



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA

CUIDADO, DÁDIVA E SABERES: O encontro entre as mulheres, casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa

Recife
2018

THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA

CUIDADO, DÁDIVA E SABERES: O encontro entre as mulheres, casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Dr. Paulo Henrique Martins

Recife
2018

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

F383c Ferreira, Thayane Pereira da Silva.
Cuidado, dádiva e saberes: O encontro entre as mulheres, casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa / Thayane Pereira da Silva Ferreira. – Recife: o autor, 2018.
90 f.; il.; 30 cm.

Orientador: Paulo Henrique Martins.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Atenção primária a saúde. 2. Saúde mental. 3. Cuidado. 4. Reconhecimento. I. Martins, Paulo Henrique (orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2019 - 014)

THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA

CUIDADO, DÁDIVA E SABERES: O encontro entre as mulheres, casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 19 / 12 /2018

Prof. Dr. **Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque** (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. **Juliana Sampaio** (Examinador Externo)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. **Maria Beatriz Lisbôa Guimarães** (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. **Ronice Maria Pereira Franco de Sá** (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Recife
2018

Dedico este trabalho a minha querida Mestra Carmen Teresa Costa, a qual me apresentou a Comunidade deste estudo e com quem aprendi, dentre tantas coisas, que cuidar é abrir-se ao encontro com o outro.

AGRADECIMENTOS

A DEUS

Pela sua infinita bondade e providência na minha vida, guiando os meus passos e me ensinando que é dando que se recebe.

A MINHA FAMÍLIA

Em especial, a minha mãe Izenilda, que apesar da distância física, sempre me compreendeu e sonhou junto comigo os 'nossos sonhos'. À minha irmã, Thalita, por seu companheirismo e amizade, vibrando comigo as conquistas cotidianas. Ao meu pai, José, pelas conversas e ensinamentos.

AOS AMIGOS

Em especial à Adelle e Carlinha, pela imensa generosidade com a qual me receberam em sua casa e companheirismo nos momentos mais cruciais desta jornada. Minha eterna gratidão. Vocês me fizeram vivenciar a dádiva cotidianamente.

Ao amigo Marcio pelo cuidado e companheirismo construídos ao longo destes dois anos. Sou grata por este encontro na vida que nos proporcionou, nos possibilitando ser abrigo e construir morada no coração, um do outro.

A Jéssica pela parceria e amizade em todos os momentos. Sua generosidade foi muito importante nesta caminhada.

A Juliana Sampaio pelas construções compartilhadas e aprendizados durante todo este tempo. Sou muito grata.

AO MEU ORIENTADOR

Paulo Henrique Martins, pela generosidade, me ensinando a viver a dádiva no dia-a-dia a partir de suas ações. Sou imensamente grata pela oportunidade deste encontro. Agradeço também pela disponibilidade de me apresentar novos conhecimentos e horizontes.

A COMUNIDADE DO GERVÁSIO

Em especial, às mulheres com as quais tive oportunidade de conviver durante sete meses, as quais me ensinaram sobre resistência às adversidades da vida. A Bianca, coordenadora da Casa das Comadres, que me recebeu com imensa generosidade, se disponibilizando a ajudar na realização de todo o estudo. À equipe de saúde da Unidade Integrada Mudança de Vida,

em especial a Vanessa, Aisha e Elaine pela parceria construída durante nossos encontros e auxílios imprescindíveis na concretização da pesquisa.

“Misturam-se as almas nas coisas, misturam-se as coisas nas almas.
Misturam-se as vidas, e é assim que as pessoas e coisas misturadas
saem cada qual de sua esfera e se misturam”.

(Mauss, 1974, p.71)

RESUMO

Este estudo busca produzir sentidos e dar visibilidade para a produção do cuidado em saúde mental compartilhado na atenção básica. Buscou analisar a produção do cuidado em saúde mental a partir de diferentes saberes, que envolvem os encontros entre as mulheres entre si, entre a equipe de saúde da família e as coordenadoras da Casa das Comadres em uma comunidade no município de João Pessoa, Paraíba. Foi desenvolvido a partir uma pesquisa qualitativa, desenvolvida a partir da Metodologia de Análise de Redes Sociais e Cotidiano (MARES). A MARES se configura como metodologia fenomenológica e hermenêutica, possibilitando a análise das redes sociais em sua profundidade, oferecendo uma visão integralizada destas redes a partir do cotidiano. A metodologia, desenvolvida a partir de grupos focais, se dividiu nas fases de desconstrução das representações sociais sobre os aspectos macrosociológicos e microsociológicos relacionados à produção do cuidado em saúde mental. E, em seguida pela fase de reconstrução destes aspectos na construção do Mapa do Cuidado. Os dados produzidos a partir destes encontros foram analisados tecnicamente a partir de categorias de análise correspondente aos núcleos de sentido de acordo com a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Utilizou-se a teoria do reconhecimento de Axel Honneth para a organização dos discursos segundo níveis institucionais, que compreendem a autoconfiança, auto respeito e a autoestima na constituição do reconhecimento dos atores sociais. A sistematização do estudo divide-se em dois artigos que abordam, respectivamente, a luta das mulheres por reconhecimento social e as racionalidades envolvidas na produção do cuidado em saúde mental na atenção básica. A luta por reconhecimento perpassa as esferas da vida social e que os processos de adoecimento tem suas raízes na busca por pertencimento social. Propõe-se o desenvolvimento de práticas de cuidado na atenção básica que sejam emancipatórias e ampliem os modos de existência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Cuidado. Reconhecimento.

ABSTRACT

This study seeks to produce meanings and give visibility to the production of shared mental health care in basic care. It sought to analyze the production of mental health care from different knowledge, involving the meetings between women among themselves, between the family health team and the coordinators of Casa das Comadres in a community in the municipality of João Pessoa, Paraíba. It was developed from a qualitative research, developed from the Methodology of Social and Daily Network Analysis (MARES). MARES is configured as a phenomenological and hermeneutical methodology, allowing the analysis of social networks in depth, offering an integrated view of these networks from the everyday. The methodology, developed from focus groups, was divided in the phases of deconstruction of social representations on macrosociological and microsociological aspects related to the production of mental health care. And then by the reconstruction phase of these aspects in the construction of the Care Map. The data produced from these meetings were analyzed technically from analysis categories corresponding to the sense cores according to the Content Analysis proposed by Bardin. Axel Honneth's theory of recognition was used to organize discourses at institutional levels, which include self-confidence, self-respect and self-esteem in the recognition of social actors. The systematization of the study is divided into two articles that address, respectively, women's struggle for social recognition and the rationalities involved in the production of mental health care in basic care. The struggle for recognition permeates the spheres of social life and that the processes of illness have their roots in the search for social belonging. It is proposed to develop care practices in primary care that are emancipatory and broaden the modes of existence

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Care. Recognition.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CRAS- Centro de Referência em Assistência Social

CUFA- Central Única de Favelas

ESF - Equipe de Saúde da Família

EVOT – Escola Viva Olho do Tempo

MARES - Metodologia de Análise de Redes Sociais e Cotidiano

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

ONG – Organização Não-Governamental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO: REVISANDO A LITERATURA E PRODUZINDO CONEXÕES ENTRE OS SABERES.....	15
2.1	Cuidado em saúde mental na atenção básica.....	15
2.2	Teoria da Dádiva: o Dom e as Interações Simbólicas nas Práticas de Cuidado.....	17
2.4	Saberes nas práticas de cuidado em saúde mental.....	19
2.3	A luta por Reconhecimento dos atores sociais.....	20
3.	METODOLOGIA.....	22
3.1	Cenário da pesquisa.....	23
3.2	O campo e os participantes da pesquisa.....	24
3.3	Navegando nos MARES do cuidado: Apresentando a Metodologia de Análise de Redes Sociais e Cotidiano.....	25
3.4	Técnicas de coleta de dados.....	28
3.5	Plano de análise.....	28
3.6	Considerações éticas.....	28
4.	RESULTADOS.....	29
4.1	Artigo 1: DÁDIVAS E ENCONTROS: Reconhecendo a luta social no território.....	30
4.2	Artigo 2: ATENÇÃO BÁSICA E SABERES: Caminhos e rotas para a produção do cuidado compartilhado.....	49
5.	CONCLUSÃO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	73
	APÊNDICE B: TERMO DE CONSCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS.....	75
	APÊNDICE C: ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO.....	77
	APÊNDICE D: QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL (nº 1).....	79
	APÊNDICE E: CARTELA-BARCOS MACROSSOCIOLÓGICOS.....	80
	APÊNDICE F: QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL (nº 2).....	81
	APÊNDICE G: CARTELAS-BARCOS MICROSSOCIOLÓGICOS.....	82
	APÊNDICE H: MARES DO CUIDADO.....	83
	APÊNDICE I: QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL (nº 3).....	84
	APÊNDICE J: MAPA DO CUIDADO.....	85
	ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA.....	86
	ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	87

1. INTRODUÇÃO

Em um lugar, onde uns são homens, outros mulheres, alguns adolescentes, outros crianças e idosos. Onde alguns acabaram de chegar em busca de um local para morar, outros já estavam acampados há algum tempo. Onde uns trabalhavam na *roça*, outros na cidade. Uns precisaram sair de suas cidades natal em busca de sobrevivência, outros migraram de bairros próximos em busca de melhores condições de vida.

Neste lugar, alguns chegaram '*de repente*', pois não tinham escolhas. Outros foram em busca de direitos básicos, como uma moradia e uma escola para as crianças estudarem. Alguns trouxeram consigo suas histórias, marcadas pela supressão de direitos e desigualdades.

Uns carregam consigo seus hábitos, costumes e crenças. Outros já nem se lembram em que acreditavam. Uns assumem diferentes papéis, de pai, provedor, trabalhador. Outros têm poucas oportunidades para além do ambiente doméstico. São mulheres.

Neste lugar, uns insistem em reafirmar o patriarcado passado pelos seus antecedentes. Outros, não questionam. Algumas sofrem, mas não sabem o porquê do sofrimento. Lugar que é de modo evidente marcado por diferenças, vidas e multiplicidades de produção de existências.

É neste lugar que se configura o cenário deste estudo. E, onde está inserida a Unidade Saúde da Família, lugar onde acontecem encontros entre cuidadores, usuários e suas redes familiares, de amizade e de vizinhança. Foi neste lugar, onde se deu o encontro entre as mulheres da comunidade, a equipe de saúde da USF *Mudança de Vida* e as coordenadoras do projeto social da Casa das Comadres. Espaço de encontros entre saberes, racionalidades e práticas de cuidado.

Neste lugar, de acontecimentos, encontravam-se as mulheres, muitas em sofrimento psíquico que começaram a ser acompanhadas pela equipe de saúde, em especial a médica, enfermeira e nutricionista. Desenvolveram um grupo na unidade, chamado *Belas Mulheres* para o desenvolvimento de práticas de cuidado. Somando-se a estas ações, aproximaram-se à *Casa das Comadres*, projeto social desenvolvido por uma ONG, que realiza ações em busca da sustentabilidade social de mulheres que vivenciam diferentes formas de sofrimento em contextos de vida cotidiana precarizada.

A cena deste espaço intercessor traz aportes investigativos para ampliar a discussão sobre o cuidado territorial na atenção básica, dialogando com os princípios e diretrizes do SUS, frente à necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais, que considera os diferentes dispositivos sociais da comunidade em busca da produção do cuidado compartilhada, construção de vínculos e garantia da autonomia e protagonismo dos usuários diante suas necessidades (BRASIL, 2003).

Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) exige a produção de estudos e problematizações sobre as mediações compartilhadas entre as equipes de saúde, usuários e dispositivos presentes no território, incorporando nestas investigações a discussão sobre a produção do cuidado que incorpore a perspectiva relacional e simbólica das práticas em saúde (MARTINS; FONTES, 2008).

Nestes encontros, envolvendo profissionais de saúde, usuários e o território, na busca de construção de *pactos de cura*, diversos saberes se fazem presentes, uma vez que o cuidado se dá a partir do compartilhamento simbólico e acolhimento emocional na relação entre curadores e doentes (TESSER; LUZ, 2008). De modo que esta eficácia simbólica exige o envolvimento de crenças e emoções entre os atores que se encontram.

Por sua vez, nestes encontros cotidianos, permeados por trocas, que envolvem um circuito de doação, recebimentos e retribuições materiais e/ou simbólicas no sistema da dádiva (MAUSS, 2003) as relações entre os atores podem estar relacionadas à busca por reconhecimento social (MARTINS, 2009; CAILLÉ, 2008).

Neste sentido, a dádiva encontra espaço potente nas ações de cuidado na atenção básica a saúde, que envolve racionalidades pactuadas nos processos cuidadores, que envolve a luta por reconhecimento dos atores sociais. A busca pelo reconhecimento, que pode ser individual (de si), pessoal (do outro) ou grupal (coletivamente), são fundamentais para a constituição de cidadãos autônomos (HONNETH, 2003). O desejo em ser reconhecido, se dá a partir da afetividade, da garantia de direitos e da solidariedade nos processos relacionais.

O ser humano almeja ser amado, após vivenciar relações afetivas impulsionadoras de autoconfiança. Busca ser respeitado, através de experiências de garantia de direitos geradoras de auto respeito. E, luta por estima social, a partir de processos de solidariedades coletivas e da vida cívica geradoras de auto estima (HONNETH, 2003; MELLO, 2017).

Caillé (2008) entende o reconhecimento a partir de elementos de identificação (alteridade), valorização social e gratidão por dádivas prestadas. Desse modo, é estratégico conhecer a interação entre os profissionais de saúde, usuários e outros atores do território na direção de processos capazes de gerar solidariedade, pois a troca e o envolvimento entre quem dá e quem recebe resultam em efeitos positivos para ambos, com consequentes benefícios no aumento da confiança pessoal, satisfação com a vida e capacidade de enfrentar problemas (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

A partir desta explanação, a pergunta condutora do estudo se configurou na seguinte problematização: Como se dá a produção do cuidado que considera os encontros das mulheres entre si, com a equipe de saúde e a casa das comadres?

O estudo teve como objetivo analisar como se produz o cuidado em saúde das mulheres a partir de diferentes racionalidades que compreendem, os saberes e práticas das mulheres e seus encontros entre si, entre a equipe da unidade de saúde da família e a casa das comadres.

E, como objetivos específicos: analisar a produção do cuidado em saúde mental a partir dos encontros entre as mulheres no cotidiano e suas redes de interação; conhecer a produção do cuidado em saúde mental que se constrói a partir do encontro das mulheres com a casa das comadres e, analisar o cuidado que se produz no encontro entre as mulheres e a unidade de saúde da família.

A escolha do local de estudo e objeto de investigação se deram a partir da vivência da pesquisadora desde 2013 na Unidade de Saúde *Mudança de Vida*, no desenvolvimento de projetos, práticas e inserções no cotidiano da vida das pessoas acompanhadas pela unidade. Tal vivência, enquanto estudante e posteriormente Terapeuta Ocupacional, instigou a realização da referida pesquisa.

Após esta introdução, a escrita da dissertação está organizada em três marcos que apresentam os conteúdos e vivências estruturantes do estudo. O primeiro capítulo encontra-se dividido em quatro eixos teóricos, Cuidado em Saúde, Dádiva, Saberes e Reconhecimento, de modo a fazer uma explanação dos aportes teóricos discutidos e problematizados ao longo do estudo.

O segundo capítulo, dividido em seis eixos traz a cena os aportes metodológicos utilizados na realização da pesquisa, que envolve a abordagem metodológica, a apresentação da

Metodologia de Análise de Redes Sociais e Cotidiano (MARES), o cenário da pesquisa, participantes, técnicas de coleta de dados, plano de análise e considerações éticas.

O terceiro capítulo, dedicado à abordagem dos resultados da pesquisa, divide-se em dois artigos, os quais abordam inicialmente a desconstrução dos aspectos macrosociológicos na perspectiva da equipe de saúde, das mulheres da comunidade e das coordenadoras da Casa das Comadres e a desconstrução dos aspectos microsociológicos. Como também a (re) construção do mapa do cuidado que aponta as perspectivas da produção do cuidado entre os diferentes atores, traçando caminhos, diálogos e discussões sobre as práticas de cuidado compartilhadas.

Ao final, a título de conclusão e convite à reflexão sobre as práticas de cuidado na atenção básica, são apontadas algumas considerações que buscam dar visibilidade às interações simbólicas nos encontros entre equipes de saúde, usuários e as redes do território, colocando em cena estas interações como dádiva que possibilita a sustentabilidade da vida cotidiana de atores que apresentam histórias e contextos de vida vulneráveis.

2. REFERENCIAL TEÓRICO: REVISANDO A LITERATURA E PRODUZINDO CONEXÕES ENTRE OS SABERES

Neste capítulo, apresentamos os quatro eixos que constituem o marco teórico do estudo: Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica; Teoria da Dádiva; Saberes em Saúde; e, Teoria do Reconhecimento. Este passeio teórico se constitui nos aportes literários que ampliam e problematizam a discussão sobre as práticas de cuidado que consideram os processos relacionais e simbólicos presentes nas diversas racionalidades atuantes no SUS, em especial no campo da atenção básica, que tem na Estratégia de Saúde da Família, a aposta de efetivação da integralidade na atenção em saúde.

2.1 Cuidado em saúde mental na atenção básica

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deverão seguir as

diretrizes da Atenção Básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais (BRASIL, 2013), como também a produção do cuidado integral e territorial.

Neste âmbito, a atenção básica à saúde se configura como espaço estratégico para as ações em saúde, inclusive aquelas que demandam atenção em saúde mental. Tendo em vista a proximidade com o cotidiano das pessoas da comunidade que possibilita aos profissionais de saúde produzir cuidado de acordo com as demandas do território (BRASIL, 2013).

Neste nível de atenção, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças (FRANCO, 2004). Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida.

Os processos cuidadores envolvem encontros entre usuários e profissionais no território. Emerson Merhy (2014) aponta que os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.

O trabalho em saúde não é só o saber diagnosticar, prognosticar, curar, produzir análises epidemiológicas, realizar campanhas, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo intercessor e partilhado, no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos e não tecnológicos de agir. (Merhy, 2014 p.12)

Cuidar é uma atitude interativa que se processa nas relações de intersubjetividade por meio das tecnologias leves (Merhy, 1998). Implica no acolhimento, na escuta, no respeito pelo sofrimento do outro e pelas suas histórias de vida (LACERDA & VALLA, 2004).

Quando a interação entre a equipe de saúde e os usuários é sustentada por vínculos que propiciam envolvimento e troca de afetos, de conhecimento e de saber, é bem provável que a dimensão do cuidado integral se faça presente (LACERDA, 2010).

Além de que não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho comprometido com a produção de mais vida como valor de uso inestimável e único (MERHY, 2014).

Para este autor a produção de cuidado que não está atrelado apenas ao território dos saberes técnico científico, mas também aos territórios relacionais onde operam sabedorias e não saberes de todos, implicados no encontro onde há a produção do cuidado. Como se os efeitos de um encontro com o outro no mundo do cuidado abrissem para muito além do próprio fazer clínico outros processos de “saberes” dos corpos que se agenciam, produzindo relações não expressas em linguagens que se representam pelas palavras/enunciados. (DELEUZE, 2002).

Neste sentido, é preciso considerar todos os atores que estão envolvidos na produção do cuidado e que fazem parte do território existencial apontado por Guattari (1990), como espaços, processos individuais e coletivos de circulação das subjetividades.

Tais territórios se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si.

O encontro no território se dá por meio de espaços de circulação das subjetividades e de trocas simbólicas, as quais alimentam o sistema da dádiva, que será abordado no capítulo seguinte, na produção de processos cuidadores de vínculos e amabilidades.

2.2 Teoria da Dádiva: o Dom e as Interações Simbólicas nas Práticas de Cuidado

A Dádiva é um sistema de ação baseada em três movimentos, o dar, o receber e o retribuir, a partir de motivações diversas que incluem interesse, mas também gratuidade, liberdade e obrigação (MAUSS, 2003).

Sistematizado inicialmente por Marcel Mauss (1923) e interpretado por autores como Alain Caillé (1998), Jacques Godbout (1998) e Paulo Henrique Martins (2006) entre outros, o sistema de dádiva é a lógica de trocas livres e obrigatórias que envolvem os indivíduos e grupos sociais e se desenvolve por meio de processos relacionais.

O desenvolvimento de práticas de cuidado na atenção básica suscita a produção de visibilidades sobre os processos relacionais que envolvem os atores, suas regras de interação e de convivência, trazendo à cena a dádiva que permeia as práticas em saúde (CAILLÉ, 2008).

Ao possibilitar a circulação de bens simbólicos como gentilezas, informações gratuitas e atenções, e materiais, como serviços e hospitalidades, o dom favorece a sustentabilidade afetiva e emocional dos indivíduos num contexto de vida cotidiana precarizada. Neste sentido, ele aparece como recurso fundamental no campo da saúde na medida em que dá sentido ao cuidar do outro e do cuidar de si.

O cuidado não pode ser reduzido a mero dispositivo técnico como se faz usualmente, mas como sistemas de relacionamentos que implicam os indivíduos em trocas visíveis e invisíveis que contribuem para gerar confiança mútua, solidariedade e generosidade.

A apresentação do cuidado como dádiva é necessária para estabelecer mecanismos de reciprocidades entre cuidadores e usuários de modo a empoderar estes últimos na construção de sistemas de atendimento personalizados que permitam levantar informações da vida privada e de gerar um clima de trocas básico para a geração do cuidado em saúde.

Neste diálogo, Martins (2011) define o cuidado como estrutura relacional e mediadora que estimula a corresponsabilidade, o reconhecimento, respeito à diferença, valorizando o saber científico e o saber da prática na sua construção. O cuidado pode ser compreendido como dádiva que valoriza aspectos simbólicos e intersubjetivos, além de ter potencial inovador, através da mediação, que combina a integralidade e a democratização da ação pública, focalizando as interações do cotidiano para a construção das práticas e políticas de saúde (MARTINS, 2011).

A dádiva, como prática de cuidado “permite entender que o sucesso do cuidado na saúde depende diretamente do modo como o profissional fixa sua atenção no usuário para inseri-lo num sistema horizontal de trocas interpessoais” (MARTINS, 2011, p. 43).

Como sentimento e prática de cuidado, a dádiva produz visibilidade sobre a forma como ocorre a ação real entre profissional e usuário de forma participativa em trocas horizontais. Nesse sentido, o cuidado:

[...] deixa de ser mera retórica que esconde antigas práticas hierárquicas e funcionais no serviço em saúde para designar a experiência concreta e reflexiva da ação em saúde que se realiza em três movimentos: do doar (como escuta, como palavra, como disponibilidade para acolher integralmente ao outro), do receber (como direito inato do ser humano a viver, como possibilidade de agradecer para aparecer e ser incluído) e do retribuir (como direito e possibilidade a demonstrar sua presença seu poder, sua singularidade dentro do sistema social) (MARTINS, 2011b, p. 49).

Os estudos sociológicos sobre a dádiva têm necessariamente que considerar o caráter relacional do cuidado valorizando a complexidade de motivos emocionais, morais, estéticos e cognitivos presentes nas diversas racionalidades humanas. Isto implica valorizar sempre a presença de dois ou mais protagonistas de uma trama simbólica, emocional e sentimental nas origens do pacto social que gera a instituição imaginária da sociedade (MARTINS, 2016) e o compromisso na construção da fraternidade, inclusão e solidariedade desta mesma sociedade.

O entendimento de cuidado perpassa pela dimensão da interação entre os participantes das práticas de saúde, como apontado por diferentes autores que tem se debruçado sobre esta temática (CECIM, 2004, MERHY, 2014, CAILLÉ, 2014, MARTINS, 2011; 2016).

O cuidado como dádiva, articula de modo coerente diversas racionalidades e, sobretudo, aquelas que envolvem os sentimentos dos indivíduos no sistema social favorecendo a transformação de práticas interpessoais positivas em ações institucionais efetivas e solidárias (MARTINS, 2016).

2.4 Saberes nas práticas de cuidado em saúde mental

Compreender o cuidado a partir da perspectiva relacional aponta para a necessidade de dar visibilidade para outros saberes envolvidos na produção do cuidado. Isto permite colocar em cena as apostas que cada um faz nos seus planos de cuidado, uma vez que podem seguir racionalidades ou sabedorias distintas (LUZ, 2004), que permeiam a produção do cuidado.

Madel Luz (1995) define racionalidades médicas como:

[...] um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. (LUZ, 1995; 2000. p. 196).

Toda racionalidade médica, envolve neste sentido uma “*organização do saber, sobre a qual se trabalha na construção da diagnose e da terapêutica*” (TESSER; LUZ, 2003, p. 199). Além de que a construção destes saberes também se constitui nos processos de interação social entre os atores envolvidos com a produção do cuidado, de modo a dar visibilidade a eficácia simbólica que exige envolvimento de crenças e emoções na construção dos saberes (LEVI-STRAUSS, 1975).

Os doentes esperam e valorizam um compartilhamento simbólico e um acolhimento emocional na relação com o curador. O que interessa para o mesmo é uma resolução favorável de seus sofrimentos e adoecimentos que se torna melhor quando é facilitado por empatia emocional e por uma reorganização simbólica que não exija crenças ou práticas muito diferentes das habituais do seu universo cultural (TESSER; LUZ, 2008).

Deteremos-nos, a partir das produções e conceitos abordados nos saberes que são constituídos a partir de encontros entre profissionais de saúde, usuários e atores do território,

que são desenvolvidos a partir dos afetos e emoções dentro do sistema simbólico que não se distancia das crenças e saberes do cotidiano dos atores.

Tal convocação gera tensões no plano micropolítico, onde a racionalidade biomédica que (re) conhece apenas a doença pode vir a invisibilizar outros saberes que (re) conhece o indivíduo, sem considerar a importância dos encontros e trocas afetivas/simbólicas na construção compartilhada de ações em saúde (CARVALHO, 2009).

Os saberes na produção do cuidado são vistas nesse sentido, não apenas nos seus compromissos éticos do cuidar, mas também a partir de uma disputa epistemológica, como aponta Tesser e Luz (2008) entre os saberes/ racionalidade biomédica dominante e as demais de alcance dos usuários. De modo que, existem diferenciações consideráveis sobre o olhar do doador- profissional de saúde e cuidador- para o donatário- o usuário, dependendo consideravelmente das perspectivas dos agentes envolvidos.

A completude no olhar para o usuário refere-se na capacidade da interpretação especializada de integrar os vários aspectos ou fenômenos do adoecimento e da vida do doente num conjunto com sentido e significado simbólico, histórico e existencial para ambos, curador e paciente (TESSER; LUZ, 2008).

A pluralidade dos saberes, no campo relacional pode propiciar um projeto terapêutico que realmente esteja adequado à vida do usuário, ou seja, potencializa a sua subjetividade e o seu caminhar na vida (CARVALHO, 2009, MERHY, 2014). Os saberes e trocas simbólicas perpassam os processos relacionais e a busca por reconhecimento dos agentes – profissionais de saúde, usuários e atores do território- nos seus encontros cotidianos.

2.3 A luta por Reconhecimento dos atores sociais

Axel Honneth (2003) no livro *Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais aborda* o reconhecimento social a partir da tipologia que compreende a confiança, após experiências de amor e intimidade, o respeito a partir do alcance e igualdade de direitos e a estima, a partir da valorização do sujeito em relações de solidariedade.

Sobre o amor, Honneth (2003) utiliza os estudos da psicologia de Winnicott que aborda a fase de desenvolvimento psíquico da criança, destacando a fase de dependência absoluta e a dependência relativa. Nestas fases, a criança passaria de uma dependência total da mãe, considerando-a como parte de si, para o processo de diferenciação de si perante o outro.

Honneth (2003) considera que a autoconfiança se dar a partir do reconhecimento de ser- em -si-mesmo- no outro. Nesta perspectiva, Mead (2010) considera que a formação do *Eu* prático está ligada a pressuposição do reconhecimento recíproco entre dois sujeitos: só quando dois indivíduos se veem confirmados em sua autonomia por seu respectivo defrontantes, eles podem chegar de maneira complementar a uma compreensão de si mesmos como *Eu* autonomamente agente e individuado.

A garantia da esfera do amor, assegura a sensação de segurança e de confiança, que são pré-requisitos psicológicos para o desenvolvimento das outras esferas, que envolvem o auto respeito e a auto estima.

A discriminação da dimensão afetiva tem efeito na perda de confiança, não apenas em si, mas também no mundo exterior, a ponto de interferir significativamente na convivência com outros atores sociais. A perda de confiança em si mesmo e no mundo social torna o indivíduo incapaz de desenvolver completamente os sentimentos de participação social.

No âmbito da esfera do respeito, ao se reconhecer como integrante de um sistema social, o indivíduo é capaz de ver a si mesmo como sujeito portador de direitos, uma vez que compreende os meios pelos quais suas demandas podem ser legitimadas e respeitadas. Desse modo, a esfera do reconhecimento jurídico representa a defesa dos direitos e o respeito ao sujeito se dá a partir da determinação de valor humano universal.

Reconhecido como iguais, a partir da universalização dos direitos, os sujeitos garantem o princípio de dignidade nas relações sociais, instaurando e difundindo o ideal de que todo ser humano é digno e merece ser respeitado na sua existência (MATTOS, 2006).

As lutas pela ampliação dos direitos buscam legitimar a visão moral de igualdade e desta forma tornar mais ampla a quantidade de pessoas aceitas pela sociedade. O respeito e a estima somente tem validade na esfera da vida social onde precisam se legitimar perante a sociedade. Estes fazem parte de processos históricos da luta pela ampliação de direitos e reconhecimento (HONNETH, 2003).

De modo contrário, o desrespeito, faz com que o sujeito ou grupos sintam-se inferiores perante os outros, colocando-os em condição de luta e mobilização, que se relacionam intrinsecamente com a formação de coletivos e movimentos sociais de resistência à supressão de direitos dos indivíduos na sociedade.

A esfera da estima, que se desenvolve a partir de processos cívicos de solidariedade e valorização dos modos de existência dos atores sociais, é apontada por Honneth (2002) como parte do processo de emancipação e empoderamento das pessoas, através de um sistema de

circulação que valoriza e legitima os espaços ocupados por cada um, no âmbito de suas relações sociais.

A auto estima se configura no valor que o sujeito atribui a si mesmo a partir da estima dos outros. A valorização de si, perante a estima do outro, relaciona-se ao processo de emancipação do sujeito. O contrário, a desvalorização, resulta em processos de baixa estima, de modo que o sujeito atribui a si pouco ou nenhum valor e não se percebe como pertencente ao sistema social.

Nas relações sociais em busca pelo reconhecimento, o sujeito precisa ser igualado quando as diferenças lhe tiram da garantia de direitos, e diferenciado, quando as igualdades suprimem seus modos de existência e de produção de vida (SANTOS,2003) .

A luta por reconhecimento é uma luta por liberdade, uma vez que uma tipologia negativa que envolve processos afetivos fragilizados, desrespeito e baixa estima, interferem na auto realização prática do ser humano, excluindo o reconhecimento das reivindicações de identidade.

Nesta perspectiva, a tipologia do reconhecimento é apresentada como um processo dependente da relação do eu com o outro (MEAD, 2010). Logo, o alcance do reconhecimento constituiria uma espécie de infraestrutura moral para a garantia de integridade do indivíduo na vida social.

A solidariedade, constituída a partir dos relacionamentos entre sujeitos individuados e universalizados (HONNETH, 2003) se constitui no reconhecimento das singularidades e diferenças que promovem o reconhecimento de valores coletivos. Tal processo se dá, principalmente devido os sujeitos lutarem por reconhecimentos nos encontros com os outros. E, este reconhecimento por sua vez se fortalece por relações intersubjetivas que circulam no circuito da dádiva.

3. METODOLOGIA

O referido estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como norte de investigação a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica que é tecido nas aproximações e diferenças que constituem as diferentes racionalidades. A escolha da abordagem qualitativa se constrói a partir da delimitação do objeto de estudo, de modo que esta possibilita vivenciar e 'mergulhar' no campo, e, na qual o objeto também se torna sujeito de pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, o investigador é partícipe dos eventos que analisa e sua voz se encontra com as vozes dos sujeitos para produzir novos sentidos para as experiências vividas, incorporando o significado e a intencionalidade dos atos às relações sociais, aprofundando também suas dinâmicas históricas, culturais e simbólicas (MINAYO, 2012).

Ainda neste sentido, Denzin e Lincoln (1994) definem a pesquisa qualitativa como um conjunto de práticas interpretativas que se dão a partir da interação dinâmica entre o sujeito e o objeto de conhecimento, de modo que existe um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo do sujeito.

Nesta pesquisa, em particular, consideramos que a abordagem qualitativa deve permitir desconstruir as crenças e costumes herdados e que definem os modos de pensar das mulheres sobre seu mundo de vida. Neste sentido, nossa abordagem visa desconstruir racionalidades tradicionais para levar os atores, em conjunto, a construir novas racionalidades. Tal processo de desconstrução e reconstrução não é mecânico exigindo, ao contrário, a presença de um sistema de ação complexo que contemple as decisões mais estratégicas e cognitivas e outras que implicam em compromissos morais e afetivos dos envolvidos. Nesta direção, o método da MARES que iremos abordar adiante nos parece adequado para tal construção.

3.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Integrada de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, que apresenta quatro equipes de saúde da família e atualmente se configura como unidade escola, recebendo residentes em saúde de diferentes núcleos profissionais, como enfermagem, nutrição, psicologia, medicina e etc.

As quatro equipes de saúde, que compõem a Unidade Integrada de Saúde da Família são apoiadas pelos residentes em medicina de família e comunidade e residentes de saúde da família, sendo que cada equipe atende em média 4.000 famílias. Na unidade têm sido desenvolvidas algumas ações coletivas em grupos, dentre eles, grupo de mulheres, de idosos, auriculoterapia, de mudança de peso e saúde mental, desenvolvido em parceria com o Cras da comunidade, e o grupo de fumantes.

A população atendida pela unidade compreende toda a população de todo o Vale do Gramame – tal nome da comunidade é em referência ao Rio Gramame que corta a região. O Vale do Gramame é constituído geograficamente na comunidade urbana que compreende

parte significativa da população, e na comunidade rural que se localiza nas proximidades do rio, que também é atendida pela unidade de saúde do local.

A unidade se localiza em um território marcado pela luta pela posse de terras, onde maior parte da sua população reivindicou o direito pela moradia, vivenciando processos de acampamento no local, tendo em alguns momentos seus direitos suprimidos. Atualmente, esta comunidade lida cotidianamente com a vulnerabilidade social, violência, tráfico de drogas, e, pouco acesso à educação, como também restritas oportunidades de emprego e geração de renda.

As principais demandas da comunidade em relação à unidade de saúde consistem em adoecimentos mentais das mulheres, doenças crônicas como diabetes e hipertensão, gravidez na adolescência, entre outras.

A comunidade, apresenta alguns dispositivos, como aqueles da saúde, Unidade Integrada de Saúde da Família-Mudança de Vida; Escolas; Centro de Assistência Social (CRAS); Centro espírita; Igrejas; Associação de Moradores; Centro de Atividades e Lazer para idosos (CEJUBE); Representantes da Central Única de Favelas (CUFA), Grupo de Ciranda do Vale do Gramame; Cozinha Comunitária; ONG's que desenvolvem atividades para crianças, adolescentes, mulheres e toda a comunidade, inserindo-os em projetos sociais.

Dentre estas organizações, destacam-se à Escola Viva Olho do Tempo (EVOT) que desenvolve diferentes projetos voltados à cultura, educação, lazer, esporte, conscientização cidadã e projetos de vida para as crianças e adolescentes da comunidade.

A partir desta organização, foi planejado e desenvolvido o projeto social da Casa das Comadres, projeto este que desenvolve ações voltadas para a sustentabilidade social das mulheres da comunidade, tais ações visam o empoderamento feminino por meio de estratégias de geração de renda, como também a inserção dessas mulheres em grupos de autocuidado, com ênfase na saúde mental, desenvolvendo atividades de biodança, terapia comunitária, crochê na rua e etc.

3.2 O campo e os participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos espaços da unidade de saúde da família, como também ou outros espaços que poderão ser disponibilizados para a realização dos grupos, como o CRAS, ONG's por exemplo. A amostra foi de dez participantes, dentre as quais, cinco mulheres que

participam dos grupos desenvolvidos pela equipe da unidade e pelo projeto da Casa das Comadres, três profissionais de saúde que acompanham estas mulheres e fazem parte da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família e duas facilitadoras da Casa das Comadres.

As mulheres participantes do estudo foram aquelas já acompanhadas pela equipe de saúde da família e pela Casa das Comadres. Estas mulheres iniciaram a participação em grupos desenvolvidos pela unidade de saúde, a partir da identificação pelos profissionais de que estas estavam em sofrimento e ou/adoecimento mental.

Define-se adoecimento/sofrimento mental a partir do entendimento de que os indivíduos apresentam diferentes esferas na sua vida, como filho(a), pai/mãe, trabalhador(a), amigo(a), integrante da comunidade, e tantos(as) outros (a), de modo que a ruptura ou conflitos entre estas esferas relacionam-se com o adoecimento/sofrimento destes no âmbito social/familiar/comunitário, limitando ou alterando o cotidiano e a inserção do indivíduo nas atividades do dia-a-dia (BRASIL, 2013).

Como critérios de inclusão considerou-se, mulheres que participam das atividades da casa das comadres e do grupo de mulheres da unidade de saúde da família; profissionais da equipe de saúde da família que desenvolvem ações junto às mulheres no grupo da unidade de saúde da família; facilitadoras da casa das comadres que desenvolvem ações junto à estas mulheres. O critério de exclusão foi o não cumprimento de qualquer um dos tópicos citados nos critérios de inclusão

3.3 Navegando nos MARES do cuidado: Apresentando a Metodologia de Análise de Redes Sociais e Cotidiano

Com a abordagem qualitativa em mente, ou diria no corpo, o estudo se configurou em uma viagem pelos Mares do cuidado, buscando conhecê-los e vivenciá-los no cotidiano. Para explicar este processo de navegação nos Mares do cuidado, apresento inicialmente a Metodologia de Análise de Redes Sociais (MARES), seus caminhos, etapas e roteiros de navegação que guiaram o desenvolvimento da pesquisa.

A MARES se configura como metodologia fenomenológica e hermenêutica, que possibilita a análise das redes sociais em sua profundidade, oferecendo uma visão integralizada destas redes a partir do cotidiano. Ou seja, tem como proposta sondar as profundidades da vida cotidiana, não podendo, portanto, “se contentar em mapear as

superfícies relacionais mediante equações algébricas e teoria de gráficos” (MARTINS, 2009, p 80).

Como metodologia que se propõe a mapear as redes sociais, compreender os aspectos intersubjetivos que permeiam as relações, a MARES nos faz refletir que diante das vivências das pessoas o que existe são processos dinâmicos e mutantes, e, por isso, o objetivo é mais entender as relações pertencentes do que as estruturas, buscando fazer uma leitura intersubjetiva (aprofundada, flexível, dinâmica e concreta) das redes sociais (MARTINS, 2009).

Neste sentido, se configura como uma metodologia “simultaneamente desconstrucionista e reconstrucionista que rearticula o saber científico e o saber comum num outro patamar no qual emerge um saber reflexivo de “segunda ordem”, um saber, digamos, pós-pós-estruturalista ou desestruturalista” (MARTINS, 2009, p.82). À medida que se volta aos processos intersubjetivos que permeiam as relações. Para isto, propõe a desconstrução e reconstrução das representações sociais, na construção do self coletivo. (MARTINS, 2009).

A Mares, assim como as ondas do mar, se produz em movimento, no qual as águas da desconstrução (reco das ondas) na identificação dos aspectos macrosociológicos, são seguidas pelas águas da reconstrução (avanço das ondas à beira-mar), na identificação dos aspectos microsociológicos.

A fase (1), de desconstrução, se deu por meio da realização de grupo focal com a equipe de saúde, com as mulheres que participam do grupo da unidade e coordenadoras da casa das comadres, no qual disponibilizou-se cartelas (com imagens representativas das questões macrosociológicas que perpassam o cuidado em saúde mental) em formato de barcos, e uma cartolina azul representando o mar. Foi solicitado que cada pessoa escolhesse a embarcação que desejasse navegar (APÊNDICE D e E).

Logo, cada pessoa poderia falar sobre o que compreende do aspecto macrosociológico escolhido, sendo mediada pela pesquisadora, colocando o barco nas ondas recuadas. Sendo realizados os grupos focais, respectivamente com as profissionais- médica, nutricionista e enfermeira- da equipe de saúde, com cinco mulheres participantes ativas no grupo da unidade e as duas coordenadoras da Casa das Comadres.

Na fase (2), de desconstrução foi desenvolvido grupo focal com as mesmas participantes da fase anterior. Sendo utilizadas novas cartelas em forma de barcos, com os

aspectos microssociológicos que estão presentes no cuidado em saúde mental (APÊNDICE F e G). Solicitou-se que cada uma escolha um barco e fale sobre o que compreende e a importância na sua perspectiva deste aspecto para o cuidado e, etc, sendo a discussão mediada pela pesquisadora. A proposta se deu na perspectiva de conhecer e 'mergulhar' nas profundezas do cotidiano, para compreender o que norteia o cuidado. Os barcos foram colocados na beira-mar, representada na cartolina utilizada no primeiro grupo.

Na mesma proposta os grupos focais foram realizados respectivamente, com a equipe de saúde da família, as mulheres, e as coordenadoras da Casa das Comadres. A discussão produzida com a equipe sobre os aspectos microssociológicos envolvidos no cuidado.

A fase (3) da reconstrução se deu a partir do desenvolvimento de um grupo focal com a equipe de saúde da família, as mulheres, e as facilitadoras da Casa das Comadres para a construção do Mapa do Cuidado, o qual foi construído em uma cartolina, contendo os aspectos macrossociológicos e microssociológicos discutidos anteriormente. (APÊNDICE H e I).

O Mapa do Cuidado foi composto pelos mediadores colaboradores, a partir da identificação dos pactos e aproximações dos olhares dos diferentes atores (as mulheres, equipe de saúde e facilitadoras da Casa das Comadres) sobre o cuidado; os mediadores inibidores, identificando os conflitos e as diferenças de visões sobre o cuidado entre os mesmos. Entre os espaços das 'aproximações' e 'diferenças' nos olhares, se construiu coletivamente com estes atores as ações e mediações que podem ser realizadas para se produzir cuidado compartilhado, no território e que considere as diferentes racionalidades.

O Mapa do cuidado, corresponde ao mapa do self coletivo, proposto pela MARES (MARTINS, 2009), no qual é mapeado as redes do usuários e os mediadores, apresentando as relações e os atores que constituem o seio territorial do usuário.

Por meio da construção do Mapa do Cuidado, buscou-se traçar estratégias e acordos entre as mulheres, equipe de saúde e facilitadores da Casa das Comadres, na produção do cuidado, que coloquem estes atores em diálogo e negociações de práticas que consigam lidar com o sofrimento das pessoas, efetivando-se no seu cotidiano, onde a vida acontece.

3.4 Técnicas de coleta de dados

Os dados foram produzidos por meio dos grupos focais com as participantes da pesquisa, mulheres, equipe de saúde e coordenadoras da Casa das Comadres, sendo norteados pelas questões explanadas nos anexos (APÊNDICE D, F e I). Realizou-se também registro em

diários de campo (APÊNDICE C), com o intuito de resgatar aspectos e impressões pertinentes nos encontros com as participantes do estudo.

3.5 Plano de análise

A análise do estudo foi tecida à luz da teoria do reconhecimento (HONNETH, 2003), utilizada por Martins (2009) na organização dos discursos segundo níveis institucionais, que compreendem a autoconfiança, autorespeito e a autoestima na constituição do reconhecimento dos atores. A teoria do reconhecimento guiará o processamento dos encontros nos grupos focais, de modo a considerar o que estes atores reconhecem como cuidado e quais sistemas de trocas são acessados pelos mesmos na produção do cuidado.

Na construção da análise técnica dos grupos focais, foi utilizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2011) que consiste em uma técnica de categorização das falas dos agentes em grupos de análise sobre o assunto discutido nos encontros. Neste sentido, é importante ressaltar que o processo de análise terá será norteado por meio do sentir o desenvolvimento das interações. Parafraseando S. Rolnik (2014), “é preciso sentir com o corpo vibrátil” o campo, pois é nesta abertura para esta sensibilidade, atravessamentos e encontros que ‘mergulhamos’ no campo da pesquisa e nos tornamos pesquisadores ‘*in-mundos*’ (GOMES, MERHY, 2014).

3.6 Considerações Éticas

A participação na pesquisa se concretizou mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A e B), o qual foi previamente esclarecido para os participantes convidados, com exposição sobre os objetivos do estudo, possíveis riscos e benefícios. Esta participação ocorreu de maneira voluntária.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o Parecer 2.824.572 e CAEE: 92414618.0.0000.5208.

Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e registros), estão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, pelo período de mínimo 5 anos, de acordo com os aspectos éticos da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS,2016). De acordo com a mesma resolução será mantido o sigilo das informações, privacidade do sujeito, garantia de retirada do consentimento a qualquer momento, indenização de dano ou ressarcimento de despesas conforme o seu art. 9.

Em relação aos riscos relacionados à pesquisa, procurou-se evita-los, existindo apenas o possível desconforto em falar em grupo. Contudo, procurou-se prevenir este risco, de modo que foi garantido às mulheres participantes que tivessem livre escolha para se colocar/falar ou não no grupo.

A pesquisa apresentou importantes benefícios para a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica, de modo que produziu encontros e diálogos entre os diferentes atores/participantes da pesquisa, contribuindo para a construção de ações e estratégias que possibilitem a sustentabilidade social à mulheres que vivenciam contextos de vida vulneráveis. Além de contribuir significativamente com o fortalecimento de ações em saúde coletiva, na perspectiva do cuidado territorial e em redes.

4. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa encontram-se sistematizados em dois artigos, os quais apresentam os seguintes títulos: *Artigo 1: Dádivas e encontros: Reconhecendo a luta social no território;* e, *artigo 2: Atenção Básica e Saberes: Caminhos e rotas para a produção do cuidado compartilhado.*

4.1 Artigo 1: DÁDIVAS E ENCONTROS: Reconhecendo a luta social no território

Introdução

A atenção básica à saúde se configura como espaço estratégico para as ações em saúde, inclusive aquelas que demandam atenção em saúde mental, tendo em vista a proximidade com o cotidiano das pessoas da comunidade que possibilita aos profissionais de saúde produzir cuidado de acordo com as demandas do território (BRASIL, 2013).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças (FRANCO, 2006). Nesta perspectiva os processos cuidadores envolvem encontros entre usuários e profissionais no território. Emerson Merhy (2014) aponta que os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.

Cuidar é uma atitude interativa que se processa nas relações de intersubjetividade e implica no acolhimento, na escuta, no respeito pelo sofrimento do outro e pelas suas histórias de vida (LACERDA; VALLA, 2005). Como processo interativo, o cuidado pode ser compreendido como dádiva.

A Dádiva é um sistema de ação baseada em três movimentos, o dar, o receber e o retribuir, a partir de motivações diversas que incluem interesse, mas também gratuidade, liberdade e obrigação (MAUSS, 2003). A apresentação do cuidado como dádiva é necessária para estabelecer mecanismos de reciprocidades entre cuidadores e usuários de modo à empoderar estes últimos na sua vida cotidiana. Este empoderamento passa pelo reconhecimento do indivíduo como parte de um sistema social.

A temática do reconhecimento, abordada por Axel Honneth (2003) aborda o reconhecimento a partir da esfera do amor, do direito e da solidariedade. Estas tipologia se constitui no desenvolvimento da autoconfiança, auto respeito e auto estima dos indivíduos no sistema social.

O reconhecimento, neste sentido, perpassa todas as esferas da vida social. A abordagem desta temática no contexto da produção do cuidado na atenção básica é pertinente, uma vez que possibilita a compreensão dos aspectos macrosociológicos e microsociológicos envolvidos com o adoecimento/sofrimento mental. Além de apontar caminhos que

problematizam a luta por reconhecimento dos atores sociais em busca de pertencimento social.

A cena, na qual acontece este estudo se dá no contexto da atenção básica em saúde. Lugar de encontros entre cuidadores, usuários e atores do território. E, onde se deu o encontro entre as mulheres da comunidade, a equipe de saúde da USF *Mudança de Vida* e as coordenadoras do projeto social da Casa das Comadres.

O encontro se deu inicialmente entre mulheres em sofrimento psíquico e que começaram a ser acompanhadas pela equipe de saúde, em especial a médica, enfermeira e nutricionista. A partir de um grupo na unidade, chamado *Belas Mulheres* que tem como intuito desenvolver ações e de práticas de cuidado. Somando-se a este grupo, as mulheres e a equipe de saúde aproximaram-se à *Casa das Comadres*. Projeto social desenvolvido por uma ONG do território que tem como objetivo o desenvolvimento de ações em busca da sustentabilidade social de mulheres. Estas que encontram-se inseridas em contextos de vida cotidiana precarizada.

Neste sentido o estudo tem como objetivo discutir a luta por reconhecimento dos atores sociais no âmbito da produção do cuidado na atenção básica, a partir das experiências e vivências das mulheres, equipe de saúde e coordenadoras da Casa das Comadres.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Integrada de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, que apresenta quatro equipes de saúde da família e atualmente se configura como unidade escola, recebendo residentes em saúde de diferentes núcleos profissionais.

Participaram do estudo três profissionais de saúde da família, cinco mulheres que participam dos grupos desenvolvidos na unidade e as duas coordenadoras da Casa das Comadres, que ofertam ações de cuidado junto a estas mulheres.

A realização da pesquisa se deu a partir da abordagem qualitativa que dialoga com a proposta de pesquisa e objeto de estudo, possibilitando vivenciar e 'mergulhar' no campo pesquisado e, na qual o objeto também se torna sujeito de pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, o investigador é partícipe dos eventos que analisa e sua voz se encontra com as vozes dos sujeitos para produzir novos sentidos para as experiências vividas,

incorporando o significado e a intencionalidade dos atos às relações sociais, aprofundando também suas dinâmicas históricas, culturais e simbólicas (MINAYO, 2012).

Nesta pesquisa, em particular, consideramos que a abordagem qualitativa deve permitir desconstruir as crenças e costumes herdados e que definem os modos de pensar dos atores sociais sobre seu mundo de vida. Tal processo de desconstrução e reconstrução não é mecânico exigindo, ao contrário, a presença de um sistema de ação complexo que contemple as decisões mais estratégicas e cognitivas e outras que implicam em compromissos morais e afetivos dos envolvidos. Nesta direção, o método MARES nos parece adequado para tal construção.

A MARES se configura como metodologia fenomenológica e hermenêutica, que possibilita a análise das redes sociais em sua profundidade, oferecendo uma visão integralizada destas redes a partir do cotidiano. Ou seja, tem como proposta sondar as profundidades da vida cotidiana, não podendo, portanto, “se contentar em mapear as superfícies relacionais mediante equações algébricas e teoria de gráficos” (MARTINS, 2009, p 80).

Como metodologia que se propõe a mapear as redes sociais, compreender os aspectos intersubjetivos que permeiam as relações, a MARES nos faz refletir que diante das vivências das pessoas o que existe são processos dinâmicos e mutantes, e, por isso, o objetivo é mais entender as relações pertencentes do que as estruturas, buscando fazer uma leitura intersubjetiva (aprofundada, flexível, dinâmica e concreta) das redes sociais (MARTINS, 2009).

Neste sentido, se configura como uma metodologia “simultaneamente desconstrucionista e reconstrucionista que rearticula o saber científico e o saber comum num outro patamar no qual emerge um saber reflexivo de “segunda ordem”, um saber, digamos, pós-pós-estruturalista ou desestruturalista” (MARTINS, 2009, p.82). À medida que se volta aos processos intersubjetivos que permeiam as relações. Para isto, propõe a desconstrução e reconstrução das representações sociais, na construção do self coletivo. (MARTINS, 2009).

A Mares, assim como as ondas do mar, se produz em movimento, no qual as águas da desconstrução (recoo das ondas) na identificação dos aspectos macrosociológicos, são seguidas pelas águas da reconstrução (avanço das ondas à beira-mar), na identificação dos aspectos microsociológicos.

A fase (1) desconstrução dos aspectos macrosociológicos, se deu por meio da realização de grupo focal com a equipe de saúde, com as mulheres que participam do grupo da unidade e coordenadoras da casa das comadres, no qual disponibilizou-se cartelas (com imagens representativas das questões macrosociológicas que perpassam o cuidado em saúde mental) em formato de barcos, e uma cartolina azul representando o mar. Após escolher uma embarcação, cada pessoa poderia falar sobre o que compreende do aspecto macrosociológico escolhido, sendo mediada pela pesquisadora, colocando o barco nas ondas recuadas.

Na fase (2), de desconstrução dos aspectos microsociológicos foi desenvolvido grupo focal com as mesmas participantes da fase anterior. Sendo utilizadas novas cartelas em forma de barcos, com os aspectos microsociológicos que perpassam o cotidiano. Solicitou-se que cada uma escolha um barco e fale sobre o que compreende e a importância na sua perspectiva deste aspecto para o cuidado e, etc, sendo a discussão mediada pela pesquisadora. A proposta se deu na perspectiva de conhecer e 'mergulhar' nas profundezas do cotidiano, para compreender o que norteia o cuidado. Os barcos foram colocados na beira-mar, representada na cartolina utilizada no primeiro grupo.

A reconstrução se deu por meio da construção do Mapa do Cuidado, através da identificação dos mediadores colaboradores, inibidores e mediações compartilhadas. Este artigo tem como foco a desconstrução dos aspectos macrosociológicos e microsociológicos. Sendo abordado sinteticamente as mediações envolvidas na produção do cuidado em saúde.

A análise dos dados foi tecida à luz da teoria do reconhecimento (HONNETH, 2003), utilizada por Martins (2009) na organização dos discursos segundo níveis institucionais, que compreendem a autoconfiança, auto respeito e a autoestima na constituição do reconhecimento dos atores. A análise técnica se deu a partir da análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

A participação na pesquisa se concretizou mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o Parecer 2.824.572 e CAEE: 92414618.0.0000.5208.

Resultados

Os resultados apresentados divide-se em dois eixos, que abordam respectivamente, os aspectos macrosociológicos e microsociológicos (des) construídos nos grupos focais. A apresentação dos dados aborda a tipologia proposta por Axel Honneth (2003) na qual a luta por reconhecimento se constitui na esfera do amor, do direito e da solidariedade.

1. Navegando nas embarcações macrosociológicas: (des) construindo e dialogando com as vivências

O desenvolvimento da pesquisa se deu inicialmente pela (des) construção dos aspectos macrosociológicos envolvidos na produção do cuidado. Esta desconstrução se configurou a partir de três encontros com as mulheres, equipe de saúde e coordenadoras da Casa das Comadres. Foram realizados grupos focais com o intuito de abordar, desconstruir e dialogar sobre as representações sociais.

Participaram desta etapa, cinco mulheres da comunidade, três profissionais da equipe: médica, enfermeira e nutricionista, e duas coordenadoras da Casa das Comadres. Os resultados dos encontros foram organizados em tópicos que abordam respectivamente, *a luta por afeto no âmbito das experiências de exclusões e desamparo*; e, *a luta por Direito de Cidadania no âmbito das experiências de (des) respeito*.

1.1 Luta por afeto no âmbito das experiências de exclusões e desamparo

Os aspectos macrosociológicos, na esfera do desamor, abordados pela equipe de saúde, mulheres e Casa das Comadres, relacionam-se à falta de segurança, desigualdades e violência. Tais aspectos são considerados por estas, como processos inibidores que interferem significativamente nos modos de relacionamento entre os indivíduos e coletivos.

A insegurança presente na comunidade, a partir do olhar da equipe de saúde, funciona como balizadora, determinando os limites de atuação e ação profissional.

Aqui a gente não pode ofertar o cuidado até um horário maior por causa da segurança. Olha aí a segurança interferindo num processo da dinâmica do PSF (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

A falta de segurança perpassa as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde junto à população, no âmbito da atenção em saúde e visitas domiciliares.

[...] isto interfere até na questão da visita domiciliar, né?! A gente tem os horários que são melhores para fazer visitas. É melhor no turno da

manhã do que à tarde, por que a tarde as ruas estão mais vazias e acontecem os tiroteios (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

O esvaziamento das ruas e dos espaços de circulação coletiva, como as calçadas, praças e clubes mostram a cena de uma comunidade na qual os indivíduos encontram-se desamparados de amabilidades e sentimentos geradores de confiança em si e no outro.

Eu tenho medo do meu vizinho, mas deixe ele lá [...]com as coisas dele que são erradas. Eu passei e dei um bom dia e ele não respondeu. (Tulipa, mulher da comunidade).

As relações de confiança se estabelecem a partir de relacionamentos com outros atores, de modo que o indivíduo possa ser em-si-mesmo-no-outro (MEAD, 2010) em sistemas de pertencimento comunitário. Esta relação de confiança se processa pela possibilidade dos atores sociais produzirem redes de relacionamentos, sejam eles na família, com vizinhos e pessoas próximas (LACERDA, 2006).

Eu acho que segurança é tudo na vida da gente. Porque, por exemplo, naquele dia que a gente estava aqui (na USF) que teve tiroteio. Ficou todo mundo apavorado, né? Quem ia correr? Ou sair na rua? Ninguém. O ser humano hoje em dia tem muita maldade. (Tulipa, mulher da comunidade).

A maldade humana é abordada como este distanciamento do indivíduo como parte do sistema social, por meio da ruptura do vínculo social de confiabilidades. O desamor, após experiências de falta de afeto, fragiliza o pertencimento social (HONNETH, 2003).

Tem gente aqui que a gente não conhece e fica com medo. É do tráfico? Não é?! (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

Experiências de desamparo relacionadas com o medo em viver na comunidade se entrelaçam com os processos de adoecimento vivenciado pelos indivíduos, em especial, as mulheres.

Pra gente ter saúde, a gente precisa ter sossego. (Azálea, mulher da comunidade).

Nesta perspectiva, Honneth (2003) aborda o reconhecimento a partir da constatação que há uma patologia moral grave na sociedade atual que é gerada por exclusões e marginalizações. A luta por reconhecimento é compreendida como uma luta pela liberdade.

Outro aspecto discutido se refere à desigualdade e sua relação com a autoconfiança, a partir das vivências das mulheres.

[...] muita coisa tem desigualdade na nossa vida e em muitos aspectos. Tem desigualdade dentro de casa, entre o marido e a mulher. Tem casos que o

marido manda. Por que é mulher tem que ser submissa. (Íris, mulher da comunidade)

[...] para mim os dois são iguais. E em casa a gente trabalha também. (Hortência, mulher da comunidade)

A luta por reconhecimento passa pela igualdade quando as diferenças produzem exclusão e marginalização, e pela diferença quando a igualdade aniquila os diferentes modos de produção de existência. (SANTOS, 2003).

[...]com a desigualdade você se sente inferior. Sua auto-estima fica lá embaixo. E essa desigualdade faz a pessoa se sentir um lixo. (Íris, mulher da comunidade)

A desigualdade é apontada como inibidora de reconhecimento por parte dos atores sociais, uma vez que esta gera sentimentos de desvalorização de si pela ruptura de sistemas simbólicos de dons (HONNETH, 2003; CAILLÉ, 2008). Tal ruptura associa-se aos processos de adoecimento vivenciados pelos indivíduos.

A questão da desigualdade social interfere na minha equipe. [...] porque aqui é uma área muito carente e as pessoas adoecem muito. (Margarida, profissional da equipe de saúde).

A insegurança, desigualdade social e violência, distanciam as pessoas dos espaços públicos limitando as redes de apoio social (LACERDA, 2010). Este processo fragiliza sistemas simbólicos de reciprocidades e de coesão social.

Por outro lado, estes aspectos da falta de segurança, violência e desigualdades são abordados pela Casa das Comadres, como problemas sociais que ao serem acessados por meio de ações simbólicas e práticas de cuidado, possibilitam o desenvolvimento da autoconfiança na luta por reconhecimento.

Uma vez que o projeto da Casa funciona, vai de encontro a estes aspectos macrossociológicos. Por que uma vez que as pessoas estão curadas, elas são capazes de desenvolver qualquer coisa, de forma livre na perspectiva do seu potencial. (Jasmim, Casa das Comadres).

O resgate de si, a partir de atividades e práticas de cuidado, como biodança, vozes do ventre, rodas de conversa, busca aproximar estas mulheres de si mesmas. Encorajando-as a reinventarem seus modos de vida e produção de existência (MERHY, 2014).

Então quando essas pessoas se abrem, buscam a si, elas se reconhecem. E se identificam umas com as outras (Jasmim, Casa das Comadres).

A inserção em espaços de diálogo e redes de apoio auxilia na identificação das mulheres como parte de um grupo social, na perspectiva de pertencimento. O simbolismo que permeiam as relações de apoio social tecidas em espaços associativos e de participação comunitária abrem novas perspectivas de ação pelos atores envolvidos (LACERDA, et al, 2006).

Nesta perspectiva, ação comunitária e envolvimento em espaços coletivos podem contribuir para o empoderamento individual e comunitário, com benefícios a saúde (LACERDA; VALLA, 2005). De tal modo que a inexistência de agrupamentos e redes de apoio podem privar os sujeitos de decidirem sobre suas vidas, acentuando a falta de esperança e confiança em si.

Acrescenta-se a esta discussão, as diferentes perspectivas que estes aspectos macrossociológicos assumem no âmbito das representações sociais dos atores, uma vez que para a equipe de saúde determinam os limites da ação profissional, regulando a relação simbólica entre cuidadores, usuários e território. Para as mulheres, assumem uma conotação da vida cotidiana regada pelo medo, insegurança e desigualdades. As relações primárias fragilizadas e a falta de confiança em si e no outro deságuam nos processos de adoecimento e sofrimento.

E, por fim, para a Casa das Comadres, estes aspectos macrossociológicos são a *raiz* do adoecimento destas mulheres e precisam ser acessados em processos de cura. O olhar da Casa se constitui a partir de outro ângulo que considera as relações intersubjetivas e simbólicas na construção do empoderamento e pertencimento das mulheres. O foco é identificar os sofrimentos e desenvolver estratégias de autoconfiança.

1.2 Luta por Direito de Cidadania: no âmbito das experiências de (des) respeito

Ainda, na desconstrução das representações sociais dos aspectos macrossociológicos, as participantes da pesquisa destacaram o direito a habitação, a saúde, educação, emprego e oportunidades.

A história da comunidade do estudo se constituiu pela luta por direitos, entre eles, e talvez o principal que norteava suas reivindicações, o direito a moradia. A luta pela moradia começa

para esta população, quando estes, que moravam na zona rural ou migrantes de outras cidades do interior da Paraíba chegam neste local.

O local, afastado do centro da cidade, começou a receber gradativamente as pessoas que não conseguiam ter acesso a outros locais de moradia. As pessoas que chegavam, entre elas, trabalhadores, mulheres, crianças e idosos, montavam seus barracos e iniciavam suas reivindicações. Durante alguns anos o cenário da comunidade, se configurou em barracos improvisados, feitos de madeira, papelão, lona, os quais não tinham condição humanamente digna de sobrevivência.

Após alguns anos, começaram as construções de casas na comunidade, a partir do programa habitacional *Minha Casa, Minha Vida*, do governo federal. Com a expansão da construção civil no local, algumas populações de bairros próximos também se deslocaram para a comunidade. Acontece, portanto, o encontro destas duas populações, que apresentam similaridades e também diferenças. Uma, que começou a luta por acesso a moradia e que ficou por muito tempo desprovida de acesso a qualquer direito e outra, que chega em busca de acessar também o direito da moradia, mas que tem algum acesso financeiro.

A minha equipe é a três. Só que minha equipe já pega um pouquinho das populares que tem um poder aquisitivo um pouquinho maior. É a população colinas. [...] parte dessa população recebeu casa do governo. E antes dessa população ter recebido, teve gente que teve condições de comprar (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

Tal processo desencadeou um sentimento de divisão entre as populações da comunidade, algo que se traduz na maneira como as pessoas vivem, se relacionam, trabalham e se envolvem nos espaços da comunidade. Como aponta uma profissional da USF:

[...] E, geralmente as pessoas que ganharam elas tem mais benefícios do que quem comprou. E, isso gera uma disputa entre essas duas populações. Por isso que tem uma determinada rixa, né?! (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

Processo também abordado por uma das facilitadoras da Casa das Comadres:

A comunidade se desenvolveu a partir de pessoas com diferentes crenças e hábitos que estavam acampadas. E, depois foram para essas casas doadas pelo governo. Foi como nasceu àquela comunidade. (Jasmim, Casa das Comadres).

Tal construção histórica se deu neste processo de disputa, nos quais alguns foram beneficiados em detrimento de outros. A fragilidade das relações sociais e de pertencimento

se configurou a partir da vivência destas pessoas, que mesmo lutando por ideais comuns, desenvolveram distanciamento e rupturas nos sistemas simbólicos e de dádivas. Esta ruptura atrela-se ao medo e falta de segurança no território.

Os conteúdos comuns das interações sociais levam as pessoas a constituírem agrupamentos e mobilizações que assumem um formato de luta por reconhecimento (HONNETH, 2003). Mas, esta luta quando não assume um circuito de trocas de doações, dar-receber-retribuir pode se fragilizar a partir da ruptura de pactos associativos (MAUSS, 2003).

*Nós lutamos pelas casas da gente, mas hoje aqui não é seguro.
(Azaléia, mulher da Comunidade).*

O contra dom enfraquece os vínculos sociais e a própria organização social de grupos no seio da comunidade (MAUSS, 2003; MARTINS, 2008). Isto por sua vez, distancia os indivíduos da vida associativa, desencadeando processos de adoecimento e sofrimento. A reestruturação da saúde perpassa pelas trocas relacionais e interativas do sujeito com o território, a partir de encontros (MERHY, 2004).

No que se refere ao direito à educação e o acesso a serviços no território, a equipe de saúde e a Casa das Comadres discutem a necessidade de garantia destes direitos aos moradores da comunidade. Uma vez que estes precisam ser respeitados em suas necessidades.

*[...] o governo faz o que? Nessa política do pão e circo. Dá casa!. Pra população aquele governo é bom por que tá dando casa. Só que por trás disso tem algo que deveria fazer parte da entrega dessa habitação. Tem que entregar com PSF, escola, creche. O que não acontece. Entendeu?
(Orquídea, profissional da equipe de saúde).*

Então assim, o acesso está para quem? É preciso que as pessoas tenham acesso a escola, a projetos geradores de renda[...] (Jasmim, coordenadora casa das comadres).

A redistribuição no sistema da dádiva possibilita a circulação de bens simbólicos e materiais, de modo a envolver todos os atores envolvidos em trocas livres e obrigatórias (MAUSS, 2003). No entanto, no âmbito da garantia dos direitos, o estado, responsável em grande parte pela redistribuição e ampliação dos direitos suprime a sua função, ao desconsiderar as necessidades coletivas.

O direito à saúde também é reduzido dentro desta forma de funcionamento do estado, a partir do subfinanciamento, abordado pela equipe de saúde. De modo que negar direito à saúde também é uma forma de negar os demais direitos. E este, como sendo fundamental no

processo emancipatório e de busca de oportunidades pelos atores sociais é suprimido às populações mais vulneráveis.

Eu acho que é por isso que reduz gasto com a saúde. Porque é um jeito de atrapalhar todo um resto. (Margarida, enfermeira da equipe).

Quando precisa reduzir gastos, escolhem a saúde. Por que é esmola. Já tá dando e as pessoas não podem exigir muito [...] é totalmente esquecida a questão do direito. É na visão mesmo da caridade. (Magnólia, profissional da equipe de saúde).

O entendimento da saúde como caridade e não como direito é algo presente no imaginário das pessoas, que se perpetua na ideia de um Sistema de Saúde apenas para a população desfavorecida, o que interfere na efetivação da saúde como direito de cidadania (CARVALHO, 2003).

A população tá carente de saúde e tem todos os problemas sociais que existem. [...] É um problema macro que vem refletir aqui (no PSF). Aqui é só um reflexo. Mas o problema é um iceberg (Margarida, profissional da equipe de saúde).

A equipe de saúde aponta a partir da realidade local que a supressão de direitos universais, que colocam os indivíduos em condição de fragilidades e vulnerabilidades, ressoa nas demandas em saúde. Tendo em vista estas questões sociais estão conectadas nas experiências de desigualdades vivenciadas pelos agentes.

Neste sentido, a garantia dos direitos universais constitui a expressão máxima do princípio da dignidade. Na medida em que instaura e difunde o ideal de que todo ser humano é digno e merece respeito (MATTOS, 2006).

Já a experiência contrária, o desrespeito retira dos indivíduos e coletivos seus direitos de modo que estes assumem posições de inferioridade dentro do sistema social. A desigualdade e problemas sociais colocam estes atores em condição de luta e mobilização, que se relacionam com a formação de coletivos e movimentos sociais (HONNETH, 2003).

A garantia de direitos de cidadania constitui-se numa luta por reconhecimento, na qual estes buscam ser respeitados na sua condição humana e cidadã (MATTOS, 2006). Sendo necessário desconstruir em todas as esferas o acesso a serviços como caridade e/ou bondade dando visibilidade à perspectiva de direito social.

No que se refere ao direito às oportunidades e emprego, a equipe de saúde associa a falta e restrição dos mesmos aos processos de adoecimento dos indivíduos e coletivos.

A maior parte da população da minha equipe é desempregada e isso faz com que, de alguma forma eles adoçam mais. (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

A saúde mental dessa população é totalmente afetada. (Magnólia, nutricionista da equipe).

As situações de estresse e ansiedade devido à falta de emprego e oportunidades são apontadas pela equipe como questões relacionadas ao adoecimento. Processo que também pode ser observado nas falas das mulheres da comunidade ao relacionarem a saúde com o acesso a oportunidades.

Emprego tem muito a ver com saúde! A gente sem dinheiro não é nada. (Azálea, mulher da comunidade).

Por que eu acho que uma pessoa que tem seu emprego, trabalha, tem sua renda ela tem uma autoestima mais elevada. Ela tendo uma condição financeira de se cuidar melhor, tem uma saúde melhor, vai se alimentar melhor e assim continuamente, né?! (Tulipa, mulher da comunidade).

O acesso a oportunidades e emprego como direito de cidadania se constitui na luta por reconhecimento, uma vez que os atores sociais sentem-se valorizados e estimados pelos seus semelhantes (HONNETH, 2003).

As facilitadoras da Casa das Comadres também discutem a importância da inserção destas mulheres em atividades de trabalho que dialoga com a perspectiva do reconhecimento de si e da outra. Tal processo possibilita modos de expressão de suas existências.

Quando elas encontram aqui (na Casa das Comadres) um meio para se expressar, de produzir renda, na perspectiva de trabalho, né?! Tendo trabalho a partir dessa possibilidade de expansão de potencial. Não só a questão financeira que também é importantíssima. (Jasmim, Casa das Comadres).

A ampliação de potencial perpassa pela valorização social. O projeto da Casa das Comadres dialoga neste sentido pela busca por reconhecimento e empoderamento destas mulheres. Abre campos de possibilidades para a (re) construção cotidiana das mulheres em um processo criativo e inventivo de produzirem suas existências.

Então uma vez que você tem trabalho e acesso a recursos, você se produz e gera oportunidades (Dália, Casa das Comadres).

São oportunidades, pra você, de expansão na perspectiva da vida. (Jasmim, Casa das Comadres).

As ações desenvolvidas na Casa das Comadres encontram-se conectadas com as vivências e experiências de desrespeito que estas convivem no cotidiano. Uma vez que muitas destas não têm acesso a trabalho e nenhuma outra forma de oportunidades empregatícias. Limitando-as aos espaços domésticos que muitas vezes as adoecem.

A equipe de saúde problematiza este desrespeito, constituído como negação destes direitos que interfere significativamente no processo saúde-doença dos indivíduos.

[...] Na verdade sem emprego não tem como ter alimentação, se alimentar bem, não tem como ter cuidado consigo, com a higiene[...] Quantas famílias aqui que não tem nenhuma pasta de dente (Magnólia, profissional da equipe de saúde).

A negação e retirada dos direitos de cidadania reduz as possibilidades de inserção em atividades de trabalho e emprego deixando os indivíduos a margem da sociedade. Este lugar da marginalização por sua vez, produz outros modos de existência que passam pela inserção em atividades clandestinas.

[...] o tráfico é muito mais a falta de oportunidades do que a índole da pessoa. Por que você não tem emprego, você tem que se sustentar, tem que sustentar alguém. E se alguém disser a você pegue isso aqui (drogas) que você vai ter tanto no mês e aí você vai dizer não? Bate até o desespero (Margarida, profissional da equipe de saúde).

A agente de saúde falou que aqui no território tem mulheres que se prostituí por um cigarro, dois reais, um copo de cerveja. (Magnólia, nutricionista da equipe).

A fragilização da vida social que passa pelo desrespeito à garantia dos direitos coletivos produz vulnerabilidades que desvalorizam os indivíduos, retirando de si e do coletivo os direitos constituintes de sua cidadania (HONNETH, 2003; CARVALHO, 2002).

As interações sociais e modos de produção de existência passam pela necessidade dos sujeitos serem valorizados como parte da trama social. E, integrantes da vida associativa, de modo que possam trocar dons, afetos, amabilidades que circundam o espírito da dádiva (GOUDBOUT; CAILLÉ, 1998).

Uma sociedade que valorize o paradigma e o paradoxo da dádiva facilita a concretização da cidadania participativa e democrática pela possibilidade de reconhecimento dos menos favorecidos, pois assegura o direito de receber juntamente com a oportunidade de retribuir,

participar, propor, criar, intervir, resgatando os sentidos da convivência comunitária (SILVA, 2008).

No entanto, a desigualdade na garantia dos direitos, geradora de relações de desrespeito, faz o sujeito sentir-se inferior aos olhos dos outros, pelo não alcance da condição de parceiro de interação (HONNETH, 2003; MAUSS, 1974). Este agente é ferido na perspectiva intersubjetiva de ser reconhecido como sujeito de igual valor.

O desrespeito, neste sentido, coloca em risco a esfera da estima social. Uma vez que o sujeito perde a capacidade de se perceber como um sujeito estimado por suas características individuais e propriedades. Como nos esclarece Mello e Vilar (2017), o senso comum frequentemente mistura as três esferas do reconhecimento quando se refere a sua negação, adjetivando todas as suas esferas como um desrespeito.

Logo, nesta visão construída pelo senso comum quando o indivíduo é desrespeitado, este vivencia o desrespeito na esfera afetiva que corresponde ao desafeto e desamor. Na forma normativa que se expressa na negação da sua identidade e não reconhecimento jurídico. E, por fim, numa forma valorativa de desrespeito que se relaciona ao rebaixamento social e baixa estima (MELLO; VILAR 2017).

É sobre esta forma valorativa de reconhecimento, a estima social, que o próximo tópico deste estudo irá abordar. Compreendendo que a luta por reconhecimento perpassa as esferas do amor, do direito e da solidariedade. Mas antes de tudo constitui-se numa luta por universalização quando as desigualdades diferenciam e diferenciação quando as igualdades aniquilam as formas de existência.

2. Navegando nas embarcações microssociológicas: (des) construindo e dialogando com as experiências

Após a abordagem dos aspectos macrossociológicos, foram realizados novamente três grupos focais com os (as) participantes do estudo. Esta etapa consistiu na (des) construção dos aspectos microssociológicos que permeiam o cotidiano e as práticas de cuidado. Em todas as etapas do estudo, participaram cinco mulheres da comunidade, três profissionais da equipe, médica, enfermeira e nutricionista, e duas coordenadoras da Casa das Comadres.

Os resultados dos encontros encontram-se organizados em um tópico que aborda *a luta por solidariedade no âmbito do pertencimento e estima social*. Esta construção de

configurou pela produção de diálogos entre as mulheres da comunidade, a equipe de saúde e Casa das Comadres.

2.1 Luta por solidariedade no âmbito do pertencimento e estima social

Em relação aos aspectos microssociológicos no âmbito da produção do cuidado, as participantes abordaram, o pertencimento ao território, a construção de vínculos, as trocas de experiências e a importância de acessar redes de apoio social para o fortalecimento de práticas de cuidado cotidianas.

A equipe de saúde abordou o pertencimento como processo fundamental na produção do cuidado, que perpassa não apenas o sentimento de pertença dos usuários ao território, como também do profissional de saúde.

Eu considero como importante, à questão do pertencimento. Tanto voltado para o profissional como para o usuário. Por que a partir do momento que você pertence, você reconhece, não só o sujeito, mas você reconhece o território o qual ele pertence, no âmbito biopsicossocial. (Margarida, profissional da equipe de saúde).

Uma vez que este pertencimento relaciona-se com os olhares direcionados ao território e as práticas de cuidado. O conhecimento do território e mapeamento de suas redes vivas de cuidado amplia o escopo das ações na atenção básica (MERHY, 2014; FERREIRA; COSTA, 2017).

[...] tanto o usuário que tá inserido no território como o profissional deve sentir-se pertencente a essa comunidade e ter a capacidade de traçar um plano de cuidado. Reconhecer as ferramentas que você tem para garantir uma resolutividade maior de acordo com as necessidades do usuário e da comunidade. (Margarida, profissional da equipe de saúde).

Este pertencimento, segundo a mesma se dá na perspectiva de reconhecimento da cidadania do usuário, que ao reconhecer-se como cidadão e parte de um sistema social, busca seus direitos e estima perante os outros (HONNETH, 2003).

Então eu acho que isso é importante, sentir-se pertencente a comunidade, tanto para o usuário quanto para o profissional, na perspectiva de cidadania, né?. Por que a partir do momento que você reconhece esse espaço que você tá entendendo como seu, você busca melhorias, igualdade, e luta pelos seus direitos. (Margarida, profissional da equipe de saúde).

Uma vez que tal reconhecimento é possível, instrumentaliza e auxilia o ator a se envolver nos espaços da comunidade, ocupando os mesmos e reconhecendo-o como parte da sua construção cidadã.

[...] Quando você se reconhece pertencente a essa comunidade, você é um sujeito ativo e capaz de transformar essa realidade. (Margarida, enfermeira da equipe de saúde).

Os sistemas de pertencimento se constituem neste sentido a partir do empoderamento dos agentes em relação as suas vivências cotidianas. A coordenadora Casa das Comadres considera que o enraizamento, a partir de relações de solidariedade e estima, auxilia nos processos cuidadores na perspectiva do reconhecimento social.

A partir do momento que você tá fortalecido, reconhecido, arraigado... Quando você tem identificação com o que você tá vivenciando, você se torna uma pessoa empoderada. (Jasmim, Casa das Comadres).

Ampliando neste sentido o entendimento da saúde e modos de produção do cuidado que perpassam as diferentes esferas da vida cotidiana dos sujeitos. De modo a produzir visibilidades para as multiplicidades de cada vida (DELEUZE; GUATARRI, 1995).

Tanto você cuida da saúde, de maneira ampliada, não só a parte que tá doente [...] não na lógica desse modelo biomédico, mas amplo, de saúde. (Margarida, enfermeira da equipe de saúde).

Tal deslocamento produz novas visibilidades sobre os processos de adoecimento em saúde, uma vez que é necessário colocar a doença entre parênteses, para visualizar o sujeito e suas relações (AMARANTE, 1995). A visualização deste agente se dá pela história de vida, encontros, desencontros e seus modos de existência.

Logo, o entendimento sobre o sistema de pertencimento se constitui a partir da vida associativa de encontros e vínculos produzidos pelos agentes. Configurando-se em estratégias de cuidado que passam pelo circuito simbólico da dádiva, em atos de doação, recebimentos e retribuições (MARTINS, 2011).

Este sistema da dádiva possibilita a circulação de amabilidades, encontros e identificações que aproximam as pessoas em contratos sociais. O cuidado na atenção básica é potencializado a partir destas trocas, como se observa na fala seguinte.

Eu adoro construir vínculos. Não é a toa que faz três anos que eu persisto aqui no grupo, aqui no PSF. Entra grupo, sai grupo [...] e, eu gosto por que pra mim isso é muito importante. Eu tinha depressão e vivia a base de medicamentos. Dependia muito da medicação. E esse vínculo que a gente constrói me ajudou muito. Até em relação a diminuir a medicação (Azaléa, mulher da comunidade).

O vínculo com outras pessoas, a partir de trocas e contatos sociais, é destacado por uma participante do grupo como facilitador do processo de desmame da medicação psicotrópica, apontando para outras estratégias de cuidado.

Eu já diminuí, já deixei de tomar um monte de medicamento. Graças a esses pequenos vínculos que a gente forma (Íris, mulher da comunidade).

[...] embora saia gente, entre gente, mas a gente cria aquela amizade, aí fica pela internet, facebook, whatsapp. Mas de qualquer maneira eu tenho aqueles contatos e eu gosto muito né?! (Azaléa, mulher da comunidade)

As relações de amizade e os contratos sociais que as envolvem teve visibilidade diante das mulheres, uma vez que estas reconheceram tais processos como cuidados em saúde mental.

Fazer amizade, conservar amizades, eu adoro. E isso me faz muito bem. E é uma troca. (Azaléa, mulher da comunidade).

A dádiva constituinte dos processos de trocas entre cuidadores e usuários, perpassa pelo reconhecimento dos indivíduos em interação. De modo que o reconhecimento é dom circulante e ao mesmo tempo conteúdo das interações (RICOEUR, 2006). Sendo dádiva, gera confiança e solidariedade, fortalecendo os vínculos e favorecendo a inclusão dos atores nas redes sociais (MARTINS, 2006).

Neste sentido, nos reconhecemos e somos reconhecidos como sujeitos de valor a partir do encontro com o outro (RICOEUR, 2006). É considerando esta perspectiva que o espaço da Casa das Comadres acolhe as mulheres da comunidade. A partir de trocas de experiências e ajuda mútua.

Este espaço em se constitui como lugar de acolhimento às mulheres, facilitando encontros que envolvem trocas de experiências e dádivas. As vivências na casa, a partir das atividades de biodança, vozes do ventre, crochê, palestras, grupos e rodas de empoderamento e engajamento social, têm como intuito fortalecer as mulheres.

As trocas de experiências com o outro nos fortalece e isso é perpassado entre as mulheres, em um circuito de ajudas. (Dália, Casa das Comadres).

Os bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social fortalecem os sujeitos e abrem novas perspectivas de ação. A ajuda mútua e a solidariedade fertilizam um conjunto de estratégias que pavimentam os caminhos que indivíduos ou coletivos trilham para se fortalecerem e organizarem-se politicamente em busca de reconhecimento (LACERDA, et al 2006).

Para a Casa das Comadres, a libertação destas mulheres, passa pelo fortalecimento e encorajamento destas mulheres na vida associativa. Com o intuito de ampliar suas redes de apoio e suporte social.

A mulher precisa ser encorajada a buscar ajuda. Se reconhecer na outra e se agregar [...] falando das suas necessidades. A cultura às vezes impede que ela busque essa ajuda, ou ela nunca é ensinada a buscar ajuda (Dália, Casa das Comadres).

Apontam ainda o espaço da Casa, como ampliação das redes existenciais e de produção de cuidado. Espaço que não se limita apenas ao lugar físico, mas que amplia as estratégias de cuidado e reinvenção dos modos de existência.

Na casa das comadres estamos cuidando e ampliando estes espaços de cuidado. (Jasmim, Casa das Comadres).

Uma coisa é você falar e o outro não te reconhecer, outra coisa é você ser acolhida. Aqui buscamos acolher, escutar e reconhece a mulher para além da sua dor [...] oferecendo um abraço, dar atenção. (Dália, Casa das Comadres).

As características dos vínculos sociais e reciprocidade, nos quais os sujeitos estão constantemente transitando, seja na posição de doador ou de donatário, fazem com que os diversos tipos de apoio sejam mobilizados de acordo com as necessidades e com a situação vivenciada. (LACERDA, et al, 2006). Tal processo passa pelo reconhecimento, no qual a esfera da solidariedade ganha visibilidade pela valorização social do ator em dar, receber e retribuir. A partir de vínculos que envolvem afetos, amabilidades e confianças nas práticas de cuidado (MARTINS, 2011).

Nesta perspectiva, a esfera da estima se desenvolve a partir de processos cívicos de solidariedade e valorização dos modos de existência dos atores sociais. Se constituindo como parte do processo de emancipação e empoderamento das pessoas, através de um sistema de circulação que valoriza e legitima os espaços ocupados por cada um, no âmbito de suas relações sociais (HONNETH, 2003).

Logo, a esfera da solidariedade, que se relaciona a estima social se constitui enquanto esfera valorativa do reconhecimento, fundamental para o desenvolvimento do pertencimento social. Neste sentido, o indivíduo sente-se valorizado e cuidado a partir da estima dos outros.

A compreensão dos caminhos e rotas na construção compartilhada do cuidado se constitui inicialmente na problematização sobre os aspectos macro e microssociológicos que envolvem a luta por reconhecimento dos atores sociais.

Esta compreensão produz visibilidades o processo de adoecimento das pessoas e conseqüentemente quais olhares são necessários para a produção do cuidado integral e emancipatório. Deste modo, a produção compartilhada do cuidado na atenção básica, passa

pelo desenvolvimento de ações que desenvolvam a auto confiança, o auto respeito e a auto estima dos indivíduos. Tal processo só é possível a partir de diálogos e trocas simbólicas que considerem que as esferas do amor, do direito e da solidariedade estão conectadas com a saúde dos indivíduos e grupos.

Considerações Finais

A produção do cuidado na atenção básica perpassa as vivências e experiências dos indivíduos nos seus encontros. E, pela ideia de dignidade dos atores sociais em suas relações sociais. Deste modo o cuidado produzido no território deve ter como princípio básico o reconhecimento do ser humano em suas diferentes esferas da vida.

As práticas de cuidado, neste sentido, devem considerar que todo ser humano, independente do seu status social, é digno de respeito. Isto implica em reconhecer que o ser humano como pessoa, sem ter que estimá-lo por suas realizações ou caráter ou por diferenças econômicas.

Por fim, a título de conclusão e convite a reflexão o estudo mostrou que a luta por reconhecimento perpassa todas as esferas da vida social. De modo que as reivindicações, mobilizações, adoecimentos e todas as formas de produção de existências se constituem na busca por pertencimento social.

4.2 Artigo 2 :ATENÇÃO BÁSICA E SABERES: Caminhos e rotas para a produção do cuidado compartilhado

Introdução

A qualificação da atenção em saúde mental na atenção básica seguem as diretrizes do SUS configurando-se em um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais (BRASIL, 2013), como também a produção do cuidado integral e territorial.

Neste nível de atenção, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários. Sendo necessária a criação de ferramentas e estratégias para a produção compartilhada do cuidado (BRASIL, 2013).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças (FRANCO, 2006). Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida.

Os processos cuidadores envolvem encontros entre usuários e profissionais no território (MERHY, 2014). Tais encontros se constroem em processos relacionais que envolvem acolhimento e escuta das necessidades do outro, respeitando sua existência.

Compreender o cuidado a partir desta perspectiva relacional aponta para a necessidade de dar visibilidade para outros saberes envolvidos na produção do cuidado. Isto permite colocar em cena as apostas que cada um faz nos seus planos de cuidado, uma vez que podem seguir racionalidades ou sabedorias distintas (LUZ, 2004), que permeiam a produção do cuidado.

Madel Luz (1995) define racionalidades médicas como:

[...] um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. (LUZ, 1995, p. 196).

Toda racionalidade médica, envolve neste sentido uma “*organização do saber, sobre a qual se trabalha na construção da diagnose e da terapêutica*” (TESSER; LUZ, 2008, p. 199). Além de que a construção destes saberes também se constitui também nos processos de interação social entre os atores envolvidos com a produção do cuidado, de modo a dar visibilidade a eficácia simbólica que exige envolvimento de crenças e emoções na construção dos saberes (LEVI-STRAUSS, 1975)

Deteremos-nos, a partir das produções e conceitos abordados no tema das racionalidades em saúde, nos saberes que são constituídos a partir de encontros entre profissionais de saúde, usuários e atores do território, que são desenvolvidos a partir dos afetos e emoções dentro do sistema simbólico que não se distancia das crenças e saberes do cotidiano dos atores.

Tal convocação gera tensões no plano micropolítico, onde a racionalidade biomédica que (re) conhece apenas a doença pode vir a invisibilizar outros saberes que (re) conhece o indivíduo, sem considerar a importância dos encontros e trocas afetivas/simbólicas na construção compartilhada de ações em saúde (CARVALHO, 2009).

A completude no olhar para o usuário refere-se na capacidade da interpretação especializada de integrar os vários aspectos ou fenômenos do adoecimento e da vida do doente num conjunto com sentido e significado simbólico, histórico e existencial para ambos, curador e paciente (TESSER; LUZ, 2008).

A pluralidade dos saberes, no campo relacional pode propiciar um projeto terapêutico que realmente esteja adequado à vida do usuário, ou seja, potencializa a sua subjetividade e o seu caminhar na vida (CARVALHO, 2009, MERHY, 2014).

As racionalidades, constituídas a partir de saberes e trocas simbólicas perpassam os processos relacionais e a busca por reconhecimento dos agentes – profissionais de saúde, usuários e atores do território- nos seus encontros cotidianos.

O reconhecimento, por sua vez se dá quando os atores sociais desenvolvem a partir das suas relações sociais, a autoconfiança, o auto respeito e a auto estima (HONNETH,2003). Logo, o reconhecimento passa pela esfera do amor, respeito e solidariedade. A interlocução desta temática no contexto da atenção básica é necessária, uma vez que a abordagem integral das histórias de vida dos indivíduos deve considerar a luta por reconhecimento.

Nesta direção, este artigo tem como objetivo apresentar caminhos para a construção compartilhada do cuidado em saúde na atenção básica, a partir do diálogo entre as racionalidades dos cuidadores, usuários e dos atores do território.

Metodologia

A referida pesquisa foi realizada em uma Unidade Integrada de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, que apresenta quatro equipes de saúde da família. Participaram do estudo três profissionais da equipe, cinco mulheres que participam dos grupos desenvolvidos na unidade e as duas coordenadoras da Casa das Comadres, que ofertam ações de cuidado junto a estas mulheres.

O referido estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como norte de investigação a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica que é tecido nas aproximações e diferenças que constituem as diferentes racionalidades. Denzin e Lincoln (2006) definem a pesquisa qualitativa como um conjunto de práticas interpretativas que se dão a partir da interação dinâmica entre o sujeito e o objeto de conhecimento, de modo que existe um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo do sujeito.

A escolha da abordagem qualitativa se constrói a partir da delimitação do objeto de estudo e por dialogar com a Metodologia de Análise de Redes Sociais e Cotidiano (MARES) utilizada no estudo. Neste sentido, a MARES visa desconstruir racionalidades tradicionais para levar os atores, em conjunto, a construir novas racionalidades.

Neste sentido se configura como uma metodologia “simultaneamente desconstrucionista e reconstrucionista que rearticula o saber científico e o saber comum num outro patamar no qual emerge um saber reflexivo de “segunda ordem”, um saber, digamos, pós-pós-estruturalista ou desestruturalista” (MARTINS, 2009, p.82). À medida que se volta aos processos intersubjetivos que permeiam as relações. Para isto, propõe a desconstrução e reconstrução das representações sociais, na construção do self coletivo. (MARTINS, 2009).

A fase da desconstrução se constituiu na discussão sobre as representações sociais relacionadas os aspectos macro e microssociológicos envolvidos com as práticas de cuidado. Esta fase se deu por meio da realização de grupos focais com as participantes da pesquisa. A qual será abordada sucintamente nesta escrita que tem como foco apresentar as construções e problematizações sobre o Mapa do Cuidado e as Racionalidades das práticas em saúde na atenção básica.

A fase da reconstrução se constituiu na construção do Mapa do Cuidado e discussões sobre os saberes e práticas na atenção básica a partir de um grupo focal. Este tinha como participantes com a médica, enfermeira e nutricionista da equipe de saúde, cinco mulheres da comunidade e duas coordenadoras da Casa das Comadres.

O Mapa do Cuidado foi composto pelos mediadores colaboradores, a partir da identificação dos pactos e aproximações dos olhares dos diferentes atores (as mulheres, equipe de saúde e facilitadoras da Casa das Comadres) sobre o cuidado; os mediadores inibidores, identificando os conflitos e as diferenças de visões sobre o cuidado entre os mesmos. Entre os espaços das 'aproximações' e 'diferenças' nos olhares, se construiu coletivamente com estes atores as ações e mediações que podem ser realizadas para se produzir cuidado compartilhado, no território e que considere as diferentes racionalidades.

O Mapa do cuidado, corresponde ao mapa do self coletivo, proposto pela MARES (MARTINS, 2009), no qual é mapeado as redes do usuários e os mediadores, apresentando as relações e os atores que constituem o seio territorial do usuário.

Por meio da construção do Mapa do Cuidado, buscou-se traçar estratégias e acordos entre as mulheres, equipe de saúde e facilitadores da Casa das Comadres, na produção do cuidado, que coloquem estes atores em diálogo e negociações de práticas que consigam lidar com o sofrimento das pessoas, efetivando-se no seu cotidiano, onde a vida acontece.

A análise dos dados foi tecida à luz da teoria do reconhecimento (HONNETH, 2003), utilizada por Martins (2009) na organização dos discursos segundo níveis institucionais, que compreendem a autoconfiança, auto respeito e a autoestima na constituição do reconhecimento dos atores. A análise técnica se deu por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o Parecer 2.824.572 e CAEE: 92414618.0.0000.5208. A participação dos sujeitos se deu de maneira voluntária concretizou mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi previamente esclarecido para os participantes convidados, com exposição sobre os objetivos do estudo, possíveis riscos e benefícios.

Resultados

Os resultados e discussões que seguem foram produzidos por meio dos encontros entre as mulheres, a equipe de saúde e as coordenadoras da Casa das Comadres. Inicialmente, serão explanadas brevemente as desconstruções sobre os aspectos macro e microssociológicos abordados nos grupos focais.

Na fase da desconstrução dos aspectos macrossociológicos discutiu-se sobre a segurança, desigualdade social, violência e vulnerabilidades, dialogando com os processos de adoecimento das mulheres no território. No âmbito dos aspectos microssociológicos ampliou-se a discussão sobre os aspectos voltados ao cotidiano como a construção de vínculos, trocas e pertencimento ao território.

A desconstrução trouxe à cena a luta por reconhecimento social destes atores. Por sua vez, esta luta por reconhecimento perpassa todas as esferas da vida social, de modo que as reivindicações, mobilizações, adoecimentos e as formas de produção de existências se constituem na busca por pertencimento social.

Em seguida, são apresentados os dados referentes à reconstrução divididos em dois eixos:

O primeiro aborda a construção do Mapa do Cuidado a partir da identificação dos mediadores colaboradores, inibidores e mediações compartilhadas. A análise destas mediações foi categorizada à luz da teoria do reconhecimento proposta por Honneth (2003). Esta teoria considera a esfera do amor, do direito e da solidariedade como geradoras de autoconfiança, auto respeito e auto estima nas relações sociais.

O segundo eixo aborda os saberes das mulheres, equipe de saúde e casa das comadres no âmbito da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica. Estas perspectivas e saberes relacionados às práticas de cuidado também foram categorizadas à luz da teoria do reconhecimento Honneth (2003). Tal construção se configurou na identificação dos saberes envolvidos nas práticas de cuidado territoriais.

1. Mapa do Cuidado à luz da teoria do reconhecimento

A construção do Mapa do Cuidado se deu de maneira compartilhada entre os diferentes atores. A identificação dos mediadores a partir das discussões no grupo produziu visibilidades

para os diferentes saberes no cuidado. Esta construção encontra-se dividida em três tópicos à luz da teoria do reconhecimento.

Na esfera do amor identificaram-se as *rotas que se compartilham*. Estas são construídas a partir mediações compartilhadas que tecem encontros, afetos e generosidades na produção do cuidado, geradoras de autoconfiança.

Na esfera do direito identificaram-se as *rotas que se distanciam*. Estas são construídas pelos mediadores inibidores que interferem na produção do cuidado, relacionadas ao desrespeito.

Na esfera da solidariedade identificaram-se as *rotas que se encontram*. Estas são construídas pelos os mediadores colaboradores que se constituem nas aproximações sobre as práticas de cuidado que buscam estima e pertencimento social.

1.1 *Rotas que se compartilham: construindo mediações compartilhadas que tecem encontros, afetos e generosidades na produção do cuidado.*

Em relação às mediações compartilhadas, as participantes da pesquisa apontaram a criação de vínculos e laços de confiança, acolhimento e os movimentos de trocas de vivências.

[...] construir laços é o que a gente tá fazendo aqui. Pra mim é a gente poder aprender mais e ter mais liberdade pra falar. Por que tem lugares que a gente não pode falar. (Azálea, mulher da comunidade).

A confiança em si e no grupo que a acolhe mostra-se como uma estratégia de cuidado que passa pelo reconhecimento da esfera do amor. A garantia do amor assegura a sensação de segurança, de confiança, que são pré-requisitos psicológicos para todas as atitudes posteriores em busca pelo auto respeito e auto estima(HONNETH,2003).

Este processo de reconhecimento, passa pela vinculação dos indivíduos a sistemas de trocas. No qual a dádiva se mostra como expressão singular destas trocas simbólicas envolvidas nas práticas de cuidado na atenção básica.

A gente se reúne aqui e deixa aqui as nossas alegrias, tristezas [...] tudo [...]. Aqui é construção de laços. Sabendo que a gente pode confiar e a gente pode se abrir aprender e até deixar um pouquinho de nós aqui também (Íris, mulher da comunidade).

Uma vez que as mulheres reconhecem o cuidado a partir desta possibilidade de trocas simbólicas, amplia as possibilidades da sua própria existência e pertencimento grupal. A

garantia de dar algo atrelada ao direito de receber juntamente com a oportunidade de retribuir, participar, criar e intervir resgatam os sentidos da convivência comunitária (SILVA, 2008).

Na perspectiva da equipe de saúde esta criação de laços também se atrela a vínculos de confiança que fortalecem e aproximam as relações.

Quando a gente cria vínculos com a pessoa, a gente cria intimidade. E a intimidade nos permite a gente ser quem a gente é verdadeiramente. Você só cria vínculo e laço com uma pessoa que você confia (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

A intimidade relaciona-se com esta capacidade de se reconhecer e ser-em-si-mesmo-no-outro. De modo que ao se perceber íntimos, os indivíduos desenvolvem relações de confiança e segurança. Esta relação é dicotômica, à medida que envolve dependência e independência em relação àquele que o agente se relaciona (HONNETH, 2003).

É no sentido de cumplicidade, respeito e compromisso com a outra. (Margarida, profissional da equipe de saúde).

Estas relações por sua vez geram sentimentos de cumplicidades que conectam os indivíduos em um mesmo sistema de trocas e reciprocidades. Uma vez conectados estes se pertencem e se cuidam. O cuidado como dádiva favorece a sustentabilidade afetiva e emocional dos indivíduos num contexto de vida cotidiana precarizada.

Quando a gente retribui algo para a outra aqui no grupo é uma forma de gratidão. E isso é uma forma de retribuir. Não que a gente faça esperando algo em troca, mas mostra gratidão em relação ao outro. [...] É a lei da natureza isso, né? Da energia [...] o que você faz você vai ser compensada por isso (Tulipa, mulher da comunidade).

A dádiva envolve trocas livres e obrigatórias em um sistema de reciprocidades (MARTINS, 2011). O cuidado entendido como dádiva, envolve as reciprocidades produzidas no encontro entre estas mulheres. De modo a possibilitar a circulação de afetos e generosidades nas práticas em saúde.

[...] a gente no âmbito do cuidado precisa criar possibilidades para que essas trocas aconteçam, com quem é cuidado e com os cuidadores também. Quem dar e quem recebem para que o fluxo ele aconteça de forma fluida. (Jasmim, Casa das Comadres).

O fluxo que envolve o sistema de trocas da dádiva é identificado neste sentido como facilitador de práticas de cuidado. Na atenção básica, as ações que se constituem a partir de encontros e dádivas ganham visibilidade à medida que os atores envolvidos (cuidadores e usuários) reconhecem a importância das trocas simbólicas.

1.2 Esfera do direito: rotas que se distanciam: identificando os mediadores inibidores que interferem na produção do cuidado

Como mediadores inibidores, os atores apontaram a acessibilidade, desemprego, desigualdade social e falta de pertencimento. De acordo com estes, são mediadores que dificultam a produção do cuidado, uma vez que perpassam todas as esferas da vida cotidiana.

A acessibilidade ao cuidado dentro das áreas habitacionais é apontada como inibidora, uma vez que uma parte da população não tem acesso a atendimentos na unidade de saúde, por uma série de questões que envolvem barreiras geográficas, como áreas de difícil acesso com rios e distâncias consideráveis até a unidade.

Além das barreiras geográficas, também existem barreiras existenciais e de pertencimento, que limita o acesso de uma determinada população até a unidade de saúde, seja por 'rixas', problemas envolvidos com o tráfico de drogas ou até mesmo receio da violência local.

Eu considero a questão da acessibilidade ao cuidado como um mediador inibidor. Então assim, o cuidado está para quem? É preciso ter serviços que deem acesso ao cuidado às pessoas (Jasmim, Casa das Comadres).

A coordenadora da Casa das Comadres problematiza as ações em saúde ofertadas pela USF, colocando em cena que estas precisam ser ofertadas para todas as pessoas que necessitem. No entanto, esta discussão não se limita apenas a oferta, mas também e principalmente a garantia de que todos sejam reconhecidos e respeitados em sua dignidade.

Na realidade local, a negação de direitos, como oportunidades e acesso ao trabalho reverberam em processos de adoecimento. Sendo, portanto estes mediadores apontados como inibidores da saúde e bem-estar dos indivíduos e grupos.

Eu vejo o desemprego e essa falta de oportunidade como algo que nos adocece (Violeta, mulher da comunidade).

A questão do desemprego, onde as mulheres estão em um nível de adoecimento muito grande, devido à falta de uma renda própria. A falta de empoderamento (Jasmim, Casa das Comadres).

Para estas mulheres, o auto respeito encontra-se fragilizado ao ponto de terem negadas suas capacidades e propriedades individuais (HONNETH, 2003). A ausência de trabalho e atividades que auxiliem no desenvolvimento de sua autonomia impede o desenvolvimento de sentimentos coletivos, como o pertencimento.

A desigualdade inibe e segrega as pessoas [...] e estas se afastam. (Margarida, profissional da equipe de saúde).

O afastamento causado pela desigualdade, medo, insegurança impede a aproximação e circulação das pessoas na comunidade.

É uma comunidade com um alto índice de violência e que precisa ter espaços de socialização, de desenvolvimento cultural. Mas muitas pessoas estão dentro da violência por que não se reconhecem. Que as pessoas estão acudadas dentro de suas casas vivenciando a violência em todas as suas facetas (Jasmim, Casa das Comadres).

O não reconhecimento como parte da comunidade relacionam-se intrinsecamente a falta de pertencimento, mediador apontado pela coordenadora da Casa das Comadres, como inibidor de ações e práticas de cuidado.

Até mesmo a questão do não reconhecimento do pertencimento das pessoas que tem tudo a ver com o começo da comunidade (Jasmim, Casa das Comadres).

O respeito consigo e com o próximo relacionam-se com o pertencimento social. Uma vez que o distanciamento do indivíduo das questões coletivas constitui-se em rupturas com os direitos de cidadania. Ambos os lados envolvidos nas interações precisam perceber a igualdade de status assegurada pelos direitos (SOUZA, 2011).

Quando você não se sente pertencente sua conduta se torna violenta. Primeiro com você. E aí depois com todo seu meio. Se você não se sente pertencente, você não se importa logo você não constrói aquele espaço [...] então as praças são vazias, não tem canteiros pra plantar, os lixos são expostos nas ruas, as escolas são invadidas (Jasmim, Casa das Comadres).

A falta de pertencimento a partir da negação da identidade e do não reconhecimento jurídico impede a circulação de trocas entre os sujeitos (HONNETH, 2003) limitando suas relações com os espaços coletivos e de participação social.

O cuidado que se dá por meio das interações simbólicas (CAILLÉ, 2014) se fragiliza em processos inibitórios de circulação de dádivas e reconhecimento social. De modo que reconhecimento é um dom circulante e ao mesmo tempo conteúdo das interações quando as ações de cuidado são realizadas no encontro.

3.3 Rotas que se encontram: identificando os mediadores colaboradores nas aproximações sobre o cuidado

Como mediadores colaboradores, os atores sociais identificaram o compartilhamento de vivências, trocas de experiências, retribuição de ações, a disponibilidade para dar apoio, escuta, pertencimento a comunidade e o empoderamento nas relações sociais.

No que diz respeito ao compartilhamento das vivências, é discutido sobre o quanto dividir suas necessidades, histórias, dores e alegrias auxilia significativamente para a melhora e bem-estar.

Compartilhar não só a dor, mas também as vivências. Compartilhar é partilhar com o outro, dividir. Quando você partilha, o outro se tornou testemunha de sua vivência. Tanto a dor quanto a alegria [...] as outras pessoas também usufruem da sua alegria. (Jasmim, Casa das Comadres).

O compartilhamento de vivências sejam elas positivas ou não, se dá quando o indivíduo pertence a um grupo social. A dádiva pode influir sobre a incubação de práticas sociais que validam as relações tecidas a muitas mãos pela circulação da confiança (MARTINS, 2009). Esta confiança permeia as vivências de partilha entre os indivíduos e grupos.

As trocas de experiências dialogam com o sistema da dádiva, uma vez que envolve a doação e retribuição contribuindo significativamente nas práticas de cuidado em saúde mental. Estas são identificadas pelos atores como mediadores colaboradores uma vez que facilitam o diálogo entre estes em busca de fortalecimento coletivo.

Trocar experiências é compartilhar coisas do cotidiano e isso vai me ajudar a fazer algo, que é melhor do que sozinha. (Magnólia, profissional da equipe de saúde).

A solidariedade dentro da esfera do reconhecimento desencadeia a estima social dos indivíduos (HONNETH, 2003). O encontro com o outro se constitui dentro da necessidade de reconhecimento que se fortalece nas relações intersubjetivas.

O sistema da dádiva suscita a produção de visibilidades sobre os processos relacionais que envolvem os atores, suas regras de interação e de convivência, trazendo à cena a dádiva que permeia as práticas em saúde (CAILLÉ, 2008). Neste sentido, dar apoio, escutar a outra, receber ajuda e retribuir se constituem em estratégias fundamentais para o cuidado.

Eu entendo o cuidado como dar a apoio, construir vínculos, receber ajuda e escutar a outra. É cada uma trazendo sua potência pra poder ampliar. (Jasmim, Casa das Comadres).

Buscar ajuda é um caminho [...] E se sentir ajudada. (Violeta, mulher da comunidade).

Este processo relaciona-se com a necessidade de se ter alguém com quem se pode contar. Através da escuta das necessidades dos outros se torna possível buscar estratégias de cuidado coerentes e que considerem a singularidade das vidas (MERHY, 2014).

[...]a gente precisa de quem nos escute, esteja atenta as nossas dificuldades. E essa escuta é importante [...] Eu tenho necessidade de ser escutada (Íris, mulher da comunidade).

O pertencimento a comunidade também é destacado pelos agentes como mediador colaborador, à medida que envolve os atores sociais nos espaços da unidade de saúde e da própria comunidade.

[...] a partir do momento que vocês (mulheres) compreendem o ambiente que vocês estão, se sentem pertencente ao território, a unidade, a horta, a casa das comadres, vocês se acolhem. Quando você se sente pertencente a fazer parte de tudo isso, o cuidado acontece. (Margarida, profissional da equipe de saúde)

A solidariedade, constituída a partir dos relacionamentos entre sujeitos individuados e universalizados (HONNETH, 2003) se constitui no reconhecimento das singularidades e diferenças que promovem o reconhecimento de valores coletivos.

2. Saberes no cuidado em saúde mental à luz das esferas do amor, direito e solidariedade.

Este eixo aborda as racionalidades no cuidado em saúde mental à luz das esferas do reconhecimento, que compreendem o amor, direito e solidariedade. Neste sentido, encontra-se organizado em três tópicos.

O primeiro traz à cena a racionalidade sobre o cuidado a partir das discussões e vivências da Casa das Comadres junto às mulheres. Estas se constituem em experiências de desenvolvimento da autoconfiança dentro da esfera do amor/afetividade.

O segundo tópico, produz visibilidades sobre a racionalidade da equipe de saúde da família sobre o cuidado. Este aborda os saberes e práticas de cuidado da equipe na perspectiva da atenção em saúde como direito de cidadania. E, por fim, o terceiro tópico aborda a racionalidade das mulheres em relação ao cuidado. Esta dialoga com a necessidade de serem reconhecidas a partir da estima social, na esfera da solidariedade.

2.1 *Cuidado na perspectiva das coordenadoras da Casa das Comadres: esfera do amor/afetividade*

Toda racionalidade envolve uma “*organização do saber, sobre a qual se trabalha na construção da diagnose e da terapêutica*” (TESSER; LUZ, 2003, p. 199). Neste sentido, busca-se produzir visibilidades sobre a constituição dos saberes a partir de outras racionalidades. Estas se constituem para além dos saberes dos serviços de saúde.

As coordenadoras da Casa das Comadres compreendem o cuidado como reconhecimento, expansão de potencial, empoderamento, cura interior e honra ao feminino. Estes saberes e práticas dialogam com as ações desenvolvidas pelo projeto junto às mulheres.

O cuidado como reconhecimento do potencial das mulheres se constitui através de oportunidades para as mulheres se relacionarem, criarem laços, ensinarem e aprenderem umas com as outras.

Eu vejo o cuidado como uma forma de acessar esse grande potencial [...] Por que nós somos diamantes muito preciosos, mas estamos num estado bruto [...] e a gente precisa ter a oportunidade de se relacionar, de criar laços, de se reconhecer, de ensinar o que sabe, de aprender o que a outra sabe. (Jasmim, Casa das Comadres)

O reconhecimento pode ser compreendido como um dom ou dádiva capaz de fazer circular amabilidades, afetividades e estimular o acesso a direitos universais e a solidariedade, nos espaços de encontros, durante as ações e práticas cuidadoras (MARTINS, 2006).

A existência da Casa das Comadres na comunidade é abordada como espaço de resistência. E, enquanto lugar resistência produz potência por meio de práticas cuidadoras e produção de vida. Estas práticas, por sua vez consideram a singularidade e multiplicidade das mulheres.

Que bom que nós estamos aqui para produzir estes espaços de potência [...] regar essas sementes. Eu fico pensando muito sobre o trabalho que nós estamos desenvolvendo que às vezes ele parece ser muito pequeno, mas não é [...] a casa das comadres em si, ela já é um lugar de resistência [...] só em estar aqui nessa comunidade, nessa rua, ocupando um espaço no território. Só em estar aqui já é produzir potência. (Jasmim, Casa das Comadres).

A dádiva ou dom pode gerar a sensação de reconhecimento social pelo alcance de confiança e estima, após uma permuta de afetos e assentimento solidário. Os atores sociais envolvidos neste circuito do dar-receber-retribuir se sentem mais confiantes e estimados pela comunidade a qual habitam à medida que são valorizadas as trocas simbólicas nas práticas de cuidado (CAILLÉ, 2008; MARTINS, 2009).

O envolvimento e a doação das coordenadoras da Casa junto as mulheres em si já principiam o circuito da dádiva. Uma vez que existe doação de tempo, saberes, afetos e disponibilidades. Este processo é retribuído pela participação das mulheres nas atividades e mudanças perceptíveis em relação a confiança em si.

[...] a nossa presença na Casa diz muita coisa [...] então eu quero sempre levar minha melhor presença pra lá. Dar realmente força a esse trabalho. Que é tão gratificante e incrível (Dália, Casa das Comadres).

É importante a gente repensar onde estamos nos colocando dentro do mapa do cuidado. Então, faz com que a gente perceba e reconheça vários movimentos que a gente já vem fazendo (...) de avanços (Jasmim, Casa das Comadres).

A aposta na dádiva é uma oferenda (oferta) que antecipa a reciprocidade, uma vez que o “primeiro doador impõe-se a si mesmo um custo para satisfazer generosamente o desejo do outro, antes que ele se manifeste” (ASPACH, 2011 p.27). Neste sentido, a reciprocidade é um desdobramento de uma ação ou de uma prestação de uma dádiva como forma de reconhecimento do outro e de pertencimento a uma coletividade. (GODBOUT, 1998).

As coordenadoras da Casa, também compreendem e desenvolvem o cuidado como cura interior e honra ao feminino. Estes saberes e práticas se concretizam por meio das atividades desenvolvidas na Casa. Dentre elas: oficinas ‘Vozes do Ventre’; palestras; rodas de conversa; espaços de diálogo sobre empoderamento feminino e lugar da mulher na sociedade, entre outras.

Estas coordenadoras, que também são mulheres, reconhecem que desenvolve cuidado a partir destes momentos que acessam as histórias de vida, medos e sofrimentos destas mulheres.

Este espaço da casa das comadres é o espaço de cura, em forma de cuidado, carinho, atenção, de escuta plena, respeito e de honra [...] De honrar quem elas são. Honrar a mulher, o útero da mulher. De realmente reconhecer essa força e poder que existe na unidade das mulheres. (Jasmim, idealizadora e coordenadora da Casa das Comadres).

A racionalidade da Casa das Comadres em relação ao adoecimento/sofrimento das mulheres se constrói a partir do entendimento de que estas precisam desenvolver a autoconfiança. Este desenvolvimento passa pela necessidade de expansão de potencial e empoderamento feminino.

Neste sentido, o sentimento de confiança passa pela cura interior destas mulheres e honra ao seu corpo. Esta racionalidade que se constrói a partir dos encontros se apresenta como potente nas práticas de cuidado (CARVALHO, 2009). Uma vez que a eficácia simbólica destas práticas exige o envolvimento de crenças e emoções (LEVI-STRAUSS, 1975).

2.2 Cuidado na perspectiva da equipe de saúde da família: Esfera do direito

A racionalidade constituinte dos saberes e práticas da equipe de saúde dialogam com o reconhecimento das mulheres, a partir do direito de cidadania. Compreendendo que todos os usuários devem ser reconhecidos em sua cidadania (HONNETH, 2003).

Neste sentido, a equipe de saúde aborda o cuidado como respeito às demandas e existência do outro, reconhecimento de sua cidadania, acolhimento e escuta.

O cuidado como respeito às demandas e existência individual de cada usuário que busca os serviços de saúde, perpassa os diferentes modos da equipe em lidar com este. Tal processo compreende a forma de encontrar o outro, falar com o mesmo, orientar sobre o funcionamento da unidade e buscar resolutividade.

Cuidado é respeito [...] eu estava comentando com a enfermeira [...] ela conversa atentamente com o usuário, mas também explica o funcionamento daqui [...] A pessoa chegou 11h30min da manhã e pediu pra passar um remédio [...] e ela diz que tem que vim no horário de atendimento [...] mas ela não diz com ignorância, ela não diz com desrespeito. A pessoa sai rindo. (Magnólia, profissional da equipe de saúde).

Tem que conversar e entender também aquela pessoa, o que ela procura e auxiliar de alguma forma [...] explicar o porque que não vai atender naquele momento[...] (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

O reconhecimento do usuário da sua demanda, mesmo quando não é possível a resolução no momento de encontro é apontado pela equipe como forma de cuidado. Neste sentido, as relações interativas geradoras de práticas de cuidado implicam no acolhimento, escuta e no respeito pelo sofrimento do outro (LACERDA; VALLA, 2005).

Então pra mim, até quando ela dá esse não, ela tá cuidando. [...] Ela tá explicando como a pessoa deve fazer pra não se chatear. Pra não entrar em conflito com outras pessoas na recepção. Pra mim, isso é cuidado. Até dizer um não é cuidado (Magnólia, profissional da equipe de saúde).

A equipe de saúde também apontou o cuidado como orientação ao usuário sobre sua cidadania, de modo que este se reconheça enquanto ator social e de mudança (HONNETH,

2003). Esta visão por sua vez, desloca o ‘lugar’ de passividade do usuário em relação ao seu adoecimento, de modo a possibilitar que o mesmo se reconheça como parte do processo.

Você mostrar que os usuários têm seus direitos e também tem seus deveres [...] a orientação sobre isso também é cuidado. (Margarida, profissional da equipe de saúde).

E assim como ele tem seus direitos ele também tem sua responsabilidade diante de sua saúde (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

Este deslocamento coloca profissionais de saúde e usuários em condição de igualdade em relação à produção do cuidado. Considerando as particularidades de cada um, mas também a universalidade que envolve a garantia do respeito (HONNETH, 2003).

O encontro entre profissional e usuárias é apontado como espaço de cuidado uma vez que a abertura a este encontro produz no campo da micropolítica (MERHY, 2014). E, se constitui como encontros de histórias de vida e reconhecimento de diferentes modos de existência.

Quando a gente cuida, a gente tem que mostrar ao outro esse lugar [...] que só é possível com o encontro entre profissional de saúde e a usuária (Magnólia, profissional da equipe).

Os saberes que permeiam os espaços cuidadores encontram passagem a partir do encontro entre trabalhador de saúde e usuário, de modo que estes se conectam em processos de trocas (MARTINS, 2011).

A equipe também apontou o cuidado como acolhimento do usuário e busca de estratégias para escutá-lo, conversar, entender sua necessidade.

Tanto o cuidar como o acolher é no sentido de você encontrar estratégias para a situação do usuário naquele momento (Magnólia, profissional da equipe).

O acolhimento perpassa a noção de resolutividade imediata, uma vez que o adoecimento do usuário precisa ser acompanhado de maneira longitudinal. Isto não significa necessariamente, a resolutividade instantânea do problema que o usuário traz para o profissional de saúde.

[...] a gente tem aquela definição de acolhimento e sei que tenho que acolher todo mundo, mas não necessariamente eu vou ter um feedback positivo de todas aquelas pessoas[...] (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

Você agenda uma consulta, isso é uma forma de acolher. [...]você não tá negando o cuidado. Você tá organizando o cuidado, é diferente! (Magnólia, profissional da equipe de saúde).

Este acolhimento, por sua vez passa pela escuta ao usuário, de modo que muitas vezes a necessidade deste é ser escutado, compartilhar suas angustias e dificuldades (CARVALHO, 2006).

A gente tem essa dimensão do que é cuidado. O cuidado vai além [...] é escuta, é troca, é tudo isso. [...] e esse lugar (USF) tem esse papel. (Margarida, profissional da equipe de saúde)

Por que tem gente que vem aqui e não precisa de tratamento medicamentoso farmacológico, às vezes é só falar. (Orquídea, profissional da equipe de saúde).

É uma troca [...] reciprocidade. (Margarida, profissional da equipe).

A reciprocidade que envolve o cuidado se dá por meio de práticas e trocas livres e obrigatórias que reconhecem os indivíduos como iguais. E, sendo iguais possuem a possibilidade de desenvolverem autonomia e liberdade (MAUSS, 2003)

Estar atento ao outro, mostrar empatia e se abrir ao encontro, é apontado por uma profissional como cuidado. Uma vez que trabalhar em saúde exige a abertura para o outro, acolhendo-o nas suas multiplicidades (MERHY, 2014).

Tem tanta prova, de que atendimento não é sinônimo de cuidado que tanta gente que sai do atendimento sai reclamando. O médico nem olhou pra mim. O médico só deu a receita. (Magnólia, profissional da equipe de saúde).

Normalmente, o doente é mais exigente quanto à empatia, à relação humana e ética envolvida no “pacto de cura” do que quanto à compreensão da interpretação e da ação propostas pelos curadores (TESSER; LUZ, 2008).

Logo, a incorporação da dimensão relacional, entre os sujeitos protagonistas do processo de trabalho em saúde, amplia concepções mais humanas, nestes espaços intercessores, pela valorização dos participantes através de oportunidades de trocas e de interações criativas capazes de sustentar reciprocidades (MARTINS, 2009).

2.3 Cuidado na perspectiva das mulheres da comunidade: Esfera da solidariedade

Ao serem questionadas sobre o que compreendiam como cuidado, as mulheres discutem o mesmo como reconhecimento de si e da outra, como construção de vínculos e dádiva e como troca de saberes.

Na perspectiva do reconhecimento as mulheres apontam que as relações com as quais estas estabelecem no seu cotidiano podem dificultar ou limitar a sua autoconfiança e reconhecimento de si (HONNETH, 2003). Uma vez que são pouco valorizadas pelos seus companheiros, além de terem oportunidades reduzidas de inserção em outras atividades que não sejam os cuidados domésticos e com filhos/netos.

A gente se sente desvalorizada às vezes, né? E ser reconhecida, é bom, nos sentimos cuidadas, amadas. (Íris, mulher da comunidade).

Aí tem a questão do marido também. Por que ele não olha pra você. [...] e tem que olhar (Tulipa, mulher da comunidade).

A autoestima foi apontada como importante para o cuidado. Uma vez que perpassa o reconhecimento dos agentes. A estima de si se constitui a partir da estima dos outros (HONNETH, 2003).

Olhe na minha visão quando você se cuida tem todo um contexto. Você tem que arrumar um cabelo. Faz bem pra sua saúde. Você vai pra um dentista. Toma um banho. Passa um hidratante. (Tulipa, mulher da comunidade).

A mulher precisa ir ali comprar uma roupinha nova[...] ter auto estima. Num é verdade?! (Violeta, mulher da comunidade)

Desejando ser reconhecido, os atores sociais almejam serem amados, a partir de experiências afetivas promotoras e que desenvolvem a autoconfiança, buscam ser respeitados, após alcançarem direitos promotores de autorespeito, como também estimados no seu círculo social, frente às vivências de solidariedade cívica e profissional geradoras de autoestima (HONNETH, 2003; MELLO e VILLAR, 2017).

As mulheres apontam a construção de vínculos como cuidados em saúde. Uma vez que se fortalecem com o contato pessoal que envolve amizades, companheirismo e ajudas mútuas.

[...] esse vínculo que a gente constrói aqui me ajuda muito. (Azaleia, mulher da comunidade).

Fazer amizade, conservar amizades, eu adoro [...] E, isso me faz muito bem. (Violeta, mulher da comunidade)

A racionalidade que permeia os saberes e práticas de cuidado das mulheres entre si produz diálogos com a esfera da solidariedade, proposta por Honneth (2003). Uma vez que coloca em cena a necessidade destas em serem reconhecidas e estimadas socialmente.

O desenvolvimento da auto estima passa pela construção de vínculos e trocas simbólicas, nas quais estas reconhecem a si e reconhecem a outra. O reconhecimento perpassa neste sentido a perspectiva de cidadãos autônomos em processos emancipatórios.

E, todas essas trocas se definem pela capacidade das pessoas coletivas e individuais de sair de si, de doar livremente e obrigatoriamente (MARTINS, 2014). *Não há risco de erro* (Mauss, 1974, p. 265).

Considerações finais

A compreensão dos caminhos e rotas na construção compartilhada do cuidado se constitui inicialmente na problematização sobre os aspectos macro e microsociológicos que envolvem a luta por reconhecimento dos atores sociais. Esta compreensão produz visibilidades sobre o porquê as pessoas adoecem, como adoecem e quais cuidados necessitam.

A construção do Mapa do Cuidado se mostrou como uma ferramenta potente na tessitura dos aspectos relacionados com o cuidado na atenção básica. Sua construção a partir da identificação das mediações colaboradoras, inibidoras e compartilhadas abriu caminhos para se pensar o cuidado compartilhado na atenção básica. Tal processo caminha lado a lado com a construção histórica e vivências pessoais das mulheres da comunidade.

A luta por reconhecimento também é uma luta por cuidado. O entrelaçamento das rotas que se encontram e se afastam, mostra esta dinamicidade que envolve as práticas de cuidado na atenção básica. Neste sentido é possível perceber que diversas racionalidades entram em cena, dialogando práticas de cuidado com reconhecimentos mútuos.

O cuidado é tecido a partir das práticas e saberes das mulheres, equipe de saúde e Casa das Comadres. Constrói-se nas multiplicidades e singularidades de cada encontro. Nesta perspectiva, o cuidado para a Casa das Comadres passa pela esfera do amor que gera autoconfiança. Para a equipe de saúde perpassa a esfera do direito, relacionado a cidadania e auto respeito. E, para as mulheres, o cuidado se constrói no âmbito da solidariedade, envolvendo pertencimento e estima social.

Conclui-se que os diferentes saberes precisam ser considerados na produção do cuidado, de modo a garantir a pluralidade dos modos de existência, como também efetivar espaços de cuidado que sustentem os indivíduos no seu cotidiano. Esta sustentabilidade passa pelo reconhecimento social e o *enraizamento* dos indivíduos no seio comunitário.

9. CONCLUSÃO

A difusão do paradigma da dádiva nas práticas de cuidado na atenção básica tem se mostrado potente na experiência vivenciada. A compreensão da dádiva é fundamental para que se possa compreender que o neoliberalismo possui um caráter predador e excludente nato. E, que a invenção de um novo paradigma de associação não pode resultar de um progresso nacional econômico e técnico qualquer, mas de solidariedades e alianças (MARTINS, 2006). Estas alianças concretas são efetivadas pelos indivíduos através de suas vivências coletivas nas redes de pertencimento. Nestas estes podem ser reconhecidos como cidadão e, sobretudo como seres humanos.

Neste sentido, a produção do cuidado na atenção básica perpassa as vivências e experiências dos indivíduos nos seus encontros. E, pela ideia de dignidade dos atores sociais em suas relações sociais. Deste modo o cuidado produzido no território deve ter como princípio básico o reconhecimento do ser humano em suas diferentes esferas da vida.

As práticas de cuidado devem considerar que todo ser humano, independente do seu status social, é digno de respeito. Isto implica em reconhecer que o ser humano como pessoa, sem ter que estimá-lo por suas realizações ou caráter ou por diferenças econômicas.

Deste modo a luta por reconhecimento perpassa todas as esferas da vida social. De modo que as reivindicações, mobilizações, adoecimentos e todas as formas de produção de existências se constituem na busca por pertencimento social.

A construção do Mapa do Cuidado se mostrou como uma ferramenta potente na tessitura dos aspectos relacionados com o cuidado na atenção básica. Sua construção a partir da identificação das mediações colaboradoras, inibidoras e compartilhadas abriu caminhos para se pensar o cuidado compartilhado na atenção básica. Tal processo caminha lado a lado com a construção histórica e vivências pessoais das mulheres da comunidade.

A luta por reconhecimento também é uma luta por cuidado. O entrelaçamento das rotas que se encontram e se afastam, mostra esta dinamicidade que envolve as práticas de

cuidado na atenção básica. Neste sentido é possível perceber que diversas racionalidades entram em cena, dialogando práticas de cuidado com reconhecimentos mútuos. .

Neste sentido, os encontros produzidos na comunidade têm se configurado em espaços de potência e de sustentabilidade social das mulheres, uma vez que os diversos modos de cuidado e de saberes, a partir dos encontros entre as mulheres entre si, a equipe de saúde e a Casa das Comadres, tem despertado para a importância do cuidado territorial e na perspectiva de produção de vida.

Além disso, é fundamental destacar a existência do espaço da Casa das Comadres como lugar que perpassa a dimensão de espaço físico, mas se reafirma como ação e ideal de construção de empoderamento feminino e reconhecimento das mulheres no seu cotidiano, algo primordial para as pessoas do local.

O cuidado neste sentido, é tecido a partir das práticas e saberes das mulheres, equipe de saúde e Casa das Comadres. Constrói-se nas multiplicidades e singularidades de cada encontro. Nesta perspectiva, o cuidado para a Casa das Comadres passa pela esfera do amor que gera autoconfiança. Para a equipe de saúde perpassa a esfera do direito, relacionado a cidadania e auto respeito. E, para as mulheres, o cuidado se constrói no âmbito da solidariedade, envolvendo pertencimento e estima social.

Conclui-se que os diferentes saberes precisam ser considerados na produção do cuidado, de modo a garantir a pluralidade dos modos de existência, como também efetivar espaços de cuidado que sustentem os indivíduos no seu cotidiano. Esta sustentabilidade passa pelo reconhecimento social e o *enraizamento* dos indivíduos no seio comunitário.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz; 1995.

ANSPACH, Mark R. *Anatomia da vingança: figuras elementares da reciprocidade*. São Paulo: Realizações, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL M.S. *Saúde Mental na Atenção Básica*. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) p. 176, Brasília, 2013.

CAILLÉ, A. Reconhecimento e Sociologia. *Rev. bras. cienc. sociais*, v. 23, n. 66, p. 151-163, fev. 2008.

CAILLÉ, A. *Dádiva, Care e Saúde*. Sociologias, Porto Alegre, ano 16, no 36, mai/ago 2014, p. 42-59.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil. O longo Caminho*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, M. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. *Revista De Direito Sanitário*. (2003). 4(2), 15-31.

CARVALHO, L. C., A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2009.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Editora Hucitec: São Paulo, 2004

CONSELHO N. S. Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016

DELEUZE G, GUATTARI F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 1a ed. São Paulo: Editora 34; 1995. 96 p.

DELEUZE, G.. *Espinoza: filosofia prática*. São Paulo. Editora Escuta. 2002,144p.

DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. *O planejamento da pesquisa qualitativa- teorias e abordagens*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; Bookman, 2006.

FERREIRA, T.P. S, COSTA, C.T. Saúde e redes vivas de cuidado: articulando ações estratégicas no território com vista ao cuidado integral na atenção básica. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. 2017. V.1(3): 269-281.

FRANCO T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

GODBOUT, J. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

GOMES M.P.C, MERHY E.E. *Pesquisadores In-mundo um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Editora Rede Unida, Porto Alegre, 2014.

GUATTARI F. *As três ecologias*. 13. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1990.

HONNETH, A. *A luta por reconhecimento. A gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34, 2003.

LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F;L. Espaços Públicos e Saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.C. *Polifonia do Dom*. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2006.

LACERDA, A.; VALLA, Victor. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS Rubem A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005; p. 279-91.

LACERDA, A. *Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do Cuidado no Cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. 2010. 201f. Tese(Doutorado em Saúde Pública)- Ministério da Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

LÉVI-STRAUSS C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975.

LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Moderna*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia* 1995; 7:109-128.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizador. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/FAPESP; 2000. p.181-200.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. Construindo o conceito de redes de vigilância em saúde. In: MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. 2. ed. Recife: EdUFPE, 2008. p. 103-20.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva simbolismo e associação. In MARTINS, PH; CAMPOS, RBC. (Org.). *Polifonia do Dom*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006

_____ Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC, IMS/UERJ, Editora Universitária da UFPE, ABRASCO, 2011. p.39-50.

_____ MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC/IMS-UERJ; Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. 376 p.

_____ A Dádiva como sentimento e prática. Desafios do agir amoroso no mundo da vida e dos sistemas. *REALIS*, v.6, n. 01, Jan-Jul. 2016

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: *Sociologia e antropologia*. 1974.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MELLO, R.V.; VILAR, R.L.A. *As redes sociais no cotidiano da Estratégia Saúde da Família: aspectos sociológicos*. Natal, RN: EDUFRN, 2017.

- MATTOS, P. A Sociologia política do reconhecimento: as contribuições de Charles Taylor, Axel Honneth e Nancy Fraser. São Paulo: Annablume.2006.
- MEAD, G. H. A brincadeira, o jogo e o outro generalizado. *Pesq. Prát. Psicossociais*, São João Del Rei, v.5,n.1, jan./jul. 2010.
- MERHY, E.E. Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. Campinas, 2004.
- MERHY E.E. As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. Acesso em: 19 de Agosto de 2018. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf.2014.
- MERHY E.E, GOMES M.P.C, SILVA E. SANTOS, M.F.L. CRUZ, K.T, FRANCO T.B. *Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências*. Revista Saúde em Debate, 2014.
- MINAYO, M. C. de S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R.. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2012.
- RICOEUR, P. *Percurso do reconhecimento*. São Paulo: Loyola, 2006.
- ROLNIK S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2^a ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS; 2014.
- SANTOS, B.S. Reconhecer para libertar: Os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro. 2003
- SILVA, D. A dádiva das palavras, da graça e da associação. *Revista de Teologia e Ciências da Religião da UNICAP*, v. VII, 200, p. 87-98, 2008.
- SOUZA, Luiz Gustavo da Cunha de. *Reconhecimento como teoria crítica? A formulação de Axel Honneth*. Rio de Janeiro:Luminária Academia. 2011. 243p.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.1, p.195-206, 2008.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa *Cuidado, dádiva e racionalidades: o encontro entre as mulheres, a casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa*, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Thayane Pereira da Silva Ferreira. Endereço: Rua Cel José Cesarino da Nóbrega, nº 55, Jardim São Paulo CEP: 58051130. João Pessoa-PB. Telefone para contato: (83) 9 99468739. E-mail: thayane.silva01@hotmail.com.

Esta pesquisa está sob a orientação de Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque. Telefone: (81) 21268285, e-mail paulohenriquemar@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa se justifica pela necessidade de se problematizar a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica a partir de diferentes racionalidades. Tem como objetivo geral: analisar como se produz o cuidado em saúde das mulheres a partir de diferentes racionalidades que compreendem, os saberes e práticas das mulheres e seus encontros entre si, entre a equipe da unidade de saúde da família e entre a casa das comadres. E, como objetivos específicos: analisar a produção do cuidado em saúde mental a partir dos encontros entre as mulheres no cotidiano e suas redes de interação; conhecer a produção do cuidado em saúde mental que se constrói a partir do encontro das mulheres com a casa das comadres; analisar o cuidado que se produz no encontro entre as mulheres e a unidade de saúde da família. A coleta de dados se realizará a partir da observação participante e os grupos focais a serem realizados com as mulheres que participam do grupo “Belas Mulheres”; da equipe de saúde da família que acompanha essas mulheres e as coordenadoras do projeto “Casa das Comadres” desenvolvido a partir de uma ONG local. Sua participação na pesquisa se dará de maneira voluntária, no período de um mês para a realização da pesquisa. Para uma melhor organização e sistematização das falas, às respostas as perguntas e os comentários no decorrer dos encontros, será utilizado um gravador, após sua autorização prévia. As falas serão transcritas pelo pesquisador no momento de apuração dos dados. Esclarecemos que sua participação não trará prejuízos à sua pessoa. Procurar-se-á evitar riscos relacionados à pesquisa, podendo existir apenas o risco do desconforto em falar em grupo. Contudo, procurar-se-á prevenir este risco, de modo a garantir que o participante tenha livre escolha para se colocar/falar ou não no grupo. A pesquisa terá benefícios diretos e indiretos para os voluntários no sentido de facilitar e potencializar os encontros entre as diferentes racionalidades na produção do cuidado em saúde mental na atenção básica. Caso o (a) voluntário (a) esteja impossibilitada de autorizar o consentimento, por estar em sofrimento será verificado junto ao médico responsável se a família poderá dar ou não o consentimento.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, como gravações, fotos e filmagens, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na

pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br)**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo *Cuidado, dádiva e racionalidades: o encontro entre as mulheres, a casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa*, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:



APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS, CASO A PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO NA PESQUISA SEJA CONCEDIDA PELA FAMÍLIA)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa *Cuidado, dádiva e racionalidades: o encontro entre as mulheres, a casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa* que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Thayane Pereira da Silva Ferreira. Endereço: Rua Cel José Cesarino da Nóbrega, nº 55, Jardim São Paulo CEP: 58051130. João Pessoa-PB. Telefone para contato: (83) 9 99468739. E-mail: thayane.silva01@hotmail.com.

Esta pesquisa está sob a orientação de Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque. Telefone: (81) 21268285, e-mail paulohenriquemar@gmail.com..

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa se justifica pela necessidade de se problematizar a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica a partir de diferentes racionalidades. Tem como objetivo geral: analisar como se produz o cuidado em saúde das mulheres a partir de diferentes racionalidades que compreendem, os saberes e práticas das mulheres e seus encontros entre si, entre a equipe da unidade de saúde da família e entre a casa das comadres. E, como objetivos específicos: analisar a produção do cuidado em saúde mental a partir dos encontros entre as mulheres no cotidiano e suas redes de interação; conhecer a produção do cuidado em saúde mental que se constrói a partir do encontro das mulheres com a casa das comadres; analisar o cuidado que se produz no encontro entre as mulheres e a unidade de saúde da família. A coleta de dados se realizará a partir da observação participante e os grupos focais a serem realizados com as mulheres que participam do grupo “Belas Mulheres”; da equipe de saúde da família que acompanha essas mulheres e as coordenadoras do projeto “Casa das Comadres” desenvolvido a partir de uma ONG local. Sua participação na pesquisa se dará de maneira voluntária, no período de um mês para a realização da pesquisa. Caso você esteja sob qualquer forma de tratamento, assistência, cuidado, ou acompanhamento, necessitando de que sua família ou responsável conceda o consentimento ou não para a participação na pesquisa, será verificado junto ao médico responsável se estes poderão dar ou não o consentimento. Procurar-se-á evitar riscos relacionados à pesquisa, podendo existir apenas o risco do desconforto em falar em grupo. Contudo, procurar-se-á prevenir este risco, de modo a garantir que o participante tenha livre escolha para se colocar/falar ou não no grupo. A pesquisa terá benefícios diretos e indiretos para os voluntários no sentido de facilitar e potencializar os encontros entre as diferentes racionalidades na produção do cuidado em saúde mental na atenção básica.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa como gravações, fotos e filmagens ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na

pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepps@ufpe.br**).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado pela pessoa por mim designada, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ***Cuidado, dádiva e racionalidades: o encontro entre as mulheres, a casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa***, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

A rogo de _____, que é meu familiar ou sob o (a) qual estou responsável, eu _____ assino o presente documento que autoriza a sua participação neste estudo.

Local e data _____

Assinatura

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C: ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO

DIÁRIO DE CAMPO	
CARACTERÍSTICAS DO ENCONTRO	
Data/Local	
Temática	
Objetivos	
Participantes	
COMENTÁRIOS E IMPRESSÕES	
Como a atividade aconteceu?	
Houve compreensão da atividade realizada?	
Os participantes se mostraram abertos a pactuação de novos encontros?	

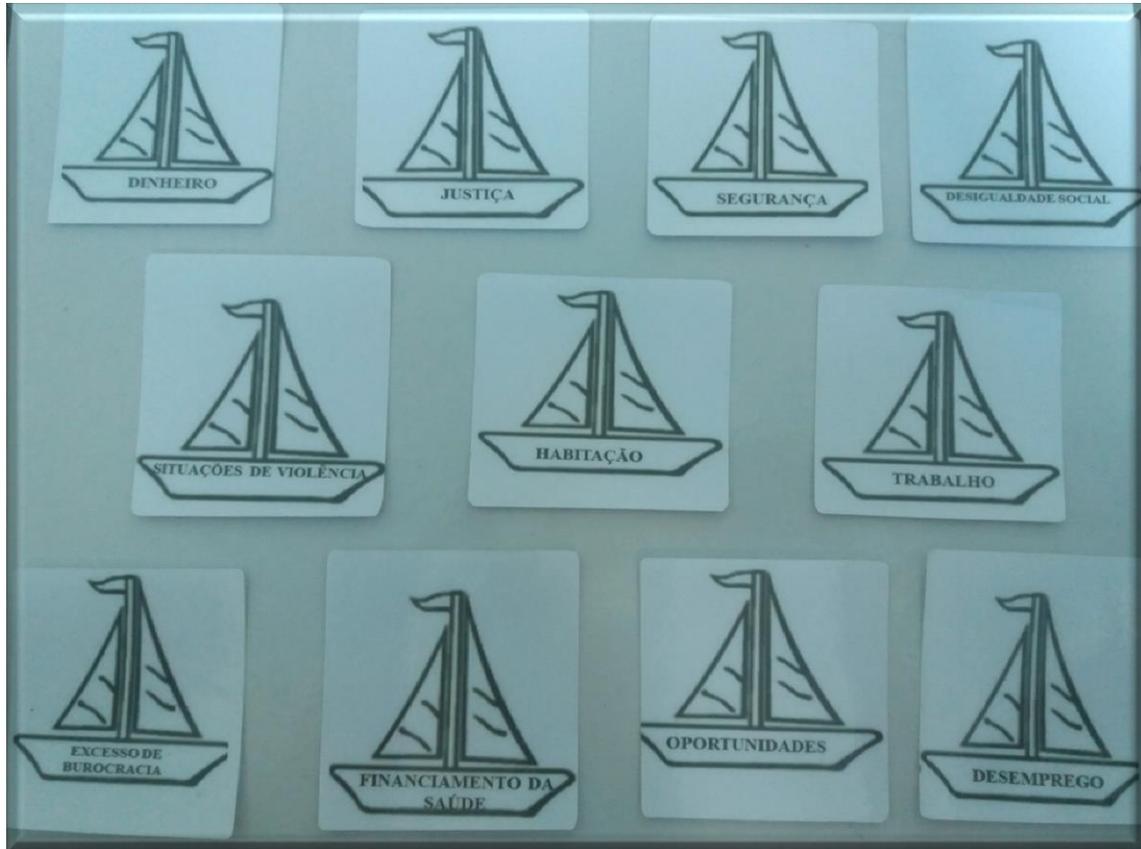
Quais as fragilidades e/ou potencialidades?	
Houve debate espontâneo ?	
Os participantes mostraram-se interessados em discutir a temática?	
Outras informações pertinentes	

APÊNDICE D: QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL (nº 1)

Fase de Desconstrução- Macrossociológico

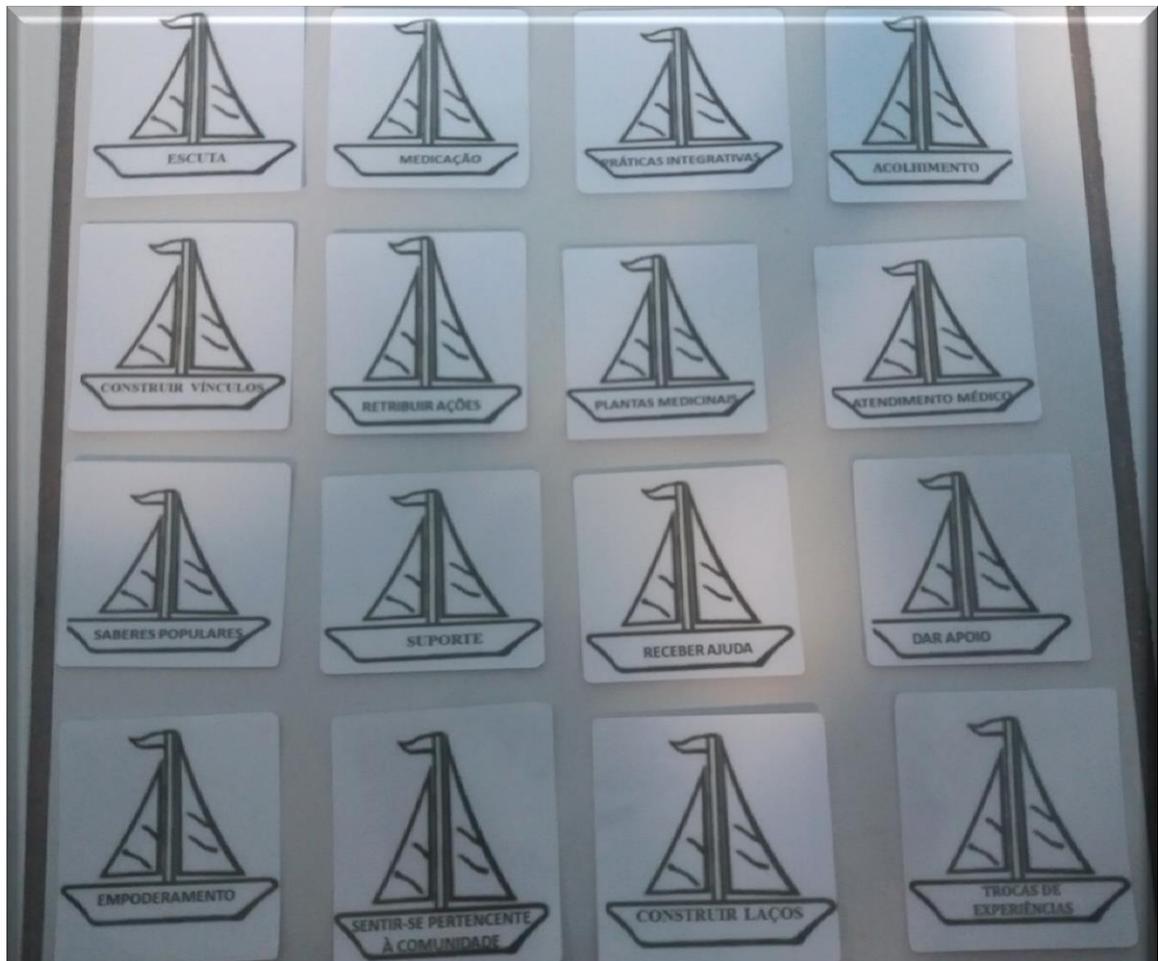
QUESTÕES NORTEADORAS	
1.	Escolha um barco (cartela) que para você represente um aspecto mais geral (macrossociológico) que permeia a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica. Os barcos irão conter as seguintes palavras: OPORTUNIDADES; DINHEIRO; FINANCIAMENTO DA SAÚDE; TRABALHO; EXCESSO DE BUROCRACIA; SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA; JUSTIÇA; DESEMPREGO; HABITAÇÃO; SEGURANÇA; DESIGUALDADE SOCIAL.
2.	Fale sobre o que você entende sobre esse aspecto
3.	Para você, o que é cuidado?
4.	Em sua opinião, em que este aspecto se relaciona com a produção do cuidado?
5.	Você já tinha refletido sobre este aspecto e sua relação com a produção do cuidado em saúde mental?

APÊNDICE E: CARTELA-BARCOS MACROSSOCIOLÓGICOS



**APÊNDICE F: QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL (nº 2) Fase de
Desconstrução- Microsociológico**

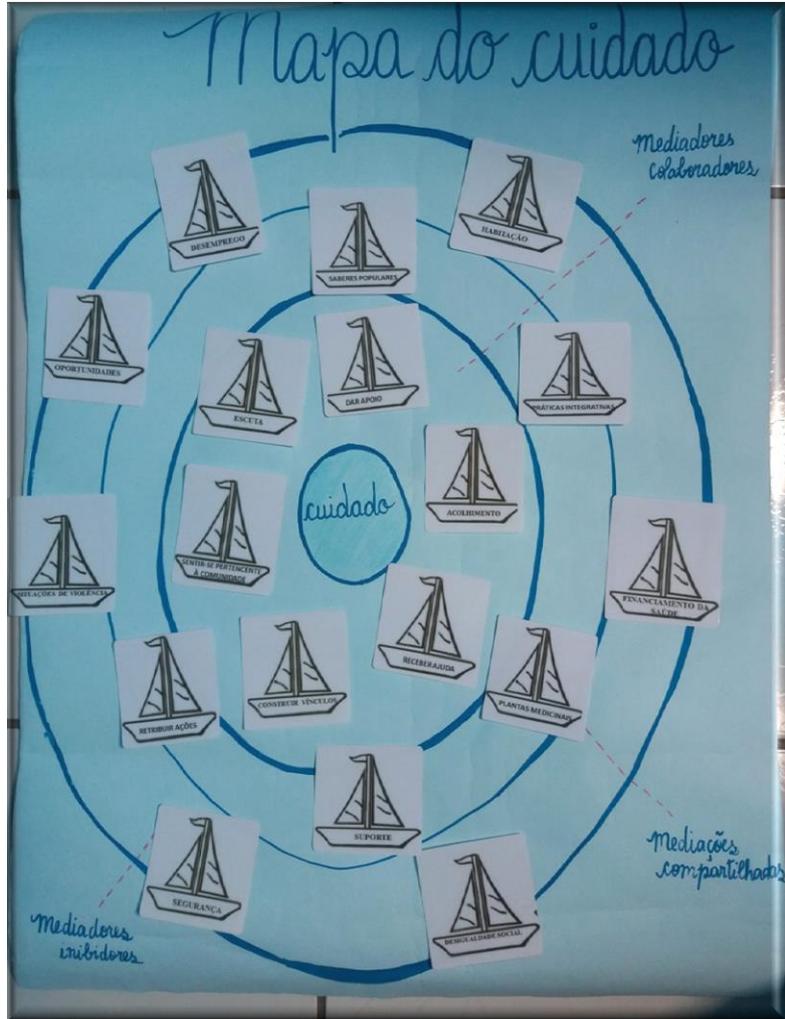
QUESTÕES NORTEADORAS
<p>1. Escolha um barco (cartela) que para você represente um aspecto mais geral (macrossociológico) que permeia a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica. Os barcos irão conter as seguintes palavras: ACOLHIMENTO; DIAGNÓSTICO; MEDICAÇÃO; BUSCAR AJUDA; RECEBER AJUDA; CONSTRUIR LAÇOS; DAR APOIO; VÍNCULO; ESCUTA; PLANTAS MEDICINAIS; SUPORTE; ATENDIMENTO MÉDICO; TROCAS DE EXPERIÊNCIAS; EMPODERAMENTO.</p>
<p>2. Fale sobre o que você entende sobre esse aspecto</p>
<p>3. O que você entende como cuidado, neste segundo momento?</p>
<p>4. Em sua opinião, em que este aspecto se relaciona com a produção do cuidado?</p>
<p>5. Você já tinha refletido sobre este aspecto e sua relação com a produção do cuidado em saúde mental?</p>

APÊNDICE G: CARTELAS-BARCOS MICROSSOCIOLÓGICOS

APÊNDICE I: QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL (nº 3)
Fase de Reconstrução- Mapa do Cuidado

QUESTÕES NORTEADORAS
1. Após a fase de Desconstrução, construiremos o Mapa do Cuidado- que corresponde ao mapa do Self, proposto pela Metodologia de Análise de Redes Sociais e Cotidiano. Como você percebe o compartilhamento das ações de cuidado entre a casa das Comadres, o Grupo das Mulheres (da Unidade de Saúde) e os encontros das mulheres entre si?
2. Quais mediadores colaboradores podem ser identificados nestes encontros?
3. Quais mediadores inibidores podem ser identificados nestes encontros?
4. Quais as mediações compartilhadas entre as mulheres, a casa das Comadres e a equipe de saúde da Unidade Integrada de Saúde da Família?
5. O que pode ser apontado como potencialidades nestes encontros?
6. O que pode ser apontado como desafios nestes encontros?
7. O que você reconhece como cuidado?

APÊNDICE J: MAPA DO CUIDADO



ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 21 de junho de 2018

Processo Nº: 10.256/2018

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **"Cuidado, dádiva e racionalidades: o encontro entre as mulheres, a casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa"**, a ser desenvolvido pela pesquisadora **THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA**, sob orientação de **PAULO HENRIQUE MARTINS**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada na **UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MUDANÇA DE VIDA – DSII**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

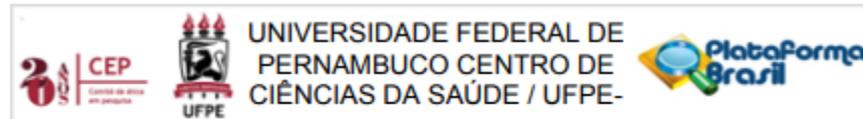
Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde
Mat. 84.799-1 34057

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde

ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado, dádiva e racionalidades: o encontro entre as mulheres, a casa das comadres e a equipe de saúde da família em uma comunidade no município de João Pessoa

Pesquisador: THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 92414618.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.824.572

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado

Título: CUIDADO, DÁDIVA E RACIONALIDADES: O ENCONTRO ENTRE AS MULHERES, A CASA DAS COMADRES E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Pesquisador Responsável: Thayane Pereira da Silva Ferreira

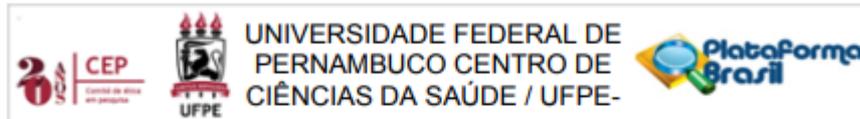
Orientador: Paulo Henrique Martins Novaes de Albuquerque

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco

Desenho do estudo: Estudo qualitativo com análise realizada pela Metodologia de Análise de Redes Sociais (MARES) que possibilita a análise das redes sociais em sua profundidade, oferecendo uma visão integralizada destas redes a partir do cotidiano.

Local do estudo: A pesquisa será realizada em uma Unidade Integrada de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB, que apresenta quatro equipes de saúde da família e atualmente se configura como unidade escola, que recebe residentes em saúde das diversas profissões, como enfermagem, nutrição, psicologia, medicina e etc. Cada equipe de saúde atende em média 4 mil

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE



Continuação do Parecer: 2.824.572

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios dimensionados adequadamente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências cumpridas

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

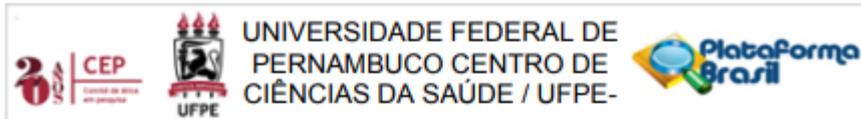
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS N° 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS N° 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/n° - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Página 03 de 04

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 2.824.572

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1150523.pdf	15/08/2018 01:24:41		Aceito
Outros	TCLE_paisouresponsavels_adaptado.doc	15/08/2018 01:23:53	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencia.docx	15/08/2018 01:21:32	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_thayane_com_adequacoes.docx	15/08/2018 01:20:39	THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMajores18_apos_alteracoes.doc	05/08/2018 15:50:56	THAYANE PEREIRA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	dec_aluna_matriculada.pdf	26/06/2018 09:57:43	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_thayane.pdf	26/06/2018 09:44:56	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_paulo.pdf	26/06/2018 09:44:01	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.docx	26/06/2018 09:38:00	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	26/06/2018 09:36:14	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	26/06/2018 09:33:31	THAYANE PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

RECIFE, 16 de Agosto de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

