, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1):113-20.
5. Hiller M, Bellato R, Araújo LFS. Cuidado familiar à idosa em condição crônica por sofrimento psíquico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011; 15(3):542-9.
6. Bellato R, Araújo LFS, Mufato LF, Musquim CA. Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: Pinheiro R, Martins PH. Rede de Pesquisa Multicêntrica "Incubadora da Integralidade – redes e mediações". Rio de Janeiro/Recife: CEPESC; 2011. p.177-83.
7. Portugal S. O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços. *Rev Crít Ciênc Soc*. 2007; 79:35-56.
8. Gerhardt TE, Bellato R, Araújo LFS, Costa ALRC, Duarte ED, Lopes TC. Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In: Pinheiro R, Silva Jr AG, organizadores Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; 2010. p. 293-306.
9. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Costa ALRC, Maruyama SA. T. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; 2009. p. 187-94.
10. Nepomuceno MAS, Bellato R, Araújo LFS, Mufato LF. Modos de tecitura de redes para o cuidado pela família que vivencia a condição crônica por adrenoleucodistrofia. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012; 11(1):156-65.
11. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(4):183-7.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.
13. Brasil. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. [Citado em 2010 nov. 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>
14. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Santos EJP, Castro P, Souza SPS. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Rev Eletrôn Enferm*. 2008; 10(3):849-56. [Citado em 2010 nov. 10]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a32.pdf>
15. Araújo LFS, Bellato R. Itinerários terapêuticos na abordagem de experiências de cuidado no ensino de enfermagem. *Rev Referência*. 2011; 2(supl.):492.
16. Costa ALRC, Figueiredo DLB, Medeiros LHL, Mattos M, Maruyama SAT. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; 2009. p. 195-202.
17. Portugal S. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. Oficina do CES nº 271, março; 2007.
18. Rosa TEC, Benício MHA. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. *BIS. Bol Inst de Saúde* 2009; 47:80-3. [Citado em 2010 nov. 15] Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14139/art_ROSA_As_redes_sociais_e_de_apoio.pdf?sequence=1.
19. Gerhardt TE. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3): 713-26.
20. Gerhardt TE, Ruiz EFN, Pinto JM, Burille A, Roese A, Riquinho DL. Atores, redes sociais e mediação na saúde: laços e nós em um cotidiano rural. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC-IMS/UERJ-Editora; 2011. p. 253-67.
21. Martins PH. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. *Rev Crít Ciênc Soc*. 2005; 73: 45-66.
22. Gerhardt TE, Riquinho DL, Rocha L, Pinto JM, Rodrigues ME. Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situação de adoecimento crônico. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; 2009. p. 309-22.
23. Martins PH. De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S. Movimento antiutilitarista nas ciências sociais. *Itinerários do dom*. *Rev Bras Ciênc Soc*. 2008; 23(66):105-30.
24. Stafeld B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 726p.

25. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):464-70.
 26. Franco Júnior AJ, Conrado MOM, Andrade DE, Miotto DE. A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde. *Rev Investigação*. 2008; 8(1-3): 11-8.
 27. Hunt, P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. Amparo T, tradutor. *Rev Int Direitos Human*. 2008; 5(8):98-115.
 28. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008; 2(2):347-68.
 29. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios, para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; 2007. p. 279-99.
-