



PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE RURAL NO CUIDADO DE JOVEM ADOECIDO CRÔNICO E SUA FAMÍLIA

RURAL COMMUNITY PARTICIPATION IN CAREGIVING FOR A YOUNG PERSON WITH CHRONIC ILLNESS AND HIS FAMILY

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD RURAL EN EL CUIDADO AL JOVEN CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y SU FAMILIA

Karla Beatriz Barros de Almeida¹, Laura Filomena Santos de Araújo², Roseney Bellato³

ABSTRACT

Objective: understanding the participation of the rural community in the experience of chronic illness of the young person and his family. **Method:** study of situation applying the life history, conducted by observation and in-depth interview. The analysis showed the units of meaning which were grouped in the analysis axis of this study. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol 671/CEP-HUJM/09. **Results:** the community mobilization potentialized the health care, because: a) its actions were guided by the perception/awareness of the needs of the young person and his family; b) did not limit that actions to the health needs; c) produced responses which sometimes exceeded the family expectations; and d) provided various subsidies that enabled the access to health care institutions and the judiciary. **Conclusion:** in the rural context persists the difficulty to access the quality health care. The rural community acted as a sustainer mediator in the chronic illness experience of the young person and his family. **Descriptors:** Social Support; Chronic Disease; Family Relations; Rural Population.

RESUMO

Objetivo: compreender a participação da comunidade rural na experiência do adoecimento crônico de jovem e família. **Método:** estudo de situação empregando a história de vida, conduzido por observação e entrevista em profundidade a jovem e família. A análise evidenciou as unidades de significado agrupadas no eixo de análise deste estudo. O projeto de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 671/CEP-HUJM/09. **Resultados:** a mobilização da comunidade potencializou o cuidado em saúde, pois: a) suas ações foram pautadas na percepção/sensibilização quanto às necessidades do jovem e de sua família; b) não limitou sua atuação às necessidades de saúde; c) produziu respostas que, por vezes, superavam as expectativas da família; e d) forneceu subsídios diversificados que possibilitaram acesso às instituições de saúde e do judiciário. **Conclusão:** no contexto rural, onde persistem dificuldades de acesso e baixa qualidade na atenção em saúde, a comunidade rural atuou como mediadora sustentadora na experiência de adoecimento crônico de jovem e família. **Descritores:** Apoio Social; Doença Crônica; Relações Familiares; População Rural.

RESUMEN

Objetivo: comprender la participación de la comunidad rural en la experiencia de la enfermedad crónica del joven y su familia. **Método:** un estudio de situación utilizando la historia de vida, impulsada por la observación y la entrevista en profundidad con el joven y su familia. El análisis mostró el significado de unidades agrupadas en el eje de análisis de este estudio. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, Protocolo 671/CEP-HUJM/09. **Resultados:** la movilización comunitaria potenció la atención de la salud debido a que: a) sus acciones fueron guiadas por la percepción/conciencia de las necesidades del joven y su familia; b) no limitó sus actividades a las necesidades de salud; c) ha producido las respuestas que a veces superan las expectativas de la familia; d) proporcionan diversos subsidios que permitieron el acceso a las instituciones de salud y el poder judicial. **Conclusión:** en el contexto rural, donde sigue habiendo dificultades de acceso y la mala calidad en la atención de salud, la comunidad rural actuó como mediadora en el sostenimiento de la experiencia enfermedad crónica del joven y su familia. **Descriptor:** El Apoyo Social; Enfermedad Crónica; Las Relaciones Familiares; Población Rural.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Egressa, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso/FAEN/UFMT. Cuiabá (MT), Brasil. E-mail: karlinha_bba@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso/FAEN/UFMT. Cuiabá (MT), Brasil. E-mail: laurafil1@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso/FAEN/UFMT. Cuiabá (MT), Brasil. E-mail: roseneybellato@gmail.com

INTRODUÇÃO

A família é uma comunidade que representa “um lugar de acolhimento, segurança entre as pessoas que mantêm vínculos de afinidade, amor e respeito”.^{1:753} Nela, predomina a rede de relações e de interações que partilha diversos momentos, conflitantes ou não, sendo a vivência do processo saúde e doença um desses momentos.²

Relativamente ao cuidado à saúde, a família se constitui como primeiro nível de atenção, sendo o fundamento do cuidado comunitário. Já a comunidade se refere a um grupo de pessoas que têm laços em nível de parentesco ou de vizinhança, sendo que tal grupo possui relação, participação e solidariedade em seu cerne.³

Atinente à comunidade rural, suas concepções de saúde e doença refletem a combinação do seu contexto de vida, no qual as pessoas observam elementos cotidianos e alterações corporais, com seu contexto histórico e social, pois cotidianamente as pessoas experienciam desafios da natureza, penúria financeira, limites do corpo e, ainda assim, nutrem motivações, conscientes ou não, de se viver bem.⁴ Salienta-se que tal comunidade também está permeável ao saber biomédico, mesmo que o transforme ou adapte-o à sua realidade.⁵

A vivência do adoecimento crônico implica em afetamentos diversos no cotidiano da pessoa adoecida e de sua família, demandando mudanças em seus hábitos de vida e exigindo gerenciamento da saúde por um período prolongado e não delimitável. Nesta vivência, estudos sobre Itinerários Terapêuticos⁶⁻¹⁰ destacam que as pessoas e suas famílias empreendem trajetórias de busca por cuidado nos diferentes sistemas, não se restringindo aos serviços de saúde; tecem, ainda, redes para o cuidado em saúde que lhes conferem certo apoio e sustentação na experiência de adoecer.

Tais redes para o cuidado podem ser de apoio, conformada como ajuda externa e composta por pessoas que atuam em momentos pontuais na experiência de adoecimento, sendo marcada por relações mais formais e de menor densidade afetiva; e de sustentação, que é vinculada à pessoa adoecida de maneira mais constante, com marcante presença na biografia e na produção do cuidado familiar, tecida por relações mais próximas e íntimas, baseadas na afetividade.¹¹

Nessas redes, constrói-se o apoio social na concretude do cotidiano, ou seja, alcançam-se recursos diversos que os sujeitos necessitam

por meio das relações sociais.¹² Destarte, a análise de tais redes permite compreender os sentidos impressos em sua tecitura, quem delas participa e a qualidade das suas relações, dentre outros elementos importantes na compreensão das muitas “ajudas” que delas emanam, especialmente aquelas relacionadas ao cuidado no adoecimento.

Na atualidade, as redes de solidariedade, sejam elas de parentesco, amigos ou vizinhos, têm sido incluídas nas políticas sociais que defendem a necessária aproximação da assistência institucional com a não-institucional. Tal fato se deve à consideração das famílias e das redes sociais da comunidade como sujeitos ativos e não meras destinatárias da atenção à saúde, com potencial de contribuir com recursos próprios para o processo de produção da saúde.⁵

Este estudo abarcou as redes para o cuidado tecidas por jovem e família que vivenciaram situação crônica em decorrência de doença renal e câncer. Tal família era residente em zona rural do interior de Mato Grosso (MT) sendo evidenciada a participação da comunidade rural na provisão do cuidado.

A população rural em MT correspondia, no ano de 2012, a 16,2% da população geral do Estado, aproximando-se, portanto, da população rural do Brasil, equivalente a 15,2%. Em MT, ainda no ano 2012, a renda média da sua população rural era de R\$587,69 e o índice de analfabetismo funcional era de 36,29%.¹³ No tocante à saúde da população rural, referenda-se que atenção especial deva lhe ser voltada, pois, além da situação vulnerável apontada acima, esta vive à margem dos centros urbanos e, como consequência, dos serviços públicos de saúde, restando-lhe tecer estratégias para o alcance de atendimento de qualidade, com respeito à sua cultura e acolhimento de suas necessidades.¹⁴

Dentre tais estratégias, no que tange às ações das redes sociais, autores¹⁵ consideram que a existência de diversos vínculos, sejam eles familiares, de vizinhança e institucionais, tais como igreja e associação comunitária, são percebidos pela comunidade como basilares no auxílio em situações de adoecimento e dificuldade. As redes sociais podem se constituir nas responsáveis pelo apoio, visibilidade de problemas e também pelo acolhimento de certas necessidades sociais e em saúde que escapam da capacidade de atendimento por parte do Estado.¹⁵

Justifica-se este estudo pela necessidade de despertar a atenção dos profissionais, do poder público e dos gestores em saúde à

Almeida KBB de, Araújo LFS de, Bellato R.

Participação da comunidade rural no cuidado...

temática da participação da comunidade rural e da tecitura de redes sociais e suas potencialidades na experiência de adoecimento. Isso para que sejam implicadas mudanças paradigmáticas no planejamento da atenção em saúde, de modo que a provisão dos serviços profissionais de saúde e a assistência informal realizada pela comunidade se reforcem em um movimento recíproco.

Este estudo teve por **objetivo** compreender a participação da comunidade rural no cuidado de jovem adoecido crônico e sua família. Pressupomos que a compreensão das redes para o cuidado na situação crônica de adoecimento nos oferece elementos teóricos para desvendar como essa comunidade se mobilizou mediante suas peculiaridades, tendo em vista o atendimento às necessidades de saúde da pessoa adoecida e como ela potencializou o cuidado familiar. O estudo nos permite, também, repensar as práticas de cuidado em saúde e em enfermagem, desde a formação até o preparo permanente desses profissionais, oferecendo subsídios para a consideração da cidadania da pessoa e de sua família em seu contexto de vida em comunidade rural.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo elaborado a partir da dissertação << *Vivência do adoecimento crônico por agravos concomitantes e o cuidado na vida de jovem e família* >>, desenvolvida no âmbito da pesquisa matricial “A instituição jurídica como mediadora na efetivação do direito pátrio em saúde: análise de itinerários terapêuticos de usuários/famílias no SUS/MT (DITSUS)”. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da FAEN/UFMT. Cuiabá-MT, Brasil. 2012.

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa que foi desenvolvido na modalidade Estudo de Situação¹⁶, cujo universo é a vida da pessoa adoecida e sua família, o que permite ao pesquisador dar relevo às sinuosidades das relações de diversas ordens estabelecidas durante suas vidas.¹⁷ Ao compreendermos a situação e o contexto peculiares da vivência da pessoa adoecida e de sua família numa comunidade rural, foi-nos possível traçar algumas deduções mais abrangentes a partir da análise desta microrrealidade.¹⁸

No desenvolvimento do estudo, empregamos como abordagem metodológica a História de Vida, que permitiu “compreender o modo de as pessoas contarem vivências, num esforço de rememoração do experienciado”.^{19:56} Como instrumento de

pesquisa, utilizamos a Entrevista em Profundidade (EP) moldada como uma “conversa com intencionalidade, direcionada por meio do encadeamento paulatino dado à história pela pessoa que a narra bem como pelas escolhas do pesquisador por certos fios narrativos”^{19:56} e orientada a partir da questão norteadora “Conte-nos como tem sido a sua experiência de adoecimento e busca por cuidados de saúde”. Para o aprofundamento dos significados importantes da experiência do adoecimento, questionamentos subsequentes foram realizados, ancorados nas falas das pessoas.

A seleção do participante da pesquisa se pautou nos seguintes critérios: experienciar o adoecimento crônico por câncer instaurado na adolescência; ser usuário do SUS; ter acessado instância jurídica há mais de um ano e ser residente no Estado de Mato Grosso. O primeiro critério ocorreu como peculiaridade do presente estudo, sendo que os demais atenderam aos critérios da pesquisa matricial.

Localizado em uma instituição de tratamento oncológico do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso (SUS-MT) por meio de dados de prontuário, o sujeito do estudo foi um jovem adoecido crônico por câncer e doença renal, que chamamos de Marco Antônio, além de alguns membros de sua família, a saber, seu pai Olavo, sua mãe Rita, sua irmã biológica Kátia Adriana, sua irmã adotiva Helena e sua tia Lair. Outros membros da família se fizeram presentes em um dos encontros da EP, contribuindo em alguma medida, sendo um tio, uma tia e duas vizinhas. A família foi abordada em seu lar para apreender seu contexto de vida, no meio rural.

Orientamos os participantes sobre os objetivos da pesquisa, sua operacionalização e seus preceitos éticos e obtivemos o aceite de participação neste estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe ressaltar que o projeto matricial foi aprovado sob Nº 671/CEP-HUJM/09.

O anonimato dos participantes foi garantido pelo uso de nomes fictícios, bem como pela substituição dos nomes das cidades de origem devido à possibilidade de identificação das pessoas, por serem pequenos espaços sociais. Cuiabá e Rondonópolis não tiveram seus nomes alterados por serem cidades muito populosas, o que torna inviável a identificação do sujeito por outrem.

A EP foi conduzida por meio de onze encontros, no período de março a maio de 2011. Os dois primeiros encontros ocorreram na residência da tia Lair em Cuiabá. No primeiro, Marco estava presente e obtivemos

Almeida KBB de, Araújo LFS de, Bellato R.

Participação da comunidade rural no cuidado...

algumas contribuições de sua tia; e, no segundo, participou somente sua tia. Na Cidade A, onde residiam Marco e sua família, realizamos oito encontros, em momentos distintos, com: Marco e seus familiares; Marco somente; familiares somente; algumas pessoas da comunidade. Alguns desses encontros ocorreram simultaneamente, por meio da divisão de função dos membros da equipe de trabalho, sendo duas mestrandas e dois bolsistas de iniciação científica. Na Cidade B, onde o sujeito residia com os três irmãos no momento do trabalho de campo, ocorreu um encontro com sua irmã Kátia Adriana.

O material empírico deste estudo foi oriundo da EP e da Observação de Campo (OC) que enfatizou os elementos ouvidos, vistos e experienciados a cada encontro de entrevista, bem como, pelo registro de ideias, estratégias, reflexões e *insights* dos pesquisadores - duas mestrandas e dois alunos de iniciação científica. No texto, a referência às Notas de Observação de Campo se deu pela sigla NOC, seguida pela data da observação. Esse material, somado às anotações de todos os dias da busca pelo sujeito e às transcrições das entrevistas gravadas foi reunido no Diário de Campo totalizando 224 páginas, o qual consistiu no *corpus* de análise deste estudo.

Na transcrição da EP, buscamos conferir relevo à linguagem, de modo a proporcionar certa afinidade com a narrativa de cada sujeito do estudo em seus diferentes ritmos, timbres e entonações de fala, bem como nas diversas emoções que acompanham cada “contar de história”.¹⁹ Respeitamos a complexidade dos modos narrativos da fala característica da origem cultural dos participantes do estudo; assim sendo, procuramos reproduzir seus sotaques.

Buscando a compreensão dos dados, realizamos leitura aprofundada e exaustiva do *corpus* de análise ao longo e após todo o trabalho de campo, o que evidenciou o eixo de análise deste estudo - “Potencialidades da mediação de uma comunidade rural e a intervenção jurídica no cuidado à saúde” - que insurgiu de um processo complexo de agrupamento dos significados atribuídos pelos entrevistados à experiência de adoecimento e cuidado.

No tocante ao processo de organização e análise dos dados, o *corpus* nos permitiu, também, desenhar a “rede de sustentação na experiência de adoecimento de Marco” (Figura 1) que nos possibilitou revelar os participantes da rede, a qualidade de suas relações com Marco e sua família, a natureza das ajudas e sua permanência no tempo, tendo em vista a cronicidade do adoecimento do jovem. E,

ainda, desenhar a “trajetória de busca por medicamento via judicial na experiência de adoecimento de Marco Antônio” (Figura 2), cujas dimensões: a) espacial, demarcou as instituições acessadas por ele e por seu pai e os diversos retornos às mesmas, na tentativa de obter um único medicamento (específico para tratamento oncológico) via judicial; e b) temporal, expressou a ordem cronológica dos eventos para a obtenção do medicamento, tendo em vista contrastar com a temporalidade da experiência de adoecer por câncer e a premência do tratamento medicamentoso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abordaremos os momentos da vivência de Marco Antônio onde houve maior volume de mobilizações em busca do cuidado à saúde: a infância, devido ao agravo renal, e a adolescência, fase da vida marcada pela concomitância dos agravos renal e câncer. Àquela época, Marco Antônio e sua família viviam na zona rural a, aproximadamente, 30 km da Cidade A, localizada a 234 km de Cuiabá.

Marco morava num sítio com seus pais e quatro irmãos, convivia com alguns parentes, dentre tios, avós e primos que residiam no mesmo sítio. Apreendemos a dinâmica do local:

[...] subindo um pequeno morro, morava a prima de Marco, filha adotada por seu pai, juntamente com seus filhos; mais acima, morava a sogra dessa prima; e, por fim, a casa da avó de Marco Antônio. Ou seja, é um espaço de terra no qual vivem vários membros da família [...] Fomos recebidos por seu tio paterno [...] Percorremos uma pequena trilha até chegar ao sítio de Marco. Avistamos, de longe, muitas pessoas nos esperando [...] todos nos cumprimentaram, havia muitas pessoas, primos, tios e amigos [...] O quintal era enorme com algumas árvores, um depósito de ração, um tanque com várias louças, um banco de madeira comprido, uma mesa, várias cadeiras de plástico. Avistamos um pé de cacau, vários cachorros, galinha, galo, galinha d'angola, vacas e bois e, de longe, avistamos seu touro adestrado de estimação, “Foguinho”. A [...] casa do Marco era de barro, telhado de “tabuinha”, coberto de lona [...] cozinha com geladeira, fogão a lenha e uma prateleira; dois quartos, um onde dormiam os pais e outro onde dormiam Marco Antônio e irmãos. O banheiro, fora da casa, possui apenas uma mangueira para o banho. Do lado da casinha, uma máquina lava-roupas e um banco de madeira. (NOC, 21/05/2011)

Nos arredores do sítio de Marco existiam outros sítios, uma mercearia e uma igreja

católica. A 6 km do sítio dos familiares de Marco situava-se o Povoado Bom Jesus, um vilarejo também pertencente à cidade A. Ao nos deslocarmos para o povoado, notamos que:

O trajeto, cuja estrada era tão ruim quanto a que viemos até a casa de Marco, era muito bonito devido a diversas paisagens. Naquele momento, passaram alguns carros por nós e fiquei aliviada, pois daria para trafegar por ali. Chegando ao vilarejo, vi, de longe, um trecho que pensei ser asfalto e estranhei. Quando nos aproximamos, percebi tratar-se de paralelepípedos que cobriam apenas um trecho menor que cem metros da rua principal da vila. Paramos frente a uma casa, logo na entrada da vila, onde havia algumas pessoas sentadas em cadeiras dispostas na rua. (NOC 21/05/2011)

Nesse pacato vilarejo, havia alguns estabelecimentos que visitamos, como a escola onde Marco e seus irmãos estudaram, uma unidade rural de Estratégia de Saúde da Família (URESF) e uma mercearia. Conversamos com o coordenador pedagógico do colégio que nos relatou que a vila tem cerca de 720 pessoas e nos acompanhou para conhecer o povoado. Esse local fez parte da infância e adolescência de Marco devido à proximidade do sítio onde morava, tendo lá muitos amigos e conhecidos de sua família.

Outros membros da família de Marco residiam na Cidade B, a 241 km de Cuiabá, onde havia tios, tias e primos. Em Cuiabá, também residiam tios e primos do jovem, dentre os quais destacamos a família de sua tia Lair devido à importância que teve na experiência do adoecimento de Marco, apoiando-o em muitos momentos.

No trabalho de campo da pesquisa, pudemos experienciar, em certa medida, algumas dificuldades vivenciadas por Marco e sua família ao longo do adoecimento, decorrentes das condições da região, dentre elas: longa distância, precariedade de infraestrutura das estradas e inexistência de transporte público que ligue a comunidade à Cidade A; URESF que atende apenas uma vez por semana a comunidade; inexistência de transporte público para pessoas adoecidas, como ambulâncias ou utilitários, para condução às unidades de saúde da cidade A. Soma-se a escassez de recursos de diferentes ordens da população local.

Não obstante as diversas dificuldades vividas por essa população, os cuidados em saúde requeridos por Marco e sua família foram mobilizados por meio de intensa tecitura de redes para o cuidado à saúde, com acento para sua “comunidade”. Neste estudo, consideramos como sua comunidade o Povoado Bom Jesus, os parentes residentes no sítio e os vizinhos sitiantes.

Estudo evidenciou que as redes para o cuidado possibilitam maior sustentabilidade e apoio na experiência de adoecimento, visando a continuidade do cuidado.²⁰ Neste artigo, as redes para o cuidado tecidas na experiência de adoecimento de Marco, representadas no desenho abaixo (Figura 1), evidenciaram como a comunidade rural se conformou como rede de sustentação.

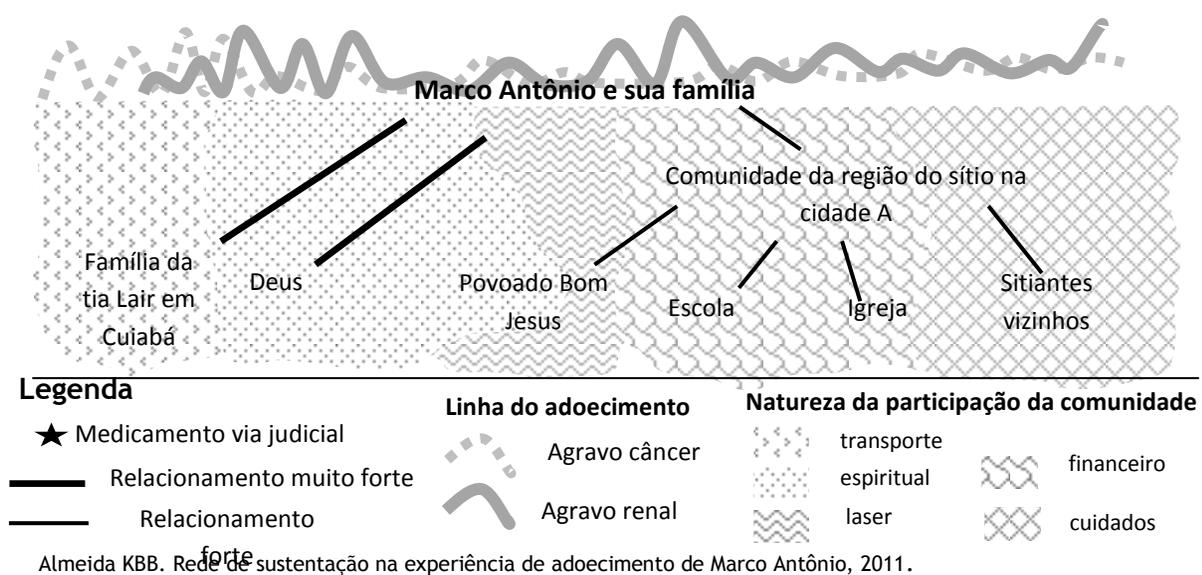


Figura 1. Rede de sustentação na experiência de adoecimento de Marco Antônio.

A experiência de adoecimento de Marco, situada em um contexto peculiar, o da vida rural, exigiu diversos rearranjos familiares sustentados por vários atores (Figura 1). Nas narrativas, pudemos apreender o significado

atribuído pelos familiares conviventes com Marco à atuação da comunidade em sua experiência de adoecimento:

Então, é muita amizade que as pessoa têm na gente [...] todo mundo que ajudou a

Almeida KBB de, Araújo LFS de, Bellato R.

Participação da comunidade rural no cuidado...

gente né deu maior apoio... então, a gente sabe que tem uma amizade muito grande e o povo... acho que é o melhor que o povo quer né... Porque se a saúde fosse, mais ou menos igual as pessoa é com a gente no local que a gente mora, a saúde era boa demais da conta! (Olavo)

E graças a Deus deu tudo certo, todo mundo ajudando, apoiando, todo mundo chegava pra ele, igual cê viu lá o pessoal do sítio o jeito que eles são... (Kátia Adriana)

Percebemos que os familiares de Marco se reconheceram e foram reconhecidos como parte importante da comunidade, o que nos remeteu ao vínculo que emana da sensação de pertencimento e que, estabelecido no âmbito das redes, configura-se em interações entre pessoas, famílias, comunidades ou organizações.²¹ Tal vínculo também se manifesta nas ajudas recebidas nas atividades do cotidiano rural. Essa forma de viver, em comunidade, parece ser um valor culturalmente construído que se reflete e se estende no cuidado dispensado ao próximo, visando atender suas demandas.²²

O sentimento de amizade e colaboração, percebidos pelos familiares de Marco Antônio, impeliu-nos a referir a comunidade como lugar de segurança, cujos laços são oriundos do parentesco, da proximidade local e, especialmente, da solidariedade de vizinhanças, conformando a base dos relacionamentos consistentes.²³ Neste lugar de segurança, coisas são compartilhadas e construídas na interação social, tais como a atribuição de sentido a objetos, a palavras e a outros códigos, saberes e competências, todas consideradas essência da vida sociocultural, numa realidade em que as pessoas compartilham e trocam experiências através das interações pessoa/ contexto/ símbolos/ objetos em um período de tempo.²⁴

Estudo, que visou discutir vínculos e redes sociais, apontou que o compartilhamento “atua como reforçador de vínculos, ao mesmo tempo em que os constitui, tanto espacial quanto temporalmente [...] O termo comunidade, portanto, está referido a uma esfera comum de convivialidade”.^{24:593} Nesta, as relações sociais possuem um movimento e a configuração das redes pode ocorrer de maneiras diversas, sofrendo modificações ao longo do tempo e espaço, o que lhes confere conformações próprias e dinamicidade.²⁵

Existe forte relação entre a saúde da pessoa e as condições de vida de sua comunidade, sendo esta última “saudável” quando propicia “apoio, cuidado e um sentimento de pertencimento de seus membros”. A comunidade rural se conformou como rede de sustentação à experiência de

adoecimento de Marco, pois ofereceu “uma condição de vida que minimiza riscos e acidentes, um acesso a serviços sociais e de saúde e uma rede de apoio que são indispensáveis para a manutenção dessa saúde”.^{26:72}

Pelos relatos de Marco e seus familiares, percebemos o forte vínculo com a comunidade onde viviam e os intensos movimentos desta para oferecer ajudas diversas à família. Os modos de sustentação da comunidade à família de Marco possibilitaram os arranjos e rearranjos para o seu cuidado:

[O telefone] é na vizinha lá encima [...] aí, ligava nela lá e ela vinha pra dar o recado... [Marco] tava ruim lá [em Cuiabá] passando mal né, ligava pra ela lá ela vinha dar o recado. Eu quase caía de ver o menino [filho da vizinha] vim dar o recado... não é recado bom... aí a gente ficava assim, né, naquela... (Rita)

E na época dele não tinha uma motinha aqui em casa [...] a doutora ligava né, aí pegava uma moto emprestada pra eles dois [Marco e Olavo] irem [para a cidade A] [...] e outra hora os vizinho levava, né, e deixava eles pra dormir na Cidade A pra ir pegar o carro da saúde pra ir das três hora no outro dia pra Cuiabá... era assim mais difícil... (Rita)
Ajudava com alimento também, muita coisa que mandava pra gente. (Olavo)

E quando foi com ele pra lá [tratar do câncer em Cuiabá] eles aqui [na comunidade] reuniu e rezou o terço né. A novena, teve novena, ficou nove dias na igreja, todo dia, pra ele ser curado... [...] pedindo a Deus né... (Rita)

Os pais de Marco não tinham meios de transporte, tal como uma motocicleta, para fazer o percurso da casa de Marco à Cidade A - 30 km de estrada de chão com inúmeras deformações e ondulações, escorregadia à chuva. Na cidade A, Marco e Olavo dormiam na casa de amigos para, então, na madrugada seguinte, deslocarem-se em busca de cuidados profissionais em Rondonópolis, a 210 km de Cuiabá, ou em Cuiabá, em condução oferecida pela secretaria municipal de saúde daquela cidade.

A mobilização das pessoas da comunidade potencializou o cuidado dos familiares de Marco na medida em que lhes ofereceu notícias sobre o garoto em suas internações, ajudas com alimentos, apoio espiritual, bem como lhes possibilitou os movimentos de busca para o cuidado (Figura 1) na Cidade A, Cuiabá e Rondonópolis. Estudo²², que descreveu as práticas de cuidado no contexto de famílias rurais à pessoa com câncer, constatou que tais práticas realizadas pelas famílias eram intensamente fortalecidas pela

Almeida KBB de, Araújo LFS de, Bellato R.

rede social, constituída por parentes, amigos e vizinhos.

O contexto rural, em nosso estudo, mostrou-nos a importância da tecitura da rede de sustentação pela pessoa adoecida e sua família, pois as populações rurais, quando comparadas às urbanas, “estão em desvantagem na assistência à saúde e em déficit com a prática da integralidade, uma vez que há dificuldade de acesso e baixa qualidade dos cuidados recebidos”.^{14:203}

Em determinados momentos, Olavo e Marco se depararam com limitações na disponibilidade do transporte oferecido pela secretaria de saúde da Cidade A, feito, à época, por ambulância e, posteriormente, por utilitário. Olavo, então, dispunha de seus escassos recursos financeiros, bem como de empréstimos em banco para prosseguir seu movimento de busca por cuidados. Porém, a cada novo momento na experiência de adoecimento de Marco, outras necessidades em saúde surgiam, como exames diagnósticos, consultas, compra de medicamentos, dentre outras. Mediante a situação de gastos progressivos da família, as pessoas da comunidade se mobilizavam para ajudá-la financeiramente, cada uma a seu modo, isoladamente ou em união:

Vizinho da gente né [...] eu tava em Cuiabá [...] eu ligava pros compadre porque eu precisava de um dinheiro, e eles corria atrás e passava pra mim. (Olavo)

Aí, na época [...] ele assinou o cheque, só assinou o cheque e falou: “olha, só vou te falar uma coisa, se ocê depender deste cê só liga pra mim, pode usar o cheque”... só assinou o cheque, não pôs nada, só assinou o nome dele. Então eu fiquei com o cheque dele durante trinta dia né. (Olavo)

No começo do meu tratamento, que os povo lá incentiva demais né, foi até a minha tia e eles tudo que falaram que... que ia dar uma ajuda né, só que aí meu pai falou: “ó, só que... se ocês quer fazer, ocês que quer fazer! Eu não tô pedindo nada!” falou que ia fazer um leilão... leilão beneficente. Aí, eles pegaram e fizeram, foi até na minha comunidade lá na... na igreja, que o povo lá também incentivou. (Marco)

Aí, também teve outro leilão que foi o... foi lá da comunidade, da vila próxima lá, na Bom Jesus. Foi até o diretor da escola que... falou pra mim até fazer um leilão pra mim também [...] Aí, teve dois leilão que fizeram pra mim. Só que foi tudo assim, eles que... reuniram lá e falou que ia fazer... (Marco)

[Os leilões ajudaram] *com as passagens, tinha muitos exame que eu tinha que fazer particular, né. Ressonância mesmo um bocado eu fiz particular... porque é sempre assim... [pelo SUS]: “ah, mas daqui quatro mês!” Aí, a doutora falou: “ó, tem aqui [no*

Participação da comunidade rural no cuidado...

hospital o exame], eu preciso mais agora, mais urgente”, aí eu pegava e fazia particular... (Marco)

Esses leilão foi uma bênção, minha fia, a gente dispunha daquilo... (Lair)

Percebermos que, embora diversos percursos tenham sido trilhados e muitos cuidados efetivados pela família, existiram recursos e informações não obtidos nesses movimentos e que exigiram a atuação de mediadores. Participantes das redes para o cuidado, tais mediadores conferem maior conectividade da pessoa e sua família às redes, ligando-as a novos pontos e/ou outras redes por meio de conexões positivas que lhes proporcionam melhores patamares para que o cuidado se realize. Assim sendo, eles atuam aumentando os potenciais de cuidado da família que, então, a exemplo do presente estudo, pode conseguir melhor atendimento de saúde.²⁰

A ação dos mediadores permite efetivar, em certa medida, o que a família tem como necessidade não atendida mediante as tensões geradas pela escassez de recursos.²⁰ Ao nos aproximarmos da noção de mediação, notamos que a comunidade rural, componente de sua rede de sustentação para o cuidado, mediou inúmeros cuidados e foi capaz de afetar, de modo bastante positivo, a trajetória de Marco; entretanto, em situações de carências da família das mais diversas naturezas, modificando-as.

Nos modos de oferecer a sustentação à família de Marco, não foi possível destacarmos alguém, nessa comunidade, que pudesse ser chamado isoladamente de mediador. Percebemos, durante as narrativas, uma sinergia de esforços potencializadores do cuidado familiar, os quais ocorriam conforme cada pessoa da comunidade era mobilizada, seja para atuar individualmente ou coletivamente, como no caso dos leilões. Estes foram realizados com prendas e animais doados pela população; os animais, como as galinhas, por exemplo, foram arrematados mesmo que muitos os criassem em seus terrenos.

A ação voluntária é complexa e repleta de lógicas possíveis, pois, além de se remeter à reciprocidade entre as pessoas, estende-se aos interesses diversos que percorrem as noções de participação, satisfação pessoal e/ou busca de resultados para determinados problemas sociais.²⁷ As ações dos participantes do estudo derivam do reconhecimento mútuo como membros da comunidade, na medida em que se valorizam e se aceitam bem como interação em seu meio. Tal reconhecimento é uma das bases para a sedimentação da

confiança, exemplificada nas narrativas em epígrafe, a qual, por sua vez, é base para as redes sociais, mesmo em maior ou menor grau, devendo estar presente em grande amplitude.²³

A noção de redes nos permite analisar esta cena animada, cujos personagens interagem constantemente em movimentos de fortalecimento e afrouxamento de vínculos, de trocas e articulação de novos elementos, na medida em que a família cuida a pessoa adoecida, é cuidada e se permite ser cuidada.²⁰

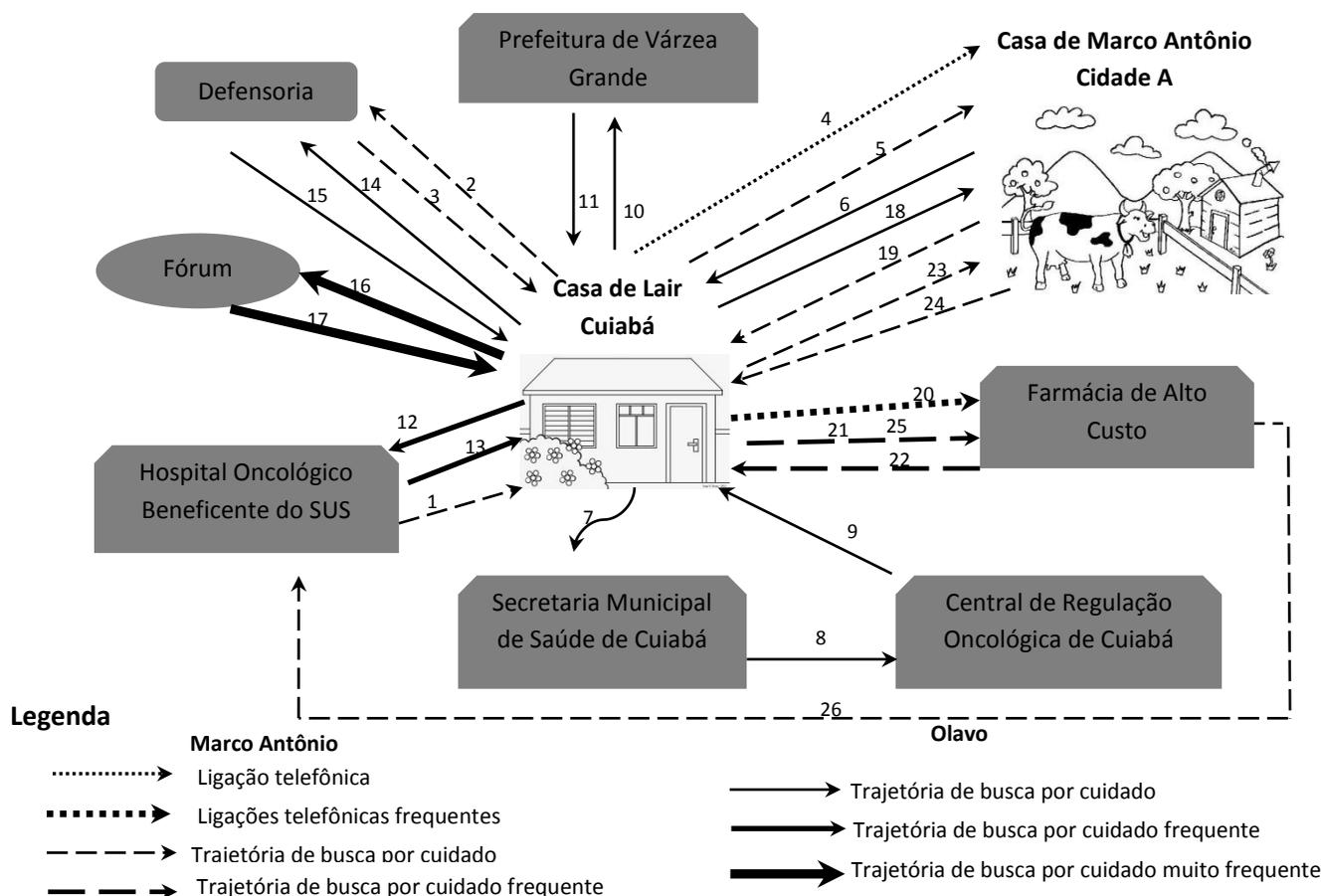
Esses movimentos nos remetem ao dom, um sistema de reciprocidades em cujas trocas costumam ser incertas, indeterminadas e assimétricas; é aberto à diversidade, à liberdade das pessoas desfazerem as alianças conforme suas motivações próprias e articulado com a solidariedade e a democracia.²⁸ Podemos, assim, afirmar que o fluir do dom entre os membros de uma comunidade ocorre de modo livre e, por ser dom, as trocas acontecem sempre em uma lógica diversa àquela de mercado, que é simétrica e rígida. As ações dos membros da comunidade de Marco ocorriam de maneira espontânea, oferecendo algo que dificilmente seria retribuído no mesmo valor material. Mas, na lógica do dom, em alguma medida, sempre há retribuição devido aos valores simbólicos atribuídos pela comunidade ao ato de ajudar seu membro adoecido.

A rede de sustentação, ao mobilizar relações, recursos e significados, permite a tecitura de conexões entre diferentes mundos e conhecimentos, transcendendo domínios institucionais específicos e interligando diversificadas arenas.²¹ Assim, podemos também atribuir à comunidade de Marco Antônio a potencialização dos movimentos de busca feitos por sua família para obter, pela via judiciária, o medicamento Rituximab, usado no tratamento oncológico e não fornecido pelo SUS-MT à época de sua prescrição.

[A médica oncologista pediátrica] *falou pra mim que eu conseguia né, [...] só que tinha que brigar pra conseguir, porque tava difícil.* (Olavo)

Olavo e Marco iniciaram a trajetória de busca por esse medicamento, o que implicou em diversos percursos empreendidos por eles para que pudessem demandar juridicamente tal direito e fossem representados pela defensoria pública de Cuiabá. Tal trajetória foi representada no desenho abaixo (Figura 2) que sintetizou as inúmeras buscas empreendidas por Marco Antônio e seu pai Olavo a partir da prescrição médica do Rituximab (seta 1) mediante a não resposta do tumor ao tratamento quimioterápico convencional disponibilizado pelo SUS-MT:

Precisava de todos os documento pra mim tirar xérox dos documento, aí levei pra eles dá entrada [...] pedia papel de todo canto. (Olavo)



Almeida KBB. Trajetória de busca por medicamento via judicial na experiência de adoecimento de Marco Antônio. 2011.

Figura 2. Trajetória de busca por medicamento via judicial na experiência de adoecimento de Marco Antônio.

Almeida KBB de, Araújo LFS de, Bellato R.

Participação da comunidade rural no cuidado...

Para reunir os documentos necessários para a proposição de ação judicial pela defensoria pública, foi necessária a mobilização de Marco (setas 2 a 4), então aos 18 anos de idade, e Olavo (setas 6 a 15). Após reunir os documentos e levá-los à defensoria pública (setas 14 e 15), Olavo foi orientado, nesse órgão, a comparecer ao fórum para acompanhar o trâmite da liminar judicial que anteciparia o fornecimento da medicação. Então, todos os dias úteis, durante aproximadamente um mês, Olavo compareceu ao fórum (setas 16 e 17), quando finalmente ocorreu a concessão da liminar judicial.

Apesar do caráter pontual da resposta judicial às demandas de saúde, esta ainda possibilita algumas condições para o cuidado outrora não atingíveis.²⁰ O alto custo do medicamento pleiteado por Marco na ação judicial, à época custando mais de trinta mil reais por aplicação, segundo o relato da família, era um valor inatingível mesmo mediante as mobilizações da comunidade.

Estudo²⁹ apontou que, além do valor do medicamento e do não acesso ao mesmo pelo SUS, o tempo de espera imposto pelo órgão de saúde para o seu fornecimento muitas vezes determina que a pessoa adoecida o pleiteie judicialmente. Isso permitiria, via liminar, a obtenção do medicamento em caráter de urgência. Porém, no caso de Marco, a concessão da liminar judicial foi postergada em aproximadamente um mês e, ainda, após sua concessão, demorou mais cinco meses para obtê-lo. Portanto, a intervenção judicial não efetivou de imediato seu direito à saúde, entendido aqui como o direito de acesso ao medicamento necessário para seu tratamento. Ao contrário:

[...] foi aí que brigou muito tempo pra conseguir né... mas eles mandaram, com quarenta e oito horas, eles mandaram a resposta que não ia liberar esse remédio pra ele que em São Paulo não tinha, tinha que vim de fora [...](Olavo)

Tendo em vista a natureza insidiosa do tumor e a necessidade de tratamento oncológico urgente, Marco continuou buscando informações sobre a liberação do medicamento, agora pela farmácia de alto custo (FAC) de Cuiabá (setas 21 e 22), local onde, à época, os medicamentos concedidos liminarmente eram dispensados às pessoas adoecidas.

[...] eu sempre achava melhor eu ir [à FAC], chegava lá a gente conversava porque pelo telefone... dá nada certo... (Marco)

Seu pai retornou ao sítio (seta 18) para seus afazeres e, após certo período, Marco também retornou para sua casa, vindo

esporadicamente à Cuiabá. No momento da liberação do medicamento pela farmácia de alto custo (seta 25), aproximadamente cinco meses após o início da busca, Marco estava em Cuiabá e, antes de retirar o remédio, houve a necessidade de ele buscar mais alguns documentos:

Aí, ligou que já tinha liberado [...] o remédio, aí ele foi lá né, pegou uns coisinha que era pra autorizar [...] pra mandar pra farmácia de alto custo pra liberar o remédio. (Olavo)

Percebemos um movimento ativo e intenso de Marco e seu pai para obter o medicamento oncológico, considerado por eles objeto de direito a partir da orientação médica de sua necessidade para o tratamento de saúde. Sabemos que o tratamento com o fármaco não significou a remissão do tumor de Marco, demandando sessões de radioterapia, posteriormente realizadas pelo SUS, e ainda necessitando de tratamento quimioterápico. Porém, mediante a esperança de cura/remissão do tumor, a família de Marco lançou mão de todos os seus recursos de busca possíveis para a efetivação do direito ora negado. E, dentre tais recursos, destacamos a mediação/sustentação da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunidade onde Marco vivia atuou como *mediadora sustentadora* em sua experiência de adoecimento devido a certas características: a) suas ações estavam pautadas na percepção e sensibilização de seus membros quanto às necessidades de Marco e sua família; b) atuou potencializando o cuidado familiar nos mais diversos âmbitos da sua vivência, não limitando sua atuação às necessidades de saúde; c) quando mobilizada, sempre produziu resposta que, por vezes, superava as expectativas da família; e d) possibilitou o acesso, de modo indireto, às instituições formais para suprir as necessidades em saúde de Marco, fornecendo subsídios diversificados para tal acesso.

O Poder Judiciário, por sua vez, em sua ação pontual, atuou sem ter em vista o sujeito de necessidades e, sim, o zelo pelo cumprimento dos preceitos legais que versam sobre o direito ao tratamento medicamentoso. A resposta a este direito se fez com morosidade frente à urgência do caso; por isso, parece não exercer mediação, visto que sua atuação não vislumbrou modificar, em alguma medida, as diversas situações de carências da família de Marco Antônio.

Por outro lado, a comunidade onde viviam Marco e sua família possibilitou o atendimento de necessidades de diferentes naturezas e

Almeida KBB de, Araújo LFS de, Bellato R.

implementou ações que os sustentaram na experiência de adoecimento. Desse modo, a *mediação sustentadora*, tecida pela comunidade no âmbito das redes para o cuidado, amplia o paradigma de mediação.

Portanto, compreender a *mediação sustentadora* da comunidade rural, a partir da experiência de adoecimento de Marco Antônio, possibilitou-nos ampliar nosso pensar em saúde para tensionar práticas profissionais que devem ser readequadas, bem como refletir sobre aquelas que podem ser compartilhadas e reforçadas reciprocamente entre profissionais de saúde e comunidade, fundamentando ações condizentes com as diferentes realidades, tal como a rural.

FINANCIAMENTO

Estudo financiado pelo Edital de Apoio à Pesquisa da UFMT - Campus Sede/Edição 001 e com apoio, na modalidade Bolsa de Mestrado, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

REFERÊNCIAS

1. Zillmer JGV, Schwartz E, Ceolin T, Heck RM. The present-day rural family: a challenge for nursing. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2009 July/Sept [cited 2011 Oct 22];3(2):749-54. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/189/pdf_930
2. Mattos M, Maruyama SAT. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2009 [cited 2011 Oct 22];11(4):971-81. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a23.htm>
3. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2005 [cited 2011 Oct 22];10 Sup: S243-53. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009925.pdf>
4. Riquinho DL, Gerhardt TE. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. *Trab educ saúde* [Internet]. Nov2010/Fev2011 [cited 2011 Oct 22]; 8(3):419-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/05.pdf>
5. Riquinho DL, Gerhardt TE. Doença e Incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [cited 2011 Oct 22];19(2):320-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/09.pdf>
6. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Corrêa,

Participação da comunidade rural no cuidado...

- GHLST. Considerations about the health tie in the trajectory of search for elderly and the family care. *Rev pesquis cuid fundam* (Online) [Internet]. 2013 [cited 2011 Oct 22];5(4):583-90. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2012/pdf_935
7. Silva AH, Bellato R, Araújo LFS. Cotidiano da família que experiencia a condição crônica por anemia falciforme. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [cited 2011 Oct 22];15(2):437-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17687>
 8. Petean E, Araújo LFS, Bellato R, Wunsch CG. Trajetória de busca por cuidado na vivência do evento traumático e sua cronificação. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 [cited 2011 Oct 22];22(4):1257-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/26.pdf>
 9. Nepomuceno MAS, Bellato R, Araújo LFS, Mufato LF. Modos de tecitura de redes para o cuidado pela família que vivencia a condição crônica por adrenoleucodistrofia. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2012 [cited 2011 Oct 22];11(1):156-65. Available from: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18872>
 10. Mufato LF, Araújo LFS, Bellato R, Nepomuceno MAS. (Re)organização no cotidiano familiar devido às repercussões da condição crônica por câncer. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2011 Oct 22];11(1):89-97. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18863/pdf>
 11. Bellato R, Araújo LFS, Faria APS, Costa ALRC, Maruyama SAT. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: Pinheiro R, Martins PH, editores. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: APRASCO, 2009. p.187-94.
 12. Mufato LF, Araújo LFS, Bellato R, Nepomuceno MAS. Mediação nas redes para o cuidado de pessoa e família que vivencia o câncer colorretal. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2013 [cited 2011 Oct 22];22(2):407-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a17.pdf>
 13. Brasil. Indicadores e dados básicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, *Rede interagencial de informações para a saúde*. c2012 - [cited 2011 Oct 22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>
 14. Beheregaray LR, Gerhardt TE. A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [cited

Almeida KBB de, Araújo LFS de, Bellato R.

Participação da comunidade rural no cuidado...

- 2011 Oct 22];19(1):201-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/17.pdf>
15. Ruiz ENF, Gerhardt TE. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. *Physis* (Rio J) [Internet]. 2012 [cited 14 Apr 2014]; 22(3):1191-1209. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/18.pdf>
16. Van Velsen J. A análise situacional e o método de estudo de caso detalhado. In: Feldman-Bianco B, organizador. *Antropologia das sociedades contemporâneas: Métodos*. São Paulo: Unesp; 2010. p.345-75.
17. Dolina JV, Bellato R, Araújo LFS. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2011 Oct 22]; 18(9):2671-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a22.pdf>
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12th ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
19. Araújo LFS, Dolina JV, Petean E, Musquim CA, Bellato R, Lucietto GC. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2011 Oct 22];15(3):53-61. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/6326/4660>
20. Bellato R, Araújo LFS, Mufato LF, Musquim CA. Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: Pinheiro R, Martins PH. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. 1st ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.
21. Schmitt CJ. Redes, atores e desenvolvimento rural: perspectivas na construção de uma abordagem relacional. *Sociologias* [Internet]. 2011 [cited 2011 Oct 22];13(27):82-112. Available from: seer.ufrgs.br/sociologias/article/download/22438/13011
22. Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2011 Oct 22]; 46(6):1371-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/13.pdf>
23. Costa R. Por um novo conceito de comunidade: Redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2005 [cited 2011 Oct 22];9(17):235-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a03.pdf>
24. Carvalho AMA. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicol estud* [Internet]. 2006 [cited 2011 Oct 22];11(3):589-98. Available

from:

- <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a14.pdf>
25. Musquim CA, Araújo LFS, Bellato R, Dolina JV. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2013 [cited 2011 Oct 22];15(3):656-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17730>.
26. Meirelles BHS, Erdmann AL. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. *Ciênc cuid saúde* [Internet]. 2006 [cited 2011 Oct 22];5(1):67-74. Available from: periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5113
27. Melo MF. A percepção da Teoria da Dádiva em um modelo contemporâneo de fazer sociológico. *Espaço acad* [Internet]. 2010 [cited : 20 Oct 2011];(111):36-43. Available from: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/9382/5845>.
28. Martins PH. De Lévi-Strauss a M. A. U. S. S. (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais): Itinerários do Dom. *Rev bras ciênc soc* [Internet]. 2008 [cited 2011 Oct 22];23(66):105-130. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v23n66/07.pdf>
29. Borges DCL, Ugá MAD. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad saúde pública* [Internet]. 2010 [cited 2011 Oct 22];26(1):59-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/07.pdf>

Submissão: 29/08/2015

Aceito: 13/04/2015

Publicado: 01/06/2015

Correspondência

Karla Beatriz Barros de Almeida
Res. São Conrado
Rua Minuano, 165, casa 28,
Bairro Jd. Bom Clima
CEP 78048-223 – Cuiabá (MT), Brasil