



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Controle social e Sujeitos Políticos.

RACIONALIDADES LEIGAS E SUA RELAÇÃO COM OS REGIMES DE REGULAÇÃO E COM OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Andréa Mattos Dantas do Nascimento Cardial¹

Resumo: este trabalho discute sobre a racionalidade leiga e sua relação com os regimes de regulação na saúde e com os itinerários terapêuticos dos usuários na busca da “cura”. Contextualiza numa população de imigrantes Cabo-Verdianos os desafios que encontram ao migrarem para países culturalmente diferentes e aponta a necessidade de reconhecimento pelos profissionais dos percursos de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Racionalidade leiga, Regulação em saúde, Itinerários terapêuticos, Participação Social, Imigrante.

Abstract: this work discusses lay rationality and its relationship with health regulation regimes and the therapeutic itineraries of users in the search for "cure". It contextualizes in a population of Cape Verdian immigrants the challenges they encounter when they migrate to culturally different countries and points out the need for professionals to recognize their life paths.

Key words: Regulatory Health, Therapeutic itineraries, Social Participation, Immigrant.

1 Introdução

Esta discussão inquieta-me enquanto profissional de saúde, nomeadamente assistente social de um Hospital Universitário brasileiro, pois encontro-me diretamente ligada à mesma, na medida em que tem sido um desafio cotidiano em minha prática profissional fazer com que os usuários sejam de fato considerados pelos demais profissionais de saúde como pessoas que são agentes autônomos do seus percursos de vida, possuidores de um conhecimento próprio (racionalidade leiga) formado por múltiplas determinações da realidade que os rodeiam e, para tanto, devem ser vistos como sujeitos ativos na sociedade. Sendo assim, influenciam o modo como se organizam os sistemas de cuidado, assim como os regimes de regulação que promovem o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a política de saúde.

Chamamos a atenção neste trabalho para a variedade de regimes de regulação e de itinerários terapêuticos materializados pelos usuários no enfrentamento da doença e do sofrimento e sua relação intrínseca com a racionalidade leiga que estes possuem, especialmente neste caso por estarem na condição de imigrante.

É sabido que as transformações do mundo contemporâneo têm imprimido nas políticas públicas, neste caso específico a Política de Saúde, novas configurações nos

¹ Estudante de Pós-Graduação, Instituto Universitário de Lisboa, E-mail: deaamdn@gmail.com.

sistemas de cuidados que merecem total atenção dos profissionais de saúde que estão na assistência e na gestão da política, bem como dos usuários desses serviços. Tem havido, conforme relatam Freitas e Mendes

[...] uma reformulação dos princípios norteadores da governação dos cuidados de saúde de acordo com a Nova Gestão Pública, que defende a aplicação de métodos de gestão empresarial [...] e de mecanismos de mercado [...] ao sector público. A livre escolha de serviços é um elemento central desta filosofia de governação que encara os utentes como consumidores, isto é, os indivíduos autónomos que são capazes de analisar, seleccionar e utilizar serviços que melhor servem os seus interesses [...]. (Freitas, Mendes, 2013:70).

Somada a essa “autonomia” encontra-se a participação democrática, a qual consideramos imprescindível no processo de construção de uma política que dê conta das diversidades e conflitos inerentes à realidade contemporânea. Há a necessidade premente de planejar e formular ações e políticas que sejam participativas e que estejam sensíveis às necessidades específicas de cada grupo (imigrante) e/ou etnia, a fim de promover efetivamente a inclusão e a integração destes num contexto adverso ao de origem.

2 Racionalidade Leiga e sua relação com os regimes de regulação na saúde

A formação dos sistemas públicos de saúde de carácter universal prima pela promoção de serviços de saúde que atendam a população usuária de forma igual e equânime, entendido equivocadamente como sendo um processo linear e natural, sem contudo considerar a existência de uma realidade dinâmica e contraditória, composta por atores sociais que possuem variadas formas de pensar e agir, as quais influenciam significativamente o sistema de cuidado em saúde. Essas formas de pensar e agir são resultados das relações sociais estabelecidas e vivenciadas ao longo da vida na busca de satisfazer às necessidades de saúde. Cecilio, LCO et al. Corroboram ao denominar de “saber laico-leigo’ [...] um conhecimento válido e produzido a partir das experiências sociais vivenciadas pelos usuários em busca pelo cuidado à saúde [...]”.(Cecilio, LCO et al., 2014, p. 1503). Ao operacionalizar o agir leigo em forma de ações que levam os usuários a navegarem nos sistemas de saúde na tentativa de dirimir ou mesmo sanar o sofrimento, manifesta-se o regime (informal) de regulação leiga que diz respeito à forma como as pessoas se governam.

Queremos com isso desconstruir a ideia de que existe apenas um regime de regulação, qual seja o formal/governamental (jurídico-normativo) que consiga atender as necessidades de acesso à saúde, antes pelo contrário, consideramos que a regulação é um lugar de constantes conflitos e mudanças, como explicitam Cecilio, LCO et al.,

[...] (qual o lugar, o tempo e o cuidado adequado?) depende dos atores que a enunciam, sendo, portanto, marcada por dissensos, o que nos permite afirmar que é de natureza da regulação ser campo de conflitos e disputas, muito mais do que um simples ordenamento burocrático-administrativo. Assumindo que regulação são regras do jogo que vão sendo socialmente produzidas e negociadas, é possível pensar a regulação como uma produção social. [...] A regulação [...] é uma produção social, comportando, por isso mesmo, diferentes lógicas, racionalidades e processualidades ou regimes de regulação. (Cecilio, LCO et al., 2014, p. 1503).

Podemos, então, afirmar que enquanto produção social os usuários são parte formativa dos regimes regulatórios, dos sistemas e da própria política de saúde. Ou seja, ratificamos a existência de uma racionalidade leiga que molda o comportamento dos usuários nos sistemas de cuidado, pautado no constructo de vida fundamentado em condições adversas e contraditórias de uma sociedade excludente, mas, por outro lado, calca-se também um sistema cultural que lhe é próprio e um sistema de crenças e valores que lhe permitem acessar aos serviços de diversas formas que atendam às suas necessidades momentâneas.

Os autores supracitados encontraram em sua pesquisa quatro diferentes regimes regulatórios que se relacionam entre si, se complementando por vezes ou se conflitando outras tantas, a saber: governamental, profissional, clientelística e leiga. “Se bem pensado, há agir profissional, agir governamental, agir político e agir leigo que vão assumindo configurações singulares em cada contexto sócio-histórico-político específico. Assim, poderíamos dizer que há vários ‘agires’ que vão resultando em regulações [...]”. (Ibidem, p. 1507).

Destarte, é fundamental que os profissionais de saúde em seu exercício profissional conheçam e considerem os percursos, as trajetórias terapêuticas que seus usuários possuem e os regimes regulatórios que utilizam como meios para a efetivação de um processo de recuperação da saúde de forma a contemplar todos os aspectos da vida dos sujeitos, principalmente se nos referirmos a usuários imigrantes que trazem consigo questões específicas, como sua origem cultural, sua concepção de saúde e de doença, seu comportamento na regulação, sua rede de solidariedade, enfim, seus itinerários, para que de fato se consiga realizar um projeto terapêutico/tratamento que responda às demandas de saúde que lhe são postas. Portanto, ignorar a racionalidade leiga e sua relação íntima com os regimes de regulação estabelecidos nos sistemas de saúde é nocivo à efetivação de política inclusiva e integrativa que de fato atenda às necessidades de uma sociedade que é plural e multicultural.

3 Racionalidades leigas e Itinerários terapêuticos: uma conjunção necessária à efetivação de políticas inclusivas

A onda migratória para a Europa, neste caso nos referimos aos Cabo-Verdianos², tem sido gradual e constante. Independentemente das razões que os fazem migrar, eles deixam para trás familiares, amigos, sonhos, projetos, entre outras coisas, e trazem consigo o medo e a incerteza, o que, inevitavelmente, lhes proporciona um desgaste mental e emocional importantes. A chegada num país com cultura, valores, crenças, língua e políticas diferentes já é um fator preponderante para intensificar o sofrimento, o que repercute no processo de adaptação e integração, que por sua vez são questões que não estão incluídas nas agendas governamentais.

A ideia de que certos segmentos das populações ocidentais atuais, como por exemplo os imigrantes e as minorias étnicas, são demasiado tradicionalistas e pouco permeáveis à integração de outros referenciais culturais, ou até mesmo desprovidos das competências necessárias para fazerem uso dos modernos serviços de saúde existentes, é muitas vezes defendida com o objetivo omissivo de legitimar políticas que negligenciam a necessidade de aumentar a competência cultural e a capacidade de resposta dos cuidados de saúde à diversidade, ou que o fazem de forma superficial. (Freitas, Mandes, 2013, p. 70)

Urge a elaboração e materialização de políticas que deem conta da diversidade cultural que caracteriza a realidade contemporânea europeia através do “desenvolvimento de cuidados culturalmente sensíveis.” (Ibdem, p. 71). Há também que se reparar a discrepância existente entre a regulação leiga dos imigrantes e os demais regimes de regulação, na medida em que esse grupo não usufrui de políticas inclusivas que atendam às suas necessidades específicas ou até não se enquadram nos direitos coletivos (não adequação a regulação governamental), ou muitas vezes são estigmatizados/rotulados e/ou têm suas raízes culturais pormenorizadas pelos profissionais de saúde, dificultando o estabelecimento de uma relação de confiança entre usuário e profissional, o que os levam a estabelecer outros percursos/itinerários informais/tradicionais para o restabelecimento da saúde (não adequação a regulação profissional) e, por fim, por não estabelecerem uma rede de solidariedade que lhe permita obter informações cruciais para acessar os serviços de saúde dos quais necessitam (não adequação a regulação clientelística).

Contudo, na tentativa de superar ou até mesmo de apenas administrar seu sofrimento, os usuários imigrantes dos serviços de saúde desenvolvem e implementam itinerários terapêuticos que, na maioria das vezes, são invisíveis aos gestores, reguladores e profissionais de saúde. Os Itinerários terapêuticos nesse contexto são concebidos “[...] enquanto práticas individuais e socioculturais adotadas para lidar com os problemas de saúde.”. (Gerhardt apud Freitas, Mendes, 2013: 71). Colaborando com a discussão, Alves e Bäckström afirmam que diversos são os itinerários, haja vista haver uma

² Para essa discussão tomamos como referência as pesquisas desenvolvidas por Alves e Bäckström (2012), assim como Freitas e Mendes (2013) com imigrantes Cabo Verdianos em Portugal e Holanda, respectivamente.

[...] pluralidade de itinerários terapêuticos, que se tecem em torno de discursos públicos e privados, onde os sistemas explicativos do recurso à medicina ou às práticas tradicionais encontram sentidos, também eles plurais. As pessoas podem recorrer a estes sistemas de formas diversas, usando um só ou combinando mais do que um, de modo simultâneo ou sequencial, conforme o contexto e as necessidades sentidas face à doença ou ao sofrimento mental. (Alves, Bäckström, 2012, p. 543-544).

Do sagrado ao profano, constatamos nas pesquisas que os Cabo-verdianos transitam entre itinerários terapêuticos que possuem suas bases ancoradas num “repertório Cristão-espiritual” (Beijers apud Freitas, Mendes, 2013, p. 77), haja vista crerem que a gênese do binômio saúde-doença encontra-se, *a priori*, no aspecto espiritual. Para tanto recorrem a igrejas, líderes espirituais, curandeiros e “profissionais do dom” (Alves, Bäckström, 2012, p. 547). na tentativa de encontrar a cura ou a minimização da dor e do sofrimento, demonstrando que suas raízes permanecem fortes. Normalmente evitam relatar esses fatores aos profissionais de saúde, pois receiam algum tipo estigma, preconceito e até mesmo impactos na conduta profissional que possam negligenciar o tratamento, se restringindo “[...] muitas vezes num registro informal e clandestino”. (Ibdem, p. 547). Frisamos que essa racionalidade leiga de fortes traços culturais deve ser considerada no processo de construção do projeto terapêutico, numa inter-relação baseada na confiança entre usuário/profissional, tendo em vista que, “para lidar com o sofrimento mental, é a escuta comprometida que as pessoas preferem. A conversa ajuda a própria pessoa a resolver os seus problemas e a lidar com o seu sofrimento, mobilizando os seus próprios recursos” (Alves, Bäckström, 2012, p. 554). Ressaltamos que os vários aspectos da vida do sujeito devem ter relevância se se pretende alcançar a promoção e a recuperação da saúde³.

[...] percebe-se que a concepção de pessoa encontrada em ambas as amostras é uma concepção holística do corpo e da alma. O indivíduo é visto como um todo, na sua vivência social e cultural, onde os elementos biológicos, psíquicos e emocionais estão assentes num referencial cultural e social que lhe dá a sua visão cosmológica. (Ibdem, p. 548).

Contraditoriamente, transitam ao profano quando materializam itinerários ancorados no modelo biomédico, “[...] que separa corpo de psique” (Ibdem, p. 547). Esse modelo centrado no profissional médico e na doença como fator biológico tem aumentado a distância entre o profissional e o usuário. Entretanto, “[...] não há paciente que [...] não exercite seu posicionamento diante da doença: ao elaborar suas explicações do

³ Neste trabalho utilizamos a concepção de saúde adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que a vê como resultado das condições biopsicossociais, espirituais, familiares, de trabalho das pessoas.

adoecimento, seja utilizando fartamente o modelo biomédico, com maior ou menor precisão, seja produzindo explicações de ordem mais subjetiva”. (Cecilio, LCO et al., 2014, p. 1510).

Na tentativa de encontrar um “bom médico” (Freitas apud Freitas e Mendes, 2013), as pessoas deslocam-se até mesmo para outros países, o que estes autores chamam itinerários terapêuticos transnacionais. Contudo não podemos desconsiderar que todos os itinerários são legítimos e podem acontecer de forma isolada ou concomitante, e que em um ou em outro o que se procura é o alívio do sofrimento, a cura.

Destarte, constatamos uma relação intrínseca entre as racionalidades leigas e os itinerários terapêuticos desenvolvidos pelos usuários no processo saúde-doença, a qual deve ser contemplada na formulação, no planejamento e na avaliação da política de saúde, a partir da participação social dos sujeitos, pois quanto mais as políticas forem inclusivas mais efetivas serão.

4 Considerações finais

Pensar em políticas públicas na contemporaneidade é pensar num contexto diverso, adverso e multicultural, permeado por conflitos, tensões e contradições que constroem o agir leigo dos sujeitos nos sistemas de cuidado de saúde, bem como os regimes de regulação que se inter-relacionam, entendendo estes como uma produção social. Reconhecer os limites da regulação governamental e profissional para lidar com a regulação leiga tem sido um grande desafio, tendo claro que esse desafio deve ser superado, haja vista a necessidade de considerar as trajetórias e os percursos de vida dos usuários no sistema de cuidado, principalmente se estes forem imigrantes, visto que este é um fator preponderante para o êxito do projeto terapêutico e, conseqüentemente, para a materialização de uma política de saúde efetiva e sensível culturalmente, que de fato promova a inclusão e integração desta referida população.

Um fator fulcral nesse processo é o fomento da participação ativa dos usuários nas tomadas de decisão, quer a nível micro, meso ou macro, que vai desde suas decisões individuais, por exemplo, do médico que quer que lhe atenda ou a qual modelo de terapia formal/informal usará, a decisões nas atividades que participa no centro de saúde até sua participação na formulação, planejamento e avaliação da política de saúde, principalmente com inserção nas instâncias de controle social.

McKeown e Jones (2013) relatam uma experiência interessante da participação dos usuários de saúde mental no sistema de saúde britânico, no qual enfatizam que o envolvimento do usuário nos diversos níveis é imprescindível para mudança nos serviços, qualificando-os a partir de iniciativas que busquem humanizar os cuidados e promover a recuperação (Shepherd, 2007, apud McKeown, Jones, 2013, p. 2). Vale ressaltar que essas

iniciativas encontram algumas resistências, principalmente de considerarmos as inadequações existentes entre o regime regulatório leigo e os demais regimes, consubstanciadas principalmente nas dificuldades que os profissionais de saúde têm em reconhecer a racionalidade leiga como fator partícipe do processo de construção de uma política de saúde inclusiva.

Portanto, ratifica-se a importância de os usuários usufruírem de um agir profissional comprometido com sua história de vida, buscando atender suas necessidades em saúde considerando os aspectos biopsicossociais, espirituais e materiais. De fato esse tem sido um grande desafio ao Serviço Social junto a equipes multiprofissionais de saúde na atualidade.

5 REFERÊNCIAS

Alves, F & Bäckström, B. (2012), “Lidar com a doença mental - a pluralidade de sistemas de cuidados e de itinerários terapêuticos: análise comparativa de dois estudos efectuados junto de duas populações residentes em Portugal”, *Saúde & Sociedade*, 21(3), pp. 543-557. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/03.pdf>

Cecilio, LCO et al., (2014), “O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado”, *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (7), pp. 1502-1514. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1502.pdf>

Freitas, C & Mendes, A (2013), “A resiliência da saúde migrante: itinerários terapêuticos plurais e transnacionais” *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), pp. 69-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/05.pdf>

McKeown, M. & Jones, F. (2014), “Service user involvement”, in I Hulatt (ed.), *Mental Health Policy for Nurses*, London: Sage, chapter 8, pp: 135-171.