

Para uma abordagem reticular do cuidado em saúde

Towards a reticular approach to health care

Sílvia Portugal¹

Introdução

Os discursos sobre o cuidado em saúde são cada vez mais dominados por uma linguagem gestio-nária, que enfatiza as dimensões organizacionais ligadas ao “sistema de saúde”. Os impactos da globalização neoliberal fazem-se, assim, sentir de formas diferenciadas: na retracção das políticas públicas, na expansão do ideal do *homo economicus* a todas as esferas do social e do político, no obscurecimento de subjectividades, interacções múltiplas e formas de resistência.

Deste modo, torna-se pertinente encontrar formas de leitura problematizadoras que permitam revelar a complexidade de actores e fluxos que sustentam o cuidado em saúde. O artigo de Breno Fontes sublinha a importância do “paradigma das redes” para responder a este desafio. Eu acrescentaria a contribuição de uma outra abordagem – a do “paradigma do cuidado”.

A opção pelo “paradigma do cuidado” implica reconhecer que este é transversal na vida e no quotidiano de todas as pessoas e não só dos/as doentes. Vários desafios se impõem ao fazermos esta opção¹: reconhecer a vulnerabilidade de todos/as nós, ao longo do ciclo de vida^{2,3}; reconhecer que quem é cuidado também cuida⁴; prestar atenção aos detalhes da vida⁵; construir uma linguagem diferente, que ultrapasse os modelos tradicionais da bio-medicina e da assistência social, que compartimentalizam as necessidades e objectificam os sujeitos.

A conjugação desta abordagem com uma perspectiva reticular apresenta diversas potencialidades heurísticas: permite olhar simultaneamente para a forma e o conteúdo das relações sociais; permite colocar o sujeito no centro, adoptando a integralidade como princípio norteador⁶; permite questionar conceitos como o de “governança”, revelando a complexidade de articulações entre actores, entre público e privado, entre Estado, mercado e sociedade civil.

Três mundos ou mais?

O trabalho de Esping-Andersen – *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990)⁷ – marcou

grandemente as reflexões sobre a produção de bem-estar nos finais do século XX. O seu conceito central é o de “desmercadorização”, ou seja, a capacidade que o sistema confere ao indivíduo de aceder a condições de vida razoáveis sem ter que vender a sua força de trabalho no mercado. O autor agrupa os países industrializados em três modelos: o regime liberal/residual (que inclui os Estados Unidos, Canadá e Austrália), no qual o grau de desmercadorização é escasso; o regime conservador-católico/corporativista (que inclui Alemanha, Áustria, Bélgica, Itália e França), que se caracteriza por um nível moderado de desmercadorização; e o regime social democrata/universalista (que corresponde aos países do Norte da Europa e à Suécia em particular), no qual o nível de desmercadorização é elevado.

As críticas à tricotomia de Esping-Andersen são inúmeras e diversificadas. Não cabe aqui o seu exame exaustivo, para uma síntese das críticas ao trabalho de Esping-Andersen cf. Arts e Gelissen (2002). No entanto, uma das linhas de discussão revela-se pertinente para o presente debate. A tipologia dá escassa atenção aos países do Sul da Europa, tratando-os como “mistos”. Em oposição a esta perspectiva, diversos autores defenderam que certas características destes países, permitem identificar um quarto tipo de regime – um “Modelo do Sul” (no qual se enquadram Portugal, Itália, Espanha e Grécia). Ferrera⁸ caracteriza-o através de quatro traços fundamentais: 1) um sistema altamente fragmentado e corporativista, onde coexiste uma protecção generosa para alguns sectores da população com a ausência total para outros; 2) o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde fundado sobre princípios universalistas; 3) uma baixa penetração do Estado na protecção social com uma complexa articulação entre actores e instituições públicas e privadas; 4) a persistência do clientelismo no acesso à protecção social do Estado.

Relativamente à família, a excepionalidade do Modelo do Sul situa-se no facto de a manutenção dos modelos tradicionais parecer ser mais uma questão de sobrevivência do que de escolha – na escassez de alternativas, a família é o recurso a que se pode sempre apelar^{9,10}.

¹ Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Coimbra Portugal. sp@fe.uc.pt

O trabalho de Gough et al.¹¹ permite mostrar como os países europeus partilham muitas das características com os países do hemisfério oposto, ampliando o conceito de “sul” utilizado nas análises de carácter eurocêntrico. A contribuição de Barrientos¹² sobre a América Latina analisa as reformas levadas a cabo em diversos países do continente sul-americano, identificando uma passagem de um regime “conservador-informal” para um regime “liberal-informal”. O autor identifica formas de articulação entre Estado, mercado e família que se aproximam bastante dos países do sul da Europa.

Redes e cuidado

Em geral, na saúde, a tendência predominante na definição de cuidado constrói-se em torno da oposição entre cuidado formal e informal¹³. Um olhar mais atento relativiza esta distinção. No quotidiano, a diferenciação faz-se pelo tipo e a intensidade de cuidados prestados, que revelam níveis de envolvimento distintos entre cuidadores/as formais e informais¹. Os estudos são claros neste domínio: quanto mais grave for a situação de dependência e mais exigentes forem as necessidades, maior é o envolvimento da família^{13,14}. Especificamente, nos países do Sul, quanto mais exigente é o tipo de apoio, menos respostas existem, e maior é a responsabilização da esfera informal¹⁵.

O trabalho que tenho vindo a realizar nas áreas da doença e da deficiência permite verificar que, quando observamos as trajectórias de vida das pessoas e analisamos a sua rede social, vemos na família o principal prestador de cuidados: na procura de informação, na busca de um diagnóstico, na construção de itinerários terapêuticos, no cuidado quotidiano, permanente e de longa duração^{1,16,17}.

A prestação formal de cuidados apresenta, muitas vezes, um quadro de intervenção que revela escassa capacidade para integrar as especificidades individuais, produzindo uma atenção normalizada e normalizadora, que dificilmente atende às circunstâncias de vida das pessoas com algum

diagnóstico ou doença. A atenção da família tende a contrariar este modo de agir. O cuidado prestado pela rede familiar, parte das necessidades de quem é cuidado¹⁵. Se o cuidado biomédico tem dificuldades em lidar com as especificidades, o cuidado familiar, ao assentar na atenção à singularidade, permite integrar a diferença e responder-lhe adequadamente¹.

Notas Finais

Como sublinha o texto de Breno Fontes, uma abordagem reticular à provisão de cuidados de saúde faz emergir a importância de um conjunto vasto de actores (doentes, famílias, profissionais de saúde, profissionais da assistência social, associações, Estado, mercado, comunidade), de saberes (leigos e científicos), de práticas (formais e informais) e de relações (sociais, materiais e simbólicas).

Olhar para o “Modelo do Sul” tem diversas vantagens heurísticas: permite complexificar as abordagens, dando conta de um campo reticular onde circulam actores e fluxos múltiplos; visibiliza um modelo hoje sujeito a fortes constrangimentos, devido às pressões demográficas, económicas e políticas; ao revelar a importância dos laços de parentesco, torna necessária a preocupação sobre o cuidado dos “sem família”. A crise trouxe para o centro dos debates políticos e sociais a questão da partilha de responsabilidades entre as solidariedades públicas e privadas e, como tal, a (re)descoberta da importância da família como esfera de protecção social. As virtualidades do cuidado familiar não podem ser uma desculpa para a retracção da provisão estatal, nem para um recuo dos sujeitos do espaço da cidadania para o espaço doméstico.

Estas pistas de reflexão remetem-nos para a importância de (re)pensarmos a racionalidade política estatal moderna, a construção do indivíduo, a macropolítica e a micropolítica, o governo dos outros e o governo de si – não serão estes bons motivos para abandonarmos o conceito de *governança* e recuperarmos o conceito de *governamentalidade*^{18,19}?

Referências

1. Portugal S, Alves J. Doenças raras e cuidado: um olhar a partir das redes sociais. *Cescontexto Debates* 2015; 9:34-40.
2. Kittay E. *Love's Labor: essays on woman, equality, and dependency*. New York: Routledge; 1999.
3. Tronto J. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethics of Care*. New York: Routledge; 1993.
4. Lovell AM. Aller vers ceux qu'on ne voit pas. Maladie mentale et care dans des circonstances extraordinaires. In: Lovell AM, Pandolfo S, Das V, Laugier S, éditeurs. *Face aux desastres*. Paris: Ithaque; 2013. p. 27-81.
5. Laugier S. Le sujet du care: vulnérabilité et expression ordinaire. In: Molinier P, Laugier S, Paperman P, éditeurs. *Qu'est-ce que le care?* Paris: Payot; 2009. p. 159-200.
6. Pinheiro R. Integralidade como princípio do direito à saúde. In: Pereira I, organizador. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 255-263.
7. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press; 1990.
8. Ferrera M. The Southern Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 1996; 6(1):17-37.
9. Andreotti A, Garcia SM, Gomez A, Hespanha P, Kazepov Y, Mingione E. Does a Southern European Model Exist? *Journal of European Area Studies* 2001; 9(1):43-62.
10. Portugal S. *Família e Redes Sociais. Ligações fortes na produção de bem-estar*. Coimbra: Almedina; 2014.
11. Gough I, Barrientos A, Davis PA, Room G, Wood G, Bevan P. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America. Social Policy in Development Contexts*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
12. Barrientos A. Latin America: towards a liberal-informal welfare regime. In: Gough I, Barrientos A, Davis PA, Room G, Wood G, Bevan P. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America. Social Policy in Development Contexts*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 121-168.
13. Triantafyllou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T, Di Santo P, Bednarik R, Brichtova L, Ceruzzi F, Cordero L, Mastroyiannakis T, Ferrando M, Mingot K, Ritter J, Vlantou D. *Informal care in the long-term care system: European Overview Paper*. Athens, Vienna: Interlinks; 2010.
14. Glendinning C. *Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers*. York: University of York; 2009. (Working Paper EU 2342).
15. Alves J. *Cuidar e ser cuidado. Uma análise do cuidado quotidiano, permanente e de longa duração* [tese]. Coimbra: Faculdade de Economia; 2016.
16. Barbosa R, Portugal S. O associativismo faz bem à saúde? O caso das doenças raras. *Cien Saude Colet* 2018; 23(2):417-430.
17. Portugal S, Nogueira C, Hespanha P. As teias que a doença tece: a análise das redes sociais no cuidado da doença mental. *Dados* 1993; 57(4):935-968.
18. Foucault M. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
19. Foucault M. *Nascimento da biopolítica*. Lisboa: Ed. 70; 2010.

Artigo apresentado em 25/05/2018

Aprovado em 03/06/2018

Versão final apresentada em 10/06/2018