



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES**

**REDES SOCIAIS E SAÚDE: EXPLORANDO O UNIVERSO DE FAMILIAS DE**  
**CLASSE POPULAR E SEU ENTORNO COMUNITÁRIO**

**Salvador**  
**2009**

**JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES**

**REDES SOCIAIS E SAÚDE: EXPLORANDO O UNIVERSO DE FAMILIAS DE  
CLASSE POPULAR E SEU ENTORNO COMUNITÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA).

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leny A. Bomfim Trad

**Salvador**

**2009**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES**

**REDES SOCIAIS E SAÚDE: EXPLORANDO O UNIVERSO DE FAMILIAS DE  
CLASSE POPULAR E SEU ENTORNO COMUNITÁRIO**

**Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em  
Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca  
examinadora:**

**Ana Cecilia Bastos**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Associada II do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

**Iara Maria de Almeida Souza**

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia. Professor adjunto do departamento de Sociologia da Universidade Federal da Bahia.

**Leny Alves Bomfim Trad**

Pós-doutora em Antropologia da Saúde na Universitat Lumière - Lyon 2. Professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

**Suely Ferreira Deslandes**

Doutora em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisadora Titular da Fundação Oswaldo Cruz.

**Mônica de Oliveira Nunes**

Doutora em Antropologia - Université de Montreal. Professor adjunto Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

**Salvador, 23 de abril de 2009**

## **Agradecimentos**

Agradeço à Deus pelo dom da vida e por me guiar em segurança por todos estes anos;

À minha mãe e avó pelo apoio irrestrito, pelo colo nos momentos de dor, pelos abraços e sorrisos nas alegrias;

À Leny, que mais que uma excelente orientadora é um exemplo de ser humano, uma pessoa doce e amável, que me ajudou a crescer em todos os sentidos. Após mais de uma década de convivência só tenho a declarar meu orgulho e felicidade de tê-la em minha vida;

Às professoras Mirian Rabelo, Mônica Nunes e Suely Deslandes que muito contribuíram na qualificação do projeto desta pesquisa;

Aos meus professores do Instituto de Saúde Coletiva por me ensinarem dentro e fora das salas de aula não apenas o conteúdo das disciplinas, mas a acreditar num projeto de vida e de sociedade melhor. À direção e funcionários do ISC pelo apoio e disponibilidade.

Aos bolsistas do FASA que participaram da coleta de dados Amanda Oliveira, Carla Soares, Fernanda von Flach, Ivana Guerra, João Marcos de Oliveira e Rachel Coelho pelo trabalho incansável e pela coragem de enfrentar momentos tão difíceis ao meu lado;

Aos participantes da pesquisa que gentilmente nos receberam e nos acolheram em suas casas e compartilharam suas histórias e segredos;

À Conceição Casulari pelas críticas e indicações bibliográficas sempre muito bem vindas e esclarecedoras, assim como pelas palavras de conforto nos momentos de desespero. A Luís Duran pela versão do resumo em espanhol e por tornar os meses que antecederam a entrega da tese leves e belos;

Aos meus amigos que, apesar das minhas ausências, não abandonaram minha rede, mas insistiram em me apoiar de todas as formas. Obrigada a todos pelo amor e cuidado, pela companhia virtual nas longas horas de trabalho na madrugada, por me ajudarem a acreditar que chegaria até o fim.

## RESUMO

TAVARES, Jeane Saskya Campos. **Redes sociais e saúde: explorando o universo de famílias de classe popular e seu entorno comunitário**. Salvador 2009. 181f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

As redes sociais são elementos importantes na compreensão dos determinantes sociais da saúde de grupos populacionais, no enfrentamento de doenças e agravos através das redes de solidariedade, na elaboração de políticas públicas e estratégias de reordenamento dos modelos assistenciais dentre outros aspectos. Isto porque múltiplas redes são envolvidas na constituição dos cuidados com a saúde e a participação nestas é uma importante estratégia em situações críticas da saúde individual e coletiva. No Brasil, nas principais políticas públicas no campo da saúde a família e as redes comunitárias são consideradas fontes privilegiadas de apoio social e co-responsabilizadas pela saúde da população de baixa renda. No entanto, sendo um dos principais elementos das redes pessoais dos indivíduos e parte da unidade de cuidados daqueles que adoecem, a família pode ter sua capacidade de interação e manutenção do fluxo de apoio social nas redes das quais participa comprometidas por elementos intra e extra-familiares. Este estudo teve o objetivo de analisar a interação entre membros de redes sociais e sua contribuição para o desenvolvimento de práticas de cuidados com a saúde entre famílias de classe popular moradoras da comunidade do Caminho das Águas, localizada no bairro da Boca do Rio. Utilizou-se o método qualitativo para produção e análise dos dados e, seguindo o enfoque etnográfico, foram realizadas observações do contexto urbano e domiciliar, além de entrevistas semi-estruturadas com os participantes. No total participaram 33 pessoas, sendo 18 moradores/informantes e os demais membros de 04 famílias que foram analisadas em profundidade. Os principais resultados apontam que: a) experiências históricas e coletivas de enfrentamento das más condições de infraestrutura e violência neste contexto contribuíram para formação de densas redes interpessoais, assim como para conflitos e desconfianças entre grupos de coalisões, quando consideradas diferenças territoriais e/ou de classe social; b) as relações de solidariedade são restritas às redes *familiares* e *de vizinhos/amigos*, que se mostraram duradouras, estáveis e resolutivas nas questões relacionadas à saúde, servindo inclusive como ligação entre famílias e redes formais. De modo geral, as redes de cuidados formadas pelas famílias e vizinhos encontraram dificuldades de acesso aos serviços de saúde, agravada pela interação conflituosa com profissionais e deficiências estruturais dos serviços. Embora nos casos estudados as redes familiares tenham obtido tratamento para seus principais problemas de saúde, as dificuldades encontradas implicam no comprometimento de suas habilidades de estabelecer parcerias com o Estado como previsto nas novas propostas de organização do modelo brasileira de assistência à saúde.

Palavras-chave: Redes sociais, apoio social, família e saúde

## RESUMEN

TAVARES, Jeane Saskya Campos. **Redes sociales y salud: explorando el universo de las familias de poca renta y su entorno comunitario**. Salvador, 2009. 181f. Tesis de Doctorado en Salud Pública – Instituto de Salud Colectiva, Universidade Federal da Bahia.

Las redes sociales son elementos importantes en la comprensión de los determinantes sociales de la salud de los grupos poblacionales, en el enfrentamiento de enfermedades a través de las redes de solidaridad, en la elaboración de políticas públicas y estrategias de reordenación de los modelos asistenciales además de otros aspectos. Esto se debe a que múltiples redes están relacionadas en la constitución de los cuidados con la salud y la participación en estas constituye una importante estrategia en situaciones críticas de salud individual y colectiva. En Brasil, en las principales políticas públicas en el campo de la salud, la familia y las redes comunitarias son consideradas fuentes privilegiadas de apoyo social y coresponsabilizadas por la salud de las familias con baja renta. No obstante, siendo uno de los principales elementos de las redes personales de los individuos y parte de la unidad de cuidados de aquellos que enferman, la familia puede tener su capacidad de interacción y mantenimiento del flujo de apoyo social en las redes de la cuales participa afectadas negativamente por elementos intra y extra-familiares. El objetivo de esta investigación fue analizar la interacción entre miembros de redes sociales y su contribución para el desarrollo de las prácticas de ciudadanos con la salud entre familias de baja renta residentes de la comunidad “Caminho das águas”, ubicada en el barrio “Boca do Rio”. Se ha utilizado el método cualitativo para la producción y análisis de los datos y, siguiendo el enfoque etnográfico, fueron realizadas observaciones del contexto urbano y domiciliario, además de entrevistas semiestructuradas con los participantes. En total han participado 33 personas, de las cuales 18 eran moradores/informantes y los demás miembros de 04 familias que fueron analizadas a fondo. Los principales resultados sugieren que: a) experiencias históricas y colectivas de enfrentamiento de las malas condiciones de infraestructura y violencia en ese contexto contribuyeron para la formación de densas redes interpersonales, y de la misma manera para conflictos y desconfianzas entre grupos de colisiones, cuando consideradas las diferencias territoriales y/o de clase social; b) las relaciones de solidaridad se restringen a las redes familiares y de vecinos/amigos, que se mostraron duraderas, estables y resolutivas en las cuestiones relacionadas con la salud, que además sirve como enlace entre familias y redes formales. De una manera general, las redes de cuidados formadas por las familias y vecinos encuentran dificultades de acceso a los servicios de salud, que se ve agravada por la interacción conflictiva con profesionales y deficiencias estructurales de los servicios. Aunque en los casos estudiados las redes familiares hayan obtenido tratamiento para sus principales problemas de salud, las dificultades encontradas implican en el deterioro de sus habilidades para establecer alianza con el Gobierno como previsto en las nuevas propuestas de organización del modelo brasileño de asistencia a la salud.

Palabras clave: Redes sociales, apoyo social, familia y salud.

## SUMÁRIO

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2</b>     | <b>O ESTUDO DAS REDES NA INTERFACE ENTRE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE: UMA BREVE REVISÃO SOBRE ASPECTOS HISTÓRICOS E EPISTEMOLÓGICOS</b> | <b>17</b> |
| 2.1          | A metáfora da rede nas Ciências Sociais  | 18        |
| 2.2.         | Perspectivas teóricas de análise das redes sociais: da estrutura à dádiva  | 23        |
| <b>2.2.1</b> | <b>A abordagem estrutural-funcionalista das redes sociais</b>  | <b>24</b> |
| <b>2.2.2</b> | <b>O estudo das redes sob a perspectiva da Ação Social</b>   | <b>27</b> |
| <b>2.2.3</b> | <b>Compreendendo as redes através da Teoria da Dádiva - uma nova abordagem?</b>  | <b>33</b> |
| 2.3          | Perspectivas metodológicas de análise das redes sociais: da teoria do grafo à etnografia   | 37        |
| 2.4.         | Sobre a aplicabilidade da noção de redes no campo da saúde   | 42        |
| <b>3</b>     | <b>REDES SOCIAIS DE SUPORTE: A SAÚDE “ENREDADA”</b>  | <b>44</b> |
| 3.1          | Redes amplas de suporte: sobre movimentos sociais e saúde  | 46        |
| 3.2          | Campo interpessoal: redes pessoais e saúde   | 49        |
| 3.3          | Vinculação, apoio social e saúde: conectando redes   | 52        |
| <b>4</b>     | <b>REDES INFORMAIS DE SUPORTE: SOBRE FAMÍLIAS E SAÚDE</b>  | <b>55</b> |
| 4.1          | Intergeracionalidade: as “receitas familiares” do cuidado com a saúde  | 59        |
| 4.2.         | Família, redes primárias e políticas sociais   | 64        |
| <b>5.</b>    | <b>MÉTODO</b>  | <b>68</b> |
| 5.1          | Campo de estudo – O Caminho das Águas  | 69        |
| 5.2          | Participantes e informantes  | 71        |
| 5.3          | Procedimentos de produção de dados   | 75        |
| <b>5.3.1</b> | <b>Etapa I - Pesquisa histórica e reconhecimento do bairro da Boca do Rio</b>  | <b>76</b> |
| <b>5.3.2</b> | <b>Etapa II - Mapeamento da relação entre movimentos sociais, famílias</b>   | <b>77</b> |
| <b>5.3.3</b> | <b>Etapa III - Convivendo com as famílias</b>  | <b>78</b> |
| 5.4          | Estratégias e instrumentos para produção de dados  | 79        |

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| 5.5          | Procedimentos para análise dos dados   | 81         |
| 5.6          | Considerações éticas   | 83         |
| <b>6.</b>    | <b>O BAIRRO E A RUA: RECONHECENDO O CAMPO</b>  | <b>85</b>  |
| 6.1.         | O bairro: movimentos migratórios e constituição da Boca do Rio                       | 86         |
| 6.2          | A rede formal de atenção à saúde   | 93         |
| 6.3          | A Rua: O Caminho das Águas segundo “os de fora”                                      | 96         |
| <b>7.</b>    | <b>SAÚDE E CUIDADOS: TECENDO A REDE EM FAMÍLIA</b>                                   | <b>100</b> |
| 7.1          | A micro-rede R-I-L: interação e cuidados com a saúde                                 | 100        |
| <b>7.1.1</b> | <b>A saúde na rede R-I-L: lidando com a HAS</b>                                      | <b>102</b> |
| 7.2          | A família S: interação e cuidados com a saúde  | 112        |
| <b>7.2.1</b> | <b>Cuidados com a saúde: conectando redes</b>  | <b>113</b> |
| <b>8</b>     | <b>REDE MOVIMENTALISTA E VIOLENCIA: A SAÚDE NO CAMINHO DAS ÁGUAS</b>                 | <b>124</b> |
| 8.1          | Sobre movimentos sociais e relações com o Estado: a rede informal                    | 128        |
| <b>8.1.1</b> | <b>Famílias R-I-L em movimento</b>   | <b>135</b> |
| 8.2          | Violência e saúde  | 137        |
| <b>8.2.1</b> | <b>Sobre a violência: Conselhos práticos para pesquisadores “de fora”</b>            | <b>139</b> |
| <b>8.2.2</b> | <b>Os efeitos da violência sobre a saúde: o caso da Família S</b>                    | <b>144</b> |
| <b>9</b>     | <b>INTERSEÇÃO DE REDES: FAMÍLIAS, SISTEMA DE SAÚDE E VIZINHOS</b>                    | <b>148</b> |
| 9.1          | Redes formais e informais: interatividade e repercussões sobre a saúde da comunidade | 148        |
| 9.2          | Entre vizinhos e “vizinhos”  | 155        |
| 9.3          | Vizinhos do trafico  | 160        |
| 10           | CONSIDERAÇÕES FINAIS   | 163        |
|              | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS   | 166        |
|              | APENDICES  | 173        |



# 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as redes sociais são objeto de investigação de organizações que congregam profissionais em todo o mundo, centros de investigação e treinamento, os quais produzem *softwares* para a análise dos dados estruturais das redes, além de livros e revistas especializadas. O seu estudo tem contribuído para a investigação de diferentes temas como comportamento organizacional, relações inter-organizacionais, a propagação de doenças infecto-contagiosas, saúde mental, apoio social, difusão de informações sobre organização social, dentre outros (INSNA, 2007).

De caráter interdisciplinar, esta categoria é mais comumente utilizada no campo das ciências sociais pela Antropologia e pela Sociologia, nas quais perpassa a noção de *rede* enquanto um determinado tipo de relação ou prática social. Neste sentido, o conceito de redes sociais apresenta-se como uma possibilidade de encontro entre as dimensões macro e microssociológicas, constituindo-se numa ferramenta relevante para compreensão do comportamento individual e de grupos sociais.

Devido à diversidade de aplicações em campos distintos de conhecimento, múltiplos conceitos de redes sociais têm sido propostos na literatura. Nesta investigação, rede social é entendida como um conjunto de pessoas, indivíduos, grupos ou outras unidades em uma população e suas conexões, constituindo-se numa teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações

concretas (BARBOSA; BYINGTON; STRUCHINER, 2000, BRAGA, 2006). Estas relações, ligações (simétricas ou não) entre unidades, interconectam indivíduos e mediam o fluxo de apoio social que consiste em informações, recursos afetivos e materiais.

Na interface entre os campos das ciências sociais e da saúde, a associação entre relacionamentos sociais e comportamentos de saúde remonta aos estudos iniciais em Sociologia e Antropologia. No entanto, após um período de distanciamento, tem-se observado um retorno à discussão acerca das redes sociais para análise de temas como a relação entre participação em redes sociais e qualidade de vida, aumento de sobrevivência de pacientes com doenças incapacitantes ou como elemento de exposição a risco para a saúde, dentre outros.

Atualmente, autores como Sluzki (1997) compreendem que a rede social constitui-se num dos eixos centrais da experiência de bem-estar, competência e agência ou autoria, incluindo hábitos de cuidados da saúde e a capacidade de adaptação em situações de crise. E, no sentido inverso, a escassez de relações sociais constitui um fator de risco para a saúde, indicando uma correlação direta entre qualidade de rede social e qualidade da saúde. O mesmo autor destaca que a rede social proporciona retroalimentação cotidiana acerca de desvios de saúde e favorece comportamentos corretivos nas práticas pessoais de cuidados com a saúde.

Uma vez que os indivíduos são influenciados pelas redes sociais e são também agentes de sua criação (ACOCK; HURLBERT, 1990) o processo saúde-cuidado-doença envolve a geração e a manutenção de redes formais e informais de suporte social. Dentre as primeiras, destacam-se as instituições e serviços de saúde, os grupos organizados e profissionais de apoio social. Quanto às redes informais,

estas são representadas, especialmente, por membros da família, vizinhos e amigos (SLUZKI, 1997; LACERDA, 2002; VALLA, 1992, 2000; ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Em relação a estas últimas, no contexto brasileiro tem se redescoberto a família, as redes primárias e as comunidades como atores fundamentais na efetivação das políticas sociais (SERAPIONI, 2005). Observa-se um movimento de revalorização da família na sua função socializadora, sendo a mesma beneficiária, parceira e “mini-prestadora” de serviços de proteção e inclusão social (CARVALHO, 2006).

Atenção especial tem sido dada à família pelo Estado e cientistas sociais devido às políticas públicas baseadas na co-responsabilização das famílias e comunidades, principalmente de baixa renda, em relação aos seus problemas de saúde. A ênfase na família deve-se ao fato de que, como afirma Trad (2007), neste grupo são definidas as decisões de recorrer às demais instâncias na busca de ajuda, além de ser onde se processa a maior parte das avaliações leigas sobre a eficácia do tratamento.

Entretanto, a mesma ênfase não tem sido dada ao fato de que as habilidades das redes informais no gerenciamento e na resolução das questões de saúde são mediadas por múltiplos fatores internos e externos. Dentre os primeiros, podem-se citar características dos seus componentes, as funções dos seus vínculos e a sua configuração das redes, compreendidos como resultantes da historicidade das relações e experiências dos grupos. Quanto aos externos, são relevantes o acesso e a qualidade do atendimento prestado nas redes formais de saúde, o apoio recebido através de redes de solidariedade, as condições sócio-econômicas e a cultura produzida no contexto em que se inserem.

Esses fatores mediam a capacidade de manutenção do fluxo de apoio social na rede pessoal e são especialmente relevantes nos contextos urbanos onde vivem famílias em situação de pobreza e desamparo social, pois as redes são freqüentemente as únicas fontes de apoio de famílias carentes em sua vida cotidiana (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Neste sentido, a experiência da pobreza, além de repercutir na configuração as famílias, destaca-se entre as variáveis que mediam a relação dos indivíduos com as redes formais de atenção à saúde.

A maneira como se entrelaçam as redes acionadas para assistência a saúde, as relações estabelecidas entre seus membros mediadas por estes múltiplos fatores são, portanto, o foco desta investigação. E as famílias são o ponto de ancoragem, ponto inicial ou de referencia em que se começará o estudo da rede, a partir do qual foram investigadas outras redes que se destacam na configuração das suas práticas de cuidados com a saúde.

A escolha pela família deveu-se à importância central, particularmente nas classes populares, que este grupo assume como um dos principais âmbitos em que se desenvolvem práticas de cuidados com a saúde e como rede de apoio social ou ajuda mútua dos seus membros. Como parte da rede pessoal mínima dos indivíduos e sendo ela mesma uma rede, a família é compreendida como um espaço privilegiado para desenvolvimento e análise do processo saúde-doença (BASTOS; TRAD,1998).

No entanto, a despeito da centralidade da família nas questões relativas à saúde, este estudo apresenta uma análise tridimensional (bairro, rua e casa) que derivou das especificidades do contexto investigado. No período de trabalho de campo, diversos acontecimentos externos ao âmbito familiar afetavam diretamente a vida cotidiana e condições de saúde dos participantes.

A comunidade estudada passava por conflitos e mobilização popular devido à especulação imobiliária, aos deslizamentos de terra que destruíram casas e outros bens dos moradores, além da degradação dos seus espaços públicos e recursos naturais. Associavam-se a estes eventos, o aumento da violência relacionada ao tráfico de drogas e as incertezas geradas pela transição entre grupos políticos na prefeitura municipal (2005) e pelo ano de eleições estaduais e federais (2006). Neste sentido, a conjuntura política baiana e a conduta dos grupos políticos representados no bairro produziam um clima de desconfiança, promessas, disputas e expectativas entre os moradores.

A confluência destes fatores trouxe sérias repercussões sobre a qualidade de vida desta população, que desenvolveu estratégias diversas para lidar com este contexto de privação e exploração eleitoral. Estes aspectos alteraram toda a construção teórico-metodológica desta investigação, sendo necessária a reorientação dos objetivos do projeto inicial em que se pretendia analisar especificamente os cuidados com a saúde no espaço microsociológico das redes intra-familiares.

Dois aspectos foram decisivos no encaminhamento desta investigação e corroboraram a opção pela ampliação do seu escopo e pela análise da interseção das redes: a) a impossibilidade de dissociar os comportamentos de cuidados com a saúde nos grupos familiares e as redes de sociabilidade formadas entre os moradores; b) a relevância da categoria violência no discurso sobre saúde e qualidade de vida entre os moradores e representantes das redes formais e informais.

Uma redefinição da perspectiva teórica para análise das redes também foi necessária após a entrada em campo. Por isso, foi empreendida nova revisão de

literatura, acerca das abordagens teóricas das redes sociais adotadas no campo da saúde, que apontou para a perspectiva da Ação Social como a mais adequada para o objeto deste estudo.

Houve maior identificação com esta abordagem, pois privilegia “o estudo microscópico de relações e situações sociais, a partir de uma perspectiva que inclui uma visão da economia política mais ampla e a integração da história à análise antropológica” (FELDMAN-BIANCO, 1987, p.30). Esta necessária integração justifica o destaque dado nesta tese para o componente histórico da constituição da comunidade investigada, além de suas condições econômicas e políticas durante o trabalho de campo.

Num movimento descendente de análise das redes, os resultados apresentados nesta tese iniciam-se com as redes sociais de níveis mais amplos. O primeiro diz respeito ao bairro da Boca do Rio enfocando os principais aspectos sócio-históricos que contribuíram para sua configuração atual de bairro periférico e “dividido”. Neste primeiro nível, foi necessário retornar a um tema clássico e fundamental no campo de estudo de redes que é o fenômeno da migração, elemento decisivo para compreensão estrutural e dinâmica da comunidade estudada.

O nível intermediário contempla o Caminho das Águas dando especial atenção às relações de sociabilidade entre moradores, relações com o Estado e instituições formais de atenção à saúde, e a relação entre violência local e saúde. No último nível são enfocadas as redes familiares e suas interconexões com as redes mais amplas e analisadas as práticas intra-familiares de cuidados com a saúde.

Este é um estudo<sup>1</sup> de enfoque etnográfico que teve como objetivo geral:

Analisar a interação entre membros de redes sociais e sua contribuição para o desenvolvimento de práticas de cuidados com a saúde entre famílias de classe popular moradoras da comunidade do Caminho das Águas, localizada no bairro da Boca do Rio.

Como objetivos específicos buscaram-se:

1. Conhecer e descrever o contexto urbano no qual vivem as famílias participantes destacando, na sua configuração, aspectos apontados pelas mesmas como relevantes para suas condições de vida e saúde;
2. Analisar aspectos históricos e sócio-econômicos que contribuem para a configuração das redes de sociabilidade e movimentos sociais neste contexto;
3. Caracterizar as redes consideradas pelas famílias como principais fontes de apoio social e analisar sua interação em situações de adoecimento/cuidados com a saúde;
4. Compreender como estas famílias se constituem em redes de suporte social para seus membros em situações de adoecimento/cuidados com a saúde;

Esta investigação justifica-se por destacar a categoria rede social, como uma ferramenta conceitual e prática para organização de experiências pessoais e coletivas. Podendo ser um modelo interessante para implementar ações educativas e comunitárias em saúde, mobilizando redes sociais muito mais vastas (SLUZKI,

---

<sup>1</sup> É parte integrante da pesquisa "O cuidado à saúde no contexto familiar e suas inter-relações com os serviços formais e informais de saúde", coordenada por Trad (2007) e insere-se na linha de pesquisa Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde (FASA) do ISC/UFBA

1997), uma vez que concebe o indivíduo como participante e protagonista de transformações de uma totalidade (BRAGA, 2006).

Esta tese é composta por 9 capítulos além desta introdução. No capítulo 2, apresenta-se o desenvolvimento histórico da utilização do conceito de redes sociais e as bases epistemológicas dos modelos utilizados nas ciências sociais para compreensão das redes no campo da saúde. No terceiro capítulo é discutida a relação entre redes sociais amplas e saúde, assim como são explicitadas as principais categorias utilizadas na análise qualitativa das redes.

No capítulo 4 as redes informais (família e vizinhança) são enfocadas através de uma breve discussão acerca da família contemporânea e seu papel de “prestadora de cuidados” no âmbito da saúde. São indicados aspectos que contribuem e limitam as possibilidades de práticas de apoio social intra-familiares com especial ênfase ao contexto urbano e às condições sócio-culturais nas quais as famílias de classes populares vivem.

O capítulo 5 trata dos caminhos metodológicos percorridos nesta investigação. A organização deste capítulo não segue o formato tradicionalmente indicado, mas privilegia especificidades da condução desta pesquisa. Corresponde, portanto às sutilezas, detalhes e necessidade de adequação constante às “aventuras e desventuras” do campo.

Os últimos capítulos tratam dos resultados e da discussão sobre os mesmos e dividem-se em três grandes temas: o bairro, as famílias e a interação entre as redes.

No capítulo 6 o bairro da Boca do Rio e o Caminho das Águas são os principais personagens, sua constituição histórica é apresentada e fundamenta a



análise da organização e sociabilidade na vizinhança. O sétimo capítulo focaliza as famílias que participaram do estudo, sua configuração, dinâmica e, principalmente, suas experiências mais significativas de cuidados com a saúde.

O capítulo 8 aborda os principais eventos relacionados à saúde que foram destacados pelos participantes: as *doenças do muro* e a violência. Inicia-se com a experiência de formação de uma rede movimentalista por moradores do Caminho das Águas e finaliza com o impacto da violência sobre a saúde desta população.

No capítulo 9 aborda-se a interação entre as redes estudadas, sistema formal de saúde, famílias e vizinhos. E por fim, são apresentadas as considerações finais sobre este estudo.

## **2 O ESTUDO DAS REDES NA INTERFACE ENTRE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE: UMA BREVE REVISÃO SOBRE ASPECTOS HISTÓRICOS E EPISTEMOLÓGICOS**

No campo da saúde, observa-se multiplicidade de conceitos, diversidade teórico-metodológica e imprecisões quanto à aplicabilidade da metáfora das redes sociais. Como discutido a seguir, em parte isto se deve à sua disseminação na análise de diferentes aspectos deste campo, à interdisciplinaridade e a elementos sócio-históricos.

Neste capítulo, através de revisão na literatura, é apresentado o desenvolvimento histórico da utilização do conceito de redes sociais, assim como são explicitadas e discutidas as bases epistemológicas que norteiam os estudos nas ciências sociais sobre este tema no campo da saúde. Esta revisão não pretendeu ser exaustiva, mas contribuir para melhor compreensão do tratamento dado ao objeto redes sociais no discurso científico, especialmente na literatura produzida no Brasil onde características sócio-demográficas e políticas específicas permeiam a sua construção.

Considerando o contexto e objeto de estudo desta investigação foram privilegiadas bibliotecas, artigos científicos, dissertações, teses e obras de referência nacionais e internacionais concentrados no campo da saúde. Foram utilizadas como palavras-chave para a busca, em português, espanhol e inglês, os termos: redes sociais, redes sociais e saúde, redes de entre-ajuda, de sociabilidade, de relações, de significados, comunitárias, complexas, informais, migratórias.

Priorizaram-se textos publicados na última década e disponibilizados na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online – SciELO, no portal Periódicos.CAPES, na biblioteca virtual da Escola de Medicina e Saúde Pública Sérgio Arouca (Portal de Teses e Dissertações BVS/ FIOCRUZ), Biblioteca digital de teses e dissertações da Universidade de São Paulo (USP). Em relação às publicações internacionais foram analisados os periódicos *Journal of Social Network* (EUA) e a *Revista Hispana para el Analisis de Redes Sociales* em sua versão eletrônica por serem consideradas representativas do estudo de redes sociais pela comunidade científica mundial.

Este capítulo inicia-se com o delineamento do percurso histórico das utilizações do conceito de redes no campo das ciências sociais e, posteriormente, são discutidas três perspectivas teóricas de interpretação das redes sociais assim como sua apropriação nos estudos em saúde. A primeira abordagem apresentada é a Estrutural-funcionalista, a mais representativa na literatura internacional sobre redes sociais. A segunda é a Teoria da Ação Social, que foi adotada nesta investigação e que, portanto, recebeu maior detalhamento neste texto. A última abordagem a ser apresentada refere-se à Teoria da Dádiva que é apresentada por seus defensores como uma alternativa as primeiras e que vem ganhando adeptos na produção científica nacional.

## 2. 1 A metáfora da rede nas Ciências Sociais

O interesse dos antropólogos e sociólogos pelas redes refletiu as mudanças sociais do período pós-colonialista e a organização mundial após a Segunda Guerra. Até então concentrados nos estudos sobre sistemas de direitos e obrigações normativas e sobre comportamentos prescritos em tribos e aldeias,

voltaram-se para a complexidade e diversidade das relações sociais nos contextos urbanos, caracterizados pela multiplicidade de valores, normas e conflitos.

Neste momento histórico, a ênfase dos estudos nas ciências sociais transferiu-se da análise dos atributos individuais para as características dos vínculos estabelecidos entre os indivíduos. A noção de redes mostrou-se, então, instrumento fundamental para uma compreensão mais complexa do comportamento humano uma vez que poderia mediar a microssociologia e a macrossociologia.

A primeira aproximação com esta temática foi realizada por Levi – Strauss em sua análise etnográfica das estruturas elementares de parentesco. Posteriormente, Radcliffe-Brown, usou o termo “rede social total” para caracterizar a estrutura social, que conteria todos os laços sociais existentes, enquanto uma rede de relações institucionalmente controladas ou definidas.

Além destes, os primeiros estudos científicos sobre redes nas ciências sociais foram desenvolvidos a partir das contribuições de teóricos da psicologia como Jacob Moreno que propôs o conceito de psicologia geográfica e o sociograma como estratégia de mapeamento e representação formal das relações em grupos e comunidades. Da mesma forma, a contribuição de Kurt Lewin foi a explicitação de variáveis centradas nas relações sociais informais na discussão sobre grupos sociais e o desenvolvimento da teoria dos grafos.

Estes estudos pioneiros tiveram como objeto o fenômeno da migração de moradores de áreas rurais para os grandes centros urbanos do “Terceiro Mundo”. Nas décadas posteriores, além da continuidade dos estudos acerca dos processos migratórios em contextos urbanos, houve o investimento em temas diversificados como a relação entre personalidade individual e estrutura das redes, a família

enquanto rede fundamental para compreensão de diversos comportamentos e a aplicabilidade do conceito na prática clínica (Quadro 1).

Quadro 1 - Desenvolvimento do estudo das redes nas ciências sociais e humanas

| Período                           | AUTORES DE REFERENCIA   | CONTRIBUIÇÕES E ASPECTOS SÓCIO – HISTÓRICOS   |
|-----------------------------------|---|---|
| 1930/40<br>(Psicologia)           | Jacob Moreno<br><br>Kurt Lewin<br><br>Claude Lévi-Strauss                                 | Desenvolveu o conceito de psicologia geográfica e o sociograma, mapeamento e representação formal das relações em grupos e comunidades;<br><br>Teoria de Campo - incluiu explicitamente variáveis centradas nas relações sociais informais; influenciou a teoria dos grafos;<br><br>Aproximação com o tema através da análise etnográfica das estruturas elementares de parentesco.<br><br>Fim da segunda guerra, Alex Bavelas fundou o Group Networks Laboratory no Massachusetts Institute of Technology (M.I.T.);  |
| 1950/60<br>(Escola de Harvard)    | Radcliffe- Brown<br><br>Grupo de Harvard  | Defende a existência de uma estrutura social passível de ser isolada e comparada com outras estruturas através do isolamento de relações sociais. Cunha o termo “rede social total.”<br><br>Influenciados por Radcliffe-Brown e Evans Pritchard, desenvolveram uma análise estrutural matematicamente orientada para o estudo de estruturas sociais.<br><br>Investimento na construção de modelos algébricos e escalas multidimensionais para representar relações através das distancias e mapeamento do espaço social.  |
| 1950/60<br>(Escola de Manchester) | John Barnes<br><br>Elisabeth Bott<br><br>S. Nadel<br><br>C. Mitchell<br><br>J. Boissevain | Realizou estudo pioneiro sobre redes formais e informais, familiares e extra-familiares. Evidenciou a importância dos vínculos sociais extra-familiares na vida cotidiana; considerado o primeiro a utilizar com rigor científico o conceito de redes.<br><br>Realizou estudo sobre relações externas de famílias urbanas, desenvolvimento de metodologias para análise práticas de interação informal da rede familiar extensa, diferenciação de composição da rede, estrutura da rede e os conteúdos das interações.<br><br>Defendeu a utilização de métodos algébricos e matriciais na análise dos papéis sociais, pois entendia a estrutura das redes como um arranjo de elementos para formar a totalidade do sistema<br><br>Sistematizou os procedimentos para registro e análise das redes (características morfológicas e interativas);<br><br>Adotou a “teoria dos jogos” para privilegiar a análise do conflito e da competição. Apóia-se na análise transacional para elaboração de instrumental capaz de apreender alianças temporárias e relações em |

|      |  |  |
|------|--|--|
|      |  | constante mudança;   |
| 1970 | Erich Lindermann<br><br>Ross Speck e Carolyn Attneave  | Diminuição de produção científica sobre redes nas ciências sociais;<br><br>Criador da “Teoria da Crise”, destacou centralidade da rede social pessoal-familiar e extrafamiliar na co-determinação dos efeitos a curto e em longo prazo em situação de crise;<br><br>Combinaram em reuniões terapêuticas a família extensa com a rede informal de relações para atendimento de pacientes em crise;<br><br>Fundação da International Network For Social Network Analysis (INSNA) no Canadá.  |
| 1980 | Klefbeck et al (1986); Elkaim (1987); Feldman-Bianco (1987);   | Reconhecimento da análise de redes como estratégia de mapeamento da epidemia de HIV/AIDS;<br><br>Publicações em diversas partes do mundo ilustram o “renascimento” do interesse pelo tema das redes sociais;<br><br>Interesse de estudiosos da teoria sistêmica pela análise de redes amplas;<br><br>Intensa pesquisa sobre modelos estatísticos usados para análise de redes sociais, popularização da informática e avanço tecnológico;  |
| 1990 | Anderson e Carter (1990); Pilsuk e Hiller Parks (1986); Whittaker e Garbarino (1983); Baars et al (1990); Dabas (1993);<br><br>Salvador Minuchin e cols<br><br>M. Castells;<br>A. Giddens<br><br>C. Sluzki | Neoliberalismo e desagregação do mundo soviético, guerra do Golfo e disseminação redes mundiais de computadores (internet);<br><br>Autores baseados na Teoria da ação social, imprimem foco no estudo sobre redes no empreendedorismo social;<br><br>Publicações e tentativas de transformação de processos e objetivos das agências de serviços sociais públicas de proteção ao menor e experimentos terapêuticos em serviços de psiquiatria, saúde mental e trabalho social em diferentes partes do mundo.<br><br>Mapeamento do cenário mundial mediado pelas novas tecnologias de informação e comunicação (TICs) e sua influencia nas mudanças sociais e comportamentais;<br><br>Discute atuação em rede como alternativa terapêutica em saúde mental; |
| 2000 | Dabas e Najmonovich (2002)<br><br>Najmonovich (2002)   | Organização do primeiro encontro internacional sobre redes com temas: redes na contemporaneidade, redes e movimentos sociais, dificuldades de participação em redes, problemática e intervenção, aspectos dificultadores e facilitadores do trabalho em rede.<br><br>Discussão epistemológica acerca da utilização da metáfora das redes sociais na contemporaneidade;   |

Fonte: Braga (2006), Dabas e Najmonovich (2002), Castells (1999), Feldman-Bianco, (1987), Giddens (1991), Najmonovich (2002), Santos (2004), Sluzki (1997), Souza (1995).

Considerando a produção sobre redes sociais ao longo da segunda metade do século XX, na transição entre as décadas de 1960 e 1970 parece ter havido uma diminuição de interesse sobre o tema nas ciências sociais, o que coincide com a expansão das correntes marxistas e a concentração da produção sociológica inspirada no marxismo até meados da década de 1970. Entretanto, como afirma a [INSNA \(2007\)](#), com o desenvolvimento rápido e disponibilização de computadores e *softwares* para construção de modelos matemáticos e avanço da teoria dos grafos houve grande avanço no estudo das redes sociais nos outros campos.

A partir da segunda metade da década de 1980, o estudo das redes sociais foi novamente impulsionado nas ciências sociais por um evento decisivo no campo da saúde pública mundial: a epidemia de infecção por HIV. Este passou a ser um objeto de estudo prioritário na interface entre ciências sociais e o campo da saúde uma vez que sua transmissão não seguia o mesmo padrão das doenças infecciosas até então conhecidas.

Ao constatar-se que os padrões de relações entre os indivíduos tinham papel determinante no processo de transmissão e que as estratégias de prevenção deveriam considerar este fato, passou-se a associar a metodologia das redes sociais à abordagem epidemiológica da epidemia do HIV. Estes estudos mantêm-se representativos até os dias atuais e tiveram como pressuposto que “as redes sociométricas de risco estruturam um fluxo de agentes infecciosos em comunidades, criando oportunidades ímpares a sua interrupção” (BARBOSA; BYINGTON; STRUCHINER, 2000, p.38).

Na década de 1990, além dos estudos no contexto da transmissão do HIV, o neoliberalismo e a desagregação do mundo soviético contribuíram para o amplo interesse sobre as redes nas ciências sociais com ênfase no empreendedorismo social dos grupos populacionais de classes populares, além do trabalho social desenvolvido por profissionais com grupos em risco. Associando-se a estes fatores, como resultado e propulsor das profundas mudanças sócio-econômicas no final do século, a disseminação da *internet* e o forte desenvolvimento tecnológico característicos deste período levaram cientistas sociais à reflexão acerca das repercussões da participação em redes virtuais. Entre estes se destacam Castells (1999) e Giddens (1991, 2005) e suas proposições sobre as novas formas de sociabilidade urbana e as mudanças no âmbito das organizações empresariais.

Nesta primeira década do século XXI, a produção científica sobre redes caracteriza-se pela pluralidade de objetos e aplicações. De modo geral, além da continuidade da exploração dos temas apontados acima, os autores vêm conciliando esforços para sistematização teórico-metodológica e aplicabilidade instrumental desta categoria.

## 2.2. Perspectivas teóricas de análise das redes sociais: da estrutura à dádiva

Mostra-se transversal aos textos sobre redes sociais analisados nesta revisão, uma acirrada discussão entre os autores que defendem a primazia do estudo de aspectos estruturais/quantitativos *versus* aqueles que defendem a análise prioritária da dimensão interativa/qualitativa dos comportamentos humanos em redes. Este embate representa a extensão de conflitos epistemológicos e metodológicos provenientes das Ciências Sociais, que marcam a divisão entre



autores que interpretam as redes sociais a partir da perspectiva estrutural-funcionalista, da Ação Social e mais atualmente da Teoria da dádiva.

### **2.2.1 A abordagem estrutural-funcionalista das redes sociais**

Utilizada nos estudos pioneiros sobre redes sociais, foi tendência predominante na Antropologia e Sociologia até meados do século passado e resultou da transposição, ainda que houvesse alguma alteração nos procedimentos metodológicos, de pressupostos básicos de pesquisas em sociedades ditas “primitivas” e menos estratificadas para contextos urbanos. Sob influência das políticas colonialistas “civilizatórias”, havia destaque para a coesão e manutenção do equilíbrio social, sem consideração à temporalidade dos processos sociais e atribuindo um papel desintegrador às mudanças sociais (FELDMAN-BIANCO, 1987).

Seguindo esta perspectiva teórica, expoentes da Escola de Harvard, influenciados por Radcliffe-Brown e Evans Pritchard (Quadro 1), desenvolveram a análise estrutural matematicamente orientada para o estudo de estruturas sociais. Desta forma, construíram modelos algébricos e escalas multidimensionais para representar relações através das distâncias e mapeamento do espaço social. Este esforço originou, na década de 1970, a *International Network For Social Network Analysis* (INSNA) no Canadá (INSNA, 2007).

Embora diversos métodos não-matemáticos tenham sido desenvolvidos desde então, a orientação estrutural-funcionalista permanece sendo uma perspectiva hegemônica nas publicações internacionais e nacionais sobre redes sociais. De modo geral, os estudos publicados enfatizam os aspectos estruturais das

redes e uma análise quantitativa baseada em métodos estatísticos e cálculos de regularidades nas interações sociais.

Na revisão da literatura internacional, que contemplou exemplares do *Journal of Social Networks* (EUA) e a *Redes. Revista Hispana para el Analisis de Redes Sociales* (Espanha) (ambos ligados a INSNA), ficou evidente a prioridade dada à publicação de estudos de base estrutural e quantitativa em detrimento de outros que enfocavam aspectos relacionados à dimensão da interatividade entre os membros das redes.

Ao todo, foram analisados 47 exemplares do periódico americano, volumes 19-30, publicados no período de 1997 a 2008. De modo geral, há prioridade para discussão e desenvolvimento de métodos estatísticos de mensuração e análise sociométricas: *softwares* para cálculo e representação gráfica das redes, modelos matemáticos de compreensão das relações interpessoais nas redes sociais, controle de *bias*, particularmente na seleção e cálculo de amostras, predição de comportamentos, associação entre comportamentos individuais e posição ocupada na rede, forma, densidade, relações de poder e medidas de rede, dentre outros.

Neste periódico, foram localizados 04 artigos através da busca pela palavra-chave *health*. Sendo uma (01) resenha de livro realizada por Valente (2007), dois (02) tratavam de mensuração de tendência à proximidade e posicionamento nas redes (FIELD et al, 2006; TOTTERDELL; HOLMAN; HUKIN, 2008), desenvolvimento de modelos gráficos (GOODREAU, 2007) e utilização de métodos cognitivos para interpretação dos resultados de inquéritos (BAILEY, MARSDEN 1999).

Quanto ao periódico *Redes*, foram analisados os números publicados a partir do ano de 2002, início da veiculação da revista, até o ano de 2008 (volumes 1 a 14). Por ter como objetivo a divulgação de artigos em castelhano e português, esta

publicação concentra a produção científica de países da América Latina e da Península Ibérica. Nos temas explorados nestes exemplares há clara influência de autores provenientes da Psicologia Social, Ciências Políticas, Sociologia e Antropologia, das questões socioeconômicas e culturais que fazem parte da realidade dos seus países de origem.

No entanto, analisando-se os editoriais deste periódico observa-se um esforço para que haja a ruptura dos autores e leitores com a concepção referida como “metafórica” sobre as redes sociais, através da “adequação” dos estudos encaminhados aos pressupostos fundamentais defendidos pela INSNA: a formalização e precisão na observação empírica dos dados e o uso de *softwares* apropriados para análise de redes sociais. Desta forma, são inúmeros os textos introdutórios publicados sobre a metodologia de análise de redes sociais (ARS), desenvolvimento de *softwares* e técnicas estatísticas/quantitativas, além de diversos glossários recomendados como recurso instrucional para os autores.

Outros temas comuns neste periódico são: migração e adaptação psicológica, redes empresariais, aplicação da ARS aos estudos etnográficos (foco em etnografias entre povos indígenas e camponeses), configuração de redes políticas e comunitárias, o terceiro setor e cidadania, técnicas de análises de discurso, formação de redes científicas, controle democrático das redes de informação, globalização e informalidade, capital e estratificação social, análise de mapas cognitivos.

Dois aspectos chamaram a atenção durante a análise destes periódicos. Em *Redes* identificou-se crescente participação de autores brasileiros nos últimos anos (FONTES; EICHNER, 2004; MANESCHY; KLOVDAHL, 2007; LAVALLE, CASTELLO, BICHIR, 2007; FONTES 2007; CORDEIRO, 2007; REGIS e outros,

2007a, 2007b; REYES JUNIOR; BORGES, 2008). Isto sinaliza o possível aumento de interesse pelo estudo das redes sociais no Brasil, no entanto foi localizado apenas um artigo (CORDEIRO, 2007) que fazia menção ao campo da saúde, sendo o mesmo uma resenha de um livro publicado no Brasil. Esta escassez de publicações é especialmente inquietante quando se considera o histórico de mobilização pelo direito à saúde na América Latina e o papel reconhecido das redes de suporte social como elementos de proteção à saúde individual e de grupos sociais em contextos de pobreza.

No Brasil, a quantidade de artigos publicados na última década sobre redes sociais parece ser inexpressiva quando comparada à produção americana. No entanto, especificamente em relação à abordagem estrutural e/ou quantitativa em saúde, destaca-se pelo número e pela diversidade de temas abordados nas investigações como: epidemia do HIV (BARBOSA; BYINGTON; STRUCHINER, 2000), questões metodológicas relacionadas à associação entre participação em redes, apoio social e comportamentos de saúde (CHOR e outros, 2001; SILVA; COUTINHO, 2005) a influência de determinantes sociais nos padrões de comportamento de saúde e de morbidade, (GRIEP; CHOR; FAERSTEIN, 2003), redes de relações e níveis de satisfação com vida (RESENDE e outros, 2006), características do apoio social e associações com variáveis sócio-demográficas de população atendida pelo PSF (PINTO e outros, 2006).

### **2.2.2 O estudo das redes sob a perspectiva da Ação Social**

Diversas críticas são dirigidas à análise estrutural-funcionalista de redes sociais, particularmente pelos cientistas da Ação Social. Para os críticos, a escolha pela estatística deve-se, em parte, por tecnicamente ser mais simples e viável fazer

medições, mas também pelo pressuposto de que redes mais densas implicam em maior reforço das normas e valores grupais (BRONFMAN, 2000; SOUZA, 1995) resultando em estabilidade e equilíbrio do sistema. A valorização da estabilidade e continuidade direciona o foco destes estudos para características da rede como densidade e centralidade, e baseia-se na desconsideração de que uma rede extremamente densa pode não favorecer a obediência e reprodução das regras sociais.

Outra crítica à orientação funcionalista de estudo das redes sociais é que, na sua preocupação em localizar as estruturas subjacentes dos sistemas sociais, minimiza-se a liberdade relativa dos atores sociais na organização dos mesmos. Esta seria uma “redução da realidade social, pois se considera a rede como um sistema supra-individual, diferente dos indivíduos que a formam e que se impõe às vontades individuais” (MARTINS, 2004, p. 37). Concordando com este autor, estes são aspectos que não são redutíveis às proposições matemáticas como gráficos, estatística, probabilidade e modelos algébricos, que não permitem um entendimento amplo das estruturas grupais.

Estes questionamentos têm origem noutra compreensão das redes sociais, que se desenvolveu simultaneamente à de Harvard nas décadas de 1950/60, entre os cientistas da Escola de Manchester. Sob a direção de Max Gluckman estes investiram na análise de problemas relativos ao conflito de normas e à manipulação de regras, enfim na análise das mudanças sociais nos contextos urbanos “complexos”.

Estes primeiros estudos apoiaram-se no uso de quantificação e de métodos matemáticos não quantitativos provenientes da sociometria, associados à observação de situações sociais e de análises de casos detalhados. São relevantes

as contribuições de John Barnes, Elizabeth Bott, Siegfried Nagel, Clyde Mitchell e Jeremy Boissevain (Quadro 1).

Barnes é considerado pioneiro no estudo das redes sociais, pois é identificado como primeiro autor a utilizar este conceito com rigor e deslocar o foco da análise do sistema cultural para o sistema de relações concretas e redes sociais. Como descreve Souza (1995), ao analisar o comportamento de paroquianos noruegueses que ultrapassavam conceitos estruturais baseados nas noções de território e ou atividade ocupacional, este autor identificou o campo de relações sociais deste grupo composto por laços de afeto e amizade.

Para Barnes (1987), a rede *é a configuração formada por vínculos interpessoais entrecruzados de forma inespecífica, conectados às ações das pessoas e às instituições sociais*. Desta forma, para este autor, não existiria uma teoria de redes, sendo possível a *adaptação desta noção às diversas teorias*.

Bott, assim como Barnes, estudou relações de parentesco e explorou a sociometria para compreensão dos sistemas sociais. Hipotetizou que redes fechadas ou muito densas exercem pressão informal sobre seus membros para ajuda mútua e validação de um sistema comum de crenças e valores (SOUZA, 1999). Dentre suas contribuições destacam-se o estudo sobre relações externas de famílias urbanas, o desenvolvimento de metodologias para análise de práticas de interação informal da rede familiar extensa, diferenciação de composição da rede, estrutura da rede e os conteúdos das interações.

Sob influencia dos trabalhos de Barnes e Bott, Nadel defendeu que métodos algébricos e matriciais poderiam ser usados na análise dos papéis sociais, pois entendia a estrutura das redes como um arranjo de elementos para formar a totalidade do sistema. Seguindo a direção apontada por Nadel, Mitchell dedicou-se à

sistematização de procedimentos para registro e análise das redes (características morfológicas e interativas).

Mitchell enfatizou o uso de quantificação como instrumental auxiliar, não central como na abordagem anterior, às observações de campo. Voltou-se para a matemática e a teoria dos grafos, ambas utilizadas na sociometria, e reformulou sua utilização na sociologia. Introduziu o conceito de ordem pessoal como padrão de ligações que os indivíduos mantêm com um conjunto de pessoas e destas entre si. Estas relações interpessoais, de acordo com Mitchell, desenvolvem-se a partir da ação comunicativa e da instrumental, pois incorporam tanto o fluxo de informação quanto da transferência de recursos e serviços.

Assim como seus antecessores, Boissevain baseou-se na análise transacional para elaboração de instrumental capaz de apreender alianças temporárias e relações em constante mudança. No entanto, em vez de enfatizar a morfologia das relações interpessoais, adotou a *Teoria dos Jogos* para privilegiar a análise do conflito e da competição (BOISSEVAIN, 1987). Sinteticamente, este autor propôs que indivíduos competindo por recursos escassos se mobilizam em redes, coalizões, grupos de interesse e facções, fazem escolhas entre regras conflitantes e manipulam estas regras para seu próprio benefício.

Embora os estudos destes pioneiros tivessem forte influência da perspectiva estrutural-funcionalista e limitações instrumentais, propiciaram maior rigor e precisão às observações de campo (FELDMAN-BIANCO, 1987). Os representantes da Escola de Manchester, numa perspectiva transacional das relações sociais, desenvolveram a noção de reciprocidade, intercâmbio, fluxo de informações, serviços e favores nas redes, assim como de assimetria de poder e constante mutação das relações interpessoais.

É importante ressaltar que os questionamentos à abordagem estrutural-funcionalista das redes surgiram a partir de um movimento amplo de contestação desta perspectiva teórica e da emergência de uma orientação processual na Antropologia e Sociologia na segunda metade do século XX. Esta orientação diz respeito à ascensão da teoria da ação social que “tem como objetivo captar a complexidade, a variação e o fluxo social, através do estudo dos chamados ‘espaços intersticiais’ ou ‘interstícios sociais’, numa tentativa de combinação da análise da estrutura e de processos sociais.” (FELDMAN-BIANCO, 1987, p. 20).

Seguindo a abordagem da Ação social, é crescente o grupo de cientistas sociais que desloca o foco da estrutura das redes para o estudo do comportamento concreto protagonizado por atores sociais. Concordando com Braga (2006), nesta abordagem o conceito de rede social é utilizado como um instrumento analítico para a apreensão do dinamismo dos atos de agentes sociais dotados de estratégias próprias.

Nesta revisão, foi localizado um número maior de artigos, teses e capítulos de livros nacionais, com temáticas do campo da saúde, orientados mais pela ação social (n=15) que pela perspectiva funcionalista (n=6). Foram categorizados como orientados teoricamente para a Ação Social aqueles que explicitam esta escolha e os que implicitamente privilegiam o “empreendedorismo social” e a capacidade dos indivíduos em se vincularem e formarem redes mais ou menos temporárias. Entende-se que são estudos desenvolvidos a partir desta abordagem os que, através do método qualitativo, enfatizam os aspectos interativos das redes, as características que habilitam os indivíduos aos encontros, vinculação e trocas (afetivas, de informação ou materiais) entre os membros.



No contexto brasileiro, ilustram a orientação para a perspectiva da ação social estudos sobre redes no campo da saúde que enfocam temas diversos como: redes sociais e saúde mental (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004), redes de relações e disseminação do HIV entre usuários de drogas (DESLANDES; MENDONÇA, 2001, PECHANSKY e outros, 2001), redes e itinerário terapêutico (GERHARDT, 2003, 2006), participação em redes, apoio social e comportamentos de saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2006), rede/ apoio social e famílias (BRAGA, 2006; RAMOS, 2002; SERAPIONI, 2005), influencia das redes no consumo de drogas (MENDONÇA; CARVALHO, 2005), redes formais de proteção e apoio social aos grupos em risco/violência (SANTANA e outros, 2005; PINTO, e outros, 2006, KISS, SCHIRAIBER, D'OLIVEIRA, 2007; NJAINE e outros, 2007), mudança de práticas de atenção à saúde a partir das redes sociais (MEIRELLES; ERDMANN, 2006).

Estas publicações concentram-se nos últimos cinco anos e, especialmente nos relatos de investigações empíricas, tendem a não esclarecer quanto a sua orientação teórica ou mesmo a definição de rede social adotada. As redes sociais aparecem como categorias analíticas sem que se apresente qualquer esforço de aprofundamento teórico.

Chama a atenção o fato disto não acontecer nos estudos estruturalistas ou direcionados à Ciência da Informação a exemplo dos desenvolvidos por Marteleto (2001, 2007) e Acioli (2007). De modo geral, aqueles baseados na perspectiva da Ação Social não apresentaram uma teorização acerca das redes sociais e sua relação com os objetos de pesquisa investigados em saúde, mas assumem a definição da categoria “rede social” como naturalmente compartilhada por autores e leitores.

### **2.2.3 Compreendendo as redes através da Teoria da Dádiva - uma nova abordagem?**

Nos textos analisados, umas das principais críticas dirigidas à análise das redes através da Ação Social é que se trata a rede social como um sistema produzido por uma articulação *racional e desejada* entre os seus membros (MARTINS, 2004). Haveria, portanto, ênfase na rede enquanto produto da ação estratégica de indivíduos na formação de fortes laços sociais, fundamentais para a resolução de situações adversas, sendo as determinações estruturais e coletivas secundárias.

Utilizando a mesma crítica que direcionam à abordagem estrutural funcionalista, enfatizam que a Ação Social é uma abstração reducionista, que simplifica os fenômenos sociais. Esta simplificação, segundo os mesmos, desconsidera aspectos estruturais relevantes que mediam as possibilidades de ação dos indivíduos.

Estas críticas vêm sendo fortemente destacadas por autores que associam à discussão sobre redes sociais o sistema da “dádiva”. Esta terceira abordagem é recente, vem se fortalecendo no contexto brasileiro de forma ainda localizada institucionalmente, mas com número de crescente de publicações e concentra-se na fronteira entre o campo da Saúde Coletiva e Ciências Sociais, por isso recebeu atenção neste estudo.

Nesta vertente, enfatizam-se as relações de reciprocidade e o fluxo de “dons” nas redes e tem suas bases nas proposições de Marcel Mauss, Nobeit Elias e Anthony Giddens. De acordo com Martins (2004), a contribuição de Mauss seria a superação da dicotomia durkheimiana indivíduo/sociedade e a sistematização da Teoria da Dádiva. Mauss é apontado como fundamental para a compreensão da

existência do sistema de dádivas no cerne das trocas sociais que não seriam apenas de caráter material e/ou econômico, mas principalmente, simbólico. Em relação a Elias, que efetivamente utilizou o termo “redes sociais”, os autores desta terceira abordagem se apropriam da tese de que o social é um conjunto de relações e estas formam uma rede em movimento contínuo, na qual indivíduo e o coletivo estão se retroalimentando num processo complexo de interdependência.

Giddens, por sua vez, é evocado nas análises sobre redes transnacionais, globalização e movimentos sociais/solidariedade. Nesta abordagem a principal contribuição deste autor é a sua discussão sobre modernidade e descontinuidade das relações, o enfraquecimento dos laços sociais nas dimensões local e o global.

As análises das redes sociais empreendidas a partir desta orientação têm forte componente político, enfatizando, por exemplo, a participação social democrática e *empowerment* da população de baixa renda, os movimentos sociais e associativismo, e a promoção de políticas públicas em áreas estratégicas como educação e saúde. Autores deste grupo que propõem a aplicabilidade das redes à saúde como Andrade e Vaitsman (2002), Lacerda, (2002), Martins, (2004) e Moreira, (2005), Valla (1999, 2000a, 2000b) consideram como prioridade para análise das redes sociais o fluxo de apoio social e solidariedade entre os membros das redes, particularmente das informais.

Estes autores elegem como categoria fundamental o apoio social como estratégia da população para enfrentamento do processo saúde-cuidado-doença. A necessidade de enfrentamento viria das más condições de vida da maioria da população, das dificuldades de acesso ao sistema de saúde pública e a base biomédica das práticas de cuidados a saúde que inviabilizaria a atenção integral aos cidadãos.

Diante da adversidade o apoio social é fator de proteção para a saúde, produzido pela reciprocidade e fluxo de recursos através das relações sistemáticas. Como discute Lacerda (2002, p. 23): “[...] É através da análise da rede social pessoal e das redes que se estabelecem entre grupos e comunidades que se torna possível prever o acesso dos sujeitos aos recursos de apoio social (emocional, informativo, instrumental) disponíveis”.

Defendendo a abordagem da dádiva, para Martins (2004) as relações sociais não se formam a partir do “imperialismo da obrigação coletiva” ou do “relativismo da liberdade individual”, pois estas são simplificações polarizadas da realidade social. Nesta perspectiva, a teoria das redes sociais, segundo o mesmo autor, permitiria superar a dicotomia estrutura/ação e simplificações uma vez que focaliza a interatividade e percorre a “dinâmica incessante e variada de bens circulantes no interior da vida social” (p.35).

Moreira (2005), defendendo a mesma abordagem, afirma que é um modelo interpretativo não utilitarista para compreensão dos fundamentos da solidariedade, que coloca a dádiva ou o “dom” como produtor dos vínculos sociais, um operador do laço social, pois pressupõe reciprocidade *a posteriori*. Destaca que o dom não implica em ausência de obrigações, mas sim do cálculo, indicado pela autora como elemento fundamental para os interesses mercadológicos.

Considerando os textos analisados, os “autores da dádiva”, ao se apropriarem da noção de rede social, pretendem avançar nas propostas apresentadas pelas demais abordagens através da integração dos níveis de análise das perspectivas estrutural-funcionalista e da teoria da ação social. Seguindo esta orientação, Martins (2004) destaca a necessidade de uma mudança paradigmática na sociologia que reflita os “novos desafios postos pelas transformações simbólicas

e materiais dos bens circulantes e pelos processos de reorganização espacial e temporal da sociedade contemporânea” (p.34). Para este autor, a teoria da dádiva, como perspectiva teórica, e a teoria da rede social, como componente prático, apresentam-se como traduções do impacto do pensamento complexo e do princípio do paradoxo na Sociologia. Neste sentido, não só pretendem desenvolver uma forma inovadora de análise das redes, mas principalmente instaurar um novo paradigma na Sociologia, com base numa perspectiva transdisciplinar.

A despeito da relevante contribuição destes autores, a pretensão de solucionar o reducionismo epistemológico através desta retomada do foco no “dom” e da discussão sobre a função da troca de favores nas redes sociais merece críticas. Estas se relacionam ao pretensível carácter original desta proposta e a não-proposição de uma perspectiva teórico-metodológica que solucione o dilema Estrutura X Ação como pretendido.

Quanto à originalidade do foco nas trocas materiais e simbólicas nas redes, cabe salientar que autores da Escola de Manchester como Boissevian (1987), já as sinalizavam como centrais no estudo das redes. Portanto, desde os primeiros estudos sobre redes reconhecem-se a troca de favores e bens como elementos relevantes na constituição e dinâmica das relações sociais. Desta forma, embora pertinente e relevante esta não é uma discussão recente ou original, mas uma atualização de um debate evocado pela aparente fluidez e instabilidade dos vínculos sociais (GIDDENS, 1999; BAUMAN, 2007), violência e conflitos que fazem parte das relações de sociabilidade urbana contemporânea.

Quanto à proposta de ultrapassar os limites das demais abordagens, estes autores esbarram no pressuposto funcionalista da busca por consenso e solidariedade para a manutenção das redes. A crença em que os indivíduos em

situações emergenciais ou de privação relacionadas ao adoecimento ou à baixa renda desejam e buscam no apoio social uma alternativa para o enfrentamento, desconsidera idiosincrasias e padrões de sociabilidade determinados localmente como será apresentado nos resultados desta investigação.

Os questionamentos dirigidos ao foco na Ação Social, por sua vez parecem desconsiderar que não se pretende subsumir a sociedade ao indivíduo nesta abordagem. Nos textos deste grupo de autores há confusão entre uma abordagem racionalista e cognitivista dissociada da influencia da cultura e da sociedade, que nega a complexidade das próprias redes, e as propostas da Ação Social.

No entanto, é importante ressaltar que parte das críticas dirigidas à Teoria da Ação Social, são aplicáveis aos trabalhos dos primeiros pesquisadores que utilizaram esta teoria e às incongruências teórico-metodológicas encontradas em parte dos estudos atuais.

### 2.3 Perspectivas metodológicas de análise das redes sociais: da teoria do grafo à etnografia

Historicamente, por afinidade teórica e/ou para corresponder aos grupos hegemônicos da comunidade científica, têm-se utilizado predominantemente o método quantitativo, justificado pela priorização dos aspectos morfológicos das redes na determinação dos comportamentos individuais e grupais.

A metodologia da Análise de Redes Sociais (ARS) foi a primeira proposta desenvolvida para o estudo das redes, como um meio de realizar a análise estrutural através do método quantitativo e demonstrar como a estrutura da rede é explicativa dos fenômenos sociais. Assim como nas abordagens qualitativas desenvolvidas

posteriormente, na ARS a unidade de análise não se refere aos atributos individuais, mas ao conjunto de relações estabelecidas entre os indivíduos e que só podem ser compreendidos em relação às interações entre os demais participantes.

A ARS baseia-se no pressuposto de que a posição estrutural das díades interfere diretamente no conteúdo, forma e função de sua interação. Correspondendo à abordagem estrutural-funcionalista, como afirma Marteleto (2001) a estrutura é apreendida concretamente como uma rede de relações e limitações que pesa sobre as escolhas, as orientações, os comportamentos, as opiniões dos indivíduos.

Seguindo a tradição da Escola de Harvard, que lhe deu origem, uma das bases da ARS encontra-se na utilização de medidas calculadas a partir de *softwares* específicos e que representam conceitos relacionados às interações sociais como: densidade, centralidade, cliques, dentre outros. De certa forma, a ARS necessita de informações de natureza qualitativa para que, através de diversas técnicas matemáticas, as interações dos indivíduos (informações) sejam ordenadas de maneira que estas possam ser representadas através de um *grafo* ou uma rede. Para os que utilizam esta metodologia, estas representações são formas ilustrativas e amigáveis de esclarecer quanto às relações entre indivíduos ou grupos de indivíduos (ALVAREZ, 2005).

Outro aspecto importante nesta escolha metodológica é que confere aos estudos o *status* de cientificidade almejado pelos investigadores e editores de periódicos deste campo. Isto pôde ser percebido nos volumes analisados do periódico *Social Networks* (EUA) que têm sua quase totalidade de artigos direcionados para a comunicação de pesquisas com base na ARS e desenvolvimento desta metodologia.

A aproximação da análise das redes sociais com os métodos quantitativos é, portanto, histórica e influenciou inclusive aqueles formados em contraposição à abordagem estrutural-funcionalista. Como consequência, cientistas da Escola de Manchester tenderam a prescindir de uma perspectiva histórica e de diferenciação entre os limites da sua observação e os da investigação, o que contribuiu para que não considerassem a inserção dos grupos estudados em contextos econômicos, políticos e sociais mais amplos (FELDMAN-BIANCO, 1987).

Apesar desta tendência, desde as primeiras propostas metodológicas houve defesa de uma dupla via de análise das redes: a morfológica e a interativa. Como enfatiza Souza (1999), Mitchell destacava-se entre os pesquisadores por defender a necessidade de considerar essas duas perspectivas (Quadro 2) na construção dos métodos de análise.

Concordando com esta autora, apesar desta proposta integrativa a maioria dos estudos sobre redes desenvolvidos pelos cientistas da Ação Social centrou-se nas características morfológicas, particularmente na densidade, e apoiou-se em excessivo formalismo metodológico. Como afirma Souza (1999), perdeu-se a concepção original de síntese metodológica e na medida em que o componente estrutural das redes recebeu maior atenção, o elemento interativo foi obscurecido ou totalmente negligenciado.

Quadro 02 – Características das redes sociais utilizadas para análise

|                 |   |
|-----------------|---|
| Mitchell (1969) | <p>Morfológicas: ancoragem, alcance, densidade e extensão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ancoragem – ponto de orientação de uma rede. Ponto inicial ou de referencia em que se começará o estudo da rede (individuo família ou evento);</li> <li>b) Alcance – extensão em que uma pessoa pode usar a as relações para contactar outros com os quais não tem contato;</li> <li>c) Densidade - extensão em que as redes estão interconectadas. Ligação entre as pessoas que fazem parte da rede como um todo;</li> </ul> |
|-----------------|---|



|               |  |
|---------------|--|
|               | <p>d) Extensão – número de pessoas em contato direto com o indivíduo em estudo;</p> <p>Interativas: conteúdo, direção, durabilidade, intensidade e frequência</p> <p>a) Conteúdo – significado atribuído a uma ligação, observador tem que determinar o sentido das relações (múltiplas, complexas) conteúdo pode ser não observável diretamente;</p> <p>b) Direção – existência ou não de reciprocidade nas relações;</p> <p>c) Durabilidade – indica caráter dinâmico das redes sociais, tempo de ativação e constância na mobilização da redes.</p> <p>d) Intensidade – valor de investimento na relação, força dos laços de união entre membros das redes;</p> <p>e) Frequência – número de contatos entre pessoas numa rede;</p>  |
| Sluzki (1997) | <p>a) <i>Tamanho</i> da rede diz respeito ao número de pessoas que a compõem;</p> <p>b) <i>Densidade</i> refere-se à conexão entre os membros independente do informante;</p> <p>c) <i>A composição ou distribuição da rede</i> relaciona-se a proporção do total de membros que esta localizada em cada quadrante e círculo no mapa da rede.</p> <p>d) <i>A dispersão</i> compreende a distancia entre os membros e está diretamente relacionada à facilidade de acesso ao informante;</p> <p>e) <i>Homogeneidade ou heterogeneidade</i> demográfica e sociocultural são o conjunto de características como: idade, sexo, cultura e nível socioeconômico etc.</p> <p>f) <i>Os atributos de vínculos específicos e funções dos vínculos</i> referem-se respectivamente ao compromisso e intensidade da relação, durabilidade, história em comum e aos tipos de funções desempenhadas por cada vínculo e pelo seu conjunto;</p> |

Fonte: Souza (1995), Sluzki (1997)

Mesmo entre autores contemporâneos e que não utilizam a abordagem estruturalista como Sluzki (1997), citado em grande parte dos textos analisados nesta revisão, parece apresentar uma incoerência teórico-metodológica em suas proposições. Este autor, ao tempo em que defende a análise através da metodologia qualitativa e segue uma orientação sistêmica, baseada no paradigma da complexidade, na dimensão relacional e cultural das redes, enfatiza a análise estrutural (Quadro 2). Em sua obra há destaque para a relação entre tamanho, densidade e atribuição/função dos vínculos e a efetividade das redes, repetindo a noção de que densidade e equilíbrio estão diretamente relacionados.

O que distancia este autor daqueles da escola de Harvard é a defesa do argumento de que redes de tamanho médio são mais efetivas que as mínimas ou muito numerosas. Neste sentido, sem qualquer consideração sobre o que significa “médio”, indica que o nível médio de densidade parece ser o mais favorável para a efetividade da rede, pois permite o compartilhamento de impressões sobre o estado de saúde de um ou mais membros. Para este autor, redes com membros muito concentrados são menos flexíveis e efetivas, enquanto que redes muito amplas e homogêneas mostram-se mais inertes e com pouca capacidade de reação.

Apesar das inconsistências e do uso generalizado dos métodos quantitativos, tem aumentado o número de pesquisas que utilizam abordagens metodológicas qualitativas das redes. Considerando que a ARS é insuficiente para uma ampla compreensão das redes sociais, grupos de pesquisadores vêm desenvolvendo métodos que conciliam as abordagens quantitativas e qualitativas. Outros, mais raros, optam pelo uso exclusivo do método qualitativo para compreensão das redes sociais.

Os primeiros apresentam propostas de combinação da metodologia da ARS com estratégias qualitativas de análise. A multiplicidade de estratégias e instrumentos pretende conciliar a utilização estática que explora características estruturais das redes e os aspectos dinâmicos que enfocam as redes enquanto sistemas.

Um número menor de estudos utiliza exclusivamente o método qualitativo para análise das redes sociais. De modo geral, essa escolha metodológica baseia-se na crítica à tradição estrutural-funcionalista no estudo das redes. Compreendem, ainda, que a utilização de métodos quantitativos é dispensável, mesmo como

recurso ilustrativo, uma vez que enfocam aspectos de natureza estritamente qualitativa.

#### 2.4. Sobre a aplicabilidade da noção de redes no campo da saúde

Ao fim desta revisão percebe-se que não há um consenso teórico ou metodológico quanto ao uso e investigação das redes sociais. Esta configuração é marcada pela multiplicidade de interpretações e hegemonia de propostas de investigação rigidamente estruturadas.

No entanto, embora pareça enfraquecer o seu poder explicativo, é exatamente a plasticidade desta noção que a torna relevante para o campo da saúde. Isto é particularmente importante em nosso contexto, ao defendermos a saúde como produto da vida em sociedade e a organização do sistema de saúde brasileiro numa perspectiva de redes de informações e serviços.

Considerando-se as novas configurações sociais e a pretensão de reorientação dos modelos assistenciais à saúde, a análise das redes deve ter como pressuposto a indissociabilidade da dimensão estrutural e interativa entre as unidades que as compõem, quer sejam indivíduos, instituições ou grupos sociais. Neste sentido, a escolha por uma ou outra abordagem deve priorizar as características dos objetos de estudo e sua adequação metodológica, não a defesa *a priori* de vertentes teóricas. Concordando com Giddens (2005), embora os “fatos sociais” possam restringir nossas ações, elas não as determinam e que “temos um papel ativo na construção e na reconstrução da estrutura social no decorrer de nossas atividades cotidianas” (p.531).

Necessário, ainda, aprofundamento na discussão a partir das contribuições de outras vertentes como o interacionismo simbólico. Em relação à apreensão do simbólico, da linguagem, este é um aspecto importante para o campo da saúde quando se reconhece a “experiência da doença” como fundamental para a compreensão de como os indivíduos acionam, formam e mantêm as redes formais e informais de assistência a saúde. Vale ressaltar que esta discussão encontra-se em desenvolvimento significativo no campo das Ciências da Informação, o que sinaliza a necessidade de maior abertura das ciências sociais para a análise das redes de significados no campo da saúde.

### **3 REDES SOCIAIS DE SUPORTE: A SAÚDE “ENREDADA”**

Nos grandes centros urbanos a aplicação da metáfora de redes tornou-se uma das mais apropriadas para se compreender a configuração da vida cotidiana. É uma poderosa metáfora das vinculações que se pretendem estabelecer na atualidade, pois estas têm um elevado potencial de viabilizar o fluxo intenso de apoio social (GIDDENS, 1991; CASTELLS, 1999; BAUMAN, 2007).

Para além do uso metafórico, a busca atual pela formação e manutenção das redes sociais corresponde a interesses distintos: a) para a população em geral, participar de redes sociais faz parte do seu processo existencial de individualização, diz respeito à experiência de pertencimento a um grupo, segurança em meio aos conflitos e troca afetiva. No contexto brasileiro, soma-se a isto a função de estratégia de enfrentamento de desigualdade social materializada através de limitações na assistência à saúde, à educação, alimentação dentre outros; b) para os dirigentes de organizações privadas e representantes do Estado as redes sociais têm se apresentado como possibilidade de desoneração e/ou desresponsabilização do poder público, assim como das grandes corporações empresariais, sobre as condições de vida da população.

Estas duas perspectivas têm relação direta com as condições e o estado de saúde individual e populacional. No que diz respeito aos indivíduos, a sua rede social pessoal é o espaço onde predominantemente se conectam as redes informais e que são responsáveis pela maior parte dos cuidados com a saúde. Quanto à

saúde da população, as organizações empresariais e o Estado respondem pelas redes formais de suporte a saúde, das quais participam os profissionais e onde são investidos recursos tecnológicos e financeiros.

A interação entre as redes formais e informais de atenção à saúde desempenha um papel fundamental no processo saúde-cuidado-doença. Neste estudo, compreende-se que através desta relação de interdependência entre redes dá-se o fluxo de *apoio social* que, de acordo com sua qualidade, quantidade e direcionalidade, pode determinar a manutenção, resolução ou agravamento do estado de saúde da população.

A definição de apoio social utilizada neste estudo é de qualquer informação, manifestação de afeto, auxílio material e/ou de serviços, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos percebidos como benéficos por quem o recebe. Concordando com Valla (1999) entende-se que o fluxo de apoio social contribui para o aumento a noção de agenciamento de suas vidas, assim como para promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Os conceitos de rede e apoio diferenciam-se na medida em que a rede é o conjunto formado por unidades (instituições, grupos ou indivíduos) e suas interconexões, que *pode ser* uma fonte de oferecimento de apoio social. Neste sentido, a qualidade e quantidade do apoio variarão de acordo com as características estruturais e interativas da rede que o fornece.

Enquanto tipos e funções do apoio são considerados neste estudo as categorias: o emocional, o informativo e o instrumental. O oferecimento de apoio emocional diz respeito a comportamentos que têm como objetivos suprir a necessidade de amor, demonstração de afeto, de preocupação e carinho. Reforça a

estima e a confiança dos sujeitos, gera sensação de pertencimento, acolhimento, valorização e respeito, contribuindo para melhor enfrentamento de situações de estresse (SLUZKI, 1997; LACERDA, 2002).

O apoio informativo consiste no fornecimento de informações, conselhos e orientações que possam auxiliar os sujeitos a solucionar problemas e adquirir maior conhecimento sobre os cuidados em saúde. É relevante para o processo de tomada de decisões para resolução de conflitos, elevação de poder de negociação, ajustamento de expectativas, dentre outros. Este tipo de apoio relaciona-se às demais categorias ao contribuir para diminuição de ansiedade, melhor avaliação cognitiva do ambiente e dos recursos instrumentais disponíveis, e elaboração de estratégias eficientes para lidar com as situações estressoras.

O apoio instrumental (apoio tangível ou material) compreende um conjunto de atividades e procedimentos que incluem cuidados concretos, ajuda financeira, material e/ou prestação de serviços como realização de tarefas domésticas e cuidados com as crianças, auxílio para locomoção, aquisição de medicamentos, acompanhamento aos serviços de saúde, dentre outros.

### 3.1 Redes amplas de suporte: sobre movimentos sociais e saúde

O processo saúde-cuidado-doença contribui para o acionamento, formação e manutenção de redes que podem adquirir as mais diversas configurações. Estas redes permeiam os quatro principais campos indicados por Santos (2004) em que o conceito de rede social é discutido na literatura: campo Estado e Políticas públicas, campo de produção e circulação, campo dos movimentos sociais e campo interpessoal. Considerando os objetivos deste estudo apenas os dois últimos serão aprofundados neste capítulo.

No campo *Estado e políticas públicas* utiliza-se o conceito de rede social para a descrição e análise de processos políticos, e relações de poder no interior do Estado (MARQUES, 1999; 2006), o modo como se configura a sociedade atual em vigência do processo de globalização e seus efeitos nas condições de vida e saúde da população, assim como sua relação com os serviços de saúde (VALLA, 1992, 1999, 2000a, 2000b). Enquanto *campo de produção e circulação* enfoca-se as redes constituídas por agentes econômicos (produtores, fornecedores, usuários). Caracteriza-se como campo de negócios, onde se incluem as redes formadas entre organizações que trocam produtos e serviços, assim como as redes internas (informais e formais) que permitem articulações entre os diferentes setores (SANTOS, 2004).

Em relação ao campo dos *movimentos sociais* o conceito de rede tem sido utilizado para analisar as redes não governamentais ou redes movimentalistas. Sobre este campo, Marteleto (2001) considera que indivíduos dotados de recursos e capacidades propositivas organizam suas ações nos próprios espaços políticos em função de socializações e mobilizações suscitadas pelo próprio desenvolvimento de suas redes pessoais. Desta forma,

[...] mesmo nascendo em uma esfera informal de relações sociais, os efeitos das redes podem ser percebidos fora de seu espaço, nas interações com o Estado, a sociedade ou outras instituições representativas. Decisões micro são influenciadas pelo macro, tendo a rede como intermediária. (p. 72)

Segundo Lacerda (2002, p. 24), estas redes formadas entre os atores sociais intensificam os recursos de apoio, gerando “ações coletivas que propiciam uma maior participação dos sujeitos nas tomadas de decisão e na reivindicação dos seus direitos e necessidades básicas”. Dentre outros benefícios, a inserção nestas



redes oportunizaria a troca de conhecimento, cooperação, aprendizado e exercício de valores e práticas democráticos (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Referindo-se especificamente ao campo da saúde, diferentes autores (MOREIRA, 2005; MARTINS, 2004; ANDRADE; VAITSMAN, 2002; LACERDA, 2002; VALLA, 1999, 2000a, 2000b), concordam que a inserção em redes não-governamentais e movimentos sociais contribui para uma participação diferenciada dos usuários dos serviços públicos, que repercute no avanço qualitativo dos serviços e ações em saúde.

Esta participação diferenciada seria uma reação ao modelo biomédico marcado pela atomização dos cuidados e dos indivíduos que, de acordo com Andrade e Vaitsman (2002), contempla: maior democratização da informação; reconhecimento dos usuários, por parte dos profissionais, como sujeitos no processo do cuidado com a saúde e não somente como objeto de práticas e prescrições; conscientização dos usuários quanto aos seus direitos e ao seu papel na defesa dos próprios interesses. A discussão sobre redes, apoio social e *empowerment* conforme estas autoras:

[...] chama a atenção para o saber e o poder que os próprios pacientes, organizados em comunidades e movimentos, podem adquirir para influir nas várias dimensões de sua saúde, desde a interferência sobre as próprias condições individuais de saúde, até as condições de funcionamento e atendimento dos serviços de saúde (p.929).

Sinteticamente, na literatura produzida sobre redes sociais e mobilização social em saúde, defende-se que situações como o envolvimento comunitário pode promover melhoria da confiança pessoal dos membros da rede, além da elevação de seus níveis de bem-estar e da capacidade de enfrentamento de situações críticas como adoecimento, desemprego, pobreza e violência. E, desta forma, as estratégias de apoio social desenvolvidas no cotidiano da população podem ser

compreendidas como recursos de enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente diante do comprometimento da acessibilidade e resolutividade dos serviços públicos.

### 3.2 Campo interpessoal: redes pessoais e saúde

O campo interpessoal é definido por Sluzki (1997, p. 41) como a “soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” e que contribuem para o reconhecimento do sujeito e sua auto-imagem. Segundo este autor, é através da rede pessoal que os sujeitos interagem constantemente com familiares, amigos, vizinhos, membros da igreja ou das associações comunitárias, entre outros. Neste encontro, os membros das redes pessoais constituem as suas identidades e, num processo contínuo, constroem e reconstróem a sua rede social pessoal ao longo da vida.

Diversos autores como Dessen e Braz (2000), Lacerda (2002), Valla, (1992; 2000), Andrade e Vaitsman (2002) e Braga (2006) destacam a relação entre características da rede social pessoal e condições de saúde dos indivíduos. Neste sentido, concordam que a participação em redes pode ser tanto um elemento protetor da saúde como contribuir para o desenvolvimento de diversos tipos de agravos de ordem biopsicossocial constituindo-se em fator de risco a saúde dos indivíduos.

Uma rede pessoal estável, sensível, ativa e confiável, segundo Sluzki (1997) protege seus membros contra doenças, além de funcionar como agente de ajuda e encaminhamento aos serviços de saúde. É, ainda, um fator importante na

compreensão acerca da pertinência e na rapidez dos indivíduos na busca por estes serviços. Considerando esta atuação protetora, a rede pode acelerar os processos de cura e aumento de sobrevida, além de estimular o auto-cuidado (COHEN; SYME, 1985, apud LACERDA, 2002).

A saúde dos membros, por sua vez, mantém a rede social, através de contatos sistemáticos e da reciprocidade delineando o que Sluzki (1997) denomina de *círculos virtuosos*. Nestes, evidencia-se a existência de apoio social, que conforme discutem Griep, Dora e Faerstein (2003), refere-se à dimensão funcional ou qualitativa da rede social, ou seja, diz respeito à possibilidade de receber auxílio em diferentes dimensões em situações difíceis, e, além disso, perceber-se valorizado no contexto dos grupos dos quais faz parte.

A influência benéfica das práticas coletivas desenvolvidas nas redes sobre a saúde individual é defendida por Sluzki (1997) com base em aspectos relacionados a diferentes níveis: a) atávico de base evolutiva, a reação de alarme se atenua diante de figuras familiares o que implica na diminuição de níveis de estresse; b) existencial, as relações sociais contribuem para dar sentido à vida; c) prática social, a rede permite retroalimentação cotidiana a respeito dos desvios de saúde (comportamentos corretivos); d) a rede proporciona atividades pessoais associadas positivamente com a sobrevida como rotina de dieta, exercícios, sono, adesão a regime medicamentoso e cuidados com a saúde em geral.

As relações sociais contribuem, ainda, para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através dos pares e na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social proporcionado pelas redes aumenta a vontade de viver e a auto-estima do paciente, o que contribui com o sucesso do tratamento (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). A noção de pertencimento e a

experiência de ser cuidado e de bem-estar contribuem para intensificação das relações, o aprimoramento da comunicação entre os membros e, o conseqüente fortalecimento da rede.

No sentido inverso, podem se formar *círculos viciosos* nos quais a presença de um agravo (especialmente dificuldade ou doença crônica) pode ter o impacto negativo sobre a saúde individual e de seu grupo mais próximo, o que pode levar a retração da rede causando uma deterioração recíproca. Este retraimento deve-se, em parte, à debilitação dos enfermos em alguns quadros clínicos que reduzem a sua mobilidade, oportunidade e iniciativa para contatos sociais.

Reduzem sua possibilidade de gerar comportamentos de reciprocidade quanto ao cuidado dispensado por outros, que, por sua vez, é pouco gratificante para quem cuida (SLUZKI, 1997). Neste sentido, os demais membros da rede, a fim de evitar contato com efeitos da doença, podem afastar-se do enfermo e família, diminuindo as conexões sociais e laços de solidariedade, podendo chegar à extinção da rede pessoal e privação do apoio social num período crítico.

Por fim, os estudos sobre redes indicam que escassez de relações sociais constituem fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física, os quais acarretam implicações clínicas para saúde pública (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Desta forma, a despeito de outras variáveis, o estudo das redes sociais esclarece que pessoas menos integradas socialmente têm maiores riscos de adoecimento ou morte (SLUZKI, 1997).

### 3.3 Vinculação, apoio social e saúde: conectando redes

Embora concorde com as proposições dos autores citados sobre as potencialidades da inserção em redes, cabe destacar três aspectos geralmente pouco enfatizados ou mesmo negligenciados nesta discussão. O primeiro diz respeito a pouca consideração dada a bidirecionalidade da influencia entre as redes, que não se dá de modo linear ou unicamente no sentido rede pessoal - movimentos sociais ou rede pessoal – rede formal. O fluxo de recursos simbólicos e concretos ocorre simultaneamente no sentido inverso, num processo contínuo de retroalimentação, avaliações e reorganização das redes envolvidas como será discutido nos resultados considerando-se as redes familiares.

A capacidade de promoção e proteção à saúde dos indivíduos nas redes pessoais, assim como o desenvolvimento dos chamados *círculos viciosos*, estão intimamente relacionados à forma como estas se conectam às redes sociais amplas. Portanto, a *interação* entre as redes pessoais e as formais de atenção à saúde desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde, resolução ou agravamento das situações de adoecimento da população.

O segundo refere-se à pretensão de reciprocidade de fluxo de apoio, considerado fundamental pelos autores citados para que a categoria apoio social exista. A rigor observa-se na literatura sobre redes (SLUZKI, 1997) e empiricamente que esta reciprocidade raramente ocorre na mesma intensidade, duração ou qualidade entre os membros das redes.

Uma situação comum é a não identificação do apoio social, o que pode ser interpretado como ausência de reciprocidade numa interação. Neste caso, a resposta do receptor é um tipo de apoio social não reconhecido como tal entre os demais componentes da rede ou não esperado pelos mesmos. Noutras situações, a

dependem dos tipos e funções das redes, pode haver oferecimento de apoio social por um ou mais membros sem que exista retorno daqueles que o recebem e isto ser bem tolerado pelos componentes.

Considerando-se a dimensão da temporalidade, as trocas de apoio podem não ser simultâneas ou guardarem proximidade temporal que permita a compreensão de fluxo entre os membros das redes. O recebimento do apoio e as mudanças (internas ou externas) pretendidas podem não guardar relação de contigüidade, o que tende a comprometer a interpretação do apoio social como eficaz, suficiente ou necessário. E, conseqüentemente, diminuir a probabilidade de comunicação e troca entre os componentes das redes quer sejam indivíduos, grupos ou instituições.

A terceira consideração refere-se ao fato de que os vínculos sociais os sujeitos inseridos em redes associativistas ou movimentalistas não são suficientes para desenvolver a autonomia diante da vida, ou mesmo melhorar de seus quadros de saúde. Concordando com Kerstenetzky (2003) desigualdades sócio-econômicas duráveis e elevadas comprometem a ação destas redes, enfraquecendo a habilidade de inclusão política e, como afirma a autora “não parece claro que a intensificação da vida associativa conduza a uma redução das desigualdades sobre as quais se plasma” (p. 132).

Dentre os autores consultados que discutem o papel da inserção nas redes de solidariedade e movimentalistas sobre a saúde, apenas Andrade e Vaitsman (2002) destacam que a capacidade de organização da sociedade civil varia segundo variáveis como o grau de instrução, a renda *per capita* e a estabilidade democrática do país. Estas mesmas autoras ressaltam que, no contexto brasileiro, a dificuldade de sobrevivência, a educação deficiente e a baixa renda *per*

*capita* são fatores que desfavorecem a mobilização da população em torno de interesses comuns. Desta forma, pobreza e desconfiança mútuas minariam as possibilidades para a solidariedade horizontal.

Estas questões estendem-se à análise das famílias quando compreendidas como redes sociais e unidades fundamentais das redes pessoais dos indivíduos. Como discutido no próximo capítulo, as redes informais das quais participam familiares e vizinhos, apesar do papel que ocupam nas políticas públicas e da ênfase recebida na literatura no campo da saúde, devem ter suas potencialidades e limites de ações ponderadas.

## 4 REDES INFORMAIS DE SUPORTE: SOBRE FAMÍLIAS E SAÚDE

A partir da segunda metade do século XX, houve um distanciamento progressivo entre o modelo de família nuclear burguesa e os significados encerrados no termo *família* no campo científico. Gradativamente, as configurações que se afastam deste modelo tradicional vem deixando de ser rotuladas como “disfuncionais” ou “desestruturadas” na medida em que o foco das análises transferiu-se da estrutura para as inter-relações familiares. A tendência dos estudos mais recentes é considerar historicidade, variabilidade de modelos, composições e funções, a desnaturalização e rechaço a qualquer conceito geral de família uma vez que esta generalização oculta a heterogeneidade das relações intra e extra-familiares.

Como afirma Szymanski (2006) passamos da análise da *família pensada*, modelo nuclear burguês construído historicamente e imposto pelos discursos institucionais, da mídia e dos profissionais, para a contemplação da *família vivida* que emerge da observação do seu cotidiano, dos seus modos particulares de comunicação, emoção, regras, ritos e jogos. Esta mudança reflete a complexidade das relações que formam as famílias em suas inúmeras configurações na atualidade. Portanto, como destaca Bilac (2003) a reflexão teórica sobre a família contemporânea necessita de aprofundamento empírico, uma revisitação dos papéis sociais e das complexas relações de parentesco observadas.



Assim como diversas são as propostas de compreensão do que se considera família, múltiplos são os modelos explicativos sobre a pluralidade de suas configurações. De modo geral, os autores associam estes modelos às mudanças nas relações sociais e ao desenvolvimento tecnológico ocorrido no século passado.

Como exemplo, Sarti (2007) afirma que a multiplicidade de relações na família na sociedade contemporânea é, em parte, resultado de desigualdades sociais profundas e intervenções tecnológicas como o anti-concepcional e as novas técnicas de reprodução, que afetaram diretamente as relações de gênero no cotidiano familiar, no mundo do trabalho e no campo legal. Serapioni (2005), por sua vez, aponta como aspectos que contribuíram para o surgimento de novas formas familiares: a legislação que regula as relações conjugais e de filiação; a ruptura da dicotomia entre papéis públicos e privados, segundo o gênero; o crescente processo de individualização econômico e cultural dos sujeitos; a pluralização dos estilos de vida e a igualdade entre os sexos. Para este autor, na dimensão intra-familiar, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, estes aspectos resultam na redução do número de filhos, no retardo do matrimônio, no atraso da maternidade, no aumento da porcentagem de divórcios e no incremento das uniões.

Todos esses fenômenos sociais contribuíram para mudanças, mas também foram produzidos por transformações dos comportamentos das famílias. Como discute Vitale (2006), baseando-se em Berger e Luckmann (1987), a família além de interiorizar aspectos ideológicos dominantes na sociedade, projeta em outros grupos os modelos de relação criados e recriados no próprio grupo familiar. Portanto, como organismos mutáveis que transformam a sociedade (BENINCÁ; GOMES, 1998) e que estão impregnadas das sociedades em que se encontram:

[...] as famílias podem ser definidas como unidades de relações sociais e de reprodução então biológica quanto ideológica, no sentido de que é nelas que os hábitos, costumes, valores e padrões de comportamento são transmitidos e questionados. (ROCHA-COUTINHO, 2006, p.96).

Reconhecendo as imprecisões terminológicas e conceituais, as publicações sobre família que pretendem esclarecer os interessados quanto a esta categoria concentram-se na análise de suas características funcionais e estruturais.

Em termos de funções, Serapioni (2005) propõe a compreensão na família como:

a) intercâmbio simbólico entre gêneros e gerações; b) mediação entre cultura e natureza; c) mediação entre esfera privada e esfera pública. Nesse sentido, a família deve ser entendida seja como relação intersubjetiva do mundo da vida, seja como instituição. (p.245)

Gomes e Pereira (2005) enfatizam as funções de propiciar aporte afetivo e material para o desenvolvimento e bem-estar dos seus membros, é o espaço onde são aprendidos valores morais e éticos, se aprofundam laços de solidariedade e ocorre a transmissão intergeracional dos valores culturais. Para estas autoras, as tarefas desempenhadas pela família são definidoras da constituição dos seres humanos, pois é a “influência mais poderosa para o desenvolvimento da personalidade e caráter das pessoas” (p. 358). Estas tarefas repercutem para além do espaço de convivência familiar, pois a família é a unidade básica do processo de socialização (VITALE, 2006), matriz do processo civilizatório, condição para humanização e socialização dos indivíduos, portanto o *fundamento da sociedade* (GOMES; PEREIRA, 2005)

Quanto à estrutura, a relação complexa entre família nuclear e extensa é discutida por autores como Bilac (2006) que, diferenciando “família” de “grupo doméstico”, ressalta a importância de estudar as relações de parentesco que se estabelecem entre unidades domiciliares. Além disso, considerando as dinâmicas de migração, casamentos e separações, destaca a necessidade do estudo da

interferência das atuais relações de parentesco na forma com estão sendo elaboradas novas percepções de família.

Também enfocando as relações de parentesco, Serapioni (2005) chama a atenção para o processo de nuclearização da família contemporânea, interpretada não como desagregação, enfraquecimento ou perda de importância, mas como uma nova forma de família extensa. Isto porque a família nuclear mantém-se independente como domicílio, mas reafirma-se como parte do grupo amplo de parentesco não-residencial que provê ajuda e suporte quando necessário.

Como uma proposta de compreensão da categoria família na atualidade, a utilização da metáfora da rede aparece cada vez mais explicitamente em diferentes publicações (BRAGA, 2006; SARTI, 2005a, 2005b; SERAPIONI, 2005; BRONFMAN, 2000). No entanto, alguns autores ainda a utilizam sem esclarecer quanto a esta opção como, por exemplo, Gomes e Pereira (2005) que embora não utilizem o termo rede social definem família como: um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa trama de emoções (p. 358).

Nesta investigação, foi adotada uma noção ampla de família, entendida como uma rede social historicamente constituída por um conjunto de pessoas e suas relações. Estas relações podem se dar tanto na dimensão biológica, quanto na jurídica e/ou afetiva, e são mediadoras do fluxo de apoio social entre os membros da família e entre redes mais amplas das quais seus componentes participem.

Concordando com os autores citados e enfocando a dimensão intra-familiar, dentre as funções da família destacadas na literatura a aprendizagem acerca dos processos de formação de vínculos, portanto de participação em redes sociais, aparece como uma das mais relevantes. É a partir desta primeira

experiência de pertencimento que aprendemos a fazer parte de outros grupos e construímos nossa relação com a sociedade.

Nesta investigação os vínculos estabelecidos nas famílias nucleares e a relação extensa do parentesco (particularmente os vínculos intergeracionais) são considerados importantes elementos na vida cotidiana das famílias e das comunidades onde se inserem. Compreende-se que estes aspectos se relacionam diretamente com a habilidade de consecução de apoio social através da participação em redes, portanto da saúde individual e coletiva uma vez que são importantes mediadores das escolhas terapêuticas dos membros das redes primárias (família, vizinhos e amigos).

#### 4.1 Intergeracionalidade: as “receitas familiares” do cuidado com a saúde

Quando enfocamos os processos de cuidados com a saúde em grupos familiares a intergeracionalidade aparece como um dos aspectos relevantes para a compreensão das suas escolhas e práticas enquanto fornecedora de apoio social. Isto porque as famílias tendem a repetir a si mesmas através da elaboração e transmissão de modelos, ainda que as gerações subsequentes evitem ou ignorem a repetição de padrões interacionais. Ou mesmo que, pelo desenvolvimento sociocultural, tenham outros recursos para lidar com as situações de maneira diferente de seus antepassados (CERVENY, 2001).

Os modelos interacionais e vinculares, basilares para a formação das redes, são desenvolvidos pelos membros do grupo familiar e constituem-se como modelos de reações aprendidas. São implícitos e transmitidos às gerações posteriores por meio da comunicação (que não só transmite a informação como

também define a relação), dos mitos, das regras (acordos explícitos e implícitos compartilhados e conhecidos pelo grupo familiar, sendo mantidos pelo uso na história da família), das hierarquias, da afetividade (CERVENY, 2001).

Neste processo, ainda segundo a mesma autora, a geração atual inclui na sua própria história o padrão familiar das gerações passadas de maneira explícita, camuflada ou pelo antimodelo. Desta forma, a convivência intergeracional tem relevante papel na manutenção da identidade e padrões familiares, mas também ultrapassa o objetivo da conservação e contribui para a atualização de significados compartilhados, que repercutem sobre os vínculos e comportamentos dos representantes das diferentes gerações.

Como aponta Rocha-Coutinho (2006), enquanto espaço privilegiado para a convivência intergeracional, no contexto familiar pode haver o diálogo entre diferentes concepções de mundo. Neste encontro, cada geração pode ser compreendida como “a expressão de valores e padrões de comportamento relativos a um grupo de idade em determinado período de tempo” (p.98).

As relações intergeracionais são, para Vitale (2006), o tecido de transmissão, reprodução e transformação do mundo social, pois as gerações são as portadoras de visões peculiares do mundo. Numa perspectiva dinâmica, estas relações permitem “apreender o movimento da socialização, ou seja, sua dimensão temporal” (p.90).

Em nosso país, considerar a intergeracionalidade país é relevante uma vez que estudos estatísticos e qualitativos realizados com a população brasileira registram que na composição das unidades domésticas familiares a convivência entre no mínimo três gerações (seguindo a linearidade geracional de avós, pais e netos). Desta forma, discussões como a proposta por Braga (2006), sobre

maternagem ampliada e a defesa da abordagem transgeracional e intergeracional da família no campo da saúde, têm sido cada vez mais freqüentes, pois os indicadores denotam crescimento do número de netos e bisnetos que moram com avós e bisavós.

Esta experiência é comum principalmente entre os pobres, diante da fragilidade dos laços conjugais (SARTI, 2005a, 2005b) e da necessidade parental de investimento em atividades produtivas. As crianças são confiadas aos “avós cuidadores’ porque buscam contribuir para a melhora da qualidade de vida de seus netos por meio de um sistema de apoio mútuo” (BRAGA, 2006, p. 174), ainda que estes também necessitem de cuidados familiares (KARSH, 2003).

Outro aspecto importante para a compreensão do processo de transmissão intergeracional é que fatores como diferenças de gênero, faixa etária e constituição de cada geração mediam quais legados familiares deverão ser perpetuados e quais os agentes privilegiados para esta tarefa. Às mulheres, historicamente cabem os legados geracionais que garantem a organização e estabilidade da família.

Particularmente a partir da configuração da família nuclear burguesa, a mulher tornou-se a principal responsável pelo bom funcionamento da casa, além dos cuidados e educação dos filhos e bem-estar da família (ROCHA-COUTINHO, 2006). É vasta a literatura na atualidade que discute que esta feminilização do cuidar no âmbito mundial e da transmissão de modos de cuidar pode ser observada nas diferentes classes sociais ainda que as configurações das redes familiares difiram segundo os estratos.

De acordo com Rocha-Coutinho (2006), observa-se nas famílias da classe média brasileira uma mudança recente em sua estruturação, maior igualdade e

valorização da vida pessoal dos seus membros, estabelecendo-se relações mais baseadas no diálogo que na imposição autoritária. De acordo com esta autora, neste processo de modernização, perdeu-se a manutenção de modelos identitários nos quais cada membro da família recebia valores e padrões de comportamentos relativamente estáveis através das gerações.

Estes valores e padrões tradicionais parecem coexistir com outros mais atuais no interior das famílias o que alterou as formas de relações entre as diferentes gerações. Desta forma, apesar das mudanças em famílias de camadas médias urbanas, Vitale (2006) identificou que ainda cabe à mulher a transmissão de legados de *ordem* (responsabilidade, organização, educação), de *solidariedade* (amor, amizade, respeito), de *fé* (espiritualidade).

Um exemplo de investigação realizada no contexto brasileiro, que aponta para a mulher enquanto perpetuadora das formas “familiares” de cuidar é a empreendida por Oliveira e Bastos (2000). Estas autoras identificaram num estudo comparativo entre famílias de estruturas (matrifocal ou formada por novo arranjo conjugal) e classes sociais distintas (média e popular) que, em todos os casos, a mãe é o principal agente de cuidados à saúde. No entanto, há variação quanto à utilização das redes e apoio social: enquanto as famílias de classe média mostraram-se mais isoladas, têm atitude preventiva e utilizam mais os serviços de profissionais, as famílias pobres recorriam a auto-medicação (particularmente no auto-cuidado das mães) e às redes informais de apoio social, apresentando maior adesão ao tratamento que as primeiras quando utilizam a rede formal (prioritariamente no cuidado da saúde das crianças).

Outro aspecto importante em relação aos padrões de cuidados desenvolvidos pelas famílias é ilustrado pelo estudo desenvolvido por Kretchmar e

Jacobvitz (2002) que observaram como os modos de cuidar dos filhos são predizíveis e repetem-se na relação mãe-criança através das gerações. Estas autoras sugerem que as dinâmicas relacionais experienciadas com um cuidador significativo numa geração são provavelmente recriadas na próxima. Portanto, os indivíduos internalizariam estas experiências com seus cuidadores significativos e os modelos de relacionamento desenvolvidos passariam a operar fora do estado consciente, tornando-se altamente resistentes à mudança.

Embora esta repetição de padrões ofereça às famílias uma identidade própria, diferenciando-as das demais, estudos indicam que, em alguns casos, pode impedir mudanças e adaptações que mantém o grupo num nível disfuncional (GOMES, 2005; REZENDE; KROM; YAMADA, 2003; OLIVEIRA e outros, 2002). Em períodos transicionais como os que envolvem o adoecimento, essa rigidez pode se agravar, pois os familiares podem aglutinar expectativas e facilitar a passagem dos conteúdos intergeracionais, sejam eles determinados pelas lealdades familiares, ou por conflitos e questões não resolvidas.

Em relação às práticas de cuidado com a saúde, a manutenção inflexível de padrões familiares pode aumentar o risco para desenvolvimento de doenças e pouca eficácia na resolução de problemas de saúde. Em situações críticas podem experimentar distanciamento emocional ou rompimento de vínculos afetivos que ameaçam a continuidade do grupo e relação com outras redes sociais (REZENDE; KROM; YAMADA, 2003).

As repercussões do enfrentamento de problemas de saúde podem ser agravadas por elementos contextuais como isolamento social, baixa condição econômica e múltiplas obrigações. Desta forma, o suporte social disponível, como o



oferecido através de políticas públicas, tem grande influencia sobre a capacidade das famílias de lidar com eventos de saúde.

#### 4.2. Família, redes primárias e políticas sociais

Como afirma Carvalho (2006) nas últimas décadas foi estabelecida uma inusitada e estratégica parceria entre Estado e família, especialmente a de baixa renda sendo que esta ganha destaque como indutora da democracia. A mesma autora enfatiza que as redes de solidariedade e sociabilidade desenvolvidas pelos grupos familiares têm despertado interesse e tornaram-se relevantes nas políticas públicas, principalmente na proteção social.

A família tem sido um ator privilegiado no âmbito das políticas públicas e no setor saúde, concentrando benefícios e serviços, pois é compreendida como parte da rede primária de cuidados dos indivíduos. No discurso científico e oficial no campo da saúde, há consenso de que os familiares, juntamente com vizinhos e amigos, fazem parte da rede social pessoal dos seus membros e que as características desta rede relacionam-se diretamente com as condições de saúde dos seus participantes.

Dentre as unidades que formam a rede pessoal, a família é considerada a primeira arena de assistência informal, onde se desenvolve a maior parte dos tratamentos (HELMAN, 2003) e a primeira instância de cuidados de saúde. Desempenha, portanto, papel central no processo saúde-cuidado-doença, pois no grupo doméstico se constroem e operam os principais determinantes da morbidade e mortalidade nos diferentes grupos etários (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Para além dos cuidados em períodos de adoecimento, como rede de apoio ou ajuda mútua do indivíduo, diante da experiência de desamparo social constitui-se numa referencia simbólica fundamental que organiza e ordena percepção do mundo social do indivíduo, dentro e fora do mundo familiar (SARTI, 2005b). Sobre a família recaem, portanto, diversas expectativas e como afirma Carvalho (2006) espera-se:

[...] produção de cuidados, proteção, aprendizagem de afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida a seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade (p.15).

Estas práticas, no entanto, são mediadas por uma diversidade de fatores que podem viabilizar ou comprometer o oferecimento de apoio social pelos familiares. Características do indivíduo, da família e da sociedade da qual fazem parte apresentam-se como mediadores na reprodução e elaboração de estratégias de cuidado com a saúde, numa complexa combinação de fatores pessoais, clínicos e sociais (TAVARES; TRAD, 2008).

As expectativas governamentais e científicas quanto ao desempenho e capacidade de cuidados das redes informais devem considerar a complexidade do processo de enfrentamento de problemas de saúde. Múltiplos atores, contextos e redes são acionados, avaliados e descartados neste processo em que, como discutem Oliveira e Bastos (2000), a família:

avalia alternativas, faz escolhas, toma decisões, mobiliza os recursos pessoais e materiais de que dispõe, e, quando possível, dispõe antecipadamente planos e condições que poderão acionar frente a uma nova dificuldade. Todos esses componentes (rede de relações interpessoais, recursos e *constraints*, um horizonte temporal) devem ser considerados em conjunto para uma análise suficientemente abrangente dos modos de enfrentamento de problemas de saúde na família.

Concordando com Carvalho (2006), as expectativas sobre o cuidado informal oferecido pelas famílias serão confirmadas ou não de acordo com o contexto em que estas vivem, os quais podem ser fortalecer ou esfacelar suas potencialidades e possibilidades.

Quando fazem parte dos círculos virtuosos (SLUZKI, 1997), ao se interconectarem com redes mais amplas e efetivas no suprimento de suas necessidades, podem experimentar o fortalecimento dos vínculos e obter maior possibilidade de resolução de problemas e proteção à saúde. No sentido contrário, a família pode ter sua saúde afetada quando participa de redes pouco efetivas no oferecimento de apoio social (por retraimento ou escassez de recursos). Ou mesmo as que elevam a possibilidade de comprometimento da saúde dos seus membros por exposição a comportamentos ou situações de risco como violência e abuso de drogas dentre outros.

Portanto, aplicando as proposições gerais sobre redes discutidas no capítulo anterior, o apoio social oferecido por outras redes é fundamental para o enfrentamento eficiente de situações disruptivas ou normativas das famílias. Como exemplo de adoecimento inesperado, Tavares e Trad (2005), discutindo o processo de enfrentamento de famílias de mulheres com câncer de mama, analisam que a existência de uma rede de suporte social para a família em casos de doenças de curso prolongado: protege contra doenças, atua como agente de encaminhamento e rapidez na utilização de serviços de saúde e afeta diretamente a adesão aos tratamentos propostos, acelera o processo de cura e aumento de tempo e qualidade de sobrevivência do doente.

Em relação aos eventos normativos, Dessen e Braz (2000), enfocando as redes sociais de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de

filhos, destacam que o suporte à família e/ou um dos membros do grupo pode vir de diferentes fontes como parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diferentes maneiras.

Segundo estas autoras, as contribuições para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários podem vir, por exemplo, através de (a) fornecimento de apoio material ou financeiro, (b) execução de tarefas domésticas, (c) cuidado com os filhos, (d) orientação e prestação de informações e (e) oferecimento de suporte emocional. Em relação ao desenvolvimento de comportamentos de proteção à saúde, estas autoras, destacam que estas redes contribuem para a diminuição da probabilidade de ocorrência de comportamentos disfuncionais (punitivos e/ou não-apoiadores) em famílias de diferentes níveis sócio-econômicos, sendo particularmente benéficas para genitores provenientes de classes populares.

Finalizando este capítulo, saliento que este último comentário das autoras sobre os benefícios do apoio para famílias de classes populares é encontrado na quase totalidade das publicações que relacionam família ao conceito de redes sociais. Na literatura, a baixa condição financeira das famílias e comunidades tem recebido grande destaque entre as características das redes de cuidados primários com a saúde. Considera-se que a experiência da pobreza, além de repercutir na configuração das famílias aparece como um dos principais definidores do tipo e quantidade de apoio social a ser ofertado pelas redes formais.

## 5. MÉTODO

Como apresentado por Feldman-Bianco (1987) estudos desenvolvidos a partir da abordagem da Ação Social apóiam-se principalmente em observação das situações sociais e análise detalhada de casos, através dos quais pretendem evitar delimitações artificiais da unidade de estudo e captar fluxo, variações, conflitos e contradições. Nesta perspectiva compreensiva dos fenômenos sociais busca-se apreender em profundidade os significados e as relações sociais. Para tal, utiliza-se a metodologia qualitativa caracterizada por: estudos etnográficos, descritivos e de caso, estratégias baseadas em observação e convivência com o grupo estudado, participação em atividades desenvolvidas pelos membros das redes dentre outros.

Assumindo esta perspectiva, nesta investigação há ênfase nos indivíduos e suas estratégias, e considera-se que a sociedade está em constante transformação. Portanto, destaca-se a sua processualidade e historicidade para compreensão das redes sociais, e pressupõe procedimentos diferenciados da ARS para o seu desenvolvimento metodológico.

Esta investigação inclui-se entre as que utilizam exclusivamente o método qualitativo para produção e análise das redes sociais. O plano geral da metodologia foi o mesmo adotado na pesquisa mais ampla coordenada por Trad (2007).

Optou-se pelo enfoque etnográfico, que tem se mostrado importante instrumental para compreender como as pessoas coletivamente constroem e dinamizam processos sociais, como a subjetividade se expressa, como atribuem

significado às situações sociais que ganharam uma organização formalmente constituída (SATO; SOUZA, 2001).

Como afirma Laplantine (2004) neste tipo de estudo, o trabalho em campo caracteriza-se pela aprendizagem através da impregnação do pesquisador pela sociedade que estuda, suas tendências, seus temas, seus ideais, suas angústias. Pressupõe uma percepção que ultrapassa o imediatamente visto e que busca os significados, assim como implica na transformação pela escrita da experiência vivida, em “fazer ver” pela linguagem.

#### 5.1 Campo de estudo – O Caminho das Águas

O bairro da Boca do Rio está localizado na Avenida Octávio Mangabeira, limitando-se a Norte com o Conjunto Residencial Marback, ao Sul com o Oceano Atlântico, a Leste com o bairro de Pituaçu e a Oeste com os bairros de Armação e Costa Azul. Este bairro está incluído na Região Administrativa IX do município de Salvador, que abrange os bairros de Boca do Rio, Costa Azul, Stiep/ Vale dos Rios, Armação, Imbuí e Pituaçu.

Embora esteja localizada numa área considerada privilegiada da cidade (Orla Atlântica), como afirma Santos (2005), este bairro pode ser caracterizado como periférico socialmente, um bairro “dividido”, pois em comparação às áreas mais centrais e próximas à Orla, as áreas periféricas da Boca do Rio são em geral desprovidas de investimentos. Confirmando os achados desta autora, no período de trabalho de campo, toda a região periférica apresentava infra-estrutura e equipamentos públicos deficientes, sendo essencialmente o *lócus* da reprodução sócio-espacial da população de baixa renda. Esta marcante divisão social, a

crescente degradação ambiental e a atenção midiática para o crescimento da violência em toda a sua extensão e entorno foram elementos que contribuíram para a escolha deste bairro como campo de estudo (TRAD, 2007).

O Caminho das Águas é uma das áreas mais desassistidas e violentas da Boca do Rio e considerando a sua historicidade, organização espacial e aspectos sócio-econômicos encontrados em campo, dividimos o Caminho das Águas nas seguintes regiões:

- a) A região 01 corresponde às proximidades da rua principal do bairro, transversal ao “final de linha” dos ônibus e à feira. Nesta região se instalaram os primeiros moradores e atualmente existe um comércio de baixo padrão, mas intenso, com *lan house*, padaria, farmácia, lanchonetes e bares, mercearias, além de diversas casas onde há comércio informal de lanches, serviços de cabeleleiro e funcionamento de creches também informais. Neste espaço estão as casas em melhores condições de construção, asfaltamento e saneamento (implementado pela prefeitura em 1997) assim como iluminação pública e a sede da associação de moradores do Caminho das Águas. Há uma multiplicidade de igrejas evangélicas de diferentes denominações e tamanhos, fluxo intenso de carros e pessoas durante todo o dia.
- b) A região 02, onde se concentraram maior parte dos participantes desta pesquisa, localizava-se a leste da região 01. Apresentava asfaltamento e rede de esgoto recém implantados, casas em constante processo de construção, de modo geral, de alvenaria, com reboco e pintura, que funcionavam como marcadores da proximidade geográfica dos membros das famílias. Havia tráfego moderado de carros, bicicletas, motos e pedestres. São mantidos hábitos antigos como sentar na porta de casa e “acompanhar” a vida alheia

(fazer fofoca), havia pouco comércio, mas trocas constantes de informações e produtos entre os vizinhos.

- c) A região 03, próxima ao Centro de Convenções, estavam os moradores que migraram mais recentemente e construíram barracos de maneira desordenada e com pouquíssimos recursos. Ocuparam as áreas consideradas “piores” e “distantes do bairro”, há pouco trânsito de pessoas e comércio, no qual se destaca a venda de bebidas.

Predominavam nestas regiões, grande quantidade de crianças e jovens, moradores com baixa escolaridade, em sua maioria negros ou pardos. Havia, ainda, um grande número de pessoas desempregadas, que se sustentam economicamente através de atividades informais (serviços domésticos, serviços gerais). Em toda sua extensão, o Caminho das Águas carece de atenção especializada em saúde, educação, cultura e segurança.

Embora tenhamos percorrido e conhecido todas as regiões, por questões de acessibilidade, segurança e aceitação dos moradores em participar da pesquisa foram priorizadas as regiões 01 e 02 neste estudo.

## 5.2 Participantes e informantes

Para o início do trabalho de campo foi empreendida a busca por informantes privilegiados que, pudessem auxiliar na entrada na comunidade, falar sobre a vida cotidiana no local e que indicassem outros moradores que conhecessem profundamente a comunidade. Tivemos contatos informais com inúmeros moradores, indispensáveis para a compreensão das redes sociais e da sociabilidade no bairro.



Formalmente participaram 18 informantes sendo: 04 jovens universitários, 02 líderes comunitários, 02 gerentes de unidades de saúde, 02 agentes comunitários de saúde que atendiam esta área e imediações, 02 comerciantes antigos e ícones do bairro da Boca do Rio, 01 poeta e escritor de cordel, 01 sociólogo e 03 representantes da prefeitura municipal (assistente social, coordenadora da administração regional e vice-coordenadora do distrito sanitário). Exceto os representantes da prefeitura e os gerentes das UBS, todos eram moradores da Boca do Rio desde que nasceram ou há pelo menos 10 anos.

Além destes, 04 famílias (R, I, L e S), totalizando 15 membros participantes, tiveram suas histórias analisadas profundamente. Para melhor identificação entre indivíduos e famílias, foi utilizada a mesma inicial para designar os membros das diferentes famílias:

### **FAMÍLIA R**

O acesso a esta família se deu através do Sr. Ronaldo (60) que nos foi apresentado por um dos informantes. Divorciado, 06 filhos e 02 netos, evangélico e carpinteiro, quando iniciou sua participação na pesquisa havia sofrido um derrame há cerca de 3 meses, que o impedia de trabalhar. Neste período, suas principais atividades cotidianas concentravam-se nos cuidados com a saúde (particularmente ir às consultas médicas) e contatos sociais com a vizinhança. Sofria de amnésia lacunar e dificuldade de locomoção, segundo o mesmo, devido ao derrame.

Como representado no genograma (Figura 01), esta família se constituiu em torno de duas uniões estáveis do Sr. Ronaldo a primeira com Rosa e a segunda com Renata. Os filhos da primeira união, com Rosa (46), foram: Rômulo (30), Robson (29), Roberto (28) e Rodrigo (22). Rômulo, Robson e Roberto cursaram apenas o ensino fundamental e Rodrigo o ensino médio. Dentre os filhos desta

primeira união, apenas Rômulo possuía trabalho fixo e a renda familiar não ultrapassava 3 salários mínimos.

Os filhos da segunda união, ocorrida há dez anos, eram Renan (6) e Reinaldo (8). Ambos moravam com a mãe Renata (27), seu companheiro Renato (29), e a filha deste de outra relação, Rejane (5 anos), numa casa em frente a de Sr. Ronaldo.

Este grupo familiar caracteriza-se pela divisão dos seus membros em 04 diferentes unidades domiciliares com organizações e relações distintas entre os que delas fazem parte. No entanto, considerando os objetivos desta pesquisa foram incluídos apenas o Sr Ronaldo, elemento central da rede, e seus cuidadores.

### **FAMÍLIA I**

O acesso a esta família se deu através da D. Isaura (63), indicada pelo Sr. Ronaldo. Ela cursou até a 4ª série do ensino fundamental, casada, 06 filhos. Católica, freqüentava 3 igrejas diferentes mais de uma vez por semana, sendo uma na Boca do Rio e as demais em bairros vizinhos. As idas às igrejas com vizinhas e o trabalho doméstico foram apontadas como as atividades a que mais se dedicava cotidianamente.

Os filhos da sua união com Sr. Isaias (67, ensino fundamental incompleto) são: Ivo (44, ensino fundamental completo), Irton (36, ensino fundamental completo), Ivan (35, ensino fundamental completo), Inaldo (34, ensino médio completo), Isa (26, superior completo, curso de jornalismo) e Isabela (19, ensino médio incompleto); todos nascidos no Caminho das Águas, exceto Ivo.

A família I organizava-se em seis unidades domiciliares, no entanto neste estudo foi considerada D. Isaura, o elemento central da rede, seu marido e filhos

Irton, Inaldo e Isa. A renda familiar deste grupo de participantes era de aproximadamente 4 salários mínimos.

### **FAMÍLIA L**

O acesso a esta família se deu através de D. Ludmila por indicação de D. Isaura. Esta família é constituída por D. Ludmila (44), solteira, e seus três filhos Luis Leandro (27), Liliane (19) e Leonardo (11). No momento em que participavam deste estudo, além de D. Ludmila e seus dois filhos mais jovens, na mesma residência moravam suas tias Leila (65), Lorena (58) e seu tio Lafaiete (70), os três irmãos de D. Isaura. D. Ludmila foi adotada pela mãe destes últimos e considera Lafaiete seu “pai de criação”. Exceto Liliane, que era evangélica, todos eram católicos.

Quanto à escolaridade, D. Ludmila e sua filha Liliane cursaram todo o ensino médio, Luis Leandro cursava o último ano do curso de Administração de Empresas e Leonardo estava na 6ª série do ensino fundamental. A renda familiar era de aproximadamente 02 salários mínimos.

D. Ludmila ficou desempregada durante sua participação na pesquisa. Contavam com a contribuição de Leila, de Liliane e com a pensão paga pelo pai de Leonardo para o pagamento do aluguel da casa onde estavam morando temporariamente, após o desabamento que condenou a sua casa em abril do ano de 2006.

Além das atividades como diaristas, faziam parte do seu cotidiano ir à missa aos domingos, participar das atividades de diferentes grupos da igreja e de qualquer mobilização social relativa aos últimos acontecimentos do Caminho das Águas.

## FAMÍLIA S

Família S. é formada por D. Simone (57) e Sílvio (34) seu único filho. D. Simone é simpatizante da seita Testemunhas de Jeová, cursou até a 3ª série do ensino fundamental e estava aposentada. Trabalhou formalmente por apenas 10 anos num hotel e não conseguiu re-inserção no mercado de trabalho, segundo a mesma, devido a sua idade (acima de 40 anos na época).

Sílvio completou o ensino médio e no período de sua participação na pesquisa estava desempregado. A renda familiar era de aproximadamente 2 salários mínimos.

Durante a participação na pesquisa, D. Simone estava em tratamento ambulatorial num hospital psiquiátrico por ter sido diagnosticada, conforme relatou, com depressão, acompanhada de episódios de alucinação e delírios, além de síndrome do pânico. Estava fazendo uso de medicação específica para controle dos sintomas e, principalmente, para regular o sono.

Tinha consultas com psiquiatra trimestralmente e sessão de psicoterapia quando julgava necessário. O fato de desempenhar estas e outras atividades externas ao ambiente doméstico sem acompanhante era considerado motivo de grande alegria e sinal de recuperação de sua saúde.

### 5.3 Procedimentos de produção de dados

Seguindo a proposta metodológica de enfoque etnográfico, a intenção inicial desta investigação de limitar-se às questões relacionadas ao campo interpessoal, mais precisamente intra-familiar, de discussão das redes sociais mostrou-se absolutamente inviável. Pois, no contexto e momento específicos em

que esta população foi observada as noções de movimento social, circulação de bens e políticas públicas se impuseram como essenciais para o entendimento do estado de saúde da comunidade estudada e relações intra e extra-familiares dos participantes.

Diante da necessária ampliação de escopo, neste estudo, a entrada no campo dividiu-se em 3 fases que se sobrepunham em termos cronológicos em diferentes períodos, mas que correspondiam a objetivos distintos. As duas primeiras fases corresponderam à participação da pesquisadora como sub-coordenadora da investigação de Trad (2007) e nestas foi possível reconhecer o bairro, localizar informantes-chave e os participantes da pesquisa atual. A última fase caracterizou-se pelo acompanhamento das famílias que participaram do presente estudo.

O período de trabalho de campo que compreendeu os anos de 2005 a 2008 e sofreu diversas interrupções, principalmente, em períodos de maior violência no bairro.

### **5.3.1 Etapa I - Pesquisa histórica e reconhecimento do bairro da Boca do Rio**

Nesta etapa foi realizada pesquisa documental, seleção de bolsistas e voluntários entre estudantes de graduação e incursões semanais no bairro da Boca do Rio para reconhecimento, delimitação e estudo do campo durante um período de aproximadamente 6 meses.

Entre os estudantes selecionados, encontravam-se moradores do bairro que viabilizaram contatos com líderes comunitários e outros moradores. A partir destes contatos iniciais, buscaram-se os informantes privilegiados que, mais do que pessoas do local, comportam-se como auxiliares do pesquisador, distanciando-se do

papel desempenhado no local e, por isso, adotando uma postura de co-pesquisador (MINAYO, 2004; BECKER, 1999).

Simultaneamente ocorreu a pesquisa documental que teve como objetivo conhecer a constituição histórica e condições atuais do bairro, tendo como fontes: artigos publicados na última década em jornais de grande circulação na cidade de Salvador (A Tarde e Correio da Bahia); pesquisas acadêmicas publicadas e documentos de instituições públicas de geografia, urbanismo e história (Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, Biblioteca Central dos Barris, Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia – Conder) localizadas na cidade de Salvador; relatórios, dissertações e teses disponibilizadas nas bibliotecas da Universidade Federal da Bahia. Foram consultados, ainda, *blogs* de moradores, *sites* de órgãos públicos (Prefeitura Municipal de Salvador, Ministério Público, Assessoria geral de comunicação social do governo do estado da Bahia - AGEKOM) e dados estatísticos disponibilizados nos sites do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As informações obtidas através da pesquisa documental e das inúmeras entrevistas informais e semi-estruturadas realizadas com os informantes permitiram a construção de uma imagem coletiva da Boca do Rio. Isto implicou no refinamento do que passamos a considerar como campo da pesquisa (BECKER, 1999) e que foi explorado na segunda etapa.

### **5.3.2 Etapa II - Mapeamento da relação entre movimentos sociais, famílias de moradores e rede formal**

Uma vez que conseguimos inserção entre os moradores do bairro, passamos divulgação da pesquisa e a uma investigação mais específica em relação aos hábitos de saúde comuns entre os moradores do Caminho das Águas e a configuração as redes de saúde formais e informais de atenção à saúde disponíveis.

Interessávamos conhecer nesta segunda fase a organização social, as atividades formal e informalmente realizadas por grupos de moradores, as configurações das redes de sociabilidade desenvolvidas entre estes e com os profissionais das redes formais. Por fim, buscamos compreender suas concepções sobre a vida naquele local, sobre como experienciavam o processo saúde/ doença, suas trajetórias e limites na produção de cuidados com a saúde.

Para tal, houve participação constante da pesquisadora e de 06 bolsistas de iniciação científica do FASA em: reuniões de grupos de moradores, acompanhamento da rotina de serviços de saúde, reuniões das lideranças comunitárias com população e representantes do poder público, passeatas/ manifestações para reivindicação de melhoria nas condições do bairro ou protesto, espaços de lazer como bares e a biblioteca Bete Coelho. Não só os moradores indicados pelos informantes, mas também moradores do bairro eram abordados pela equipe em locais públicos e convidados a participar da próxima fase.

### **5.3.3 Etapa III - Convivendo com as famílias**

Na última fase, foi realizado estudo em profundidade com 04 famílias que moravam nas regiões 01 e 02 do Caminho das Águas. A seleção destes participantes deu-se basicamente a partir de sua disponibilidade para participar da pesquisa.

Diversos critérios foram adotados para o contato com as famílias. As visitas domiciliares não se repetiam com um mesmo membro do grupo num espaço curto de tempo, preferencialmente faziam-se encontros mensais de maior duração com cada participante. Variava-se, portanto, os grupos familiares e membros das famílias a fim de não criar constrangimentos ou qualquer incomodo pelo contato com os pesquisadores.

A periodicidade dos encontros era mediada também por uma questão de segurança pessoal, pois em épocas consideradas mais violentas (de modo geral confrontos entre traficantes/polícia e grupos rivais), evitava-se a ida ao campo e era mantido contato apenas telefônico. O nível de violência era avaliado como perigoso quando o alerta vinha dos próprios moradores, ou as notícias veiculadas pela imprensa eram confirmadas por eles, ou em períodos reconhecidamente “perigosos” (véspera de feriados prolongados, festas, concessão de indultos, operações policiais nas imediações, dentre outros). Por fim, evitava-se a permanência em campo no período noturno, sendo que quando necessário eram privilegiados encontros em locais públicos e de grande movimentação localizados na parte mais externa do Caminho das Águas.

#### 5.4 Estratégias e instrumentos para produção de dados

Como estratégias de produção de dados foram utilizadas a observação e a realização de entrevistas semi-estruturadas e informais.

Os focos de observação variaram segundo as fases da pesquisa sendo que, inicialmente priorizou-se a observação do Caminho das Águas, a interação entre seus moradores nos ambientes públicos, as fachadas das casas e organização



espacial das residências e comércio. Posteriormente, observaram-se os ambientes domésticos, a interação familiar, momentos de cuidados com familiares enfermos e interação com vizinhos.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que, como esclarece Minayo (2004), combinam perguntas estruturadas, dirigidas pelo entrevistador, e abertas, nas quais o entrevistado pode discorrer livremente sobre o tema proposto. Um roteiro é utilizado durante a entrevista para orientação do pesquisador de acordo com os objetivos da pesquisa, servindo para descrever casos individuais, compreender especificidades culturais mais profundas dos grupos e a comparabilidade de diversos casos. Seguindo as orientações da mesma autora, a seqüência das questões e temas abordados, previamente definidas no roteiro, foram alteradas conforme as preocupações e ênfases dos entrevistados.

Diferentes roteiros de entrevista (APÊNDICES B-D) foram elaborados para realização da pesquisa em suas distintas fases. Embora se tenha partido de modelos iniciais de entrevistas, as versões finais se constituíram ao longo do trabalho de campo. São roteiros que indicam pontos a serem investigados em diferentes encontros, pois não havia a intenção de esgotar todas as questões num único momento de interação ou mesmo com apenas um membro da comunidade/família.

Nas duas primeiras fases, tinham-se objetivos amplos de produção de conhecimento sobre o bairro da Boca do Rio e a Caminho das Águas, portanto os instrumentos desenvolvidos pretenderam focar informações gerais sobre história, estrutura e dinâmica do bairro. Ainda nesta etapa, especificamente em relação à saúde buscaram-se informações sobre: hábitos de cuidados com a saúde comuns aos moradores do Caminho das Águas perfil da vizinhança quanto ao cuidado com a

saúde pessoal e da região em que vivem, tratamentos, serviços e instituições a que recorrem em situações de adoecimento.

Na fase de acompanhamento das famílias, além das questões relacionadas ao bairro/vizinhança e saúde, acima descritas, buscou-se enfatizar nas entrevistas (APENDICE D): o histórico de constituição familiar, episódios significativos de adoecimento e recuperação da saúde, as redes acionadas ou formadas para enfrentamento destes episódios, crenças associadas e modelos explicativos da etiologia e tratamento compartilhados no grupo, além dos aspectos socioculturais que viabilizam a elaboração e implementação das trajetórias individuais/familiares para o cuidado com a saúde.

Durante as entrevistas, houve o cuidado de utilizar inicialmente o termo “problema de saúde”, sendo que o mesmo foi substituído pelos termos utilizados pelos participantes para designar qualquer aspecto compreendido como capaz de comprometer seu estado de saúde. Houve reformulação e mudança na ordem de apresentação de questões do roteiro, para adequá-las à compreensão dos entrevistados em momentos específicos e aprofundamento de algumas questões de acordo com as informações prestadas em cada entrevista. Importante salientar que, ao fim de cada encontro, foi permitido aos participantes acrescentar informações relativas ao estudo que julgassem importantes e que não tivessem sido suficientemente exploradas durante a entrevista.

## 5.5 Procedimentos para análise dos dados

Foram utilizados para a análise os registros nos diários de campo da pesquisadora e bolsistas, além registros das entrevistas e das observações

realizados manualmente e através de gravador. A análise iniciou-se simultaneamente ao trabalho de campo, foi realizada audição e leitura exaustiva das transcrições das entrevistas.

Quanto às estratégias de análise, embora esta investigação privilegie a abordagem da Ação Social e o método qualitativo, concordamos com Acioli (2007) ao destacar que a análise das redes sociais deve agregar uma multiplicidade de abordagens e usos, quer sejam metafóricos, analíticos ou tecnológicos. Neste sentido, para a análise das redes sociais no território do Caminho das Águas lançamos mão não só da associação entre componentes históricos e sócio-econômicos na aproximação antropológica, como também de algumas categorias analíticas caras aos representantes de outras abordagens de análise de redes sociais.

- a) O contexto: características do contexto urbano no qual se inserem as famílias, aspectos históricos da constituição do bairro que se relacionam com a interpretação atual dos moradores acerca das relações de vizinhança; significados associados “a ser morador do Caminho da Águas”, aspectos sócio-culturais e materiais relevantes para a compreensão das possibilidades de cuidados com a saúde nesta comunidade;
- b) As famílias: características sócio-demográficas, história de constituição, composição atual, dinâmica e interação entre membros, o ambiente doméstico, momento do ciclo de vida familiar.
- c) Práticas de cuidados com a saúde das famílias: experiências prévias de cuidados com a saúde (impacto e reorganização da dinâmica familiar); padrões de cuidados e cuidadores primários; especificidades como o uso diferenciado do sistema profissional de saúde segundo natureza do problema

de saúde e posição do doente na família; adaptação das prescrições médicas às crenças sobre saúde;

- d) Redes de suporte social acionadas/formadas para resolução de problemas de saúde: características estruturais, funções dos vínculos (tipo predominante de apoio social oferecido intercâmbio interpessoal) e dos atributos dos vínculos (propriedades específicas de cada relação como a função predominante multidimensionalidade, intensidade, freqüência dos contatos, história).

Por fim, para representação gráfica da dinâmica e estruturas familiares foi utilizado o *genograma familiar* (APENDICE E). Conforme discutido por Cerveny (1994), o genograma é um instrumento eficiente para o entendimento das relações, vínculos, mitos e padrões familiares. Consiste na representação multigeracional da família, incluindo as relações, interações.

## 5.6 Considerações éticas

O projeto desta investigação foi submetido à apreciação e aprovado pelo comitê de ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFB).

Neste estudo não houve riscos previstos ou benefício direto aos indivíduos. Foram respeitadas condições de acompanhamento e observação que pudessem ser bem suportadas pelos participantes, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. Neste sentido, nesta pesquisa buscou-se não promover qualquer risco adicional à saúde física e psíquica dos participantes, no entanto, foi previsto que caso fosse percebido algum risco ou dano à saúde dos participantes, a pesquisa seria imediatamente suspensa.

Foi solicitado aos indivíduos que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A) em que concordavam em participar da pesquisa. Para isto, foram informados em linguagem acessível, sobre a justificativa, os objetivos, os procedimentos adotados ao longo do estudo.

Não foram previstas despesas para os participantes da pesquisa. O processo de coleta de informações foi realizado respeitando a conveniência de horário dos participantes e em local que não implicasse em gastos com deslocamento. A pesquisadora esteve atenta no sentido de garantir que as atividades envolvendo os participantes não implicassem em quaisquer ônus ou danos econômicos para os mesmos.

Foi garantido o direito de se recusar a continuar participando da investigação quando assim o desejassem, em qualquer etapa sem que houvesse qualquer ônus para os mesmos. Garantiu-se, ainda, o sigilo acerca dos nomes dos participantes a fim de lhes assegurar a privacidade, além disso, foram omitidas informações que possam viabilizar a sua identificação e o local de residência. Por fim, os participantes poderão ter acesso livre aos resultados do estudo, que serão tornados públicos unicamente para fins científicos e acadêmicos.

## 6. O BAIRRO E A RUA: RECONHECENDO O CAMPO

Na convivência com os moradores da Boca do Rio, freqüentemente ouviram-se relatos sobre acontecimentos antigos e repetidos ao longo dos anos, como ponto de partida para os modelos interpretativos contemporâneos acerca das suas condições de vida. O histórico de desapropriações, desrespeito e projetos de felicidade (AYRES, 2001) constantemente frustrados se destacou como aspecto relevante para compreender a formação da identidade individual e coletiva dos moradores, manifestas nas redes sociais que conhecemos.

As narrativas, principalmente dos mais velhos, são marcadas pelas agruras da construção penosa e contínua das casas, da constante desigualdade de tratamento por parte dos governos que se sucederam e que historicamente vêm privilegiando as áreas nobres do bairro. Desigualdade que se manifesta também na equivalência encontrada em seus depoimentos entre os termos “ricos”-“brancos” e “pretos”-“pobres”, na especulação imobiliária, na disponibilidade de melhores recursos da rede de saúde e infra-estrutura apenas para as áreas mais abastadas da região.

Neste capítulo, apresentamos a história transmitida oralmente pelos antigos moradores, além da registrada pelos jornais e alguns poucos livros para a descrição do modo como se organiza atualmente o *bairro* da Boca do Rio. Posteriormente, apresentamos as condições atuais do Caminho das Águas, região tão semelhante às de outros bairros periféricos desta cidade como Itapoã, Calabar,

Nordeste de Amaralina, Coutos, Paripe etc. marcadas pela degradação da natureza, empobrecimento da população, ocupação desordenada resultante da migração de contingentes de pobres e pardos/negros, violência, tráfico de drogas e rixas.

#### 6.1. O bairro: movimentos migratórios e constituição da Boca do Rio

Inicialmente rico em recursos naturais, a Boca do Rio sofreu uma ocupação desordenada não sendo contemplado pelos serviços públicos, nem dotado de infra-estrutura urbana básica, incluindo sistema de encanamento, fornecimento de energia elétrica, rede de esgotamento sanitário e pavimentação até o final do século XX.

A população formada por pescadores, escravos libertos e índios, e, posteriormente, por veranistas mudou significativamente sua configuração devido ao aumento populacional da cidade e à construção de grandes avenidas nas imediações durante as décadas de 1950 e 1960. O avanço destas obras resultou num movimento populacional para a Boca do Rio formado, principalmente, por migrantes do êxodo rural e soteropolitanos pobres que invadiram áreas desocupadas e construíram moradias precárias.

Nesta época, em decorrência de investimentos em infra-estrutura e da circulação incipiente de transporte coletivo, as regiões centrais da Boca do Rio começaram a ser ocupadas por atividades comerciais, administrativas e financeiras, em detrimento da anterior utilização residencial. E este parece ter sido o início da distribuição territorial segundo as classes sociais que se observa atualmente: quanto mais afastados da orla, mais pobres são os moradores do bairro.

Os espaços residenciais no centro da Boca do Rio foram ocupados pela

população de renda mais alta que se manteve próxima aos estabelecimentos comerciais e financeiros. Além destes, os outrora veranistas, em sua maioria de classes médias baixas, fixaram-se como moradores ao longo das ruas principais, enquanto os trabalhadores domésticos e comerciários seguiram para regiões de menor valorização, incluindo as áreas ocupadas irregularmente (invasões).

Um marco da transformação da dimensão interacional entre os grupos de moradores foi a instituição do Loteamento Popular da Boca do Rio, pela Prefeitura Municipal de Salvador no ano de 1969. Este loteamento teve como objetivo alocar a população de seis diferentes invasões da cidade e que tiveram suas moradias desapropriadas pela prefeitura para a construção de avenidas, hotéis e condomínios residenciais na orla (TEIXEIRA, 1986).

Ao longo da década de 1970, para instalar esta população deslocada foram construídas casas de taipa e barracos de madeira, criando um ambiente com estrutura precária. E, apesar das mudanças do padrão das habitações (por iniciativa dos moradores) para alvenaria, até os dias atuais foram mantidas essas características iniciais.

No período entre o final da década de 70 e início dos anos 1980 houve ampliação do comércio, o turismo e o lazer associada a “migração” de membros da geração de contracultura, jornalistas, escritores e artistas atraídos pelas características naturais do bairro. Além destes, fez parte da nova onda migratória do final do século XX a transferência da população pobre residente no espaço onde foi construído o Parque Metropolitano de Pituáçu (TEIXEIRA, 1986; SPÍNOLA, 1998).

No quadro 03 estes movimentos migratórios são apresentados e organizados para melhor compreensão acerca das principais mudanças ocorridas no bairro.



Quadro 03. Movimentos migratórios na Boca do Rio

| Período            | População migrante   | Atividades desenvolvidas e mudanças no bairro  |
|--------------------|--|--|
| Até década de 1950 | Residentes: ex-escravos e índios   | Pesca para comércio, produção e comércio de óleo de baleia   |
| 1950               | Veranistas   | Pesca de subsistência;<br>Venda e troca de terras, grilagem;<br>Áreas naturais e de lazer preservadas  |
| 1960               | Migrantes do êxodo rural e soteropolitanos pobres<br><br>Fixação dos antigos veranistas (classe média baixa) nas áreas centrais<br><br>Fixação dos trabalhadores domésticos e comerciários nas áreas periféricas   | Invasão de áreas desocupadas e construção moradias precárias<br><br>Início de atividades comerciais, administrativas e financeiras   |
| 1970               | Populações “transferidas” pela prefeitura de outras invasões: Bico de Ferro e Ondina (1969), Piaçava (1970), Caxundé (1973), Baixa do Cajueiro (1974) e Jardim Imperial (1976)   | Loteamento Popular da Boca do Rio;<br><br>Início de conflitos e violência entre moradores das invasões   |
| 1970/1980          | Fixação de membros da geração de contracultura, jornalistas, escritores e artistas nas áreas nobres;<br><br>“Transferência” da população pobre residente no espaço da construção do Parque Metropolitano de Pituacu para a região do Bate-Facho e para as regiões próximas à Bolandeira. | Valorização da área da orla (Praia dos Artistas), atividades culturais e exploração turística (proliferação de restaurantes e hotéis);<br><br>Inauguração do Centro de Convenções<br><br>Tráfico organizado de drogas na região e aumento da violência;  |
| 1990               | Êxodo de moradores do bairro para outras regiões da cidade devido às péssimas condições de infraestrutura e à violência;   | Destruição progressiva de áreas de lazer da população, aumento da violência, aumento da violência, aumento da violência e desemprego entre jovens;<br><br>Construção de grandes condomínios residenciais e empresariais no entorno do bairro;<br><br>Realização de obras de infra-estrutura na região do “fim de linha” e em parte do Caminho das Águas;<br><br>Inauguração do Aeroclube Plaza Shopping; |
| 2000               |  | Acirramento da violência no bairro<br><br>Movimento pela preservação da Praia dos Artistas,<br><br>Proliferação de ONGS<br><br>Crise do Aeroclube Plaza  |

Fontes: Spínola (1998), Santos (2005), Teixeira (1986) e moradores

Os movimentos migratórios neste contexto são um processo longo, constante e com efeitos imediatos sobre a vida cotidiana de toda a população. Como discute Trad (2003), o deslocamento geográfico compreende “uma profunda reorganização subjetiva derivada das expectativas subjacentes ao movimento migratório e das dinâmicas de identificações e internalizações” (p140) no que se articulam: temporalidade, contextualização e interação entre os fatores sócio-culturais. Neste sentido, segundo a mesma autora, a migração em si não implica em mal-estar psíquico, mas que os processos de saúde mental estão associados aos fluxos que se estabelecem entre as histórias pessoais prévias ao deslocamento, às situações enfrentadas no novo contexto e a estruturação da identidade.

Atualmente, há diferenças marcantes entre as áreas centrais e próximas à Orla e as que Santos (2005) classifica como segregadas. Na área mais central, se encontram linhas de ônibus (consideradas insuficientes e mal conservadas pelos moradores), feira livre, comércios e serviços diversificados, e áreas de lazer escassas quando comparadas com a região da orla.

Nesta última, concentram-se restaurantes e comércio direcionado a classe média/alta, hotéis e diferentes opções de lazer, linhas de ônibus para diversos pontos da cidade e a melhor infra-estrutura. Em contraste, as áreas mais periféricas do bairro são desprovidas de grandes investimentos, têm infra-estrutura precária, equipamentos de serviços deficientes, comércio menos especializado (mercearias, salões de beleza e bares) e pouca acessibilidade.

Para os moradores antigos estas diferenças são resultado, principalmente, de conflitos de classes e raciais. Em suas narrativas destacam a oposição entre o “povo nativo” (negros/ escravos) e os que tomaram posse de suas terras (brancos/ricos), ludibriando-os que tal maneira que seus descendentes não

têm mais terrenos na Boca do Rio. E, neste sentido, foi interessante notar a associação feita por um participante entre a posse das terras e posições reconhecidas de poder: “os donos deles [dos terrenos] hoje são famílias de juízes<sup>2</sup>”.

Entre as diversas estratégias de usurpação utilizadas, citamos uma que pareceu significativa para os narradores não pela engenhosidade, mas por ser freqüentemente utilizada e pelo desprezo pelo sofrimento alheio que representava. Em sua versão, os antigos donos das terras, ex-escravos negros conhecidos na sociedade e que tinham posse de terra na época, começaram a trocar seus terrenos e a perdê-los quando faziam acordos pouco detalhados, com os “brancos” para cobrirem as despesas funerárias de algum membro da família<sup>3</sup>.

A interpretação dos participantes acerca da assimetria nessas negociações baseava-se na pretensa ingenuidade dos negros/pobres, que apesar dos bens materiais não tinham a “malícia” necessária para não serem vitimizados. Eram, portanto, enganados e perdiam suas casas, uma vez que não tinham a documentação legal da posse de seus terrenos, tornando-se vítimas dos chamados “acordos mal feitos”.

Além destes acordos, a “força” foi enfatizada como fator decisivo no processo de perda de terra pelos chamados nativos. Por serem geograficamente fáceis de se invadir, as partes nobres da Boca do Rio foram loteadas por migrantes (ricos) e, não mais pela astúcia, mas através da força física *tiravam-se* as terras dos negros. Segundo estas narrativas, os negros/pobres só voltariam a possuir terrenos neste bairro quando foi necessário que trabalhadores (lavadeiras, mecânicos)

---

<sup>2</sup> Não é possível afirmar que se esta é uma metáfora relacionada ao exercício do poder ou se efetivamente isto ocorreu. Em parte esta afirmação parece se relacionar ao fato de vivenciavam disputas jurídicas em relação à desapropriação de áreas da Praia dos Artistas e do Caminho da Águas.

<sup>3</sup> Parece-me que o exemplo tinha como objetivo ilustrar que a condição e reconhecimento social dos negros não era suficiente para garantir justiça.

ficassem próximos dos seus padrões e, por isso as ocupações na periferia do bairro (invasões) foram facilitadas o que também foi apontado por Teixeira (1986).

Ao discorrerem sobre suas lembranças destacavam o fato de serem “os ricos” os verdadeiros invasores das terras, perpetradores da injustiça social. Este argumento é defendido não apenas oralmente como também através de veementes expressões corporais como elevação da voz, gestos amplos, chingamentos e, noutra sentido, pelo olhar perdido, suspiros profundos, lágrimas e silêncios durante as conversas.

Em nossa análise compreendemos que estas narrativas pretendiam dar conta de sentimentos poderosos como medo, raiva, ressentimento, desconfiança, impotência e desesperança. Numa atualização desses fatos históricos de constituição do bairro, a polarização entre protagonistas e antagonistas nos enredos parece contribuir para que seus moradores tenham dificuldade de interpretar o seu contexto atual com maior flexibilidade. Além disso, contribuem para a menor capacidade de negociação com representantes de diferentes instituições diante de conflitos contemporâneos.

Surpreendentemente, os relatos dos mais jovens revisitavam esta história de ocupação desordenada, de desapropriações constantes e de pouco investimento estatal na região utilizando-se de significantes e significados comuns aos moradores antigos. Embora muitos jovens afirmassem desconhecer a história do bairro, reproduziam questões ancestrais e os sentimentos dos mais antigos.

Durante o período do trabalho de campo, um dos temas constantes em nossas conversas com os jovens era o descontentamento em relação à baixa qualidade de vida no bairro agravada pela destruição de áreas de lazer, pela mudança dramática da paisagem natural do lugar nos últimos anos. As dunas,

espaços verdes, lagoas, campos de futebol, fontes naturais e a praia, que faziam parte de suas histórias de vida e socialização na infância, foram substituídas nas últimas décadas por prédios residenciais, pelo Centro de Convenções e o Areoclube Plaza *Shopping*, hotéis e restaurantes voltados para o turismo e para “os ricos”.

O referido *shopping* é um ícone de como se dão as relações entre esta população e a prefeitura de Salvador. Este empreendimento foi apresentado aos moradores como um projeto que garantiria local de emprego e lazer, no entanto, segundo os mesmos, isto nunca se confirmou e havia conflitos freqüentes entre a direção, seguranças e a população da Boca do Rio, que não se sentia bem recebida ou era impedida de circular no local.

Apesar dos elevados investimentos, o empreendimento tornou-se uma área preferencial para roubo de carros, assaltos, seqüestros-relâmpago e prostituição. Foi possível perceber em diversos relatos a concordância ou complacência com estas ações, executadas por pessoas conhecidas pelos moradores, como um reflexo ou resposta ao descumprimento dos acordos.

A prefeitura do município tem investido constantemente na revitalização deste empreendimento ou “reputarização” como um morador nomeou este processo. As medidas adotadas pela prefeitura de Salvador são interpretadas como absurdas pelos moradores, pois os investimentos não privilegiam a melhora da qualidade de vida no bairro da Boca do Rio nem contemplam suas necessidades.

A sensação compartilhada de desrespeito, desvalorização e desamparo foi ratificada, segundo os participantes, pelo não cumprimento das promessas de mudanças culturais e econômicas que justificavam esta destruição ambiental. Apesar dos acordos firmados com estabelecimentos privados e governo municipal, somente uma pequena porcentagem da população foi contratada no mercado formal

voltado para o turismo.

Atualmente, grande maioria dos moradores exercia atividade ocupacional fora do bairro ou estava desempregada. Não tinham acesso a eventos culturais, que se tornaram raros na região devido ao aumento da violência, áreas de lazer, transporte urbano de boa qualidade e suficiente, e um sistema de saúde formal compatível com as suas necessidades.

Agravando este quadro, novos empreendimentos habitacionais estavam em plena construção no entorno do bairro e representaram uma mudança dramática em sua geografia. Se anteriormente os moradores de maior nível econômico concentravam-se apenas na faixa litorânea à frente das invasões, agora a população das invasões passava a ter condomínios residenciais “cercando por trás”.

Assim, ao entramos no campo, descobrimos que um novo movimento migratório estava ocorrendo e atingindo diretamente as áreas periféricas e mais pobres do bairro. Antecipando o clima que encontraríamos adiante, um morador antigo vaticinou: “os pobres foram cercados e invadidos pelos ricos, e não têm poder pra lutar”.

## 6.2 A rede formal de atenção à saúde

Considerando o escopo da presente investigação será apresentada apenas parte da rede formal de saúde apontada como relevante pelos participantes e, posteriormente, destacada a dimensão interativa entre os representantes destas redes e a comunidade.

No Distrito Sanitário da Boca do Rio duas unidades eram utilizadas pelos moradores do Caminho das Águas sistematicamente: o 12º Centro de Saúde Alfredo

Bureau e a UBS César de Araújo. Embora com diferenças significativas em relação à qualidade, ambos ofereciam atendimento de clínico geral, ginecologia, pediatria, programa de atenção a hipertensos e diabéticos e agentes comunitários de saúde.

A primeira unidade, avaliada como “muito boa” pelos moradores, se destacava por oferecer também serviços de pronto atendimento, ambulatoriais, programas externos (palestras em escolas e programas de atenção a idosos e adolescentes); serviços de diagnóstico (Raio x, eletrocardiograma, laboratório e ultra-sonografia); atendimento em casos de emergência (tiros, facadas e complicações de hipertensão); funcionamento no turno noturno, fato importante, principalmente, para as mães que trabalham durante o dia. Apesar da multiplicidade de serviços, esta unidade era referência para os moradores do Caminho das Águas em casos de emergência, sendo o atendimento ambulatorial preterido devido à dificuldade de marcação de consultas e a maior distância.

A segunda unidade, que atendia a maior e mais carente parte da população do bairro, oferecia serviços de odontologia, farmácia e vacinação, além do programa específico de atenção à saúde da criança. Havia especial ênfase para o Programa de Agentes Comunitários (PACS), o programa de atenção à hipertensão e diabetes, serviços de assistente social e nutricionista, palestras educativas freqüentes, por iniciativa da própria equipe ou por demanda de associações de bairro e escolas. Moradores, gestores e funcionários concordavam que esta era a unidade em piores condições no Distrito, pois além da constante falta de material, de medicação e dificuldades para marcação de consultas devido à elevada demanda, sofria com outros problemas como atrasos de salários e greves de ACS.

Associava-se à precariedade da UBS César de Araújo a inexistência de rede complementar privada na Boca do Rio, o que gerava um fenômeno importante

para os moradores das áreas mais pobres: no período eleitoral surgiam como componentes não-oficiais desta rede os “postos de saúde” mantidos por candidatos a vereador. Embora identificados pela população como “postos”, na verdade, eram clínicas “filantrópicas” que funcionavam segundo o interesse e resultado eleitoral dos seus mantenedores.

Os moradores consideravam-nos como uma boa alternativa por prestarem atendimento imediato ou por viabilizarem requisições para exames médicos em centros de saúde. Também reconheciam os objetivos de conversão dos atendimentos em votos e expressavam claramente suas dúvidas quanto à honestidade daqueles candidatos no uso dos recursos públicos. No entanto, desconheciam que o caráter provisório de funcionamento dessas clínicas repercutia diretamente no fluxo de atendimentos das unidades de saúde, pois desorganizavam a oferta na rede oficial.

Entre os profissionais de nível superior das unidades percebeu-se preocupação com a humanização do serviço, pois apesar do programa Humaniza SUS ter sido implantado nestas unidades, ainda enfrentavam problemas na relação entre usuários e atendentes. Tais problemas foram atribuídos à falta de capacitação, no âmbito da humanização, dos profissionais de nível médio, que são reconhecidos como a “porta de entrada” para as unidades. No entanto, não houve referencia à necessidade de que profissionais de nível superior melhorassem sua relação com a clientela.

Embora não reconhecido pelos profissionais, o seu grau de conhecimento sobre a comunidade diferenciava-se na medida em que o serviço envolvia maior proximidade com a população. Deste modo, os gerentes das unidades e gestores do distrito admitiam ter pouco ou nenhum acesso aos usuários e a informações como



doenças mais freqüentemente relatadas, práticas domésticas de saúde e adesão ao tratamento médico. Tal falta de informação era justificada pelos profissionais entrevistados por terem *pouco tempo* atuando na região, embora alguns trabalhassem há 2 anos e meio.

Experimentamos muita dificuldade de comunicação com estas pessoas inclusive em pontos aparentemente simples como esclarecer quais os objetivos da investigação. Diante de tantos obstáculos, questionei-me o quanto isto era resultado de inabilidade comunicativa ou era um comportamento intencional.

Os representantes do distrito sanitário em exercício mostravam-se pouco disponíveis para participação no estudo, adotando uma série de estratégias defensivas como: não comparecer aos encontros marcados ou não nos receber; consultar outros órgãos do governo (investigar) se tínhamos sido mandados por algum grupo político; não disponibilizar dados estatísticos sobre a área quando solicitado, pois não se encontravam no Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB); não permitir gravação de nossas conversas.

### 6.3 A Rua: O Caminho das Águas segundo “os de fora”

Após o reconhecimento do bairro como um todo, iniciou-se o processo de entrada no campo específico onde planejávamos trabalhar. Este momento do percurso etnográfico merece uma atenção especial neste texto por sua complexidade e pelos diferentes entraves, não previstos durante a elaboração do projeto: a) a dificuldade para a delimitação precisa do *lócus* da pesquisa; b) a necessidade de constante negociação para estabelecimento de vínculos com

moradores em pleno movimento de insatisfação generalizada e a desconfiança em relação aos “estranhos”.

Durante o período de reconhecimento do bairro, antes mesmo de entrarmos no Caminho da Águas, ao informar que pretendíamos conhecer esta comunidade, moradores de outras áreas e profissionais da rede formal de assistência à saúde demonstravam um respeitoso zelo pela nossa segurança. Este comportamento de avisar sobre o perigo e dar “dicas” sobre segurança pessoal ocorreu com elevada frequência ao longo de todo o trabalho de campo e pareceu se confundir, em algumas ocasiões, com o prazer incontido de aterrorizar os visitantes incautos.

Em resposta à curiosidade da pesquisadora, considerada “doida”, eram apresentados quadros terríveis de violência, medo e desespero, narrativas intermináveis sobre as mortes, assaltos e guerras do tráfico de drogas nesta área. Uma inquietante e freqüente pergunta acompanhava estas descrições: “você não viu no jornal?”.

Diante de tantos questionamentos como este, recorreremos à mídia para entender a que se referiam. Realizamos então um levantamento sobre as notícias veiculadas em jornais de grande circulação na cidade que tinham como foco o Caminho das Águas.

Os principais temas encontrados nas publicações do período de 2000 a 2007 foram: homicídios por motivações desconhecidas ou por motivos fúteis; mortes em troca de tiros com a polícia; execução de pessoas, especialmente, menores; supostos “acertos de contas” entre parceiros de crime; prisão de assassinos, assaltantes (em diferentes modalidades) e traficantes que atuavam na região da Boca do Rio e tinham “base” ou moravam na invasão Caminho das Águas; anúncio

de planejamento de operações da polícia para coibir assaltos, tráfico de drogas e porte ilegal de armas.

Em todas as notícias os familiares e testemunhas não souberam informar o que aconteceu, ou quem eram os envolvidos e não havia informações sobre resultados de investigações ou ações quer do Estado quer de Organizações Não-Governamentais para diminuir níveis de violência na região.

A leitura deste material permitiu compreender a imagem construída pela mídia sobre esta comunidade. Também me levou a refletir acerca do seu papel na perpetuação da insegurança e preconceitos locais, que têm repercussão direta na saúde mental dos seus moradores e na forma dos profissionais de saúde e educação prestarem atendimento aos moradores o que será abordado em capítulos posteriores.

Interessante notar que os entrevistados que moravam ou trabalhavam nas regiões próximas ao Caminho das Águas, informavam sobre a periculosidade do local sem nunca haver entrado nesta comunidade. Seu conhecimento era baseado em casos que tinham “ouvido falar” ou pela leitura do conteúdo jornalístico, de modo geral, factual e superficial. Como escreveu Juliana moradora do bairro e voluntária na pesquisa, em seu diário de campo:

Creio que este seja o motivo pelo qual as pessoas que não conhecem a Boca do Rio de perto a julgam de modo tão severo: notícias ruins vendem, então os meios de comunicação vão sempre querer chocar com notícias sobre violência e vender sua reportagem. Mas quem entra e passa a conhecê-lo, vê que este bairro tem sua história que, inclusive, ainda está sendo escrita por quem luta por ele.

Para além do preconceito, a pesquisa documental e bibliográfica atestou a invisibilidade desta comunidade para órgãos públicos e instituições científicas. Embora seja uma das regiões mais populosas da Boca do Rio, nenhuma das 04

pesquisas localizadas sobre o bairro da Boca do Rio (TEIXEIRA, 1986; SPINOLA, 1998; SOUZA e outros, 1990; SANTOS, 2005) tinha o Caminho das Águas como foco. Pelo contrário, outro aviso foi registrado por Santos (2005, p. 4) em relação a esta região: “Infelizmente, por motivos de segurança da pesquisadora, algumas áreas consideradas pertencentes ao bairro da Boca do Rio foram excluídas da pesquisa” e cita dentre as áreas o Caminho das Águas.

Em relação aos documentos oficiais localizados, nenhum indicava a existência do Caminho das Águas. No entanto, vale ressaltar que este é um fenômeno comum na cartografia de Salvador no que se refere aos bairros populares ou zonas periféricas.

Portanto, não foram seguidas para delimitação do campo de estudo indicações de zonas censitárias ou marcos adotados pela prefeitura de Salvador. Optamos pelo cruzamento das delimitações seguidas pelos moradores, agentes de saúde e líderes comunitários. Lentamente, este “não-lugar” tomava forma em meio aos relatos e dos constantes avisos de “Cuidado para não se perder! Senão...”.

Rapidamente percebi que o Caminho das Águas é um espaço simbólico que não tem correspondente geográfico totalmente compartilhado por seus moradores, pela população da Boca do Rio e profissionais de saúde.

## 7. SAÚDE E CUIDADOS: TECENDO A REDE EM FAMÍLIA

### 7.1 A micro-rede R-I-L: interação e cuidados com a saúde

*“A pessoa tem que ter uma família porque sozinho não pode ser feliz”*

*Sr. Ronaldo*

As famílias R, I e L formavam entre si uma rede mobilizada em momentos de aflição e disponibilizavam mutuamente diferentes tipos de apoio na vida cotidiana. Suas residências mantinham proximidade geográfica e tinham como principal problema de saúde a *hipertensão arterial sistêmica* (HAS) agravada pelo desemprego de vários membros e insegurança quanto as suas casas.

Os membros das famílias R, I e L moravam no Caminho das Águas há mais de 30 anos. O primeiro a chegar foi Sr. Lafaiete que, após fixar residência, trouxe D. Isaura e D. Ludmila de uma cidade do interior da Bahia. Sr. Ronaldo, vindo de outro estado, comprou o terreno informalmente do Sr. Lafaiete e desde então mantém relação de proximidade afetiva e geográfica. O Marido de D. Isaura comprou o terreno para sua família próximo ao Sr. Lafaiete e D. Isaura cedeu uma parte do mesmo para D. Ludmilia.

Nesta rede, além dos laços de consangüinidade, o afeto e a relação de compartilhamento de terreno/cuidados são aspectos relevantes para a noção de família ampliada. Desta forma, os vizinhos/amigos são “da família”.

Relatam que quando chegaram encontraram muitas dificuldades devido ao terreno arenoso e encharcado, às péssimas condições de infra-estrutura do que eles consideravam uma *favela*. Assim como D. Sonia que morava na região 01, os membros mais velhos dessas famílias identificam melhoras significativas nas

condições de moradia e, atualmente, afirmam morar num *bairro*. Com trabalho e muitos “milagres” construíram suas casas e auxiliaram seus filhos na construção de novas unidades domiciliares, a maioria nos mesmos terrenos ou em andares superiores.

Sr. Ronaldo, D. Isaura e D. Ludmila tiveram suas residências danificadas e apresentavam quadro de HAS, segundo os mesmos, agravado por esta situação. Estes foram escolhidos como elementos centrais e de ligação entre as famílias, sendo, portanto, pontos fundamentais na rede R-I-L.

A vinculação entre os membros das famílias era considerada, de modo geral, boa e havia interesse na manutenção de relações saudáveis e de cuidados recíprocos. Apenas na família R, não foram observadas manifestações explícitas de afetividade e contato físico, o que pode ser justificado pelo fato de serem todos do sexo masculino. Outro aspecto que diferencia este grupo dos demais é a noção de família concentrada na relação entre pai e filhos.

Entre estes havia uma maior proximidade afetiva entre Sr. Ronaldo e os filhos Robson e Rodrigo, o que pode se dever ao fato destes ainda serem solteiros e morarem com o pai além de compartilharem as mesmas crenças religiosas. Roberto, por sua vez, demonstrava forte ligação com sua mãe, tendo passado a morar com ela em outro bairro durante um período, porque teve que “sair corrido” da Boca do Rio. Embora os membros da família não esclareçam quais foram esses problemas pode-se supor o envolvimento com alguma atividade ilícita.

Na família I a noção de família inclui não só D. Isaura e seus filhos, como também os netos e sua família de origem representada por seus irmãos, que receberam análise específica na apresentação da Família L. Inaldo, Isa e Irton são considerados os filhos mais próximos afetivamente de D. Isaura. Os membros desta

família, assim como da família L, tendiam à manutenção de proximidade geográfica entre seus domicílios e mantinham ligação afetiva intensa (apenas Inaldo morava em outro bairro).

### **7.1.1 A saúde na rede R-I-L: lidando com a HAS**

A família R sofria mais diretamente os efeitos da HAS que as demais famílias quando participavam desta pesquisa. A incapacitação produzida pelo derrame sofrido por adoecimento do Sr. Ronaldo somado ao desemprego dos filhos contribuiu para o empobrecimento da família e mudança dos papéis de cuidadores entre seus membros.

Antes deste evento, Sr. Ronaldo era o principal cuidador de seus filhos adultos, pois era responsável pelas tarefas domésticas e pelo encaminhamento para a rede formal de saúde quando necessário. Em relação às crianças, embora morassem com Renata responsabilizava-se não só financeiramente (apoio financeiro) quanto pelo encaminhamento à rede formal de saúde e educação.

Após o derrame, Renata teve que assumir integralmente os cuidados com as crianças o que a sobrecarregou devido à inflexibilidade de horários em seu trabalho. E Robson e Rodrigo tiveram que organizar seu tempo e alterar rotina para passar mais tempo com o pai em casa, levá-lo para as consultas médicas e, além disso, aumentar a renda familiar.

Não foram relatados eventos de saúde considerados relevantes ou graves pelos membros desta família exceto o derrame sofrido pelo Sr. Ronaldo. O início repentino e “inesperado” é apontado como se alto impacto sobre a dinâmica familiar:

Foi, assim, do nada.... não tava... não sentia nada. Até a habilitação eu reformei há pouco tempo, foi quando... a moça descobriu que eu tava com

pressão alta, aí me mandou pro... médico porque eu tava com problema de pressão alta, que só ia receber a habilitação se o médico autorizasse, minha pressão baixasse, pra mim pegar a habilitação. Isso eu fiz... aí, tudo bem... deu quase um ano... não tinha sintomas nenhum... aí, do nada, assim, fui dormir, e quando acordei de manhã tava todo desequilibrado, sem forças pra nada, não levantei, nada, fiquei na cama.

O derrame eliciou uma série de contatos e solicitações entre os membros da rede pessoal de Sr. Ronaldo que incluíram filhos, ex-esposa e vizinhos. Neste caso, a fase crítica foi marcada pela dificuldade de atendimento emergencial o que poderia ter redundado num quadro ainda mais grave e participação ativa de vizinhos/amigos.

Reinaldo deu o alerta da situação para Renata que ligou para o SAMU, mas não houve atendimento, pois, segundo afirmou, só iriam atendê-lo se houvesse piora no quadro. Diante da negativa, Renata auxiliada por um vizinho transportou Sr. Ronaldo até o 12º Centro de Saúde.

Em ambulância foi encaminhado para três hospitais públicos diferentes, mas não recebeu qualquer atendimento. Rodrigo e uma enfermeira foram seus acompanhantes durante a busca por atendimento que durou cerca de 4 horas. Sr. Ronaldo não soube informar porque foi transferido para tantos hospitais, nem qual tipo de medicação foi administrado, ou porque não foi internado, mas afirmou que ficou satisfeito com a atenção que recebeu.

Desde então, ele tem feito tratamento médico e afirma que tem obtido melhora. Este acompanhamento implica em frequentes consultas na UBS Cesar de Araújo e no 12º centro:

Medir a pressão, procurar remédio e tudo pra tomar. O tratamento é esse, né... E... tô me recuperando, graças a Deus. Eu tava só arrastando o pé, tava todo com o lado... todo desequilibrado e já tô andando quase normal. Só tô com problema ainda de... esquecimento... a audição também não ficou boa, né...



Após seu retorno para casa, Sr. Ronaldo recebeu apoio instrumental de seus vizinhos, principalmente de D. Isaura, que dentre outras tarefas limpava e organizava a casa dele, sendo a mesma substituída posteriormente por Rebeca (mãe de Renata) que também era vizinha. Outros vizinhos providenciavam comida e, por isso, não foi necessária a participação contínua dos filhos nos serviços domésticos nesta fase. Posteriormente, com a melhora gradual do seu quadro de saúde, o Sr. Ronaldo voltou a assumir as tarefas domésticas.

Finalizando os comentários sobre a família R, em termos de cuidados com a saúde, destaca-se novamente por ser apenas receptora de cuidados das demais. Neste caso, a falta de reciprocidade não levou à formação de um círculo vicioso como no caso de D. Simone, pois não houve retração de sua rede apesar da unidirecionalidade do fluxo de apoio. Na manutenção dos vínculos nesta micro-rede, parece que teve maior peso o histórico de ajuda mútua entre as famílias nas situações de adoecimento.

No entanto, embora não tenha havido retração na rede e Sr. Ronaldo e filhos façam parte da rede mínima interpessoal, entre os membros das famílias I e L parece haver vínculos mais intensos e maior reciprocidade no fluxo de apoio social. Da mesma forma, seus membros parecem ter maior adesão às orientações recebidas na rede formal que os da família R e isso parece dever-se aos padrões de cuidados desenvolvidos por D. Isaura e D. Ludmila.

Na família I o cuidador principal é D. Isaura que além de cuidar de seus filhos participa ativamente da criação dos netos. Em situações de adoecimento de D. Isaura, Inaldo é apontado como seu principal cuidador, juntamente com Sr. Isaías. Isa, além de auxiliar nas emergências de saúde, também presta auxílio material e

faz compras a pedido da mãe. Irton a auxiliava, sobretudo financeiramente e realizando serviços de pintura e pedreiro na casa de D. Isaura.

Em se tratando de cuidados domésticos, D. Isaura relatou que às crianças é dispensado maior cuidado, “criança é... em primeiro lugar”. Os cuidados com os idosos e adultos referem-se mais à dieta sobretudo o controle alimentar dos diagnosticados com HAS.

A auto-medicação é uma prática comum entre os membros da família. A utilização e indicação de fármacos ocorrem cotidianamente assim como a atualização de informações sobre os mesmos. Sobre isto, D. Isaura relata que cotidianamente “Eu quando vou na farmácia, eu fico assim olhando, sabe, pesquisando”.

Foi citado também o uso de chás, folhas, frutos secos e a Fitoterapia como alternativos ou complementares ao tratamento com remédios alopáticos. Para esta família, a conciliação de tratamentos tem especial relevância para o controle da HAS.

A utilização de produtos naturais era hábito desenvolvido na infância, vivida no interior, no tempo que “não sabia nem o que era médico”. Foi citado, ainda, o recurso às rezadeiras, que D. Isaura não emprega atualmente, pois “aqui não se acha essas coisa pra benzer ninguém, né. Só no interior, aquelas senhora que era de idade era que benzia as pessoa [...] Aqui em Salvador não vê isso mais não”. Estas práticas familiares foram estendidas ao tratamento dispensado ao Sr. Ronaldo, pois enquanto os filhos aplicavam-se à administração de medicamentos indicados na rede formal, D. Isaura contribuía com suas receitas naturais e familiares de diminuição da pressão, além de exercer controle alimentar.

A hipertensão foi apontada como problema de saúde mais comum não apenas nestes grupos (os idosos e quase todos os adultos), mas de todo o bairro. Em quase todos os domicílios próximos conheciam casos de desenvolvimento da HAS, que eram associados pelos participantes principalmente ao envelhecimento e às “preocupações”.

Essas preocupações são de diferentes ordens, tanto relacionadas a acontecimentos passados como presentes. Embora agravado pela insegurança do presente D. Isaura localiza o início do seu problema de pressão à morte da mãe, 21 anos atrás: “Eu tenho pressão alta desde o dia que minha mãe faleceu, que o desespero foi tão grande, que minha pressão subiu, que eu num tinha [...] A dor foi tão grande que... acho que eu queria ir junto com ela”.

Com o estabelecimento do diagnóstico, iniciou-se um longo histórico de entradas e atendimentos frustrantes no sistema público de saúde. Incluem-se aí não apenas as duas unidades de referência do Caminho das Águas (César de Araújo e 12º Centro), mas também o Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares Dr. Adriano Pondé onde passou a fazer o acompanhamento e receber medicação. Ultimamente, não tem ido ao Centro devido a insatisfação com o serviço que considera ineficiente:

Todo mês quando eu ia fazer esse exame, do teste, eu tava com pressão alta. Diz ele, né. Quando eu chegava aqui a pressão tava normal [...] Passava no Posto (César de Araújo), media, a pressão tava boa [...] Aí eu me aborreci, nunca mais eu fui.

Atualmente utiliza os remédios distribuídos pela UBS César de Araújo e, quando faltam, utiliza a medicação indicada em sua primeira internação por conta própria.

Dentre os filhos, apenas Isabela relatou que não busca a rede formal quando está doente, não faz uso de medicação ou chás. Como evangélica, acredita

na cura pela oração, por isso quando sente necessidade vai à igreja, ou ora em casa e, segundo afirma, se sente melhor. Apesar disso, quando considera o episódio “muito grave”, não hesita em ir para a emergência.

Chama a atenção que a religião influencia nos contatos com a rede formal de modos distintos nesta família. Enquanto Isabela crê na cura pela oração, evitando a utilização da rede formal, D. Isaura compreende a religião como apoio aos demais tratamentos.

Inaldo afirma utilizar a rede formal de forma preventiva, indo ao dentista e ao médico clínico periodicamente. Ivo, por sua vez evita o quanto pode ir ao médico, o que faz apenas quando pressionado pela família.

Outras experiências de adoecimento ou acidentes com membros da família foram relatadas, no entanto não receberam maior destaque pelos participantes. Em todas as ocasiões, percebendo-se gravidade nos casos houve busca imediata pelo atendimento na rede formal quer seja em hospitais públicos e privados de Salvador, como também no 12º Centro.

Em relação à família L., a vinculação entre Ludmila e seus três filhos era considerada muito boa por todos, assim como é significativa a sua relação com Lorena e Leila que sempre são apresentadas na história familiar como parte de uma importante rede de apoio social. Dentro destas relações, o papel de cuidador da família, é desempenhado por Ludmila, que credita co-responsabilidade a Leila e a Lorena.

Nesta distribuição, Leila é representada como “a cabeça”, seguida por Ludmila e depois por Lorena. Leila é quem costuma resolver as questões referentes aos cuidados administrativos da casa e as relativas aos membros da família. Ludmila

e Lorena, por sua vez, assumem com mais freqüência que Leila, atividades referentes aos cuidados à saúde.

Hipertensa, a própria Leila é constantemente objeto de preocupação e cuidado de suas irmãs:

Às vezes eu demoro até de ir no posto, Lorena fala que “ah, você tem que ir no posto”, “oh Lorena, eu não estou sentindo nada, eu vou pro posto?”. A gente só vai quando tá sentindo, mas eu não sinto. Eu levo a minha dieta certa. Aí o que o médico me disse uma vez que, se a gente não tocasse em sal, não precisava nem a gente tomar remédio. [Lorena] chega a falar: “Leila, tá bom de ir pro médico”. Enquanto não acontecer nada de ruim, quando vocês tiverem aqui, vocês me rastam e me levam (Leila).

Como se pode perceber neste trecho, Leila seguia um padrão de busca pelo sistema formal apenas quando estava na fase sintomática da doença o que dificultava seu controle. Além disso, apresentava resistência ao uso contínuo de medicação. Este padrão foi apresentado também por Luis Leandro:

Ele só vai no médico, quando tá assim, com algum problema. Que agora ele tá com um problema seríssimo, nas vistas, que ele já teve, há muitos anos atrás, uma inflamação no olho e essa inflamação causou muitos problemas nele. E agora, depois de muitos anos, tá voltando de novo. (...) Na época, ele tava trabalhando, na época, tinha um convênio, o convênio assumiu todos os, o tratamento. Ele fez um tratamento de retina. Mais ou menos, tem na faixa de uns quinze anos, que aconteceu isso. Mas a médica disse que ele tinha que, de vez em quando, uma vez no ano, procurar um oftalmologista. Ele não ligou. Foi pra Vitória da Conquista com problema, nunca ligou. Agora tá voltando todos os sintomas, agora que ele tá desesperado e correndo atrás (D. Ludmila).

No sentido contrário, Ludmila costuma procurar a rede formal de atenção à saúde com freqüência. Uma das causas da procura por atendimento era um “problema de circulação”, que lhe causava desconforto e dificuldade de trabalhar, relatando as diferentes etapas deste momento do seu itinerário terapêutico:

(...) eu ando com uns problemas de saúde, né... a circulação ultimamente tá sendo o meu pivô, tá me atacando demais mesmo. (...) tô dando um tempo agora, fazendo todos os exames logo, que eu tô com o resultado, tenho que levar o resultado no dia 24 pra médica, pra ela avaliar o meu grau de circulação, que ela disse não... que vou ter um médico acompanhante com esse problema que eu tô, porque que essas perna minha formiga muito e fica assim acelerando demais, demais e de noite a perna fica pesada e ela pegou mandou preu fazer caminhada, coisa que eu ainda não fiz, não sei porque, acho que é preguiça de ir, ela disse que eu tenho que fazer caminhada e que fazer poucos... pra poder trabalhar ou trabalhar, mas não

ficar me preocupando com muita coisa, que preocupação, né, não leva a gente a nada.

O comportamento de esquivar e resistência em fazer um acompanhamento sistemático implicava na necessidade de maior atenção das cuidadoras. Esta tarefa é particularmente relevante nos casos de HAS que é uma “doença da família” entre os membros desta rede e teve consequências severas sobre as diferentes gerações.

Os efeitos da hipertensão são reconhecidos e temidos principalmente pelo desenvolvimento de cardiopatias. Neste sentido, Ludmila, referindo-se a sua família de origem, informa que o avô “morreu do coração”, sua avó “morreu de derrame e também tinha problema de coração”, além de sua mãe que “morreu por problema de pressão alta”.

Leila, por sua vez, destaca que foi informada por um médico acerca da relação entre HAS e doença do coração: “eu tenho o problema do coração também, porque o médico disse que eu tomo remédio pro coração, porque a pessoa que é hipertensa tem problema no coração, né? Aí eu tomo remédio.”

Os tipos de cuidados dispensados aos hipertensos na família consistem em acompanhamento médico, uso contínuo de medicação e controle alimentar que consiste, principalmente, em evitar “sal, gordura, fritura, carne”. No entanto estes cuidados são destacados pelos participantes como característicos desta família, pois não observam entre seus vizinhos os mesmos comportamentos:

as pessoas que não têm, assim, os cuidados que a gente tem, assim, de... de cautela de boca, come tudo (Leila).

Poucos vão pra palestra [realizadas pelo posto de saúde], às vezes, porque tudo tem, né, um lado bom e um lado ruim. Mas muitas pessoas vão e não ficam até o fim da palestra (Ludmila).

Foram citados ainda problemas de saúde crônicos como asma e afecções cutâneas, apresentados pelos filhos de Ludmila. No segundo caso, foram

necessárias várias buscas na rede formal para tratar do problema de pele, no entanto este não foi resolvido pelos dermatologistas. Não encontrando solução na arena formal, recorreu às receitas caseiras. Ludmila afirma:

[Mostrando a perna de Leonardo] agora que tá melhor, oh. [...] Que antigamente isso abria em ferida. Aí era remédio, até hoje ele ainda usa o sabonete de aroeira. [...] Eu sei que foi, eu levei 7 anos, assim, mais ou menos nessa luta, nesse tratamento. E depois de 7 anos, ooi...sabe de uma, eu não vou mais andar atrás de médico nenhum.

Alem dessas receitas, a religião tem importante papel na promoção da saúde física e mental desta família. A participação em grupos de oração pelos doentes na igreja e/ou na residência destes contribui para o bem-estar e equilíbrio necessários para o enfrentamento das vicissitudes do cotidiano:

Aqui é o que a gente mais faz! Hoje nós fizemos. Hoje nós... Hoje mesmo eu tenho uma partilha ali que eu faço com as irmãs, né, espiritual, de espiritualidade, é muito bom. É bom pra como o espiritual e manual, né. É isso que me traz em pé. Eu já to nesse... nesse...nesse curso, já vou tem mais de ano. Toda segunda-feira eu vou partilhar. Ela passa os textos, às vezes a gente lê, é tão bom, tão bom, eu me sinto tão bem. (...) Eu peço a Deus, vou fazer uma oração, que é o que traz a gente em pé, que me alimenta. (Leila)

A gente apela pra Deus, reza a oração... Fala o nosso Pade Nosso, que é a primeira, a primeira oração que o Senhor deixou pra nós, né. Acho q eu a gente rezando o Pade Nosso, com muita fé, o senhor ajuda muito a nós, né. Minha irmã que é da igreja lá do São Francisco, ela é da igreja. Ela faz parte da igreja, minha irmã Leila. (Lorena)

Além dos problemas de saúde supracitados, foram relatados outros considerados “*sérios*” ou “*seríssimos*” e estes são prioritariamente tratados na rede formal. Os problemas de saúde interpretados como de menor gravidade são tratados no ambiente doméstico principalmente através de mudança de alimentação e utilização de “medicina alternativa”. A percepção de gravidade varia entre os familiares e Ludmila, que como principal cuidadora, compreende a maioria das situações de adoecimento na família como graves necessitando, portanto de acionamento da rede formal.

Os comportamentos de Ludmila em relação à saúde de sua família tem

suas bases em seu longo histórico de uso da rede formal. Graças a Lorena freqüentava mensalmente ao posto de saúde e recebeu atendimento sistemático pelo mesmo médico durante toda a infância. Este comportamento de busca sistemática por atendimento médico foi mantido por Ludmila ao longo de sua vida e repetido durante a criação dos filhos.

Atualmente, Ludmila afirma que não tem recebido visitas de ACS ou outros representantes de órgãos públicos como pesquisadores ou equipes de saúde, por isso toma a iniciativa de freqüentar a UBS. Sua participação e utilização da rede formal implicam em recepção de apoio instrumental e informativo. Este último se dá principalmente através das palestras oferecidas:

Sempre quem assumiu meus filhos fui eu e nessa época, sempre, eu, desde o dia deles pequeno, eu tinha um negócio de pesar todo mês. Aí, sempre no começo era lá nesse hospital que eu tô lhe falando. Aí, eu fiquei acompanhando eles até certa idade.

O posto oferece pra gente é palestra sobre hipertensão, sobre diabete. Agora mesmo teve uma menina do posto (...) desse César de Araújo, me convidou pra palestra segunda-feira, sobre esses problema de hipertensão e diabete, agora vai ser ai na Kolpe, 2 horas da tarde. Toda vez que tem, eu sempre vou porque eu gosto, porque sempre eu venho tirando assim... têm umas perguntas que eu fico em dúvida e eu gosto de perguntar pra esclarecer (Ludmila).

Sob sua influência, os outros membros também desenvolveram rotina de participação em atividades promovidas pelo serviço formal de saúde. Neste sentido, neste grupo observa-se mais claramente que nos anteriores a transmissão intergeracional de padrões de cuidado com a saúde, através de reprodução e atualização da forma como Lorena cuidava de Ludmila e como esta cuidou de seus filhos.



## 7.2 A família S: interação e cuidados com a saúde

*“Eles não me abandonaram! Foi o melhor remédio depois de Deus”*

*D. Simone*

Simone é natural de uma cidade do interior da Bahia e se mudou para o Caminho das Águas há pouco mais de 25 anos. O terreno, localizado na região 01, foi cedido por uma prima e vem lentamente ampliando a casa durante estes anos. Destaca a dificuldade em conseguir dinheiro para essas obras e a impressão de que “antigamente se trabalhava muito e se conseguia pouco. A gente não tinha nada porque o dinheiro não dava para nada nem para comer”. Quando comparado às condições atuais considera que são muito melhores, pois as pessoas têm mais condição de “melhorar de vida”.

Esta percepção de Simone é baseada em sua experiência pessoal e da vizinhança. Atualmente, considera que mora num bairro, não mais numa favela, devido às melhoras na infra-estrutura ocorridas na vizinhança. A melhor condição de vida diz respeito à possibilidade de aquisição de bens como telefone, televisão, computador, além da construção da casa, sem o risco de perdê-los devido às chuvas e constantes alagamentos do passado.

A relação entre D. Simone e seu filho Sílvio é considerada por ambos como muito boa, caracterizada por manifestações de afeto e cuidados recíprocos. As principais dificuldades encontradas por eles na convivência familiar foram decorrentes do adoecimento psíquico de Simone e, por isso, localizavam-se num período específico da história desta cidade.

### 7.2.1 Cuidados com a saúde: conectando redes

*Se ela tiver ruim, eu fico também é ela e eu. A carga é dupla.*

*Sílvio*

A narrativa de D. Simone sobre os cuidados com sua saúde concentrou-se em dois transtornos psiquiátricos: a *depressão* e a síndrome do pânico. Embora ambas sejam reconhecidas pela família como deflagradas pela violência, a *depressão* é também associada ao seu histórico de sofrimento e luta pela sobrevivência.

O termo *depressão* foi posto em itálico, pois a descrição apresentada por D. Simone aproxima-se mais de um quadro de psicose do que de *depressão*. Esta troca de significantes é comum em nossa sociedade, pois, de modo geral, seus membros são mais compreensivos e solidários com pessoas deprimidas que com os chamados “loucos”.

D. Simone localiza na infância a tendência a “fugir da realidade” motivada pelas múltiplas perdas que sofreu e pelo tratamento recebido por familiares que a criaram. Quanto às perdas, sua mãe biológica morreu de tuberculose quando tinha 4 anos e, posteriormente, sua tia e mãe de criação, por câncer de mama, quando completou 13 anos.

A relação de respeito e amor com esta tia, e a educação recebida foram fundamentais para o desenvolvimento dos padrões de sociabilidade e cuidados com a saúde desenvolvidos por D. Simone e transmitidos para Sílvio. Os aspectos relacionais aprendidos com sua “segunda mainha” atualizaram-se na proteção mútua na díade, assim como na preocupação em cuidar, “tratar bem” as pessoas e não se envolver em delitos.

Para D. Simone, foi a partir desta relação que aprendeu o forte senso de proteção que tem pelo filho, o qual, segundo a mesma, aprendeu e reproduz valores de integridade e respeito. Nos encontros com esta participante impressionava-me sua habilidade de analisar comportamentos e situações complexas, e de criar soluções. Quando questionada sobre estas características, também apontou a tia/mãe seu modelo de conduta porque esta era hábil em negociar e manter-se calma durante conflitos.

Morta a tia, teve início o processo de sofrimento que teria contribuído para sua *depressão*. D. Simone, sem aviso prévio ou esclarecimentos foi entregue para ser criada por seu pai com quem não tinha relação, pois era “filha da rua”. Maltratada e discriminada por sua madrasta e irmãos evitava confrontos e executava todas as tarefas domésticas “sem reclamar”.

Apesar do sofrimento, reconhece que nesta fase aprendeu muito observando uma irmã que era professora, e desenvolveu o hábito de fazer palavras cruzadas, uma importante estratégia para recuperação da *depressão*. Quando não mais suportou as humilhações fugiu para Salvador, casou-se, engravidou de Sílvio, separou-se do marido e criou-o sozinha.

Quanto aos cuidados com a saúde, em Salvador desenvolveu o hábito de fazer *check-up* anual (termo utilizado pela participante). No entanto, embora tenha ensinado o filho a proceder da mesma forma e o levasse para consultas médicas periodicamente, este passou a evitar a rede formal de assistência à saúde desde que se tornou adulto.

Atualmente, Sílvio resiste a submeter-se a tratamentos médicos ou caseiros e faz avaliação negativa da qualidade das instituições públicas de saúde de modo geral. Quando ocorre por algum evento de saúde considerado “leve” a mãe

utiliza receitas caseiras como chás para tratá-lo, em situações “graves” D. Simone faz todos os encaminhamentos para consultas e exames médicos.

Na história desta família sempre houve participação ativa dos amigos/vizinhos e reciprocidade no oferecimento de apoio social em caso de adoecimento. De modo geral, os membros desta rede encaminham para instituições de saúde, acompanham durante a espera por atendimento e “tomam conta” do doente como se fosse “no interior”. Além dos conselhos e companhia, o oferecimento de alimentação é uma das principais formas de cuidado entre vizinhos, observando-se as necessidades de cada quadro: leite e suplementos para recém-nascido, sucos e mingau para as doenças respiratórias, *cabelo de milho* para cálculo renal e comidas “para fazer agrado” quando é caso de doença mental.

A família de origem tem um histórico relevante de doenças graves que resultaram em mortes. Segundo de D. Simone “isso é coisa de família é do DNA, do sangue”. Foram citados vários casos de câncer, tuberculose, cardiopatias, acidente vascular cerebral, além de transtornos psiquiátricos graves em pelo menos cinco membros.

A interpretação de D. Simone acerca dos fatores etiológicos de sua *depressão* incluem, ainda, a pobreza que experimentou desde a infância; o trabalho árduo e frustrante para adquirir bens e construir a casa; o avanço da idade, particularmente a chegada da menopausa; ter presenciado mortes violentas (inclusive do filho de sua amiga/vizinha Olívia que participou informalmente da pesquisa) e prisões constantes de conhecidos da rua e a violência que sofreu durante um assalto.

No entanto, apesar de focar seu discurso em aspectos psicossociais também destaca a dimensão sobrenatural da doença. Por diversas vezes a

*depressão* foi caracterizada como “uma doença do demônio” devido às alucinações que experienciou: “você vê uma coisa e todo mundo tá te dizendo ‘não é isso’, ‘não é isso’, mas você tá vendo aquilo e vê real, real. Eu não acreditava, mas passei para ver que é real”.

De início repentino e evolução rápida, seu quadro clínico foi agravado quando se tornou refém de assaltantes num bar em frente a sua casa e permaneceu durante cerca de 4 horas, sob a mira de revolver. Neste episódio, D. Simone e outros reféns sofreram várias ameaças em relação à sua vida.

Este evento, ocorrido no ano de 2001, é interpretado nesta família como principal deflagrador da sua *síndrome do pânico*. D. Simone relata sintomas coerentes com este diagnóstico como ansiedade aguda e intensa, além de extremo desconforto físico e psíquico: “eu ficava com medo, não queria ver mais ninguém, nem ela [D. Olívia]. Ela vinha me ver e eu corria para me esconder e ficava me acabando de chorar”.

Estes sintomas associaram-se aos delírios persecutórios e alucinações: “Eu ia para rua e ouvia alguém me chamando, falando de mim, olhava pra trás e não tinha ninguém, que tinha alguém me seguindo, me acompanhando. Agora, eu acho que aquilo tudo era da minha imaginação”.

As notícias de violência da TV serviam como material e enredo para novos delírios:

Eu pensava, “meu Deus, vão dizer que fui eu que matei, que foi meu filho que matou”, eu tomava aquilo para mim. Quando eu via um policial eu tentava correr com medo dele me prender, se vinha alguém aqui em casa eu achava que era policial disfarçado, meu filho não podia ir mais no computador porque eu achava que tinha um microfone, micro-cameras pela casa. Tinha horas que eu parava e ficava “mas meu Deus se não fui eu como podem em associar a isso?” (D. Simone)

Outro fator que agravou seu estado foi o abuso de bebidas alcoólicas. Embora houvesse desenvolvido o hábito de beber após a perda do emprego, pois “não tinha o que fazer”, o consumo de álcool aumentou nesta fase e teve efeitos devastadores:

A bebida era fácil tinha sempre alguém que dava, eu fazia um crochê, uma faxina, arranjava dinheiro e comprava. Meu filho trabalhava o dia todo e quando chegava eu tava aqui bêbada, bebendo, todo mundo reclamava e eu nada. Tava doida para beber, até que eu comecei a ter convulsão alcoólica e choque no corpo. Eu achava que era meu filho que fazia ligação de fio elétrico para me dar choque, mas era os nervos que a bebida já tava atacando (D. Simone).

Olívia, sua vizinha teve papel fundamental nos cuidados prestados a D. Simone no período crítico, pois, como Sílvio trabalhava, ia com frequência em sua casa ao longo do dia. O principal temor entre os cuidadores era que D. Simone tentasse o suicídio, o que efetivamente aconteceu, ou incendiasse a casa.

O tratamento especializado iniciou-se a partir da ação de uma outra vizinha, amiga antiga de D. Simone que fazia, juntamente com toda sua família, tratamento no Hospital Juliano Moreira<sup>4</sup>. Esta vizinha tomou a iniciativa de aconselhar Sílvio a buscar esta instituição e se disponibilizou a levá-los para o hospital.

Inicialmente, mãe e filho temiam que fosse necessário o regime de internação devido ao “ambiente ruim” do hospital. Não se confirmando seus temores, iniciaram o tratamento que incluiu medicação para remissão dos sintomas, acompanhamento sistemático com psiquiatra, psicóloga e odontólogo. Este último foi necessário, pois D. Simone perdeu a maior parte dos dentes devido a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas.

---

<sup>4</sup> Hospital psiquiátrico e público que desde 2001 abriga um Centro de Atenção Psicossocial e um Hospital Dia.

Os diferentes tipos de apoio que recebeu de seu filho, das amigas/vizinhas e suas respectivas famílias foram apontados por D. Simone como fundamentais para a recuperação da sua saúde. Foi identificado apoio emocional através de manifestação de carinho e amor, visitas freqüentes para “saber como estava”, apoio financeiro e material que viabilizavam o comparecimento ao atendimento médico e companhia para pequenos passeios que contribuíram para o retorno ao convívio social.

Sílvio é indicado por D. Simone como seu principal cuidador, a pessoa mais próxima e carinhosa com ela. São reconhecidos como cuidados relevantes prestados por ele o fazer comidas diferentes, especialmente para ela, o incentivo a realização atividades recreativas, dar banho, levar ao médico.

Os sintomas da doença mental tiveram repercussão significativa na relação da díade e na saúde mental de Sílvio. Por acreditar que seu filho era seu principal inimigo, agredia-o com freqüência, por isso foi emocionante para D. Simone lembrar que ele permaneceu apoiando-a apesar das freqüentes acusações, brigas e ataques gerados por seu adoecimento.

Para Sílvio, que chegou a ser culpabilizado por membros da família de origem de D. Simone por seu adoecimento, acredita que os sintomas da mãe foram resultado de excesso de preocupação com problemas familiares não revelados durante as entrevistas:

Mainha ainda é uma pessoa que se preocupa com os outros e esquece dela. De tanto se preocupar com a família, que tirando alguns poucos não se preocupavam com a gente, foi acumulando, acumulando e chegou ao ponto que isso aconteceu. Foi difícil (chora), só eu e ela, nessa época eu tava trabalhando (pausa longa e choro intenso) e ai trabalhei ai só eu e ela, graças a Deus to com minha mãe. Ela ta bem melhor.

Não poder cuidar da mãe em tempo integral gerou profundo sofrimento e a sensação de impotência diante do adoecimento: “eu queria fazer tudo e não

conseguia fazer nada, ver mainha naquela situação, nem tava me reconhecendo mais, foi muito difícil, muito difícil”.

Ao contrário de D. Simone, Silvio informou que poucos parentes e amigos permaneceram próximos e os ajudaram: “é nessas horas que a gente vê quem são os parentes e quem são os amigos que não foram muitos”. Tios e primos são definidos por ele como pouco amorosos e interesseiros o que gerava conflitos familiares constantes.

Em sua avaliação, os amigos/vizinhos foram mais participativos que seus familiares, principalmente no início, mas aos poucos se afastaram. Isto pode indicar que houve a formação de um *círculo vicioso* provocado pela dificuldade em lidar com os sintomas do transtorno mental. Esta dificuldade pode se dever tanto às alterações comportamentais decorrentes de seu adoecimento, como também ao preconceito entre os vizinhos em relação à doença mental.

No entanto, na avaliação de D. Simone, a participação ativa de sua rede interpessoal foi relevante e intensa porque lhe deu a sensação de segurança e pertencimento. Isto foi importante porque a maioria dos membros da família de origem morava no interior e não mantinha contato freqüente. Neste sentido, membros das famílias vizinhas ocuparam os papéis de cuidadores primários revezando-se na atenção prestada à D. Simone.

Por isso, ao narrar a forma como foi cuidada e as relações de afeto entre essas famílias declara que “família é isso”. O sentido de família, neste caso, aparece associado à qualidade dos vínculos afetivos e de reciprocidade de cuidados entre os envolvidos em sua rede interpessoal. Os termos carinho e amor foram, por diversas vezes utilizados para definir o tipo de apoio que ela considerou mais importante para sua recuperação.



Em parte, a discordância entre as percepções de mãe e filho pode se dever as diferentes expectativas que tinham quanto ao tipo e intensidade do apoio que gostariam de receber. Enquanto Sílvio ansiava por apoio instrumental que viabilizasse cuidados diários da mãe, esta se sentia cuidada quando recebia apoio emocional.

A adesão de D. Simone ao tratamento e sua participação voluntária nos contatos com a rede formal são aspectos que fogem à realidade do campo da saúde mental. Isto porque, embora considerasse a participação demoníaca nos episódios de delírio e alucinação não priorizou a dimensão espiritual, não abandonou o tratamento alopático quando estabilizada psiquicamente e sua família/rede pessoal manteve a participação ao longo de todo tratamento. Estes são comportamentos considerados incomuns também em relação aos familiares neste campo, principalmente no sistema público (ROSA, 2005).

Quanto ao uso de medicação, ao contrário da maioria da população, D. Simone afirma que não teve reações significativas, ou medo de criar dependência e que mantinha regularmente o uso para controle do sono. A adesão ao regime medicamentoso deveu-se, em parte, ao reconhecimento de que seu sofrimento psíquico cessou com o início do uso dos psicotrópicos e a uma experiência de retorno intenso dos sintomas. Este retorno deveu-se à necessidade de ajuste da dosagem durante o tratamento e reforçou sua avaliação positiva dos efeitos da medicação:

[Se não tomar] começa a lembrar, as lembranças ruins vem mais forte, os carros passando na rua, para mim já está no portão, já está aqui entrando, então é melhor que eu tome meu remédio durma e acabou [...] fiz meu tratamento e nunca mais tive nada. Vou para rua, não tenho medo de me perder na rua. Venho para casa sozinha, vou na casa de minha cunhada. Passo o dia fazendo crochê, agora a gente está no céu.

Na fase do tratamento em que se encontrava quando participou deste estudo, tomava a quantidade mínima de ansiolítico e era facultado o uso de indutor do sono. Quanto à necessidade de medicação, D. Simone considera que “Por enquanto não tô pensando em parar não. Não tá me fazendo mal nenhum, a quantidade que to tomando é fraquinha, não to sentindo nada”.

Sua relação com a instituição e os profissionais contribuiu para sua adesão e é avaliada por ela como excelente. A gratuidade do serviço, o fornecimento dos remédios necessários para o tratamento, a possibilidade de ter contato com especialistas em diferentes áreas e a humanização do atendimento são considerados aspectos importantes para o seu reestabelecimento.

No entanto, além das características organizacionais, sua capacidade de memorização e a forma como se apropriava de informações foram elementos fundamentais para o acesso aos serviços e recepção de apoio social. D. Simone discorria facilmente sobre seu estado de saúde; nomes, quantidades e ação de medicamentos; procedimentos, serviços, localização e horário de funcionamento de instituições e diferentes especialidades médicas. Buscava estas informações em diferentes fontes como TV, vizinhos, amigos e, principalmente, profissionais de saúde:

O médico disse o seguinte, que agora na minha condição, na condição do estrago que ficou no meu cérebro, que uma parte do cérebro ficou danificada. Que qualquer estresse, qualquer preocupação, qualquer coisa que me eleve... sabe eu posso voltar assim num estalar de dedos vem aquelas coisas todas de novo. Então eu não posso nem parar de tomar o remédio e nem me preocupar. [...] agora, se eu tiver que ir para rua eu vou cedo para voltar cedo, se for lugar que tiver muita aglomeração eu não vou pra não ficar estressada, agora dentro de casa eu não me estresso com mais nada.

Na sua relação com o sistema formal, a aceitação da autoridade do médico é mediada pela reflexão e concordância com as recomendações. Um exemplo foi o fato de que mesmo estando na fase crítica, D. Simone parou

totalmente de beber ao ser esclarecida pelo médico sobre a gravidade do seu estado de saúde. Em sua decisão pesou o reconhecimento da competência do médico e a compreensão de que sem a bebida poderia recuperar mais rapidamente a saúde mental.

Nesta questão, estratégias de “distração” utilizadas pelos membros de sua rede também contribuíram para o controle da dependência do álcool. Uma das mais importantes era levá-la para a casa de membros da família extensa com objetivo de mantê-la distante fisicamente do Caminho das Águas e das pessoas que lhe ofereciam bebidas.

A religião é referida como relevante na superação do adoecimento, embora pouco destaque tenha sido dado a este elemento na narrativa. D. Simone afirma que buscou em sua fé em Deus e na bíblia recursos espirituais para superação do adoecimento, o que é condizente com sua interpretação de *depressão* como doença demoníaca. Para ela, o reconhecimento e aceitação de que estava doente, além da compreensão sobre a necessidade de tratamento foram resultado de intervenção divina.

Finalizando a análise sobre esta família, é importante salientar que embora tenham recebido apoio de diferentes membros no episódio de adoecimento de D. Simone, houve uma importante retração da rede interpessoal familiar nos últimos anos. Motivos distintos foram identificados nos relatos dos participantes como: a) por não exercerem atividades laborais; b) por perderem o contato com moradores antigos que fizeram parte de sua rede interpessoal e deixaram o bairro devido às más condições de infra-estrutura e violência; c) pela pouca integração entre vizinhos atuais e, por fim d) pelo adoecimento de D. Simone.

Como sintoma do tipo e qualidade dos vínculos estabelecidos no local e talvez por preconceito, nenhuma família/vizinho aceitou participar formalmente deste estudo ou ser associado a esta família. Afirmavam que não eram “loucos”.

## 8. REDE MOVIMENTALISTA E VIOLÊNCIA: A SAÚDE NO CAMINHO DAS ÁGUAS

*“Socorro! Pede o Caminho das Águas ao poder público.”*  
(faixa carregada por moradores em passeata)

Uma vez dentro do Caminho das Águas, as doenças e agravos apontados pelos informantes e grupos familiares em foco relacionavam-se diretamente aos diferentes tipos de violência a que a população do bairro era submetida. O distanciamento/omissão das ações governamentais, a segregação social, a violência policial e entre vizinhos apareceram como itens fundamentais para compreensão dos determinantes de saúde das famílias investigadas.

Nestas narrativas, dois temas relacionados à saúde destacaram-se nas atividades coletivas, conversas e depoimentos dos moradores: na região 2, o movimento de moradores para recuperação de ruas/casas e na região 1 o aumento da violência no local.

Em relação ao primeiro tema, corroborando as interpretações de moradores de outras áreas da Boca do Rio, de novos condomínios em construção tão próximos ao Caminho das Águas “provavam” que os ricos/brancos estavam novamente invadindo suas terras. E estes os invasores tinham o projeto bem orquestrado e sinistro de enterrá-los vivos e expulsar os que sobrevivessem.

Os prédios eram detalhadamente descritos e compreendidos como uma cerca de concreto elevadíssima e inacessível tanto no sentido material quanto simbólico. No entanto, a despeito da sua dramaticidade, este enredo diluía-se nas piadas (chistes) contadas pelos entrevistados.

A impressão de “serem enterrados” advinha dos deslizamentos de terra ocorridos desde abril de 2006 (cerca de um mês antes de nossa entrada). Como os prédios localizavam-se num plano mais alto e muito próximo à comunidade, a terra removida para realização das obras deslizava sobre as casas e ruas do Caminho das Águas em períodos de chuva intensa em Salvador.

Na primeira vez que avistei a área dos deslizamentos, chovia e pequenas cachoeiras desciam do alto de montes de terra e corriam para dentro das casas e pelas ruas em forma de lama (inspiração para o nome fictício da comunidade utilizado neste estudo). Uma visão aterrorizante quando considerada a possibilidade dos montes de terra virem abaixo a qualquer momento e desoladora quando analisadas todas as perdas sofridas pelos moradores.

O risco constante e iminente de destruição e mortes estava presente em quase todas as conversas que tive com os moradores durante a permanência em campo nesta região. As principais repercussões destes eventos, destacadas pelos moradores, referiam-se: a) danificação e/ou perda das suas casas e necessidade de recuperação dos danos estruturais das ruas, b) vivência de insegurança constante diante do risco de novos deslizamentos de terra e c) o comprometimento da saúde física e psíquica da população devido ao risco de morte e novas perdas, e ao sentimento de exclusão e desproteção social.

A perda das casas e pertences enchia-os de tristeza e raiva. Sentimentos compartilhados pela pesquisadora que tantas vezes acompanhou relatos emocionados sobre anos de trabalho gastos para construir suas moradias. Neste sentido, um dos momentos mais especiais do trabalho de campo foi entrar nos becos e casas soterradas.

Enterrados no barro seco, os móveis, brinquedos, eletrodomésticos, quadros de santos e fotos de família, e lâmpadas, ainda acesas, indicando o abandono imediato das casas. Imersos num silêncio profundamente mobilizador, as cenas invariavelmente me remetiam a uma cidade sepultada.

As perdas materiais implicaram num recrudescimento da pobreza local e dificuldade de acesso e trânsito. Para aqueles que tiveram suas casas condenadas e que se mudaram para outras ruas do bairro ou mesmo para outros bairros, somou-se a incerteza da dependência do pagamento de aluguéis destes imóveis pela construtora e de realização dos reparos e indenizações a que tinham direito.

Após o primeiro grande deslizamento, foram erguidos muros nos limites de duas comunidades do bairro dentre elas o Caminho das Águas. Segundo as declarações da construtora responsável, estes muros foram construídos devido à ameaça de novo soterramento de diversas casas, funcionando assim como uma muralha de contenção da terra.

No entanto, como esta era uma área em que residiam mestres de obras, pedreiros e marceneiros, imediatamente foram percebidas irregularidades tanto em relação ao material (cascas de bananeiras, com algumas pedras e cimento) quanto à perícia como foi construído (sem sustentação, em largura e altura insuficientes para conter a quantidade de terra que poderia deslizar).

Eram visíveis as extensas e comprometedoras rachaduras e a desproporcionalidade entre a quantidade de terra, altura e capacidade de contenção dos muros. Neste sentido, o próprio muro constituía-se num risco maior de destruição, pois foi construído a uma distância de poucos centímetros das paredes das casas.

Coerente com o processo histórico de formação da identidade dos moradores do Caminho das Águas, a construção do muro no local foi interpretada como uma estratégia para “separar a população pobre da rica”, criando um *apartheid*, termo usado pelos próprios. Para esta população o intuito da construtora não era exclusivamente de segurança, mas também demarcar as diferenças sociais.

De tal maneira esta construção os atingiu que nos discursos pude identificar uma categoria de doenças específicas: as “doenças do muro”. Estas eram doenças diretamente relacionadas com as repercussões dos deslizamentos de terra e com a construção do muro. Esta categoria de doenças incluía problemas de pele (“caroços”, “escabiose”), febre nas crianças, “preocupação” e “nervoso”, insônia e as “doenças do rato”, que não encontraram respostas efetivas na rede formal de atenção a saúde do bairro.

De modo geral, manifestações físicas ou psíquicas consideradas problemas de saúde pelos moradores eram imediatamente atribuídas ao entupimento do sistema de esgoto, à disseminação de insetos e ao agravamento da HAS tão comum nesta região.

O caso do Sr. Ronaldo exemplifica a força desta associação entre os participantes. Embora melhorasse visivelmente ao longo de sua participação na pesquisa, Sr. Ronaldo manifestou em diferentes encontros o temor de sofrer recaídas, pois na sua interpretação e de seus filhos o que provocou o derrame foram suas preocupações com o muro: “A saúde tava boa, pra mim tava, tava ótima que eu não tava sentindo nada... aí depois que aconteceu, de uns tempo pra cá que esse problema criou... derrame, a pressão... fiquei hipertenso.” Esta associação é tão forte que mesmo reconhecendo que a HAS foi diagnosticada um ano antes e que não



houve controle da pressão arterial desde então, o derrame é compreendido como uma *doença do muro*.

Em resposta a situação constituiu-se a rede informal movimentalista apresentada a seguir, da qual participavam ativamente as famílias R, I e L, nosso ponto de ancoragem. No total, 34 casas foram atingidas e os moradores reivindicavam indenizações, recuperação do asfaltamento e do sistema de esgoto que foram danificados. Os membros desta rede depositavam esperança na melhoria de suas condições de vida, que significava a resolução dos seus problemas de saúde e respostas efetivas às perdas recentes.

Foi, portanto, em meio à profunda insatisfação e conflitos entre diferentes atores sociais que foram observadas as interações entre redes no campo dos movimentos sociais, do Estado e Políticas públicas, e o campo interpessoal no Caminho das Águas.

#### 8.1 Sobre movimentos sociais e relações com o Estado: a rede informal

Na discussão acerca das redes não-governamentais, ou movimentalistas, estas aparecem na literatura quase exclusivamente associadas às dinâmicas do campo interpessoal dos indivíduos que as compõem. No entanto, importa destacar que esta influencia não pode ser compreendida linearmente ou apenas no sentido rede pessoal - movimentos sociais. Este é um processo contínuo de retroalimentação, avaliações e reorganização das redes envolvidas como foi observado em campo.

A opção por agir coletivamente aparece nas declarações de diversos moradores como uma estratégia de sobrevivência neste contexto crítico, que gerava expectativas de resolução a curto e médio prazos dos problemas que enfrentavam.

Esta decisão baseava-se no reconhecimento do potencial das redes em proteger a saúde dos seus membros.

O conhecimento empírico dos moradores sobre o aumento da possibilidade de sucesso pessoal através da participação em redes encontra seu correspondente científico em estudos de diversos autores. Para estes as redes formadas entre atores sociais intensificam os recursos de apoio, possibilitando ações coletivas, participação no processo reivindicatório e de tomada de decisão em relação as suas necessidades.

Em parte, foi possível confirmar as proposições de diversos autores (MOREIRA, 2005; MARTINS, 2004; ANDRADE; VAITSMAN, 2002; LACERDA, 2002; VALLA, 1999, 2000a, 2000b), sobre os benefícios de participação neste tipo de redes sociais durante reuniões de moradores do Caminho das Águas. Os encontros em que estive presente tinham como objetivos a mobilização da comunidade para reivindicação de seus direitos de ressarcimento pelos danos causados pelos deslizamentos, recuperação das casas atingidas e pagamento de aluguéis das casas provisórias. Buscava-se, ainda, informar acerca do andamento do processo legal, da divisão de responsabilidades e tarefas, estabelecer parcerias e organizar manifestações públicas em solidariedade às famílias atingidas. E, para além das questões imediatas, pretendia-se conseguir através destas mobilizações a melhoria de infra-estrutura e das condições de saúde locais, além da construção de uma creche pública (reivindicação antiga da comunidade).

Neste mesmo período, além das manifestações específicas de cobrança do pagamento de indenizações, acompanhei passeatas nas ruas do bairro e na orla em oposição à construção de um emissário submarino, que comprometeria ainda mais as áreas de lazer e qualidade de vida no bairro. Dentre os eventos, o que

considero de maior visibilidade foi uma grande passeata que se deslocou do bairro do Campo Grande até a prefeitura municipal (centro da cidade), organizada pelo Conselho Tutelar do município em comemoração aos 16 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Durante as manifestações, diversas lideranças comunitárias, escolas, grupos de capoeira, participantes de projetos sociais, ONGs e associações em defesa de grupos específicos de diferentes locais da cidade encontravam-se e trocavam informações sobre suas atividades. Os moradores por sua vez manifestavam satisfação por estarem trabalhando juntos e esperança de resolução de seus problemas. Foram momentos de encontros de múltiplas redes e, principalmente, troca de apoio social emocional (animavam-se uns aos outros) e informativo (atualizavam-se sobre avanços e insucessos em suas atividades).

Estas eram ocasiões em que diversas *oportunidades* de crescimento mútuo surgiram, pois os participantes tinham possibilidade de manifestar suas inquietações, desejos e fazer sugestões para resolução dos problemas individuais e coletivos. O potencial reivindicatório e educativo das reuniões dos moradores era inicialmente elevado, pois contava-se com a participação e apoio manifesto de advogados, vereadores, líderes comunitários e integrantes de ONGs da Boca do Rio, professores de escolas públicas locais, e uma representante da administração regional da prefeitura.

Além dos representantes de instituições e profissionais, participava desta rede um grande número de moradores (entre 60 e 80 pessoas) reunido num espaço amplo e privilegiado cedido por uma escola pública da Boca do Rio. Inicialmente, mostraram-se dispostos ao lutar por seus direitos e organizavam-se, dividindo entre si tarefas e responsabilidades.

Estes atores formavam uma *rede informal*, compreendida neste estudo como a união de pessoas que não obedece a uma estrutura hierárquica institucionalizada, “uma trama que não molda necessariamente um grupo, mas que atende a interesses, afinidades que podem ser temporários” (BRAGA, 2006).

Em sua configuração inicial esta rede caracterizou-se por: a) alta densidade - havia forte vinculação entre os membros, cobrança para permanência e submissão às normas e decisões coletivas; b) grande extensão – o número de pessoas que participavam era superior ao das experiências anteriores de mobilização para resolução de problemas; c) heterogênea - composta por indivíduos com características demográficas e socioculturais distintas. Por terem objetivos comuns de sobrevivência e concordância quanto às funções dos vínculos, foi possível o estabelecimento de padrões interativos entre os membros da rede caracterizados pela existência de alta reciprocidade (direcionalidade) e intensidade nas relações (força dos laços de união entre membros das redes).

Sobretudo, houve fluxo importante de apoio social informativo, pois os membros eram esclarecidos sobre andamento dos processos jurídicos e das ações desenvolvidas pela prefeitura, também tinham conhecimento da situação dos vizinhos atingidos. A possibilidade de acompanhar os acontecimentos a partir das explicações de profissionais e da participação *in loco* das audiências para acordo com a imobiliária contribuía para diminuição de parte da ansiedade.

Estar com outros que compartilhavam o mesmo sofrimento alimentava a crença na possibilidade de sucesso nas negociações e alcance dos seus direitos. Esta crença foi fortalecida pelo apoio financeiro através da consecução do pagamento dos primeiros meses dos aluguéis dos imóveis para onde as famílias atingidas foram deslocadas.

Estas características sofreram diversas alterações ao longo do período de trabalho de campo, o que não significa *per se* insucesso da rede, mas ilustram aspectos fundamentais das redes sociais complexas como dinamismo, multicausalidade e fluxo constante de informações. No entanto, neste caso as mudanças implicaram em contração da rede, enfraquecimento dos vínculos entre seus membros e impossibilidade, ao menos momentânea, de alcance dos seus objetivos.

A despeito das condições favoráveis ao diálogo e grande mobilização social, a comunidade mostrou pouca capacidade de organização ao longo do processo. A desmobilização gradual observada nesta rede parece ter sido influenciada por dois aspectos, destacados por Andrade e Vaitsman (2002), que podem minar as possibilidades para a solidariedade horizontal: pobreza e desconfiança mútuas.

Em relação à pobreza, a necessidade de resolução imediata dos problemas financeiros levou a aceitação de acordos individuais com valores baixos de indenização. Esta seria uma reedição dos *acordos mal feitos* do passado com uma diferença significativa: neste caso específico aqueles que cederam e perderam suas posses não foram considerados “vítimas da esperteza dos ricos”, mas “traidores” dos vizinhos.

Ao quebrar o acordo coletivo de luta judicial por embargo da obra e restituição por perdas e danos avaliados por profissionais contratados pelos moradores, estes membros geraram mal-estar no grupo, além de deflagrarem um processo de acusações mútuas e distanciamento entre os participantes da rede. Ao menos durante trabalho de campo, pode-se afirmar que esta rede apresentou pouca

durabilidade e resolutividade, quando considerado seu tempo de ativação e constância na mobilização.

Analisando estes acontecimentos, a principal forma de interpretação que segui enquanto pesquisadora corroborava os modelos explicativos persecutórios que fazem parte da história desta comunidade. Como suspeitávamos inicialmente, a construtora não pagou os aluguéis das famílias atingidas após o período crítico dos deslizamentos. Isto gerou endividamento e constrangimentos que, associados à demora em iniciar as avaliações pelos órgãos responsáveis e o reparo das casas pela construtora, levaram à aceitação das propostas individuais.

Além disso, havia boatos não confirmados de assédio para aceitação das propostas da empresa. Moradores estariam sendo convencidos por advogados da construtora com a colaboração de um morador, que trabalhava na obra e que era freqüentador assíduo das reuniões do movimento. Nossas interpretações conspiratórias distanciavam-se apenas no que diz respeito à crença de que havia participação ativa dos representantes da defesa civil, polícia, CONDER e prefeitura para beneficiar a empresa.

Os que fizeram acordos foram considerados, portanto, “traidores” da comunidade e acusados de levar informações para os advogados da construtora. Agravando a situação, representantes de candidatos à eleição estadual e de ONGS associadas aos mesmos passaram a freqüentar as reuniões. E, por fim, a desconfiança entre os moradores foi generalizada para os demais integrantes das reuniões que ocupavam papéis de representação de instituições governamentais ou não, inclusive para a pesquisadora, culminando na descrença do grupo quanto ao próprio movimento.

No que diz respeito à relação com a pesquisadora, as dificuldades foram concentradas em Joelma uma líder comunitária que era um dos nossos principais informantes. Embora tenha sido uma das principais colaboradoras deste estudo, apresentando-nos a figuras representativas da Boca do Rio e da comunidade, e guiando-nos por lugares que não conseguiríamos entrar sozinhos, havia uma expectativa da mesma de que os resultados do estudo fossem apresentados imediatamente.

A intenção de Joelma era utilizar os resultados como “prova científica” para pressionar órgãos públicos para resolução dos problemas locais. Isto refletia seu interesse genuíno na melhoria das condições de vida da comunidade, mas também a utilização da proximidade com a equipe como “capital simbólico” na disputa política com outras lideranças comunitárias.

Como discutido por diferentes autores, (BECKER, 1999; MINAYO, 2004) estas situações são comuns em trabalho de campo e, neste caso, foram de difícil resolução. Apesar dos constantes esclarecimentos prestados a Joelma, em todo o tempo foi necessário lidar com suas investidas para controle dos procedimentos de investigação, para a “prestação de contas” do que estava sendo feito e escrito e, principalmente, a desconfiança quando lideranças “da oposição” eram contatadas para participarem do estudo. Diante da impaciência de Joelma e incompreensão sobre os objetivos de um trabalho científico paulatinamente nos distanciamos e novos informantes foram localizados para dar continuidade à pesquisa.

Retomando a análise da rede de movimento social, nos encontros, duras críticas começaram a ser dirigidas ao advogado que representava a comunidade no processo e à representante da prefeitura, que não mais compareceu às reuniões, assim como se tornaram claros conflitos e disputa por poder entre as lideranças

comunitárias. Entre boicotes e acusações mútuas de uso indevido do nome da comunidade para obter benefícios pessoais com políticos, de receber dinheiro para manipular os moradores e beneficiar a construtora, de desvio de dinheiro de indenizações, dentre outros, muitos se afastaram e outros continuaram o processo sem a participação efetiva da comunidade.

A proximidade do período eleitoral de 2006 foi um aspecto fundamental para recrudescimento dos conflitos entre associações de moradores e diversas representações comunitárias formais e informais, e conseqüente enfraquecimento da rede. Segundo relatado pelos participantes e observado em campo, o Caminho das Águas era palco de intensa movimentação política, principalmente de vereadores, nos anos de eleição e os interesses políticos dos candidatos eram facilmente identificados pela população. E, mesmo quando esta investida eleitoral se dava através de representações do bairro como associação de moradores e ONGs, aqueles com quem tive contato eram enfáticos em apontar que tanto os políticos quanto as “lideranças” só se manifestavam em anos de eleição<sup>5</sup>.

Eram todos considerados “proveitadores” que trabalhavam em benefício próprio. Por suas declarações, percebe-se que estas lideranças não eram representativas da população que via com desconfiança os que assumiam este papel.

### **8.1.2 Famílias R-I-L em movimento**

Quando solicitados a falar sobre experiências positivas de mobilização social no Caminho das Águas, os membros da micro-rede R-I-L e outros moradores

---

<sup>5</sup> Retornando ao campo e acompanhando a eleição municipal de 2008, percebi que nenhuma mudança ocorreu no Caminho das Águas neste sentido. Cada “líder” comunitário apoiava um candidato que, por sua vez, só podia entrar na área específica comandada por sua associação. Os que não eram membros desta rede política interna não entravam no bairro, que continua sendo palco de chacinas e violência tanto do tráfico quanto da polícia.



se remetiam a um movimento anterior que resultou nas melhorias de infra-estrutura realizadas no bairro (final da década de 1990). Entretanto, imediatamente, ressaltavam que as poucas ruas que haviam sido cimentadas ou asfaltadas e o sistema de esgoto foram danificados pela lama dos desabamentos e desde então não podiam mais ir trabalhar pela manhã “limpos”.

De modo geral, andar descalço ou de “chinelo de dedo” pelas ruas, levando sacos plásticos para proteger a roupa foi apontada como uma situação particularmente humilhante para os moradores. E, principalmente para as mulheres que trabalhavam como empregadas domésticas, a situação implicava em atrasos constantes e necessidade de levar “mudas” de roupa.

Estas famílias não identificaram relação entre a participação na rede movimentalista e benefícios materiais imediatos. A rigor, sua rede interpessoal foi apontada como principal fonte de apoio.

O histórico de boas relações na família I foi importante para o fluxo de apoio social neste período em que foram necessários constantes deslocamentos para diferentes residências devido ao comprometimento estrutural das casas de vários membros. Da mesma forma, a família L se beneficiou o histórico de relações de afeto e cuidado recíproco entre seus membros, antes distribuídos em diferentes domicílios, pois tiveram que se reunir uma casa alugada e de pequenas dimensões, após terem suas casas interditadas. Neste sentido, embora estivessem convivendo seis pessoas no imóvel, não houve referência a desconforto ou dificuldade de organização dos membros da família neste novo ambiente.

Participar do movimento dos moradores para Sr. Ronaldo era, por sua vez, parte do seu “tratamento” da HAS. Pois acreditava que uma vez solucionada a questão da sua casa, que ficava a centímetros do muro, teria novamente sua

pressão sob controle. No entanto, até o momento de saída do campo, a única alteração realizada foi o aumento da altura do muro de contenção o que comprometeu a circulação de ar no local e gerou a elevação da temperatura nas casas.

Analisando a experiência destas famílias nos cuidados com a saúde e sua relação com a rede mais ampla do movimento, chama atenção que a forma como se referem à última sofreu alterações ao longo do tempo. Se no início esta participação estava diretamente associada a qualidade de vida e sua saúde, após alguns meses, pouca ou nenhuma referencia era feita a este tema ainda que continuassem a participar ativamente das ações grupais. De tal modo que, ao fim dos nossos encontros, os comentários sobre os “vizinhos”<sup>6</sup> e “líderes” resumiam-se a críticas severas.

Para ilustrar seu descrédito quanto aos movimentos sociais e políticos no local, usavam como exemplo o fato de existirem várias associações de moradores no bairro da Boca do Rio e de nenhuma delas ser efetiva. Críticas contundentes eram direcionadas à associação de moradores do Caminho das Águas, em construção há anos, cuja sede “[...] não termina nunca. O dinheiro vai todo pro bolso” (Robson).

## **8.2 Violência e saúde**

*“Bom dia! Onde é o Caminho das Águas?”*

Embora tenha recebido maior destaque entre os moradores da região 01, o tema violência acompanhou todas as etapas e discussões realizadas durante o

---

<sup>6</sup> Moradores que apesar da proximidade geográfica das residências não mantinham vínculos de amizade.

trabalho de campo. Desde os cuidados com a segurança da equipe e sigilo das informações no processo de produção e análise de dados, passando pelas experiências de presenciar incursões da polícia e de traficantes.

A questão da violência esteve por trás da dificuldade que encontramos em delimitação o campo e de aceitação em participar do estudo, pois assumir-se como morador desta comunidade gerava o receio na identificação com os “marginais” da região. Por isso, quando perguntava “onde fica o Caminho das Águas?” As respostas freqüentes eram “fica *perto* da minha casa”, “na rua do lado”, “lá adiante”, “É lá, né, do outro lado”, mas dificilmente era onde “eu moro”.

Após algum tempo de convivência, foi possível compreender que associar-se a este contexto distanciava-os das aspirações de serem respeitados enquanto cidadãos. Vários moradores pareciam evitar a vizinhança destacada pela mídia local e bairros vizinhos como um “lugar perigoso, que nem a polícia entra”.

Ao localizarmos moradores que se assumiam do local chamou-nos a atenção a divergência entre a percepção destes e dos moradores de áreas vizinhas sobre esta comunidade. Foi comum entre membros das famílias e informantes a declaração de que este é um lugar “calmo” e “seguro para quem não se mete com drogas”, onde se podiam criar os filhos e convivia-se bem com a maior parte dos vizinhos.

No entanto, esta percepção variava entre as diferentes gerações de moradores. Os mais jovens afirmavam não gostar de morar no local, consideravam as melhorias realizadas irrelevantes e ansiavam pela possibilidade de se mudarem para áreas da cidade que consideram melhores.

Os mais velhos, por sua vez, davam “graças a Deus” por terem criado seus filhos neste contexto com ajuda de familiares e vizinhos. Reconhecem que houve modificações benéficas e importantes nos últimos anos como a chegada paulatina da distribuição de água, luz e telefone, o asfaltamento das ruas centrais, comércio, o maior policiamento na área e a implantação de posto de saúde.

A percepção de calma e relativa segurança variava, ainda, segundo as experiências pessoais com situações de violência e com a participação em redes sociais protetoras. O percurso etnográfico que segui para entrar no campo ilustra bem as regras e acordos necessários para fazer parte destas redes e “viver bem” no Caminho das Águas.

### **8.2.1 Sobre a violência: Conselhos práticos para os pesquisadores “de fora”**

Uma vez encontrado um informante-chave capaz de me introduzir com segurança no local, a inserção no campo foi relativamente rápida. Júlio, o informante, era um jovem conhecido e bem relacionado com os moradores e com pessoas envolvidas com o tráfico no local. Sem aviso prévio e maiores explicações, mas com uma forma assustadora de se referir aos riscos que as *pessoas de fora* corriam, Júlio conduziu-me por diversas ruas mostrando-me características das casas, dos grupos de moradores, pessoas representativas da comunidade, obras inacabadas, etc.

Surpreendi-me com a diferença entre o cenário descrito pelas reportagens nos jornais e a vida cotidiana que observávamos. O fluxo intenso de pessoas, a calma aparente das ruas e boa organização do lugar contrastavam com as minhas concepções sobre o que deveria ser aquele “lugar pobre e perigoso”. Nova surpresa

adveio da descoberta da existência do movimentado comércio interno e principalmente pela quantidade de *lan houses* e casas de jogos eletrônicos. Outro aspecto que contrariou todas as expectativas foi o fato de participantes do tráfico<sup>7</sup> andarem tranquilamente pelo bairro, sem armas a mostra, conversando com todos.

Em meio à nossa primeira “excursão”, entendi que mais do que me mostrar os moradores, seu objetivo era me mostrar aos moradores. De investigadora à objeto de investigação, permiti-me ser discretamente observada e analisada, seguindo um ritual de apresentações mútuas e explicações sobre minha presença repetido inúmeras vezes.

Aparentemente nossa presença não causou estranheza ou curiosidade aos moradores, a não ser por parte das pessoas mais velhas, senhores que ficavam na rua, nas esquinas conversando e uma ou outra pessoa. A rigor não presenciei qualquer cena que lembrasse a fama de violenta da comunidade ou situação de pobreza extrema, o que me levou a refletir acerca da noção de segurança que tínhamos e a sensação confirmada pelos nossos informantes de que estar *dentro da comunidade* é extremamente seguro. Ao fim do “passeio”, tive a impressão de que minha presença havia sido aceita e de que poderia continuar com a pesquisa.

Antes de dar continuidade à análise gostaria de registrar uma singular experiência de “choque etnográfico” relacionada à questão do risco e da violência, e a esta noção inicial de segurança. Em todo tempo, a sensação de estar segura no Caminho das Águas esteve associada à quantidade de pessoas em trânsito. Desta forma quanto mais movimento havia nas ruas, mais me sentia segura para também transitar e abordar pessoas quando necessário.

---

<sup>7</sup> Foram indicados pelo guia como integrantes do tráfico, no entanto não foi possível confirmar a veracidade destas informações. Não foi descartada a possibilidade de esta ser uma estratégia de demonstração de poder, de assustar e/ou de se divertir com o desconhecimento da pesquisadora sobre o lugar.

Esta noção foi revista apenas no final do trabalho de campo quando fui surpreendida com um dia de profundo silêncio e calma, algumas lojas fechadas, poucas pessoas conversando e se deslocando nas ruas. Talvez esta tenha sido uma das ocasiões de maior tensão em campo, pois não havia sido informada sobre algum “toque de recorrer” ou chacina recente.

Entre o pânico e a curiosidade ao solicitar informações sobre o que estava acontecendo, fui informada de que a calma devia-se à prisão da maioria dos marginais da área e suspensão momentânea do tráfico na região. Em síntese, aquele seria o primeiro dia de trabalho de campo em que efetivamente estava “em segurança”. Ao contrário das minhas crenças iniciais, neste contexto quanto mais movimento, maior o comércio de drogas, a vigilância sobre os “estranhos” e a possibilidade de confrontos com a polícia.

Este episódio ilustra como o estranhamento é indispensável ao método etnográfico (LAPLANTINE, 2004) e foi crucial para a realização deste estudo. A despeito desta descoberta tardia, houve um cuidado especial em adotar a atitude de estranhamento durante o trabalho de campo, pois, desde o início, ficou claro que a escolha das palavras, gestos, roupas e silêncios faziam parte do enfrentamento de constante de situações de risco.

Durante as incursões no campo segui alguns conselhos práticos do jovem guia Júlio: não olhar fixamente em qualquer direção; permanecer próxima a dele, item importante para que todos pudessem reconhecer que a visitante era confiável e para efetivamente não se perder e “invadir” territórios alheios; ser discreta (entendido como não fazer perguntas e não levar objetos de valor) e não ser arrogante (conceito intimamente relacionado ao termo “patricinha”).

Além das regras de conduta supracitadas, rapidamente outras regras e crenças foram se esclarecendo. Algumas se colocaram como acordos tácitos e outras foram ditas explicitamente na forma de *conselhos práticos*.

Entre as crenças que chamaram a atenção, destaco a de que “ninguém aqui morre inocente”, se referindo às mortes que ocorriam com frequência no local. Associada a esta ouvi algumas vezes que “morador do bairro não sofre violência”, pois dentro do Caminho das Águas era o lugar mais seguro em que alguém poderia estar “se for conhecido”.

Para Júlio e outros moradores por oferecerem apoio social instrumental, por protegerem contra os “criminosos” (vindos de outras localidades) e por fazerem parte da comunidade, existiria gratidão dos moradores para com os traficantes. Daí os créditos dados ao tráfico, por nosso informante, pela não ocorrência de furtos, roubos ou estupros dentro do Caminho das Águas o que redundaria no acolhimento da comunidade a estas pessoas, pois representam uma figura, um vizinho, a quem se pode recorrer.

O tráfico local concentrava-se na venda de maconha e *crack* e os alvos preferenciais da violência eram: a) os usuários de drogas endividados; b) os clientes do Aeroclube Plaza Show - por entrarem na categoria “patricinha” (garotas com dinheiro e arrogantes) e por vingança pelo Shopping não ter gerado os empregos prometidos, além de dificultar o acesso dos moradores ao local; c) os moradores de outras comunidades do bairro com as quais houvesse disputa de ponto de vendas de drogas e outras rixas históricas. Esta última seria o principal motivo dos conselhos constantes para não se perder nas ruas, pois as divisões de áreas de conflito eram conhecidas apenas pelos moradores.

É recorrente nas falas dos moradores, a descrição das transformações recentes sofridas pela juventude do Caminho das Águas e seu envolvimento quase generalizado com o tráfico de drogas e exposição contínua à violência. Falta de educação, emprego e lazer são indicados freqüentemente como fatores associados à participação dos jovens no tráfico. Principalmente o “baba” (partida de futebol, no caso em campo de várzea) é referido como um fator protetor para a saúde da população jovem, no entanto este havia sido inviabilizado no local.

O modelo explicativo para este fenômeno, compartilhado por moradores, educadores e participantes de ONGS locais, baseia-se na idéia de que as crianças passaram a ter como ícones os traficantes da área, pelo fato destes mostrarem-se sempre “bem vestidos, com boas roupas, bons tênis” e representarem o poder local<sup>8</sup>.

Seguindo este modelo, as que fogem desta regra seriam as crianças que têm acesso à educação de qualidade e têm também melhores oportunidades. E aqueles que se dispõem a mudar os “espelhos” das crianças, segundo Júlio, “a galera do tráfico não só apóia, como se preciso for, financia as ações”.

Há, de modo geral, complacência e certa defesa das ações criminosas realizadas por pessoas da vizinhança em outras áreas. Isto porque, diante da desigualdade social e violência institucional que sofrem há décadas, para grande parte desta população os atos de violência praticados por crianças e adolescentes moradores do Caminho das Águas, se explicam e são justificados pela *injustiça e desigualdade social*.

No entanto, todos os membros das famílias entrevistadas reconhecem a existência e o recrudescimento da violência dentro do Caminho das Águas e vivem

---

<sup>8</sup> Alguns dos líderes do tráfico vivos na época do trabalho de campo eram considerados os mais perigosos e procurados da cidade de Salvador, sendo constantemente citados na mídia local como responsáveis por tráfico, assaltos e chacinas.



em constante estado de alerta:

Então hoje, pro que era. Pelo menos antigamente a gente dormia de porta aberta, podia fazer o que quer. Hoje em dia, ali tá um perigo danado, ainda mais que tá ficando muito traficante, muita, muita... Também a população aumentou, vieram gente de outros local. Agora mesmo, eu sei que essas festa de final de ano, a gente ficou aqui tudo assustado. Porque foi bala perdida pra tudo quanto é lado. Gangue, traficante contra traficante. (Ludmila)

Este é considerado o principal problema do bairro e associado pelos moradores ao comprometimento de suas condições de saúde física e mental. Gera uma “preocupação” constante traduzida em sensação de desesperança, “nervoso” e “cansaço” que podem ser fatores relevantes no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como apresentado no caso da família S.

### **8.2.2 Os efeitos da violência sobre a saúde: o caso da Família S**

A violência tem um papel fundamental na dinâmica desta família, pois é compreendida como o principal elemento deflagrador do adoecimento de D. Simone, assim como do adoecimento/morte de membros da família extensa e de vizinhos. E, em relação à vizinhança percebem uma mudança importante na sociabilidade e nos níveis de violência que relativizam a segurança alcançada pelas melhorias na infraestrutura da região 01.

Na avaliação de D. Simone, embora anteriormente vivessem em profunda dificuldade econômica, não havia violência, mas solidariedade entre os moradores. Na vizinhança compartilhavam as dificuldades: “a gente era tudo pobre, entendeu? Os pobres tinham nada, mas eu podia sair, deixar a porta aberta e ninguém pegava nada”. Segundo D. Simone, mesmo os usuários de drogas não cometiam delitos dentro do bairro, não manifestavam claramente sua condição para os vizinhos e não tinham a “malícia” de vender a droga.

Lembra-se que entre os antigos moradores, as brigas eram por adultério ou por efeito de uso de bebidas alcoólicas e não tinham grandes repercussões. Podia-se andar pela rua a qualquer hora da noite, pois havia relação de cordialidade na vizinhança.

Para esta família, a principal razão de comprometimento da saúde e da qualidade de vida no Caminho das Águas é a disseminação das drogas entre as gerações mais novas. O abuso entre os jovens estaria em sua avaliação intimamente associada à falta de emprego e educação.

Os momentos de confronto entre grupos de traficantes, ou entre estes e a polícia, são situações particularmente estressantes para D. Simone que da sua janela vê corpos caídos e ouve os estampidos das balas. A frequência e a imprevisibilidade destes confrontos implicam em manutenção de constante estado de alerta, quer seja pelo risco de balas perdidas como também pela possibilidade que seu filho sofra algum tipo de violência ao retornar para casa em horários avançados.

É de particular tensão para esta família a entrada de grupos de traficantes de outros bairros, para matar os “traficantes menores” em dívida. Segundo D. Simone e Silvio, os que vêm “de fora” são mais perigosos, pois não conhecem e não respeitam os moradores antigos. Para terror dos moradores, a frequência destas ações tem aumentado e parece contar com a conivência dos traficantes “de dentro”.

A escalada da violência é narrada por D. Simone seguindo as diferentes fases de desenvolvimento de seu filho. Esta associação é justificada pela percepção de que foi a partir da geração de Sílvio que ocorreram as mudanças mais radicais em relação à violência e o abuso de drogas no Caminho das Águas.

A violência teve repercussão direta sobre o processo de socialização de Sílvio que teve sua rede interpessoal significativamente reduzida a partir de sua adolescência. Desde esta época, houve distanciamento progressivo entre os jovens, uns optaram pelo tráfico e morreram ou estavam praticando delitos na vizinhança, outros se casaram e priorizavam a inserção no mercado de trabalho para sustentar os filhos não planejados. Atualmente, Sílvio considera-se bastante reservado e afirma ter pouca ou nenhuma interação com a vizinhança, conversa apenas com os conhecidos mais antigos e mais próximos de sua mãe.

Esta inabilidade em “manter as aparências” é fonte de preocupação para D. Simone, uma vez que o rompimento e formação de vínculos entre membros de diferentes redes sociais é uma das principais estratégias de sobrevivência e enfrentamento da violência local. D. Simone, assim como os demais membros mais velhos das famílias estudadas, reconhece que busca manter relações de cordialidade com toda a vizinhança, especialmente porque acredita que esta atitude contribui para sua proteção pessoal e de seu filho.

Refere-se com maior ênfase a duas amigas (e suas famílias) que também são moradoras antigas e que, como ela, são respeitadas pela vizinhança e pelos marginais. As três formam uma rede de ajuda em situações de saúde, desde quando compartilhavam os cuidados com seus filhos na infância. A necessidade de proteção destes em relação ao tráfico de drogas parece ter também contribuído para o fortalecimento de laços de solidariedade nesta rede.

Neste sentido, chama a atenção o tipo de estratégias utilizadas por D. Simone para proteger seu filho das “más influências” e tira-lo “da rua” enquanto trabalhava. Embora tivesse baixo nível de escolaridade e renda, comprou um *vídeo game*, algo valioso na época, e reunia os adolescentes da região em sua casa para

“acompanhar os comportamentos deles”. Esta é uma estratégia incomum neste contexto e considerada fundamental na criação de Sílvio: “Eu dei o *vídeo game* a ele pra formar a personalidade que eu formei porque o *vídeo game* me ajudou a manter ele dentro de casa, aprender só coisa boa, tudo isso o *vídeo game* me ajudou”

Em relação à vizinhança, D. Simone e D. Olívia destacaram a diferença de comportamento entre os antigos moradores e os novos. Estes últimos são classificados como “barraqueiros”, pessoas que querem trazer o seu modo de vida “de fora” para o bairro.

Para ambas, os “barraqueiros” brigam por qualquer motivo, não sabem negociar e lidar com os conflitos do cotidiano provocados, por exemplo, pelo comportamento das crianças ou ciúmes. Diante dos conflitos, optam pela agressão física e discussões acirradas que terminam na delegacia do bairro.

Embora o caso de D. Simone seja extremo, ilustra o nível de tensão a que os moradores do Caminho das Águas são submetidos diariamente. São diferentes tipos de violência comuns neste contexto e a complexidade das relações de vizinhança, associadas à violência, podem inviabilizar o fluxo de apoio social entre os moradores, deixando-os ainda mais vulneráveis.

As narrativas desta família e de membros da sua rede interpessoal sobre o medo, perdas e o sofrimento psíquico vão de encontro à defesa do tráfico como fonte de apoio social dos moradores. Este caso demonstra como esta interpretação é parcial e favorece a manutenção da violência e, possivelmente, não tem suas bases numa concordância com a transgressão das leis, mas em sua luta pela sobrevivência.

## **9. INTERSEÇÃO DE REDES: FAMÍLIAS, SISTEMA DE SAÚDE E VIZINHOS**

Na perspectiva da geografia urbana e ecológica, o termo vizinhança refere-se ao ambiente físico, infra-estrutura de serviços e ao ambiente social. Enfocando a complexa relação entre estas dimensões, diferentes estudos (CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005; PROIETT e outros, 2008) vêm salientando a importância da vizinhança na constituição dos determinantes sociais de saúde nos centros urbanos.

Neste estudo, todos estes componentes coletivos apresentaram-se como relevantes para a saúde das famílias e seus membros. Neste capítulo, pretende-se dar maior atenção ao aspecto interacional entre os principais atores envolvidos nos cuidados com a saúde dos participantes.

### **9.1 Redes formais e informais: interatividade e repercussões sobre a saúde da comunidade**

*"Mas a gente que sabe viver, vive em qualquer lugar, né, (risos)".*

*D. Ludmila*

Em todas as famílias estudadas, embora não se apresentem como a única forma de obtenção de apoio social, família e vizinhos próximos foram apontados como as mais eficazes fontes de cuidados. Entre os familiares, não se confirmaram proposições defendidas na literatura sobre as diferenças de gênero e

hierarquia de acionamento de redes de suporte social para cuidados com a saúde nas famílias de baixa renda.

Não se observou, como defende Sarti (2005), a demarcação da hierarquia familiar e reafirmação dos distintos papéis masculino e feminino: o homem com o papel de mediador da família com o mundo externo e provedor, enquanto que à mulher caberia a organização e administração dos recursos. Nos casos estudados, no cotidiano familiar havia a participação masculina no oferecimento de diferentes tipos de apoio e cuidados (exceto na família L), principalmente quando o cuidador primário da família adoecia.

No entanto, na distribuição de tipos de apoio, a relação de parentesco e a fase de adoecimento mostraram-se relevantes. As fases críticas foram assumidas pelos filhos que se concentraram nos cuidados pessoais, administração de medicamentos e transporte para consulta médica. As vizinhas, por sua vez, dividiam os cuidados concentrando-se nas tarefas domésticas e fornecimento de alimentação.

E uma das principais funções desses vínculos da rede interpessoal foi de viabilizar o ingresso na rede formal de atenção à saúde. Ao contrário do encontrado por outros estudos (LOYOLA, 1982; OLIVEIRA; BASTOS, 2000; GERHARDT, 2006) as famílias tendiam a buscar imediatamente o serviço de saúde para resolução da maioria dos seus problemas.

Em nenhum caso foi necessário o esgotamento de suas competências e recursos individuais ou familiares para que recorressem às redes de apoio social. Esta observação é relevante, pois é comum na literatura a defesa da primazia dos recursos terapêuticos familiares entre os pobres sobre os tratamentos especializados como resultado do atendimento precário oferecido na rede pública.

Concordando com diferentes autores que analisam a temática dos itinerários terapêuticos (VELHO, 1994; ALVES; SOUZA, 1999; LEITE; VASCONCELOS, 2006; GERHARDT, 2006) parece ser improvável existir um modelo ou padrão dentro do qual possam ser enquadrados esses processos de escolha por tratamentos. O mesmo se aplica à consideração de que todas as terapêuticas adotadas no setor popular são decorrentes de uma conduta racional e objetiva. Deve-se considerar, portanto, significativo o:

“fazer sentido” para o indivíduo, e esta pode ser a forma de racionalização empreendida: a lógica permeada por conhecimentos e hábitos culturais, muitos dos quais sem justificativa aparente, mas que constroem a forma como o mundo é entendido pelo indivíduo e, mais que isto, negociado nas relações sociais e legitimado pela sociedade. (LEITE; VASCONCELLOS, 2006, p. 126)

Neste contexto, o “fazer sentido” diante do sofrimento inclui principalmente a mobilização da família (laços consangüíneos e de afinidade) e de poucos amigos/vizinhos com quem se tem relação de afeto ou instrumental, e ter acesso ao atendimento na rede formal.

Concordando com Gerhardt (2006) a percepção de gravidade do evento, variável nos diferentes grupos, configurou-se num fator fundamental para ativação destas redes. Nos casos analisados, a avaliação da gravidade dos episódios teve múltiplos referenciais como: a experiência acumulada pela própria vivência das famílias; os modelos interpretativos sobre adoecimento e cuidados transmitidos intergeracionalmente; experiências anteriores com o sistema e com os profissionais de saúde; as trocas de apoio social em suas relações de vizinhança e amizade e as alternativas oferecidas pela rede formal.

De modo geral, neste contexto a percepção de evento grave materializava-se através do acionamento do SAMU como ilustrado no caso da família R. Este ato é revestido de simbolismo e de nobreza, pois é uma

*responsabilidade da família* e representa o nível de preocupação que se tem com seu semelhante. É aceitável, no entanto, que o próprio indivíduo solicite este atendimento ou os vizinhos quando não há presença de um familiar.

Assim como no estudo de Gerhardt (2006), nos episódios graves as famílias recorreram imediatamente ao atendimento médico em serviços da rede pública. Nestas situações, a busca de cuidados profissionais nos serviços de saúde está presente em todas as trajetórias, ainda que em momentos diferentes.

No entanto, nas avaliações de problemas leves encontraram-se resultados diferentes. Para a mesma autora, na busca de recursos para solução de problemas leves a auto-medicação é o primeiro recurso para a maioria das famílias, sendo a segunda opção a procura por serviços formais de saúde e por fim os cuidados tradicionais.

No caso das famílias participantes o cuidado via alimentação e práticas religiosas, exceto na família I, era a primeira escolha e a procura pelos serviços especializados a segunda e, por fim a auto-medicação. Estas diferenças podem se dever ao fato que não se ter investigado estratos diferentes nesta população como a referida autora e, principalmente, por formarem redes partilhando estratégias de cuidado, “situações de vidas”, crenças, possibilidades materiais e imateriais.

Considerando os moradores como um todo, a forma como interagiam com o sistema de saúde era distinta quando em redes amplas ou individualmente. No primeiro caso, mostravam-se propensos a posturas ativas e/ou agressivas uma vez que reivindicavam direitos de cidadania. Esta postura beligerante era reforçada pelo distanciamento dos integrantes das redes formais, que apresentaram diferenças radicais nas percepções sobre quais seriam os principais problemas de saúde na região.



Moradores e ACS afirmavam que os principais problemas eram violência e hipertensão, seguidos por doenças de pele (mencionam escabiose) principalmente entre as crianças, leptospirose, infestação de ratos, ou seja, ausência de saneamento básico adequado (as doenças do muro). Os administradores, por sua vez, destacavam elevado número de adolescentes em idade fértil, infecção por DST/HIV ou câncer de cabeça e pescoço, e se referiam à violência como mais um problema de saúde não o mais relevante.

Não havendo consenso sobre como quais ações em saúde deveriam ser priorizadas, os moradores responsabilizavam os profissionais pelo mau funcionamento da unidade básica de saúde (UBS) e referiam-se aos profissionais da assistência à saúde e os gestores como “preguiçosos e desatenciosos”. No sentido oposto, os membros da rede formal de saúde assim como os de educação, serviço social e conselho tutelar responsabilizavam os moradores em relação ao seu estado de saúde e condições de vida (TRAD, 2007).

Para estes profissionais características “próprias” da população como preguiça, agressividade e desinteresse dificultavam ou inviabilizavam seu trabalho. As dificuldades sócio-econômicas não eram problematizadas, pois entendiam que vivenciar crises consecutivas num cotidiano de miséria e violência intra e extra-familiar seria uma questão de adaptabilidade:

Não, eles (as crianças) já estão acostumados a isso... Essa questão de perder a casa, mudar a moradia... seja porque num pagou o aluguel, num tem mais dinheiro pra pagar, a mãe tem que sair fugida porque o pai quer matar... então... Eles são muito acostumados a essa vida de nômades.

Nesta interpretação perversa, a disfunção cognitiva e comportamental “dos pobres” seria *não se adaptar* a estes acontecimentos, pois são da ordem *da norma* e não geradores de patologia (CANGUILHEM, 2000). Esta declaração é

constrangedora não só pela desconsideração da idiosincrasia das experiências de sofrimento entre os seres humanos, como também por referir-se a crianças.

Diversos autores (MELLO, 2006; BILAC, 2006; SARTI, 2005a, YUNES, 2007) destacam a forma preconceituosa e etnocêntrica com que se tem tratado as famílias, particularmente as pobres. Embora estas apresentem características, preocupações e dilemas compartilhados nas diferentes classes sociais, há destaque na literatura sobre família e saúde para os aspectos as singularizam. Assumindo a tendência à associação direta entre “pobreza” e “risco”, famílias pobres são constantemente responsabilizadas pelos profissionais por serem “incontinentes” com suas crianças, além de ignorantes e “pouco aderentes” às orientações e aos cuidados oferecidos pelo sistema formal de saúde.

Chama a atenção a descrença generalizada entre os profissionais na capacidade de auto-cuidado dos moradores das regiões mais pobres do bairro que chegaram a ser referidas como “um buraco negro”, onde “ninguém quer nada”. Em parte, esta percepção dos membros da rede formal de saúde é reforçada pela baixa adesão da população aos programas, destruição do patrimônio público e a agressividade observada nos momentos de interação com os moradores.

Ao contrário dos demais profissionais, os agentes de saúde reconheciam as dificuldades no oferecimento de apoio a esta população, mas enfatizavam as deficiências da rede formal nesta má relação. Jonas, ACS que acompanha esta comunidade, destaca a necessidade de melhora das condições da UBS para que haja adesão e evita personalizar ou culpabilizar a população por seu estado de saúde:

A gente vai na área, conversa com as pessoas, orienta, elas vem pro posto... e chega aqui se ela não tiver... não for bem atendida, aí ela já cria

mais dificuldade de vir... já fica mais receosa em vir , porque tem que vir de madrugada, aí fica com medo da violência e tudo [...].

Noutro sentido, quando se considera a experiência individual/ familiar em sua relação com o sistema formal, os participantes enfatizam a diferença que existia entre *nós* (família e vizinhos/ amigos) e *os outros* (os moradores distantes e/ou desconhecidos). Embora, de modo geral, avaliassem os serviços como ruins e ineficientes, as famílias afirmavam adotar estratégias como “agradar as pessoas” e “não brigar” para viabilizar os atendimentos. Enquanto *os outros* eram ignorantes e mal educados.

D. Simone e D. Olívia, por exemplo, consideram seus “vizinhos” ignorantes e anti-sociais, por isso não tinham capacidade de compreender a dinâmica das unidades e reivindicavam atendimento imediato. Em sua avaliação, a fonte desses problemas relacionais devia-se ao grande número de pessoas a serem atendidas e ao mau dimensionamento dos serviços públicos:

A gente sabe que é muita gente usando, não é só eu que esta precisando daquilo. É muita gente! A pessoa chegou primeiro que eu, que é que eu vou fazer? Vou brigar com aquelas pessoas que estão atendendo? Porque é o próprio sistema do país, do estado, do município que não ta funcionando porque se tivesse assim vários locais que tivesse a mesma coisa não teria muita gente num lugar só. (D. Simone)

A defesa de D. Simone, no entanto, se baseia num histórico de relacionamento avaliado como “ótimo” com os profissionais de saúde e o sucesso dos tratamentos recebidos no serviço público, apesar das dificuldades de acesso. Em parte, esta avaliação parece estar associada às estratégias de enfrentamento que tende a adotar nas situações de potencial conflito como “tratar bem”, “aceitar as situações” e “fazer amigos”.

Considerando-se o apresentado, para além dos limites impostos pela infra-estrutura comprometida da USB, o encontro entre estas redes era marcado por

dificuldades de comunicação, desrespeito e diferença de prioridades, muita tensão e descrédito de ambas as partes. Diante do conflito, o que se produzia era a incapacidade de oferecer e receber o apoio necessário para a superação dos problemas de saúde da comunidade, excetuando-se os casos em que estratégias de “cooptação” dos profissionais eram desenvolvidas por moradores.

## **9.2 Entre vizinhos e “vizinhos”**

*“Atingir os meus parentes é o mesmo que atingir a mim”*

*D. Ludmila*

As relações entre as redes informais e as famílias participantes confundiram-se com as relações de vizinhança estabelecidas no contexto. A rigor essas redes são formadas por vizinhos e “vizinhos” com quem mantém respectivamente relações de maior e menor proximidade. Estas relações se deram em dois níveis o primeiro considera a divisão social do bairro entre ricos e pobres, e a segunda a diferenciação entre pobres membros das redes interpessoais dos participantes e *os outros*.

No primeiro, o tipo de sociabilidade e a expressão de solidariedade têm relação direta com o território em que residiam. Em sua interpretação, quem morava na “parte alta” (região de classe média/alta) do Bairro da Boca do Rio não recebia ajuda ou cuidados por parte dos vizinhos. Numa clara associação entre pobreza e solidariedade, havia uma crença compartilhada de que entre os moradores da “parte baixa” havia muito apoio mútuo. E este discurso foi repetido por alguns moradores da “parte alta” com os quais conversamos informalmente e pelos agentes de saúde.

No entanto, a noção de que entre os pobres há solidariedade e relação de reciprocidade de apoio não se confirmou entre os participantes. Analisando-se as experiências relatadas pelas famílias e informantes, este fluxo de apoio não se dá indistintamente, mas é condicionado por experiências anteriores de trocas de favores e afetividade, além da participação contínua e efetiva nas redes pessoais.

Um dos fatores relevantes para as relações de proximidade é estabilidade residencial. A longa permanência permitiu a formação de redes interpessoais entre vizinhos, que, de modo geral, faziam parte da família por afinidade ou por laços de consangüinidade. Neste sentido, concordando com Gerhardt (2006) nesta população a proximidade geográfica aparece como importante recurso econômico e social para enfrentamento de sua precariedade material.

Não foram relatadas mudanças dramáticas nestas relações, antes se pode perceber pouca abertura para alterações significativas nestes vínculos. São de tal importância, que estes padrões de vinculação foram transmitidos intergeracionalmente e assumidos pelas novas gerações.

A interação com os “vizinhos”, por sua vez, parece mediada pela violência e pela desconfiança mútua. Quanto mais distante das relações familiares e das redes pessoais, menor a possibilidade de fluxo de apoio social. Para as famílias, aqueles que não fazem parte de sua rede interpessoal são considerados “desunidos” e “aproveitadores”, por isso interpretam sua participação na rede movimentalista como baseada apenas em seus interesses pessoais o que levou ao fracasso das ações.

Mesmo entre os mais velhos, que demonstraram maior tendência à interação na vizinhança que os jovens, faziam ressalvas quanto ao grau de intimidade de suas relações:

É, converso, ainda tenho boa relação. Temos sim. Porque vizinho é sempre vizinho, né? [...]. Eu trato todo mundo por igual, agora tem muitos que eu sou, converso mais, me abro mais, tem outros que eu falo assim, “bom dia”, “boa tarde”, porque muitas pessoas ali são gente fofoqueira e gosta de se meter na vida dos outros. Agora, esses que são mais assim idosos, que eu tenho mais aproximação, (D. Ludmila)

Entre os mais jovens, um dos fatores que mais contribuía para a dificuldade de interação era a crença de que os moradores são em sua maioria “traidores e fofoqueiros”. Além disso, temiam envolver-se demasiadamente com esses “vizinhos”, pois neste contexto isto poderia levar a morte, como nos casos de violência doméstica. Por isso, concentravam-se no trabalho, estudo ou atividades domésticas e evitavam maiores contatos com a vizinhança.

Um aspecto a ser salientado em relação aos jovens, não apenas os que participaram diretamente do estudo, é o impacto das políticas afirmativas e o acesso à mídia eletrônica sobre o cotidiano desta população. A experiência dos jovens moradores inseridos em universidades através dos programas governamentais de crédito educativo, número maior que o esperado, contribui para sua pouca identificação com esta comunidade e para maior clareza sobre os aspectos políticos envolvidos neste contexto. Quanto à mídia, o elevado número de *lan houses* e a presença computadores domésticos parecem contribuir para a reelaboração e incorporação de “projetos de felicidade” gestados nos ambientes de classes média e alta.

Nos discursos dos jovens, não se identificou a precedência do todo sobre as partes, seguindo a lógica da reciprocidade tradicional da solidariedade dos laços de parentesco e de vizinhança defendida por Sarti:

No universo cultural dos pobres, não estão dados os recursos simbólicos para a formulação deste projeto individual que pressupõe condições sociais específicas de educação, de valores sociais, alheios a seu universo de

referências culturais, tornando projetos individuais inconcebíveis e inexecutáveis. (SARTI, 2006, p. 47)

Neste contexto, não apenas projetos individuais (como ter a própria casa, se formar em universidade) são formulados como apoiados pelos mais velhos, uma vez que podem significar escapar do envolvimento com o tráfico e violência locais.

Além do tempo de convivência e da qualidade dos vínculos estabelecidos, a solidariedade e as formas de sociabilidade são mediadas, pela posse de conhecimentos e/ ou de bens considerados imprescindíveis. No que diz respeito à saúde, alguns vizinhos são reconhecidos e procurados com frequência por terem alguma formação ou inserção na área e desempenham atividades simples como medição da pressão arterial e aplicação de injeções.

Quando eu não vou no posto, eu vou ali na casa da vizinha, que o filho dela tem o aparelho de tomar pressão. Ele também trabalha na saúde... ele é enfermeiro. Aí eu vou sempre lá. Quando não vou no posto eu vou lá. Ontem eu... não medi ontem, hoje de noite eu vou ali pro menino da vizinha medir. (Lorena)

Quanto aos bens, se o terreno ou a casa foram mediadores de relações duradouras e íntimas nas famílias investigadas, o principal deles no âmbito da saúde é o automóvel, pois “a primeira providência é procurar por um vizinho que tenha carro”. Isto confere ao proprietário um *status* diferenciado na vizinhança implicando no estabelecimento de maior número de vínculos e de possibilidade de fluxo de apoio social:

Até um carro de mão, bota a pretinha dentro. Ô, se não tiver dinheiro na hora, pega, assim, um carro de mão aí, e leva a pretinha, né não. O minha filha, a coisa é séria, a gente não vai ficar contando [...]. Mas nessa hora eu vou achar quem me leve. Achar uns filho de Deus. (D. Ludmila)

Esta tendência à multiplicidade de formas de interação e estratificação, traduzida na dificuldade de solidariedade voltada para “estranhos” e com

predominância do individualismo, pode ser compreendida em parte como resultado do processo histórico de constituição do bairro.

A incorporação sem planejamento ou consideração de diferenças culturais entre os grupos migrantes produziu o contexto propício para o estabelecimento de um clima de hostilidade e rixas entre “novos” e “antigos” moradores e, embora rivalidades e conflitos tenham diminuído, não foram erradicadas. Neste processo, a ruptura com as “raízes” e costumes, a separação dos amigos de infância e dos parentes, associada às dificuldades de infra-estrutura, a pobreza, a instabilidade nas relações sociais e a exposição à violência encontradas no Caminho das Águas contribuíram para a restrição das redes pessoais das famílias estudadas.

Por outro lado, esta tendência a estratificação também foi identificada em diferentes populações em estudos nacionais sobre sociabilidade e discutida por diferentes autores (SILVA; LEITE, 2007; MOREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2006; ESPINHEIRA, 2004; SILVA, 2004, ADORNO, 2002). Desta forma, a manifestação destas diferentes formas de sociabilidade, intimamente relacionadas à violência urbana, é também resultado da desigualdade social promovida pelo capitalismo.

A solidariedade, enquanto relação de responsabilidade e dever moral de apoiar o outro se manifesta apenas entre os *iguais*. Seguindo esta lógica e diante das limitações da rede formal, apenas os de casa e os amigos na vizinhança podem contar com a responsabilização coletiva por seu estado de saúde, enquanto os demais devem resolver suas questões por esforço próprio.

Esta tendência parece ter contribuído para o insucesso da rede movimentalista. Neste sentido, os movimentos internos das micro-redes que a formavam e suas coalisões em grupos de interesses (BOISSEVIAN, 1987)



contribuíram para a fragilização desta rede ampla e acirramento dos conflitos entre os mesmos.

Outro aspecto importante para o entendimento desta interação entre redes foi a diferença entre o tempo necessário para consecução dos objetivos da rede movimentalista e dos interesses imediatos dos seus membros. A anacronia e dificuldade de percepção acerca do potencial e limites das ações fortaleceram as desconfianças mútuas das micro-redes e indivíduos. Desta forma, os membros da rede movimentalista, por não haver relação de contigüidade entre sua participação e recepção do apoio social almejado, restringiram-se a trabalhar em causa própria.

### **9.3 Vizinhos do tráfico**

*“Vê-los morrer é como perder um filho”.*

*D. Simone*

As redes formadas pelos membros do tráfico de drogas e usuários constituem-se numa classe específica de vizinhos pretensamente solidários, pois o traficante representaria “uma figura a quem se pode recorrer” quando é preciso. Esta percepção é fortalecida pelo fato de que muitos eram efetivamente vizinhos, filhos de moradores antigos que compartilharam com os demais jovens sua infância e adolescência.

São “os filhos do vizinho, que cresceram com meu filho”, que jogavam “baba”, compartilhavam espaços públicos e privados com as famílias. São, portanto, vizinhos de longo tempo que se “meteram com coisas ruins” e de alguma forma aguardam a morte pela polícia ou pelos rivais.

Como são conhecidos pelos traficantes, os moradores consideram que mantêm uma relação de respeito mútuo. Esta forma de sociabilidade é destacada e recomendada pelos mais velhos que manifestam preocupação constante com a possibilidade de envolvimento dos mais jovens com o tráfico.

Em todos os relatos dos mais velhos, percebeu-se que esta “boa relação” é uma importante estratégia de proteção dos seus filhos. Acreditam que estabelecendo esta relação de “respeito mútuo” os mais jovens não sofrerão violência ou nem assédio para cometer crimes.

Partindo-se da descrição e do argumento defendido por membros das famílias e informantes sobre a legitimidade da violência, os trabalhadores do tráfico formariam uma rede densa, com funções de proteção e geração de renda, reforçada pela reciprocidade de apoios e por relações de vizinhança estáveis e solidárias. No entanto, esta é uma leitura reducionista que desconsidera as relações assimétricas de poder entre moradores e criminosos, e os efeitos nefastos sobre a saúde de viver num ambiente violento. Neste sentido, apesar das afirmações de que os moradores estavam seguros, alguns aspectos observados em campo contrariavam suas afirmações.

Apenas dentro das casas ou de outros locais em que houvesse privacidade, parecia ser permitido falar de forma mais livre sobre o Caminho das Águas no que diz respeito à violência/tráfico de drogas. Soma-se a isto as cápsulas de balas deflagradas no chão, os muros altos, grades e fechaduras reforçadas nas casas que denunciam a insegurança e perigo em que vivem.

Outra contradição era o fato de que mesmo as famílias que moram há mais tempo no bairro, portanto bastante conhecidas, não eram poupadas de roubos diários (material de construção, alimentos ou bens expostos) provavelmente para

compra de drogas. Além disso, diante da impossibilidade de roubo, todos se sentiam obrigados a dar dinheiro quando os usuários de drogas solicitavam.

Diversos comportamentos que envolvem interação com estes vizinhos eram adotados na tentativa de lidarem com a ameaça constante da violência. Mantém o silêncio, dão dinheiro quando solicitado, evitam qualquer tipo de confronto na vizinhança, respondem aos cumprimentos dos “caras barra pesada”, aconselham os filhos sobre o que consideram certo e errado, além de solicitar que não olhem “atravessado”, não tenham amizades muito íntimas ou respondam mal a qualquer pessoa.

Diante destas observações não se pode afirmar que exista *solidariedade* entre moradores e traficantes. Mas o desenvolvimento de estratégias e o uso de argumentos de defesa de atos criminosos para sobrevivência, pois como defende Espinheira (2004), sobreviver é o “primeiro e mais geral imperativo, de tal modo que é tomado pelo senso comum como absolutamente natural que gestos extremos sejam expressos por pessoas que estão em situações limite” (p.30).

Em termos de interação com estes vizinhos, estabeleceu-se um perverso processo de duplo vínculo, desenvolvido a partir de relações contraditórias (amor/ódio, medo/proteção), paradoxos, trocas e estímulos. E a ambigüidade desta interação manifesta-se na contradição entre as declarações de aquiescência e o medo expresso em seus comportamentos e casas muradas.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões teórico-metodológicas apresentadas nesta investigação indicam que a utilização do conceito de redes nas ciências sociais aplicadas ao campo da saúde carece de debate mais qualificado, superação da dissociação entre diferentes métodos de análise e o desenvolvimento teórico que contemple uma perspectiva dialética entre aspectos morfológicos e interativos.

Há, ainda, a necessidade de maior volume de estudos sobre a relação entre famílias, redes sociais e práticas de saúde que esclareçam quanto às especificidades do contexto brasileiro. Neste sentido, os princípios da integralidade e intersetorialidade, o destaque dado ao compartilhamento de significados e cooperação entre representantes das redes formais e informais de atenção à saúde aponta para a necessidade de investimento na compreensão das redes sociais.

Em sua dimensão empírica, esta investigação mostrou-se relevante por se constituir num registro científico desta comunidade estigmatizada e desconhecida pela maior parte da população do bairro da Boca do Rio e da cidade de Salvador.

Considerando-se as violências institucionais e estruturais a que são historicamente submetidos, o Estado e seus representantes apresentaram-se como perpetradores da violência cotidiana e da desigualdade social no bairro. O que se materializava nas prisões e mortes que ocorrem freqüentemente durante incursões da polícia, a única manifestação do poder do público (re) conhecida por esta população.

Em relação ao papel das famílias e das redes formadas na vizinhança como fonte de apoio e cuidados, há que se considerar as dificuldades que encontram de acesso aos serviços de saúde. Embora os membros destas redes tivessem clareza da sua importância para os que adoeciam, encontravam não apenas dificuldades de interação com profissionais como de superação das deficiências estruturais dos serviços.

Isto implica no comprometimento, ainda que parcial, de suas habilidades de estabelecer parcerias com o Estado e redes primárias como previsto nas novas propostas de organização do modelo de saúde. Em relação a estas últimas, pode-se observar que, num contexto extremamente adverso, a ação das redes informais não garante o *empowerment*, o fortalecimento da autoconfiança, a solidariedade e o desenvolvimento de habilidades pessoais como defendido na literatura.

No que diz respeito à sociabilidade, as experiências históricas de adaptação ao processo migratório, o enfrentamento das más condições de infraestrutura e a insegurança no Caminho das Águas mostraram-se como fatores que contribuíram para formação de densas redes familiares que incluem os vizinhos/amigos. No entanto, estes mesmos fatores contribuíram para os conflitos e desconfianças entre estes grupos de coalisões, quando consideradas as diferenças entre os territórios que ocupavam e/ou classe social.

Na atualidade, a divisão do bairro entre grupos de traficantes, o recrudescimento da violência, as perdas de conquistas anteriores e o insucesso do movimento social fortaleceram suas crenças de que as relações de solidariedade deveriam ser restritas às redes *familiares e de amigos/vizinhos*. Estas redes interpessoais, ao contrário das redes demais, mostraram-se duradouras, estáveis e

mais resolutivas nas questões relacionadas à saúde, servindo inclusive como ligação entre famílias e redes formais.

Estes acontecimentos somaram-se às condições precárias de atendimento na UBS local e contribuíram para o aumento da insatisfação em relação às redes formais do Estado. Nestas, um dos aspectos que mais se destacaram foi o desconhecimento e/ou desconsideração acerca da problemática vivida por esta população.

A força centrípeta dos vínculos estabelecidos nas redes menores e a pobreza contribuíram para inviabilizar a manutenção de redes amplas de solidariedade e, conseqüentemente, alterações permanentes nas condições de vida desta população. Da mesma forma, reforçaram o distanciamento entre membros das redes formais de atenção à saúde e os conflitos com as representações institucionalizadas de modo geral.

Uma vez que estes diferentes campos organizam-se a partir de interesses, estratégias e instrumentos distintos, ao se entrelaçarem formam “nós de tensão” onde o conflito é sempre uma possibilidade real. São situações de interação em que é exigida flexibilidade, capacidade de negociação e de análise das situações de crise, além de canais de comunicação eficientes para que não haja o rompimento destas relações. No entanto, estas são tarefas complexas dificultadas pelas condições de vida população, pela formação e condições de trabalho dos profissionais, e pela organização do setor profissional de saúde.

Portanto, para além dos modelos interpretativos que centralizam na pobreza as causas da violência e da “incompetência” em seguir recomendações, os resultados apontam para a necessidade de revisão das estratégias desenvolvidas por gestores e profissionais da saúde neste distrito. Principalmente no que diz

respeito à interação com este público, há necessidade de compreender a constituição histórica desta comunidade e das suas formas de sociabilidade, aspectos que se relacionavam diretamente com a formação e manutenção de redes informais de cuidados com a saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Inf. inf.** Londrina, V. 12 n.esp, 2007.

ACOCK, A C.; HURLBERT, J. S. Social network analysis: a structural perspective for family studies. **Journal of social and personal relationships**, vol 7, p. 245 – 264. 1990.

ADORNO, Sérgio. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 8, Dec. 2002 .

ALVAREZ, A V. Manual Introductorio al análisis de redes sociales: medidas de centralidad. **Revista-Redes**, Barcelona, Espana. Acesso em 10 julho de 2007 revista-redes.rediris.es/webredes/talleres/Manual\_AR.S.pdf

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ANDRADE, G. R. B. DE; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.7, no.4, p.925-934, 2002.

AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):63-72, 2001

BAILEY, S.; MARSDEN, P. V. Interpretation and interview context: examining the General Social Survey name generator using cognitive methods. **Social Networks**, Volume 21, Issue 3, July 1999.

BARBOSA, M. T. S.; BYINGTON, M. R. L.; STRUCHINER, C. J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1):37-51, 2000.

BARNES, J. A. Redes sociais e processo político. In FELDMAN-BIANCO, B. (org) **A antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987.

BASTOS, A. C. de S., TRAD, L. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 06-115,1998.

BAUMAN, Z. **Vida líquida**. Rio de janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BECKER, H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC, 1999.

BENINCÁ C. R. S., GOMES, W. B. Relatos de mães sobre transformações familiares em três gerações. **Estudos de Psicologia**, 3(2)177-205,1998.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In CARVALHO, M. C. B. (org.). **A**



**família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC/Cortez, 2006

BOSSEVAIN, J. Apresentando “Amigos de amigos: redes sociais manipuladores e coalizões”. In FELDMAN-BIANCO, B. (org) **A antropologia das sociedades contemporâneas.** São Paulo: Global, 1987.

BRAGA, N. A. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In Deslandes, S. F. (org) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRONFMAN, M. **Como se vive se muere: famílias, redes sociales y muerte infantil.** Cuernavaca:UNAM, Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2000.

CARVALHO, Marília Sá; SOUZA-SANTOS, Reinaldo. **Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, v. 21, n. 2, pp. 361-378.

CARVALHO, M. C. B. de. O lugar da família na política social. In CARVALHO, M. C. B. (org.). **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC/Cortez, 2006.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede.** A Era da Informação: economia, sociedade e cultura, v.1. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CERVENY, C. **A família como modelo: desconstruindo a patologia.** São Paulo: Ed. Psy II, 2001.

CHOR, D.; GRIEP, R.H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):887-896, jul-ago, 2001.

CORDEIRO, J. C. Redes sociais e saúde. **REDES-** Revista hispana para el análisis de redes sociales. Vol.12,#10, Junio 2007.

DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. (orgs). **Redes: el lenguaje de los vínculos.** Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós, 2002

DESLANDES, S. F.; MENDONÇA, E. A. Estudo qualitativo: As redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis. In: W. T. Caiaffa (org) **Projeto AJUDE-Brasil: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) Apoiados pela CNDST e AIDS,** p. 151-209, Série Avaliação 6, Brasília: Coordenação Nacional DST e AIDS, Ministério da Saúde, 2001.

DESSEN, M. A; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Set-Dez, Vol. 16 n. 3, p. 221-231, 2000.

ESPINHEIRA, G. (org.) **Sociabilidade e Violência: criminalidade no cotidiano de vida dos moradores do Subúrbio Ferroviário de Salvador.** Salvador: Ministério Público de Estado da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2004.

FELDMAN-BIANCO, B. Introdução. In FELDMAN-BIANCO, B. (org) **A antropologia das sociedades contemporâneas.** São Paulo: Global, 1987.

FIELD,S.; FRANK, K. A.; SCHILLER, K.; RIEGLE-CRUMB, C.; MULLER,C.

Identifying positions from affiliation networks: Preserving the duality of people and events. **Social Networks**, Volume 28, Issue 2, May 2006, pp. 97-123

FONTES, B. A. S. M. A Construção das Redes Sociais de Operadores de ONGs: Os Mecanismos de Recrutamento a Partir das Relés Sociais. **REDES-** Revista hispana para el análisis de redes sociales. Vol.12,#7, Junio 2007.

FONTES, B. A.; EICHNER, K. A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. **REDES-** Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol.7,#2, Oct./Nov. 2004.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov, 2006

\_\_\_\_\_. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciênc. saúde coletiva**, 2003, vol.8, no.3, p.713-726.

GIDDENS, Anthony. **As Conseqüências da Modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

\_\_\_\_\_. **Sociologia**. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

GOMES, I. C. Transmissão psíquica transgeracional e Violência conjugal: um relato de caso. **Boletim de psicologia**, 2005, vol. Lv, nº 123: 177-188.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, v. 10, n. 2, pp. 357-363. ISSN 1413-8123.

GOODREAU, S. M.; Advances in exponential random graph ( $p^*$ ) models applied to a large social network. **Social Networks**, Volume 29, Issue 2, May 2007, pp. 231-248.

GRIEP, R. H., CHOR, D.; FAERSTEIN, E. *et al.* Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saúde Pública**, jun. 2003, vol.37, no.3.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

INSNA. *International Network For Social Network Analysis*. Disponível em <http://www.insna.org/> acessado em 28 de dezembro de 2007.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, jun. vol.19, no.3, p.861-866, 2003.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **Sobre associativismo, desigualdades e democracia**. *Rev. bras. Ci. Soc.*, Oct. 2003, vol.18, no.53

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.485-501, set/dez 2007. título em português

KRETCHMAR, M. D.; JACOBVITZ, D. B. (2002). Observing mother-child relationship across generations: boundary patterns, attachment, and the transmission of caregiving. **Family Process**, vol. 41, nº 3, 2002. p. 351 – 374.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente**: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. Dissertação, Escola nacional de saúde pública Departamento de endemias, ambiente e sociedade Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2002.

- LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.
- LAVALLE, A. G.; CASTELLO, G.; BICHER, R. M. Redes e Capacidade de Ação na Sociedade Civil O caso de São Paulo – Brasil. **REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales**. Vol.12,#6, Junio 2007.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 113-28, jan.-mar, 2006.
- LOYOLA, M.A. **Médicos curandeiros**. Difel Editora: Rio de Janeiro, 1982.
- MANESCHY, M. C.; KLOVDAHL, A. Redes de associações de grupos camponeses na Amazônia Oriental (Brasil): fontes de capital social? **REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales**. Vol. 12,#4, Junio 2007.
- MARQUES, Eduardo Cesar. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade. **Rev. bras. Ci. Soc.**, Oct. 1999, vol.14, no.41, p.45-67.
- \_\_\_\_\_. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, Fev 2006, vol.21, no.60, p.15
- MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, jan./abr., vol.30, no.1, p.71-81, 2001.
- \_\_\_\_\_. Informação, rede e redes sociais – fundamentos e transversalidades. **Inf. Inf.**, Londrina, v.12, n.esp., 2007.
- MARTINS PH. As redes sociais, o sistema de dívida e o paradoxo sociológico. **Caderno CHR**, Salvador, v.17, n. 40, p. 33-48, 2004.
- MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006.
- MENDONÇA, R. T., CARVALHO A. C. D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(número especial):1207-12.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MOREIRA MCN. **A dívida da saúde: sociabilidade e voluntariedade na construção das “Res”** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Doutorado em Ciências Humanas, IUPERJ - UCAM, 2005.
- MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ABREU, Anderson Kerley Chaves de; OLIVEIRA, Marina Clemente de. **Moralidade e sociabilidade em Frankl: um norte para superação da violência**. *Psicol. estud.*, Sept./Dec. 2006, vol.11, no.3, p.627
- NAJMANOVICH, D. El lenguaje de los vínculos: de la independencia absoluta a la autonomía relativa. In DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. (orgs). **Redes: el lenguaje de los vínculos**. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós, 2002
- NJAINE, K., ASSIS, S. G. de, GOMES, R. *et al*. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. saúde coletiva**, 2006, vol.11 suppl, p.1313-1322.
- OLIVEIRA, Ebenézer A. de et al. Estilos parentais autoritário e democrático-

recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 2002, v. 15, n. 1, pp. 1-11.

OLIVEIRA, M.L.S; BASTOS, A.C de S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicologia: reflexão e crítica**, ano 13, n.1, p.97-107, 2000.

PECHANSKY, F.; HALPERN, S. C.; SOIBELMAN, M.; BICCA, C.; SZOBOT, C. M.; LIMA, A. F. B. S.; SHIBA, A. S. Limites e alternativas para a implementação de um programa para dependentes químicos em risco para infecção pelo HIV utilizando o conceito de Rede Social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):195-204, jan-fev, 2001.

PINTO, J.; GARCIA, A; BORCCHI, S.; CARVALHAES, M. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):753-764, 2006

PROIETTI, Fernando Augusto et al . Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Sept. 2008

RAMOS M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias** 2002; (7): 156-75.

REGIS, H. P.; FALK, J. A.; DIAS, S. M. R. C. BASTOS, A. V. B. Asesorando redes de emprendedores: diagramación de los conceptos de los participantes de viveros de empresas tecnológicas en Brasil. **REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales**. Vol. 13,#7, Diciembre 2007.

\_\_\_\_\_. Mentoring Entrepreneurial Networks: mapping conceptions of participants in technological-based business incubators in Brazil. **REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales**. Vol. 13,#7, Diciembre 2007.

RESENDE, M. C.; BONÉS, V. M.; SOUZA, I. S.; GUIMARÃES, N. K. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol. Am.** n.5 México fev. 2006

REYES JUNIOR, E.; BORGES, M. DE L. A comparação da estrutura social de turmas de graduação e pós-graduação: Um entendimento da cartografia dos grupos. **REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales**. Vol.14,#8, Junio 2008

REZENDE, I. G.; KROM, M.; YAMADA, M. O. A Repetição Intergeracional e o Significado Atual da Deficiência Auditiva. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Mai-Ago Vol. 19 n. 2, pp. 177-184, 2003.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In BARROS, M. L. (org.) **Família e gerações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental**. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, dez. 2005, vol.11, no.18, p.205-218.

SANTANA, J. P; DONINELLI, T. M., FROSI, R. V.; KOLLER, S. H. Os Adolescentes em Situação de Rua e as Instituições de Atendimento: Utilizações e Reconhecimento de Objetivos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005, 18(1), pp.134-142

SANTOS, C. A. dos. **Fatores sócio-econômicos culturais de um bairro "dividido"**: O caso da Boca do Rio (Salvador-Ba). Relatório Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2005.

SANTOS, M. V. **Redes sociais informais e compartilhamento de significados sobre mudança organizacional**: estudo numa empresa petroquímica da Bahia. Dissertação (Mestrado em Psicologia – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas). Universidade Federal da Bahia, 2004. 176f

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. FALLER, A. (orgs). **Família: Redes, Laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

SATO, L.; SOUZA, M. P. R. (2001). Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicol. USP** v.12 n.2 São Paulo.

SERAPIONI M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10 (sup): 243-53.

SILVA KS, COUTINHO ESF. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste - reteste e estrutura de concordância dos itens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2005, 21(3): 979-83.

SILVA, Luiz Antonio Machado da; LEITE, Márcia Pereira. Violência, crime e polícia: o que os favelados dizem quando falam desses temas?. **Soc. estado.**, Sept./Dec. 2007, vol.22, no.3, p.545

SILVA, Luiz Antonio Machado da. **Sociabilidade violenta: por uma interpretação da criminalidade contemporânea no Brasil urbano**. *Soc. estado.*, Jan./June 2004, vol.19, no.1, p.53-84.

SLUZKI, C. E. (1997). **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SOUZA, ANGELA MARIA GORDILHO; BRANDAO, MARIA DE AZEVEDO; RIBEIRO, ANA CLARA TORRES; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. INSTITUTO DE PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL. **Invasões e intervenções públicas** : uma política de atribuição espacial em Salvador, 1946-1989. 1990. 327f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional

SOUZA, Iara Maria de Almeida. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B. **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.89-124.

\_\_\_\_\_. **Na Teia da Doença**. As redes Sociais. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal da Bahia, 1995. Salvador, 164f.

SPINOLA, Noelio Dantasle. **Geração de emprego e renda em Salvador**: estudo dos bairros do Imbuí e da Boca do Rio. Salvador: Kanzeon, 1998. p.19-26, p.173-184.

SZYMANSKI H. Teoria e "teorias" de família. In CARVALHO, M. C. B. (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2006.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad. Saúde Pública**, Abr, vol.21, no.2, p.426-435, 2005.

\_\_\_\_\_. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2008. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2008.

TEIXEIRA, Cid. **Bahia em tempo de província**. Salvador: Fundação Cultural do Estado da Bahia, 1986. p.49-51, p.57-58.

TOTTERDELL, P.; HOLMAN, D.; HUKIN, A. Social networkers: Measuring and examining individual differences in propensity to connect with others. **Social Networks**, In Press, Corrected Proof, Available online 4 May 2008.

TRAD, L. **O cuidado à saúde no contexto familiar e suas inter-relações com os serviços formais e informais de saúde**. Relatório de pesquisa. Salvador, 2007

\_\_\_\_\_. Processo migratório e saúde mental: rupturas e continuidade na vida cotidiana. **Physis. Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(1): 139 -156, 2003.

VALENTE, Thomas W. Networks and Public Health: A Review of Network Epidemiology: A Handbook for Survey Design and Data Collection, Oxford University Press, New York (2004). **Social Networks**, Volume 29, Issue 1, January 2007, pp. 154-159.

VALLA V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública** 15(Supl. 2):7-14, 1999.

\_\_\_\_\_. Educação popular e saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, 5:46-53, 2000.

\_\_\_\_\_. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. **Cad. Saúde Pública**, Mar vol.8, no.1, p.30-40, 1992.

\_\_\_\_\_. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 , n.7, p.37-56, 2000.

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 15-37,1994.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia** 2004, 9(2), 373-379.

VITALE, M. A. F. Socialização e família: uma análise intergeracional. In CARVALHO, M. C. B. (org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2006.

YUNES, Maria Angela Mattar; GARCIA, Narjara Mendes; ALBUQUERQUE, Beatriz de Mello. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, 2007.

# APÊNDICES

## APENDICE A – MODELO DE TCLE



### **Universidade Federal da Bahia**

Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela Cep: 40.110-040- Salvador – BA.

Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde (FASA): (71) 3336-0173.

### **Termo de Consentimento para participação na pesquisa**

Declaro que fui esclarecido e concordo em participar voluntária e gratuitamente da pesquisa *Tecendo a rede em família: análise da formação de redes sociais entre famílias de um bairro popular da cidade de Salvador* e compreendo que:

- a) Esta pesquisa tem como objetivos investigar as práticas de cuidado com a saúde entre famílias do Bairro da Boca do Rio, como as redes sociais influenciam os cuidados e como as formas de cuidar são transmitidas através das gerações entre os familiares.
- b) A pesquisadora responsável me pedirá informações sobre a história, estrutura e dinâmica do bairro e da minha família, histórias sobre problemas de saúde, como estes problemas foram cuidados em minha família e minha avaliação sobre este processo.
- c) Para coleta das informações necessárias para esta pesquisa serão realizadas entrevistas e observações em diferentes locais do bairro e visitas às casas dos membros de minha família. Nestas ocasiões, poderão ser utilizados aparelhos para gravação áudio – visual, quando permitido por quem estiver participando, e as informações coletadas serão utilizadas eticamente e apenas para pesquisa científica.
- d) Foi garantido pelo(s) pesquisadore(s) que manterão em segredo a minha identidade. Além disso, foi garantido que poderei desistir de participar da pesquisa e cancelar este consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer punição ou cobrança por minha desistência.
- e) Autorizo a análise das informações que dadas por mim e a divulgação pública dos resultados desde que o parágrafo anterior (letra d) seja observado.

Salvador,                      de    de 200\_

---

Participante RG

---

Pesquisador: Jeane Tavares RG - 04391290-79 E-mail: [jeanetavares@hotmail.com](mailto:jeanetavares@hotmail.com) tel. (71) 9956-2690



## APENDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – MORADORES/INFORMANTES

#### 1. Identificação:

- Idade, escolaridade, estado civil, religião
- Profissão, renda familiar, tipo de atividades que desenvolve
- Área do bairro em que mora/trabalha

#### 2. Bairro

- Tempo que mora no bairro
- Avaliação do bairro (pontos positivos e negativos): lazer, segurança, saneamento básico, cultura, educação, equipamentos públicos, atuação dos órgãos públicos, ongs, ocupação do território etc.
- Conhecimento sobre a história do bairro: mudanças que ocorreram desde a chegada no bairro
- Hábitos/redes comuns entre moradores: fazem atividades em grupo, festas familiares ou não, associação de bairro, solidariedade entre vizinhos, famílias.

#### 3. Saúde

- Práticas de cuidados com a saúde geral: Investigar primeiro quais os comportamentos mais comuns e *depois* se há diferença de cuidados para faixas etárias (idosos, adultos, crianças) ou posição familiar.
- Cuidados com a saúde quando há problema de saúde (geral).
- Tipo de **problema de saúde** (utilizar este termo) mais comum no bairro
- O que fazem para tratar destes especificamente (descrever cada um)
- Que tipo de tratamento prefere. E a família?
- Em situação de adoecimento a quem ou qual instituição recorrem: ver se há variação segundo tipo/gravidade da doença ou pessoa (papel social /idade);

## APENDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – MEMBROS DA REDE FORMAL

#### 1. Identificação:

- Idade, escolaridade, estado civil
- Profissão, tipo de atividades que desenvolve, carga horária
- Mora no bairro? Qual área?

#### 2. Bairro

- Tempo que mora/ trabalha no bairro
- Avaliação do bairro (pontos positivos e negativos): Investigar lazer, segurança, saneamento básico, cultura, educação, equipamentos públicos, atuação dos órgãos públicos, ongs, ocupação do território etc.
- Conhecimento sobre a história do bairro: mudanças que ocorreram desde a chegada no bairro
- Hábitos/redes comuns entre moradores: fazem atividades em grupo, festas familiares ou não, associação de bairro, solidariedade entre vizinhos, famílias.

#### 3. Saúde - UBS

- Serviços oferecidos e perfil da clientela atendida: sócio-demográfico e epidemiológico;
- Avaliação da busca da população por estes serviços;
- Avaliação da aceitação da população aos programas desenvolvidos;
- Investigar outras demandas da população, além dos serviços oferecidos pelo posto, e como os profissionais lidam com isso.
- Investigar condições de trabalho: dificuldades e pontos positivos
- Opinião do gestor sobre a adesão da população às recomendações médicas;
- Possíveis problemas na relação entre profissionais de saúde e a população;

#### 4. Saúde - família

- Tipo de **problema de saúde** (utilizar este termo) mais comum no bairro
- O que fazem os moradores para tratar destes especificamente (descrever os procedimentos para cada um)
- Que tipo de tratamento as famílias mais utilizam.
- Qual o percurso que fazem até chegarem ao posto (itinerário terapêutico)?
- Avaliação das práticas de cuidados dos moradores com a saúde geral: Investigar primeiro quais os comportamentos mais comuns e *depois* se há diferença de cuidados para faixas etárias (idosos, adultos, crianças) ou posição familiar.
- Práticas de cuidados com a saúde geral (indicados pelos profissionais de saúde): Investigar primeiro quais os comportamentos mais comuns e *depois* se há diferença de cuidados para faixas etárias (idosos, adultos, crianças) ou posição familiar;
- Avaliação dos cuidados com a saúde empregados pelas famílias quando há problema de saúde (geral);
- Cuidados com a saúde indicados pelos profissionais de saúde quando há problemas de saúde;

## APENDICE D

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – FAMÍLIAS

#### 1. Organização familiar e elaboração do genograma:

Histórico de eventos relacionados à saúde. Investigar: quais são os membros, dinâmica relacional entre gerações que têm convivência, diferentes funções dos membros no grupo, diferentes tipos de cuidados oferecidos

#### 2. Crenças familiares sobre problemas de saúde

- a) Crenças associadas e modelos explicativos da etiologia e tratamento das diferentes doenças que afetaram o grupo (doenças “familiares” principalmente): identificar tratamentos/receitas “familiares”, itinerários indicados e compartilhados entre membros do grupo
- b) Principais responsáveis por transmitir e perpetuar as formas de cuidado desenvolvidas pelas famílias
- c) Principais estratégias utilizadas pelos membros para esta transmissão: “como aprenderam a cuidar desta forma?”

#### 3. Cuidados intergeracionais

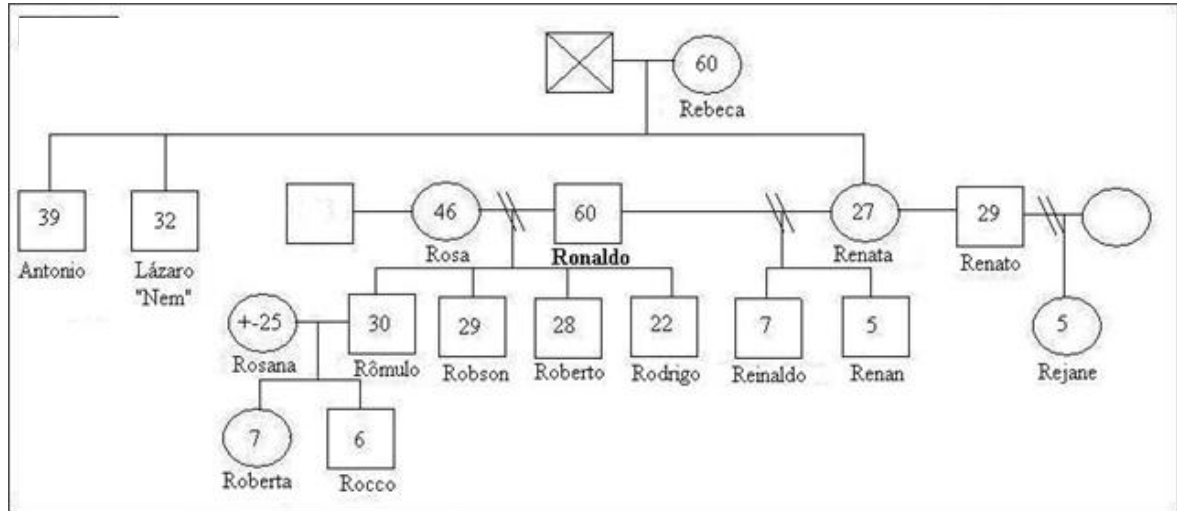
- a) Participação de membros da família de origem e cuidadores mais velhos no cuidado com as gerações mais novas: quem e que tipo de cuidado, se houver.
- b) Práticas de cuidado recebidas dos pais e outros familiares/cuidadores.
- c) Descrever as práticas que percebe que transmitiu aos filhos e as que não transmitiu. Verificar se há racionalização dessas escolhas.
- d) Percepção quanto às práticas de cuidado à saúde que os filhos adotaram ou não. Crenças relacionadas aos comportamentos de saúde dos filhos.
- e) Situações de saúde em que prioriza o que aprendeu com sua família e não outros setores de saúde.

#### 4. Relações com o setor profissional e popular

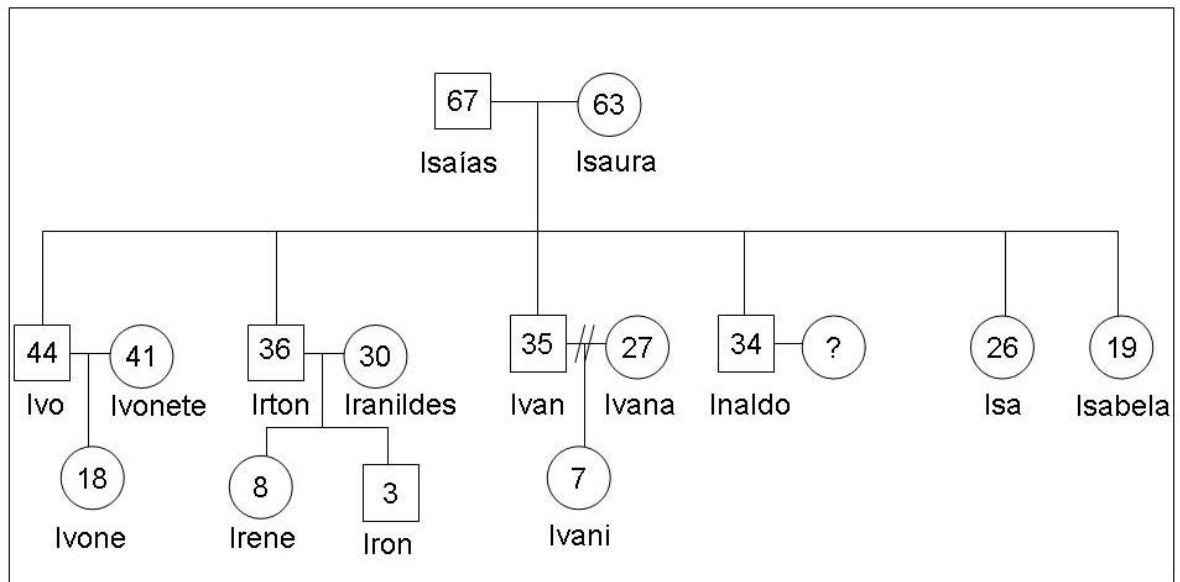
- a) Alterações provocadas no contato com setor profissional na forma de cuidar desenvolvida pelas famílias: ver se há incorporação das recomendações nas práticas familiares e se transmitem nas gerações;
- b) Alterações provocadas no contato com setor popular na forma de cuidar desenvolvida pelas famílias: ver se há incorporação das recomendações nas práticas familiares e se transmitem nas gerações;
- c) Aspectos que são considerados para o seguimento das recomendações e transmissão das práticas de cuidado: hierarquia, relação interpessoal favorável, influencia sobrenatural, custo/ benefício, etc.

## APENDICE E – GENOGRAMAS

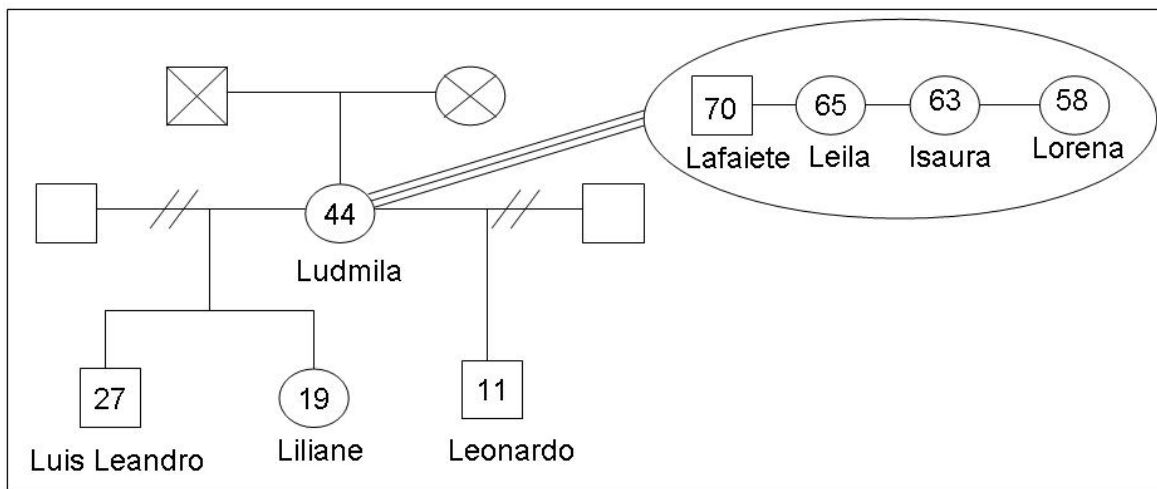
### GENOGRAMA - FAMÍLIA R



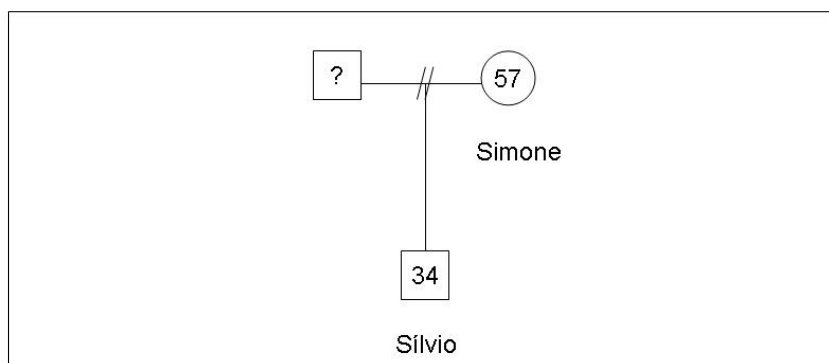
### GENOGRAMA - FAMÍLIA I



## GENOGRAMA FAMÍLIA L



## GENOGRAMA FAMÍLIA S



## LEGENDA DOS GENOGRAMAS

