

Revisitando o cuidar cotidiano de saúde à luz do pensamento de Boaventura de Sousa Santos para tornar visível um espaço cuidativo¹

Elizabeth Teixeira

Resumo

Com base na cartografia simbólica, o estudo destaca as multiextensões do cuidar cotidiano de saúde: cuidar do eu, cuidar do outro (da família e da comunidade), cuidar da casa e cuidar do lugar segundo os mecanismos da escala, projeção e simbolização. Busca-se ampliar a discussão sobre os espaços cuidativos no âmbito da saúde e tornar visível o espaço cuidativo denominado cuidar cotidiano de saúde, um híbrido do cuidar clínico e do cuidar tradicional.

Palavra-chave: Cuidado domiciliar de saúde.

Considerações iniciais

Desde 1998 venho estudando a questão da saúde da família ribeirinha, em Belém, Pará, Brasil. De início (Primeira Travessia 1998-1999), a aproximação aconteceu no intuito de desenvolver meu projeto de tese de doutorado. Neste estudo, concentrei-me nos cuidados cotidianos de saúde entre moradores (as) da Ilha do Combu, com ênfase nos conhecimentos, interações e conexões com a natureza. Pude evidenciar dois ciclos recorrentes: um ciclo de cuidar e descuidar e outro de benefício e risco. Cheguei a estes ciclos estendendo o ato de cuidar do cuidar do eu para o cuidar do outro e da família, da casa e do lugar (TEIXEIRA, 2000)².

Voltando a olhar para o que já estudei (Segunda Travessia 2001-2002), a reaproximação aconteceu por ocasião de atividades de pós-douto-

rado, em que pude dar uma configuração mais alargada ao já estudado à luz do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. Este artigo sinaliza os três movimentos que vivenciei; a primeira travessia sintetiza a pesquisa realizada no doutorado; o encontro com a cartografia simbólica indica o marco conceitual aplicado aos dados da pesquisa já realizada; a segunda travessia indica o revisitar, quando apliquei no pós-doutorado a cartografia simbólica aos dados da pesquisa já realizada para tornar visível um terceiro espaço cuidativo.

Primeira Travessia (1988-1999)

O estudo que serviu de base para a aplicação da cartografia simbólica, foi uma investigação norteada por algumas perguntas de partida: como os(as) moradores (as) pensam o processo saúde-

doença e o território onde vivem? A quem se destinam os atos de cuidar? Que tipos de cuidados manifestam-se no cotidiano e como isso se dá? O que mobilizam para efetuar o cuidar e como o fazem? Quais os critérios utilizados nas decisões para o cuidar? Qual a dinâmica entre as famílias e entre estas e o ecossistema nos atos de cuidar?

Para compreender e explicar as dinâmicas do mundo da vida cotidiana em interação com o ecossistema, em que o indivíduo modifica-o e é também por ele modificado, aproximei-me naquele momento do pensamento complexo de Edgar Morin, com particular interesse nas obras O Método I – a natureza da natureza: os ciclos ativos em que se articulam pontos de vista disjuntos (MORIN, 1987a); O Método II – a vida da vida: o respeito à multidimensionalidade, a riqueza e aos mistérios do real e suas determinações (cerebral, cultural, social e históricas) que se impõem a todo o pensamento e ao conhecimento (MORIN, 1989); O Método III- o conhecimento do conhecimento: a operação complexa para dialogar com o real numa perspectiva de permanente inacabamento, atuando e considerando os caracteres lacunares e incertos (MORIN, 1987b); O Método IV- as idéias, a sua natureza, vida, hábitat e organização: para compreender a circularidade da linguagem e a interdependência entre esta e o eu, aquele que fala, o isto, o que se fala, o nós, o ser sociocultural, de onde se fala (MORIN, 1992).

Os (as) moradores (as) informantes da investigação foram 70 mulheres-mães, oito homens e três crianças. Os critérios de inclusão foram: a) mulheres-mães diretamente envolvidas com o cuidar da saúde da família como um todo; b) mulheres envolvidas com a educação e a saúde da comunidade; c) homens envolvidos com atividades comunitárias; d) aceitação livre e esclarecida para participar da pesquisa. As fontes constituí-

ram-se de formulários e relatórios de entrevistas semi-estruturadas.

As reflexões apresentadas em 1999 levaram-me a considerar que o cuidar cotidiano de saúde apresentava diferentes e múltiplas dimensões e extensões, que permaneciam em permanente interação e interpenetração, evidenciando uma certa complexidade em cada ato de cuidar. Cada ato, alterando o ecossistema, também era por ele alterado. Em cada uma das dimensões havia um carácter lacunar, ou seja, na dimensão dos conhecimentos, desconhecimentos, na dos encontros, desencontros, na das conexões, desconexões. Naquele momento, deixei em aberto a discussão sobre um terceiro espaço cuidativo, para além do cuidar clínico e do cuidar tradicional, o que só passei a estudar entre 2001 e 2002 por ocasião do pós-doutorado que realizei na Universidade de Coimbra, junto ao Professor Boaventura de Sousa Santos.

Encontro com a cartografia simbólica

Recorro à cartografia simbólica utilizada por Santos (2000) no estudo dos pluralismos jurídicos para mapear os pluralismos cuidativos. A construção de “mapas do real”, segundo o autor, no sentido metafórico, é obtida quando, sobre “objetos do real” - o cuidar cotidiano da saúde, aplicam-se princípios que presidem a produção e o uso dos mapas, que são os mecanismos da escala, da projeção e da simbolização. O que se busca mapear são porosidades e transgressões, *formas de auto-organização onde se geram resistências e efeitos perversos, neutralizações e bloqueamentos, autonomia e criatividade*, e se quer chegar *ao como do acontecer enquanto via única de acesso ao quê do acontecer* (p. 197).

Para o autor, a cartografia é uma ciência complexa, pois combina características das ciências na-

turais e das ciências sociais. Para aplicar a cartografia simbólica a um determinado objeto de estudo, parte-se das virtualidades dos três mecanismos indicados pelo autor (a escala, a projeção, a simbolização).

A escala possibilita analisar o efeito desta na estrutura e no uso do objeto em estudo. Trata-se de identificar formas diferentes em diferentes espaços, que são as pluralidades operativas de um determinado objeto (como é usado, onde é aplicado etc.). A projeção possibilita analisar as formas do objeto em estudo segundo o tipo de projeção da realidade social que adotam, ou seja, o que está no centro e o que está na periferia segundo a distribuição nos espaços estudados. A simbolização possibilita visualizar a face visível da representação da realidade, as sinalizações de seus estilos.

Segunda Travessia 2000-2001: aplicando a cartografia simbólica ao cuidar cotidiano de saúde

O cuidar e a escala

No domínio da saúde, parte-se do pressuposto que o cuidar da saúde-doença opera segundo duas escalas, a escala da medicina oficial-cuidar clínico e a escala da medicina popular-cuidar tradicional. A partir do estudo sobre o cuidar cotidiano da saúde entre famílias ribeirinhas, chama a atenção uma terceira escala, a escala da medicina familiar-cuidar cotidiano. Essa representação pode ser apreciada no quadro apresentado a seguir (p. 221).

As definições de cuidar clínico, tradicional e cotidiano foram construídas com base tanto no referencial teórico como nos resultados da pesquisa de campo (TEIXEIRA, 2000).

O critério utilizado para definir e categorizar o cuidado nas escalas é a hierarquização

decrecente de microrrelações e regulações, mais intensas no cuidar cotidiano até as macrorrelações, mais intensas no cuidar clínico. Assim, o cuidar cotidiano é um cuidado de grande escala; o cuidar tradicional é um cuidado de média escala; o cuidar clínico é um cuidar de pequena escala. O cuidar cotidiano, por ser de grande escala, regula com riqueza de detalhes as relações para o cuidar no mundo da vida cotidiana, entre os agentes, entre as vias cuidativas, entre as terapêuticas e entre as práticas. A obtenção da saúde integral (do eu, do outro, da casa e do lugar) é o objeto nuclear do cotidiano. No contexto do cuidar tradicional, que é de média escala, a obtenção da saúde integral é também um objeto importante, mas concentra-se com maior ênfase no cuidar do eu e do outro. No contexto do cuidar clínico, que é de pequena escala, a obtenção da saúde integral concentra-se com maior ênfase no cuidar do eu.

Para Santos (2000, p. 208-9), a virtualidade da aplicação do mecanismo da escala consiste na possibilidade de analisar o efeito da escala na estrutura e no uso do objeto em estudo. Trata-se de identificar formas diferentes em diferentes espaços. Aplicando esse mecanismo ao direito, o autor evidenciou que:

A interação e a intersecção entre os diferentes espaços jurídicos é tão intensa que ao nível da fenomenologia da vida sócio-jurídica, não se pode falar de direito e de legalidade mas de interdireito e interlegalidade. A este nível, é menos importante analisar os diferentes espaços jurídicos do que identificar as complexas e dinâmicas relações entre eles.

Aplicando esse mecanismo ao cuidar, posso tornar visível um outro espaço cuidativo (silenciado trivializado), e com isso ampliar o próprio pluralismo cuidativo existente, ou seja, encaminhar uma expansão da intermedicina e uma compreensão da intercuidatividade, bem como uma reflexão sobre os diferentes padrões de regulação em cada uma das escalas.

QUADRO 1
PLURALISMO CUIDATIVO

CUIDAR	MEDICINA OFICIAL CUIDAR CLÍNICO	MEDICINA POPULAR CUIDAR TRADICIONAL	MEDICINA FAMILIAR CUIDAR COTIDIANO
CARACTERÍSTICAS	Conjunto de ações ou atos, produzido por agentes profissionais, orientado pelo modelo clínico-bio-médico, que separa o cuidador daquele que é cuidado.	Conjunto de ações ou atos, produzido por agentes populares, orientado por modelos culturais, religiosos e outros, que une o cuidador àquele que é cuidado.	Redes e nós tecidos e utilizados por moradores (as) no cuidar da saúde, orientado por saberes, encontros e conexões com a natureza.
AGENTES	PROFISSIONAIS: Aqueles que tratam da saúde e passaram por uma preparação formal, normalmente os componentes da equipe de saúde.	POPULARES: Aqueles que tratam da saúde e não passaram por uma preparação específica, mas informal, adquirindo-a de pessoas mais velhas, familiares, observações e experiências com profissionais.	FAMILIARES: Aquele que trata da saúde de eu, do outro, da família, da casa e do lugar onde vive, com base em combinações e alianças de saberes adquiridos de agentes profissionais e populares e também pessoais ou familiares.
VIAS	INSTITUCIONAIS: Lugares em que são atendidas as populações, públicos, particulares ou conveniados, componentes de uma rede de serviços de saúde.	LOCAIS: Lugares comunitários, vilas, bairros, residências, igrejas, terreiros etc, em que são atendidas as populações, organizados por iniciativas autônomas e pessoais.	DOMICILIARES: Lugar onde são prestados os cuidados, normalmente a casa onde mora ou residências de vizinhos, familiares e amigos.
TERAPÊUTICOS	MEDICAMENTOSAS: Tratamentos prescritos por agentes profissionais, com base em substâncias ou preparados (fármacos), que se utilizam como remédio.	NATURAIS: Tratamentos prescritos por agentes populares, com base em produtos naturais (herbários e outros), que se utilizam como remédio.	CASEIRAS: Tratamentos segundo prescrições profissionais ou populares, e outros elaborados com base em saberes pessoais e familiares, executados no domicílio pelos familiares.
PRÁTICAS	CIENTÍFICAS: Técnicas usadas por agentes profissionais, orientadas por princípios científicos, na maioria das vezes, com caráter invasivo.	ALTERNATIVAS: Técnicas usadas por agentes populares, orientadas por tradições escritas ou orais, culturais, religiosas, místicas e indígenas, na maioria das vezes, não invasivas.	COTIDIANAS: Ações usadas pelos agentes familiares, associando técnicas científicas e alternativas e outras desenvolvidas pela experiência.

A cuidatividade de grande escala “é rica em detalhes, descreve pormenorizadamente e vivamente os comportamentos e as atitudes, contextualiza-os no meio envolvente e é sensível

às distinções (e relações complexas)” (SANTOS, 2000, p. 209-10), distinções, por exemplo, entre o cuidar da saúde e o tratar da doença, entre medicamentos “da farmácia” e “da mata”, entre

outras mais detalhadas a seguir. Ao contrário, a cuidatividade de pequena escala *é pobre em detalhes e reduz os comportamentos e as atitudes a tipos gerais e abstractos de acção*.

Mas, por outro lado, determina com rigor a relatividade das posições (os ângulos entre as pessoas e entre as pessoas e as coisas), fornece direcções e atalhos, e é sensível às distinções (e às complexas relações) (SANTOS, 2000, p. 210), distinções, por exemplo, entre agentes profissionais e populares, terapêuticas medicamentosas e não-medicamentosas, entre outras. Para Santos (2000, p. 210), as diferentes modalidades de regulação condicionam redes de acções diferentes:

Distingo igualmente dois tipos de redes de acções: a rede de acções instrumentais e a rede de acções edificantes. À luz dos exemplos apontados acima, sugiro que a legalidade de grande escala suscita (e é suscitada por) redes de acções tácticas e edificantes, enquanto a legalidade de pequena escala suscita (e é suscitada por) redes de acções estratégicas e instrumentais.

Aplicando esse outro mecanismo ao cuidar, identificamos que realmente o cuidar de grande escala, o cuidar cotidiano, suscita redes de acções mais edificantes, enquanto o cuidar de pequena escala, o cuidar clínico, redes de acções mais técnicas e instrumentais. O primeiro constrói relações cuidativas do tipo eu-tu e o segundo relações do tipo eu-aquilo, como em Buber (1989, p. 22).

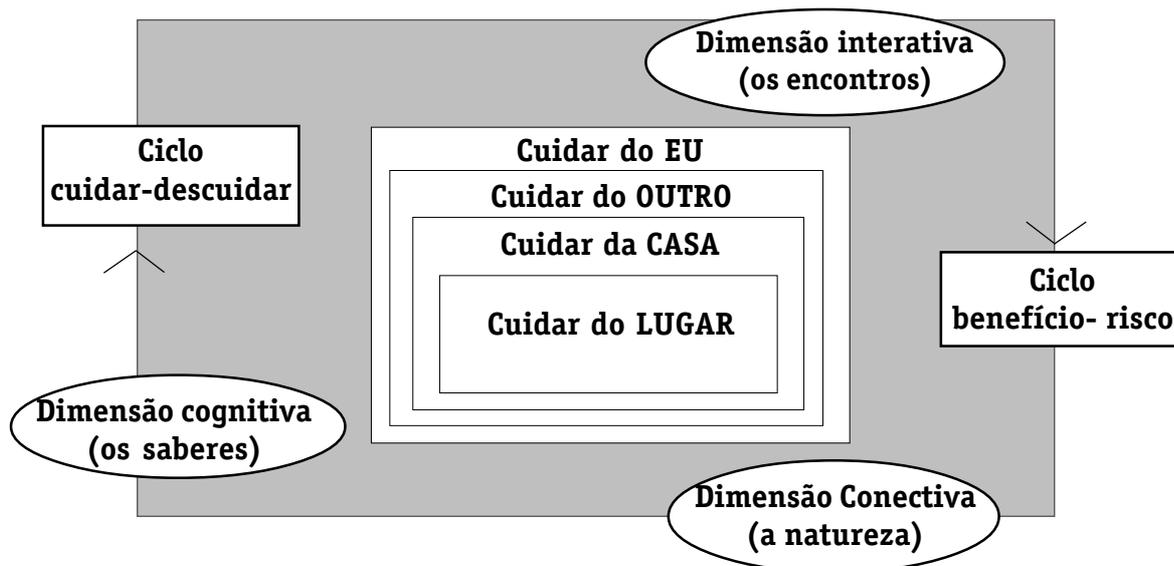
Para Santos (2000, p. 211), as diferentes modalidades de regulação ainda podem ser analisadas segundo patamares de regulação. *Este patamar é o produto da operação combinada de três patamares: o patamar de detecção, o patamar de discriminação e o patamar de avaliação*. O primeiro permite distinguir entre o relevante e o irrelevante; o segundo patamar permite distinguir entre o mesmo e o distinto; o terceiro patamar permite distinguir entre o legal e o ilegal.

Aplicando ao cuidar, podemos pensar que no cuidar cotidiano, de grande escala, encontra-se um patamar de regulação mais baixo que no cuidar clínico, de pequena escala, o que se traduz em múltiplas manifestações de detecção dos sinais e sintomas, da distinção e localização dos sintomas e do que é saúde e o que é doença (SANTOS, 2000, p.212).

Ainda no que se refere ao mecanismo da escala, como efetuei um estudo com profundidade no espaço do cuidar cotidiano entre as famílias, pude expandir e detalhar mais a própria escala do cuidar cotidiano, tendo como referência o que denomino por microespaços cuidativos. O cuidar cotidiano da saúde se expande no mundo da vida ribeirinha a partir de diferentes e crescentes microespaços cuidativos, que vão do mais interno, o cuidar do eu, aos demais, que são o cuidar do outro (membros da família e da comunidade), o cuidar da casa, chegando ao mais externo, o cuidar do lugar. Esses microespaços podem aqui ser pensados como microescalas do cuidar cotidiano da saúde. Em cada uma dessas microescalas, utilizam-se as multidimensões anteriormente tratadas, a cognitiva, a interativa e a conectiva, e em todas se distinguem ciclos recursivos cuidar-descuidar e benefício-risco. Essa representação pode ser apreciada no diagrama apresentado a seguir (p. 224).

Entre esses microespaços, há interações e intersecções intensas e dinâmicas, produzindo-se novos intercuidados e interterapêuticas. Os elementos cuidativos que “viajam bem” (no sentido atribuído por HARDING, 2001) referem-se no geral às duas orientações do cuidado, ou seja, as que vão garantir e assegurar a manutenção e a continuidade da vida e as que vão fazer recuar a morte, relacionadas, respectivamente, ao cuidar da saúde e ao tratar a doença (do corpo, da mente e do espírito).

Diagrama do cuidar cotidiano da saúde



Entre os diferentes microespaços também atravessam duplos elementos terapêutico-medicamentosos, como os medicamentos “da farmácia” e os “da mata”, e duplos elementos terapêuticos não-medicamentosos, como os tratamentos religiosos e os não-religiosos. Essas “pluralidades operativas” (no sentido atribuído por SANTOS, 2000, p. 208), sobrepõem-se, articulam-se e interpenetram-se. Os agentes que cuidam são os profissionais e os não-profissionais ou populares (familiares e não-familiares, religiosos (católicos e não-católicos) e não-religiosos). Estabelecem-se, assim, travessias em busca do cuidado cotidiano da saúde, que levam os (as) moradores (as), numa instância mais local, à própria ilha, mas também às outras ilhas do arquipélago, chegando à cidade de Belém. Nesses diferentes níveis geográficos, estão em busca de também diferentes níveis de serviços em instituições públicas e privadas.

O cuidar e a projeção

A virtualidade da aplicação do mecanismo da projeção consiste na possibilidade de analisar as formas do objeto em estudo segundo o tipo de projeção da realidade social que adotam. O primeiro efeito da projeção refere-se à determinação do que está no

centro e do que está na periferia segundo a distribuição nos espaços. No caso do direito, constata-se onde há mais e menos concentração dos aspectos jurídicos e legais no que tange às diferentes escalas (o direito local, o direito nacional e o global).

Cada ordem jurídica assenta num facto fundador, um super-facto ou uma super metáfora que determina o tipo de projeção adoptado. (...) Segundo o tipo de projeção adoptado, cada ordem jurídica tem um centro e uma periferia. Isto significa, em primeiro lugar, que à semelhança do que se passa com o capital financeiro, o capital jurídico de uma dada forma de direito não se distribui igualmente pelo espaço jurídico desta. Tende a concentrar-se nas regiões centrais (SANTOS, 2000, p.213).

O cuidado clínico, um cuidado de pequena escala, assenta no “fato fundador” que a saúde é obtida com base no modelo clínico biomédico, que separa o cuidador daquele que é cuidado: o tratar da doença é o “super-facto”. O cuidado tradicional, um cuidado de média escala, assenta no “fato fundador” que a saúde é obtida com base em modelos culturais, religiosos e outros, que une o cuidador àquele que é cuidado: o cuidar do eu e do outro (família e comunidade) é o “super-facto”.

O cuidado cotidiano, um cuidado de grande escala, assenta no “fato fundador” que a saúde é obtida com base em redes de conhecimentos, encontros e conexões com a natureza, que integram o cuidador àquele que é cuidado e este ao meio ambiente envolvente: o cuidar do eu, do outro (família e comunidade), da casa e do lugar é o “*super-facto*”. O cuidado cotidiano opera sua distribuição segundo determinados objetos de interesse prioritários, que passam a ser o centro, e segundo outros objetos de interesse secundário, que passam a ser a periferia, como no caso do direito analisado por Santos (2000). Como nosso estudo em profundidade operou-se no espaço do cuidado cotidiano, começamos essa reflexão por ele. Sua distribuição pode ser pensada com base nos microespaços cuidativos.

No microespaço cuidativo “cuidar do eu”, os(as) moradores(as) colocam no centro aspectos mais visíveis e exteriores, pois vão cuidando da saúde cuidando de seus corpos, utensílios e habitação, mas não se referem aos aspectos menos visíveis e exteriores e, assim, vão descuidando dos aspectos invisíveis e interiores. Na acepção de Leloup (1997, p.19), cuidar do ser é cuidar do corpo, das imagens que habitam em sua alma, dos deuses e dos logos (palavras) que os deuses dizem à sua alma. Priorizam a doença em detrimento da saúde, ou seja, como não tem doença não cuidam da saúde:

Eu sou mais descuidada comigo mesma, é muito difícil ir no médico, só me arreio na gripe, só quando o negócio tá pegando, lembro que só fui no médico uma vez; agora estou me tratando porque adoeci, venho tomando remédios, comecei, mas não terminei ainda; quando adoço procuro o médico e faço o que ele manda; eu me trato assim: o médico passa um remédio, eu me trato direitinho, mas eu prefiro os remédios do mato; eu me cuido, vou no médico, me asseio, mas tomo remédio do mato.

Saber cuidar também é começar pela saúde, reforçar a dimensão da saúde para que se cure a dimensão da doença (BOFF, 1999, p.55). Mas, os (as) moradores (as) priorizam o sentir alguma coisa e estar com problemas ou não estar bem para procurar atendimento e começar a cuidar para tratar a doença. Há momentos em que colocam os outros no centro e deixam à margem o próprio cuidar do eu:

Eu não ligo muito pra isso, quase eu não vou pro médico, não tenho me preocupado, esqueço de mim. Esse esquecer de cuidar do eu é complementado com o cuidar dos outros: Eu esqueço, eu cuido mais dos meus filhos, eu cuido mais da saúde dos meus filhos, que esqueço da minha, porque é difícil eu adoecer.

No microespaço cuidativo “cuidar do outro” (membros da família e da comunidade), também priorizam a doença em detrimento da saúde, pois levar ao posto ou ao médico, para prevenção, é uma atividade que pouco se manifestou entre as moradoras. Só quando um acontecimento, um sinal de doença aparece é que se leva:

Quando alguém adoecer faço chá, remédio caseiro, se não dá resultado, levo pro Pronto Socorro Municipal; quando eles estão com diarreia eu dou soro, dou outros remédios que os médicos passam para eles, quando estão com febre, levo no médico, no Posto de Saúde, compro remédio na farmácia.

Os sinais e os sintomas sinalizam a hora de cuidar e assim, do cuidar preventivo, pouco presente, caminham predominantemente para um cuidado curativo, centrado na doença e não na saúde. A crença em Deus e a fé são uma outra prioridade, marcada em muitos dos relatos sobre o cuidar do outro:

Deixo na mão de Deus e faço remédio caseiro, quando não dá jeito, levo pra Belém; só faço orar, quando eles estão ruins é ir para Belém procurar os médicos; faço um remédio caseiro, não gosto de remédio de far-

mácia sem médico, pega um mato, se for mulher, eu puxo ela, passo uma gordura e ajudo, faço um chá, mas o que cura é a fé.

No cuidar do outro estão incluídos membros da família (do espaço doméstico) e demais membros da ilha (do espaço da comunidade). Cuidar é ter atenção com os filhos e/ou marido, com os outros, a mulher, vizinhos, um amigo, o que me faz pensar em acolhida, aliança, cooperação e amorização (BOFF, 1999, p 25). Este saber cuidar estende-se do espaço doméstico ao da comunidade. E como cada um desses seres, ancorado em cada uma das práticas básicas, é produto-produtor de sentido, o sentido da nossa presença no mundo e, portanto, da nossa ação em sociedade é, de fato, uma configuração de sentidos (SANTOS, 2000, p 154) e também, complemento, uma configuração de relações interpessoais.

No cuidar do outro está no centro a mulher: *sou eu mesma, praticamente é eu.* Mas o marido também ajuda nesse cuidar, bem como outros familiares: *Eu e meu marido, sou eu, às vezes, minhas filhas ajudam; é meu esposo e a mãe que ajudam, mas eu cuido mais, eu e minha afilhada.* Os não familiares também participam desse cuidar: *Sou eu, mas peço ajuda à Nena, à vizinha.* Às vezes, uma outra pessoa é a que mais cuida: *É o pai, ele leva para casa da vovó, ou então leva pro médico.* Todos se envolvem com o cuidar e procuram atendimento, seja local ou não, profissional ou não e, para muitos, há ainda uma outra procura e/ou ajuda: *Sou eu, e eles e Deus lá no céu, da família Deus é que cuida.* Quando os homens são ouvidos afirmam:

Primeiro eu faço tudo para eles não adoecerem, eu procuro sempre ter alimentação, sempre em dia, correto, eu acho que isso é a base para não adoecer né; é difícil a gente adoecer, eu faço o máximo, eu procuro um posto médico ou uma orientação de pessoas mais velhas que já passaram por aquele processo, por aquele problema.

Nesse sentido, o saber cuidar manifesta-se quando os indivíduos se organizam entre si e começam com práticas que visam transformar estruturalmente as relações sociais iníquas, promovendo o cuidado político com os próprios semelhantes. Saber cuidar é um momento de atenção, de zelo e de desvelo, uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso, entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele, o outro. (BOFF, 1999, p. 54).

No microespaço cuidativo “cuidar da casa”, do domicílio ribeirinho, de madeira ou alvenaria, priorizam-se cuidados com os aspectos visíveis e interiores: *limpo, varro, ajeito tudo, cozinha, lava as louças, lavo com água mesmo; cuido varrendo, passando pano, limpo os móveis, lavo a roupa.* Há determinados compartimentos que são considerados prioritários:

É mais o banheiro, está sempre limpo, lavo e uso pinho sol; começo pela cozinha, lavo a louça, arrumo a casa, lavo a casa sempre, ponho creolina, um pingo de amoníaco para afastar os insetos e álcool; começo pelo banheiro, varro e lavo; uso sabão, sempre jogo detergente, passo óleo, arrumo.

Como muitas casas são de madeira e estão sobre palafitas, bem na margem do rio ou igarapé, não se prioriza cuidar da parte de baixo da casa. Normalmente, embaixo das casas ficam resíduos e lixo que a maré traz e nem sempre leva. Nesse sentido:

O lar do homem não é uma fortaleza, é frágil, o ponto focal da intimidade. Oferece perigos à saúde (resíduos biológicos e domésticos) e é apenas através da ação em proveito da saúde, que o lar de cada homem pode se constituir em um verdadeiro abrigo contra perigos do meio ambiente. (COIMBRA, 1985, p.42).

No microespaço cuidativo “cuidar do lugar”, homens e mulheres dividem-se. Cabe à mulher o

lado de dentro (da casa) e ao homem, o de fora (o lugar): *É meu pai, ele limpa tirando o mato, limpando, meu marido, limpa, queima o lixo, varre tudinho; sou eu e meu marido, ele capina, varre, tira as folhas lá de fora; é nós dois, às vezes, ele roça, eu também, varre, capina, queima o lixo.* No verão, quando chove menos, esses cuidados são mais presentes. Mas, no inverno, estação das chuvas, tudo muda: *É meu marido cuida, limpa o terreno, capina, só que agora está chovendo e aí fica difícil limpar.* As estações criam um ciclo de limpeza e não - limpeza e assim, os cuidados com o lugar alternam-se de acordo com as chuvas e estações.

O segundo efeito da projeção refere-se ao que se privilegia. Santos (2000, p.214) refere quanto a isso uma projeção egocêntrica, que privilegia o subjetivo e o particular das ações, que são de natureza consensual, e uma projeção geocêntrica, que privilegia o objetivo e o geral das ações, que são de natureza conflitual. Refere-se o autor ao direito egocêntrico e ao direito geocêntrico.

Aplicando ao cuidado, no cuidado egocêntrico (cuidado cotidiano), a ênfase é nos indivíduos “particulares”, os familiares, em seus “mundos da vida cotidiana”, em que constroem intercuidatividades segundo o meio cultural, religioso, ecológico etc. Há múltiplos agentes do cuidado que levam consigo as sabedorias cuidativas. Não há uma distinção forte entre o estado de saúde e os fatos da vida cotidiana nem a fixação de normas para o cuidar. No cuidado geocêntrico (cuidado clínico), a ênfase é nos grupos, “gerais”, os coletivos, na doença e na institucionalização e padronização do ato de cuidar. Há múltiplos profissionais especializados que cuidam segundo os saberes científicos. Há a distinção forte entre o estado de saúde e os fatos da vida cotidiana e a fixação de normas para o cuidar na forma de protocolos a serem aplicados a todos indistintamente, independentemente das suas características pessoais.

O cuidar e a simbolização

Segundo Santos (2000, p. 217): “a simbolização é a face visível da representação da realidade. É o procedimento técnico mais complexo, pois que a sua execução é condicionada, tanto pelo tipo de escala, como pelo tipo de projecção adoptados. O autor apóia-se em dois tiposideais de simbolização jurídica da realidade: o estilo homérico e o estilo bíblico. *Estas designações metafóricas referem-se, como disse, a tipos ideais, isto é, a construções teóricas extremas de que as ordens jurídicas vigentes na realidade social se aproximam em maior ou menor grau* (p. 217).

Apóio-me na história mitológica da medicina para pensar em estilos de cuidado. Estilos que podem representar tipos ideais de simbolização cuidativa da realidade, designações metafóricas que se referem às construções teóricas extremas de que os cuidados vigentes no contexto social se aproximam. O personagem que abre a história é Asclépio, o Esculápio dos Latinos, que é simultaneamente o herói e o deus da medicina. Filho de Apolo, pai de muitos filhos e filhas, entre elas Iaso, Panacéia e Hígia³. Passo a falar de três estilos de cuidados: um estilo Iaso de cuidado, um estilo Panacéia de cuidado e um estilo Hígia de cuidado.

Iaso, a deusa da cura, representa o máximo da libertação da doença. O estilo Iaso de cuidado é aquele da medicina oficial-cuidado clínico, em que tratar a doença para evitar a morte é o ato mais importante. Panacéia é uma deusa que simboliza a cura universal graças às plantas que utiliza. O estilo Panacéia de cuidado é aquele da medicina popular-cuidado tradicional, em que cuidar do eu e do outro (família e comunidade) é com base principalmente em produtos naturais herbários (plantas medicinais-fitoterapia). Hígia é a personificação da saúde, da limpeza e da higiene. O estilo Hígia de cuidado é aquele da medicina familiar-

cuidado cotidiano, em que está no centro das atenções a saúde do eu, do outro, da casa e do lugar.

Tais estilos podem sobrepor-se uns aos outros, ao longo da história, mas sempre existe um mais predominante em cada período. Como refere Santos (2000, p.218), há uma constante tensão dialética entre ambos. No nosso caso, na medicina moderna, o estilo Iaso de cuidado é predominante, mas em constante tensão com o estilo Panacéia de cuidado, que procura desvalorizar e desqualificar. O estilo Hígea de cuidado, restrito ao mundo da vida privada, fica sob o controle e a normalização do estilo Iaso, que se preocupa em preparar os manuais de higiene moderna para tornar tal estilo mais regulado. Na verdade, como estamos diante de um pluralismo cuidativo, ocorre uma “circulação permanente através dos espaços e microespaços cuidativos dos estilos diferentes de simbolização” (SANTOS, 2000, p.218).

Considerações finais

Revisitar o cuidar cotidiano de saúde à luz do pensamento de Boaventura de Sousa Santos me fez acreditar mais na complexidade e também na possibilidade de transformação do senso comum em um senso comum esclarecido, e do conhecimento científico em uma ciência prudente. A nova reflexão trouxe maior luz à questão central que me inquietava sobre como efetivar travessias inclusivas de saberes entre o senso comum e o conhecimento científico. Passo a pensar que essas travessias têm um novo espaço privilegiado a ser utilizado como via de navegação à emancipação: o espaço do cuidar cotidiano, que opera e é operado por uma medicina familiar.

Entendo, com base nos caminhos percorridos, que neste espaço estão dadas as condições para um senso comum participativo...

O novo senso comum político impõe que todas as outras formas de poder sejam também consi-

deradas políticas (...). A idéia de que a política apenas diz respeito ao espaço da cidadania é um dos principais tópicos do discurso político moderno. (SANTOS, 2000, p.114).

Passo a propor que esse novo espaço cuidativo é um híbrido entre o espaço cuidativo clínico da medicina oficial e o espaço cuidativo tradicional da medicina popular. Entre os limites do cuidar clínico e do cuidar tradicional, os (as) moradores (as), em relação a esses mesmos limites, vão os “transformando em retalhos avulsos de uma manta em que eles próprios já se não reconhecem” (Santos, 2000, p. 356), fazendo com que este cuidar envolva-os no dia-a-dia. Sinto, assim, que neste espaço estão dadas as condições para um senso comum reencantado:

O prazer é a marca estética do novo senso comum (...). O conhecimento-emancipação privilegia o próximo como forma de conceber e compreender o real (...). Só a ligação à proximidade (...) pode conduzir ao reencantamento do mundo” (SANTOS, 2000, p.115).

Passo a compor um novo desenho do que temos denominado intermedicina, que precisa ser analisada, daqui por diante, com base na dinâmica de três e não duas escalas: a medicina oficial, a medicina popular e a medicina familiar.

Passo, finalmente, a pôr em destaque quatro microespaços cuidativos do cotidiano: cuidar do eu, cuidar do outro (família e comunidade), cuidar da casa e cuidar do lugar. Quero chamar a atenção para o que ainda não existe como dimensão explícita nas políticas e programas sobre a saúde da família, mas que, no entanto, existe no mundo da vida cotidiana das famílias.

Tem-se priorizado as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua; o atendimento prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enferma-

gem e agentes comunitários de saúde); os vínculos de co-responsabilidade; a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Todas essas dimensões são importantes, mas podem ser melhor vivenciadas entre profissionais e famílias se considerarmos a dinâmica interna das múltiplas cuidatividades. Tanto o programa nacional Saúde da Família como o municipal Família Saudável, de Belém, podem dar vida a essa utopia. Antes de os programas existirem, eles próprios eram nossas utopias. Não é porque já existem que não podem ser ampliados. Quero crer que essa é uma novíssima idéia para a saúde da família, pela qual vale a pena lutar, uma utopia entendida por Santos (2000, p. 332) como:

A exploração, através da imaginação, de novas possibilidades humanas e novas formas de vontade, e a oposição da imaginação à necessidade do que existe, só porque existe, em nome de algo radicalmente melhor por que vale a pena lutar e a que a humanidade tem direito.

Penso que para esse desafio – sem - fim... , é preciso travessias - sem - fim:

É por via da tradução e do que eu designo por hermenêutica diatópica que uma necessidade, uma aspiração, uma prática numa dada cultura pode ser tornada compreensível e inteligível para outra cultura (...) que sirva de suporte epistemológico às práticas emancipatórias, todas elas finitas e incompletas e, por isso, apenas sustentáveis quando ligadas em rede. (SANTOS, 2000, p. 31).

Revisiting the daily care in light of Boaventura de Sousa Santos' thinking, in order to bring to light a caring environment

Abstract

Based on the symbolic cartography the study detaches the multiple extensions of daily of health care: caring for myself; caring for the others (family and community), to take care of the house; and to take care of the place according to the mechanisms of the scale, projection and symbolization. The goal is to expand the discussion about the caring spaces in the health setting and to bring to light the caring space identified as daily of health care, a hybrid of clinical care and traditional care.

Keywords: Home Health Care

Revisitando el cuidar cotidiano de salud a la luz del pensamiento de Boaventura de Sousa Santos para hacer visible um espaço cuidativo

Resumen

Con la base en la cartografía simbólica el estudio destaca las multiextensiones del cuidar cotidiano de salud: cuidar del yo, cuida del otro (de la familia y de la comunidad), cuidar de la casa y cuidar del lugar

según los mecanismos de la escala, proyección y simbolización. Se busca agrandar la discusión sobre los espacios cuidados en el ámbito de la salud y hacer visible el espacio cuidadoso denominado cuidar cotidiano de salud, un híbrido del cuidar clínico y del cuidar tradicional.

Palavra chave: Cuidado domiciliar de salud.

Referências

- BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BUBER, Martin. Eu e Tu. 2ed. São Paulo: Moraes, 1989.
- COIMBRA, J. De A. A. O outro lado do meio ambiente. São Paulo, 1985.
- GRIMAL, Gregório. Dicionário de mitologia grega. Lisboa-Portugal: Princípio, 1992. 328 p.
- HARDING, Sandra. Should philosophies of science encode democratic ideals? New York: State University of New York Press, 2001.
- LELOUP, Jean Yves. Cuidar do ser: Filon e os terapeutas de Alexandria. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MORIN, Edgar. O método I: a natureza da natureza. 2ed. Lisboa-Portugal: Publicações Europa-América, 1987^a.
- _____. O método II: a vida da vida. 2ed. Lisboa-Portugal: Publicações Europa-América, 1989.
- _____. O método III: o conhecimento do conhecimento. Lisboa-Portugal: Publicações Europa-América, 1987b.
- _____. O método IV: as idéias, a sua natureza, vida, habitat e organização. Lisboa-Portugal: Publicações Europa-América, 1992.
- _____. Para sair do século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. A crítica da razão indolente. São Paulo: Cortez, 2000.
- TEIXEIRA, Elizabeth. Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2/3, p. 269-278, ago. 2000.

Notas

- 1 Parte do trabalho de pós-doutoramento apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Prof. Dr. Boaventura de Sousa Santos.
- 2 As bases teóricas e a metodologia da investigação citada podem ser encontradas em Teixeira(2000).
- 3 Filho de Apolo, Asclépio foi confiado pelo pai ao Centauro Quíron, que lhe ensinou a medicina. Asclépio adquiriu rapidamente a grande destreza nesta arte. Descobriu, inclusive, o meio de resuscitar os mortos. Após sua morte, foi transformado em constelação e tornou-se o Serpenteário. O culto de Asclépio fixou-se, principalmente, em Epidauro, no Peloponeso, onde se desenvolveu uma verdadeira escola de medicina, cujas práticas eram sobretudo mágicas, mas que preparou o advento de uma medicina mais científica. Esta arte era praticada pelos Asclepiades, seus seguidores. O mais célebre é Hipócrates, pai da medicina grega (Grimal,1992,p-49-50).

Sobre o autor

Elisabeth Teixeira

Professora Adjunta IV da UEPA e Professora Titular da UNAMA, Belém - Pará. Pesquisadora CNPq/PNOPG. Coordenadora local do MINTER em Enfermagem UFRJ/UEPA. Doutora em Desenvolvimento Sócio ambiental.