

**O DESENVOLVIMENTO DE UMA REDE AVANÇADA NO
ENFOQUE DA AJUDA HUMANITÁRIA PARA
EXPATRIADOS BRASILEIROS**

Thaís Aparecida Ramos Corrêa
Universidade de São Paulo - USP
tramoscorrea@gmail.com

Alvair Silveira Torres Junior
Universidade de São Paulo - USP
alvair@usp.br

Resumo

“Rede” é a chave para as operações de resposta à ajuda humanitária. As dificuldades enfrentadas por expatriados brasileiros que imigraram para outras nações, são extremamente complexas. O objetivo desta pesquisa é aprofundar o entendimento dos aspectos presentes no fenômeno das redes humanitárias. Propõe ao final a construção de uma rede que contemple o atendimento eficaz das lacunas identificadas, no intuito de estabelecer processos adequados para a melhoria no contexto da ajuda.

Palavras-Chave: Rede – Ajuda Humanitária – Expatriados

Abstract

"Network" is the key to response operations to humanitarian aid. The difficulties faced by expatriate Brazilians who immigrated to other nations, are extremely complex. The objective of this research is to deepen understanding of the issues involved in the phenomenon of humanitarian networks. Proposes to end the construction of a network that includes the effective care of the gaps identified in order to establish appropriate processes for improvement in the context of aid.

Keywords: Network - Humanitarian Aid - Expatriates

Introdução

São poucas as organizações públicas ou privadas, que atuam na ajuda humanitária com expatriados tanto no Brasil quanto no exterior. Esta população tende a crescer nos próximos anos e isso revela uma diversificação crescente nas formas de migração de origem política ou econômica.

Segundo Forgia e Couttolene (2009), o Brasil obteve notáveis avanços na ampliação do acesso a atenção hospitalar e a assistência médica em geral. Entretanto a rede de atendimento pública e também parte da rede privada se mostram sobrecarregadas e com notórios problemas de atendimento e insatisfação popular.

Diante dos desafios da universalidade e integralidade no atendimento que norteiam o SUS, surge a necessidade de se averiguar como essa rede poderia ser composta de forma a trazer mais racionalidade na utilização de recursos e melhoria no atendimento. As respostas convencionais são as de construção de mais unidades de atendimento em saúde e ampliação física da rede. Por outro lado, a partir de experiências empresariais, sabe-se que a expansão da rede também se faz por meio de relacionamentos com outros agentes e não necessariamente com a construção física – por exemplo: muitos de nós dispomos de uma agência bancária em nossas casas através do nosso próprio computador. Essa é uma rede que se expande pelo relacionamento. Portanto, de forma análoga, formulamos a pergunta central deste trabalho da seguinte maneira: Aplicar o conceito de rede na área da saúde permite novas possibilidades de análise e soluções aos problemas de saúde pública?

Drucker (1999), afirma que o gerenciamento na área da saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização. Por isso é necessário novas ferramentas para a ampliação da qualidade dos serviços prestados à comunidade.

A construção de uma Rede avançada vista sob uma perspectiva operacional estratégica aplicada à área de Ajuda Humanitária é uma forma de construir relacionamentos e

valorizar alianças no intuito de minimizar custos financeiros, melhorar a qualidade de vida, prevenir doenças, promover a saúde e principalmente fornecer ajuda às necessidades das populações que estão sempre em movimento, àquelas que permanecem vulneráveis e escondidas da visão dos atores humanitários.

Esta pesquisa visa investigar a utilização do conceito operacional estratégico sobre Redes que diz respeito à construção e intensificação de Relacionamentos visando sua aplicação na gestão do Sistema de Saúde. Logo após, no Estudo de Caso, os autores ilustram as lacunas e oportunidades da construção que uma Rede avançada possibilitaria trabalhar através do mapeamento do fluxo de expatriados e imigrantes ilegais da comunidade brasileira no estado de Massachusetts. A coleta de dados foi realizada presencialmente em Boston por um dos autores, no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2012.

Um novo olhar para as redes

“As redes estão por toda parte” (Barabási, 2009, p. 7). A rede é um conjunto de nós conectados entre si (Castells, 2009) e estes nós estão em constante movimento, são dinâmicos e em evolução (Barabási, 2009).

Borgatti e Foster (2003) relatam que as pesquisas sobre redes tiveram um crescimento exponencial nos recentes anos, nas diversas disciplinas do conhecimento, decorrente das inúmeras mudanças que se iniciaram na segunda metade do século XX. Segundo esses autores, durante as décadas de 80 e 90, os termos redes e similares foram vastamente utilizados para os arranjos organizacionais, caracterizados por trocas contínuas entre empresas semi-autônomas que contavam com a confiança e com o relacionamento social implícito para proteger as transações e reduzir custos. Dentre algumas publicações relevantes sobre o tema, tem-se as de autoria de Jarillo (1988), Powell (1990), Williamson (1991), Miles e Snow (1986) e Gulati et al (2000). Fazendo uma reflexão, Amato (2000) afirma que a

formação e o desenvolvimento de redes de empresas vêm ganhando importância, não apenas nos países industrializados, como Itália, Japão e Alemanha, mas também naqueles emergentes, como é o caso do México, Chile, Argentina e Brasil. Dentre as razões para se estudar as organizações sob uma perspectiva de redes, destacam-se (Nohria; Eccles, 1992): as organizações constituem uma importante rede social e, portanto, devem ser discutidas e analisadas dessa forma; o ambiente organizacional, caracterizado pelo conjunto de empresas que se interligam e se interagem continuamente, propicia uma análise mais abrangente; e as atitudes e comportamentos dos atores organizacionais podem ser mais bem compreendidos sob a forma dos relacionamentos e interações entre eles.

Para que os valores, rotinas e regras sejam amplamente difundidos e absorvidos pelos atores, é necessário um tempo de aprendizagem suficientemente capaz de amadurecer não só a maneira de agir dos participantes, mas também a qualidade e intensidade do relacionamento entre eles (Jones et al., 1997). Nesta direção, a teoria das redes propõe que todas as organizações podem ser encaradas como redes sociais e precisam ser assim analisadas. A rede social pode ser caracterizada como um conjunto de pessoas e organizações unidas por um conjunto de relacionamentos sociais. Partindo dessa linha de raciocínio, as redes podem ser uma significativa forma de se entender as organizações (Nohria, 1992).

Só em rede é possível trocar experiências constantemente, fazer capacitações sistemáticas, contínuas e, assim, garantir aquilo que todos almejam: êxito no trabalho final.

Assim, mais do que alianças, o que se concebe é uma rede como sistema de aprendizagem recíproca, construindo em permanência conhecimentos, ações e reformulações.

Características da Rede

Segundo Emirbayer & Goodwin (1994, citado por Marteleto, p. 75, 2001) o conceito de rede pode ser definido como “um conjunto de relações ou ligações sociais entre um conjunto de atores (e também os atores ligados entre si)”. Os atores são os indivíduos que comunicam entre si. São aqueles indivíduos que compõem a rede social estudada. São, normalmente, representados pelos grafos, pelos nós (ou nodos).

Podem ser chamados também de laços. Com a construção da rede é possível levantar os laços que têm mais contatos diretos e os laços fracos. Entretanto existem outras formas de identificar a posição dos laços em uma rede, como os cliques e a centralidade.

Os atores com maior rede de contato são os laços principais de uma rede de contato. Quanto mais forte é o laço entre duas pessoas, mais conectadas e similares elas são (Gravovetter, 1983). Os cliques são os indivíduos que mantêm relações mais íntimas ou estritas. Emirbayer (1994, citado por Marteleto, 2001, p. 75,) os define como “um grupo de atores no qual cada um está direta e fortemente ligado a todos os outros”. Eles podem representar uma instituição, um grupo específico ou uma movimentação sobre um problema.

Para se calcular a centralidade de um ator é necessário identificar a posição em que ele se encontra em relação às suas trocas de informação que ele promove com outros elos. Esta posição não pode ser tratada como fixa ou uma hierarquia definida, mas ela traz consigo a ideia de poder. Quanto mais centralizado estiver o ator, mais bem posicionado ele estará em relação às trocas de informação e à comunicação. Além disso, maior será seu poder dentro da rede. A centralidade em uma rede pode ser definida como uma “posição de indivíduos em relação aos outros, considerando-se como medida a quantidade de elos que se colocam entre eles” (Marteleto, 2001, p.76).

Marteleto (2001) afirma que alguns indivíduos que apresentam uma quantidade muito grande de contatos diretos em uma rede, porém não ocupam posições centrais. Este fato é

chamado de abertura estrutural. Um indivíduo pode apresentar uma posição muito centralizada contendo poucas relações diretas pelo simples fato de utilizar estratégias em suas aberturas estruturais. Esta abertura estrutural é baseada na otimização das relações e maximização dos contatos. Isto interfere diretamente na centralização do indivíduo.

Os atores não recebem informações apenas dos seus contatos diretos. Quando ele busca informações de outros indivíduos (não contato), o ator realiza uma “abertura estrutural” ou “ausência de relações entre atores em uma rede - o elemento crucial da estrutura da rede” (Emirbayer & Goodwin, 1994, citados por Marteleto, 2001, p. 77). Este fato valoriza os laços fracos, que são “pertinentes para compreender os atores sociais, que não seriam descritos em função de seus laços fortes” (Granovetter, 1973, citado por Marteleto, 2001, p. 77). Os laços fracos são os links que conectam indivíduos pouco similares (Granovetter, 1983).

Os laços fracos em algumas situações são mais importantes para os indivíduos do que os seus laços fortes. Segundo Granovetter (1983), os laços fracos são vitais para a integração dos indivíduos na sociedade moderna. As pontes (*bridging*) entre os laços fracos são mais prováveis de conectarem diferentes indivíduos do que pessoas conectadas a outros atores significativamente diferentes. Além disso, os laços fracos são mais prováveis de criarem essas *bridging* do que os laços fortes. Esta *bridging* existente nos links fracos pode ser considerada como uma espécie de elos que lidam com o complexo do todo (*Complexity of role set*) e da necessidade de obter conhecimento.

Laços sociais podem ser fortes e fracos.

De acordo com Granovetter (1973), os laços fortes se caracterizam exatamente por isso: eles tendem a acumular maior capital social, o que faz com que quanto mais força tiver um laço social entre dois atores, mais informação, mais valor e conteúdo (capital social) será trocado (partilhado) entre eles.

Buchanan (2009) ressalta que alguns laços são obviamente mais fortes do que os outros. Em termos gerais, podemos nos referir a laços “fortes” como aqueles que existem entre membros de uma mesma família ou entre bons amigos, ou entre colegas que passam muito tempo juntos.

Os autores abordarão neste estudo a relevância dos laços fortes na construção de uma rede avançada. Será demonstrada também a importância em que a união entre dois atores – Brasil e Estados Unidos - poderia trazer de benefícios aos expatriados que vivem de forma irregular ou regular nos Estados Unidos.

Procedimentos Metodológicos

Este estudo parte de uma pesquisa qualitativa através do estudo de caso simples. O estudo de caso simples segundo Yin (2005), é utilizado em casos em que o fenômeno nos apresenta a oportunidade de aprofundar e entender algo novo. Isto se aplica ao estudo em questão em função de que o objetivo é verificar como uma perspectiva de *Redes* poderia auxiliar na melhoria da atenção de um grupo de brasileiros expatriados e ilegais que não fazem parte do sistema de saúde convencional.

Os pesquisadores utilizaram a técnica da observação para analisar o fenômeno do estudo de caso. Yin (2005) relata que uma das oportunidades em adotar a técnica da observação participante é o fato de perceber a realidade do ponto de vista de alguém de “dentro” do estudo de caso, e não de um ponto de vista externo.

O método do estudo de caso foi aplicado sobre uma rede não formalizada e estendida de agentes não assistidos pelos serviços de saúde, o que possibilitou uma abrangência e detalhamento na coleta e análise dos dados.

Os agentes identificados nessa rede foram observados e entrevistados levando em conta ações que fossem de alguma forma, direta ou indiretamente, relacionadas à busca de atendimento ou informação sobre saúde, seguindo as seguintes fontes de dados:

I) Observações no período de 1 ano e 11 meses visitando residências, igreja, trabalho, escola, hospitais e clínicas: 15 famílias em suas residências; 7 igrejas evangélicas; 2 escolas e contatos com jovens estudantes de todos os níveis escolares; 2 hospitais e 2 clínicas.

II) Foram realizadas entrevistas com mulheres, homens e jovens, sem idade específica, em residências, igrejas e escolas, no período de fevereiro de 2011 à novembro de 2012. Porém, os pesquisadores apontam três casos de maior relevância.

III) Vídeo disponibilizado na internet, onde foi gravado no estado de *Massachusetts* conforme fonte mencionada. O vídeo é um depoimento de uma profissional da saúde atuante na comunidade brasileira, onde a mesma relata a situação de uma pessoa com câncer e a situação da comunidade de forma geral.

IV) Participação em um projeto em igrejas, para promover a saúde e prevenir doenças. O projeto foi realizado no período de fevereiro de 2012 à novembro de 2012. O projeto englobou estudantes da área da saúde da *University of Massachusetts*, líderes religiosos, líderes políticos e participação multiprofissional de representantes da comunidade brasileira.

Contextualizações do estudo de caso

Uma grande parte dos brasileiros encontrados nos territórios americanos entrou no país de forma clandestina, sendo México uma grande porta de entrada. Muitos ainda sobrevivem após passarem pelo deserto, rio, polícia na fronteira, baixa e alta temperatura. Se estas pessoas conseguirem passar por tudo isso, ainda poderão passar por empregos que podem ter abusos de todo tipo como: baixa remuneração, trabalhos pesados e até mesmo

jornada diária mais longa do que o permitido. Além disso, existem outros casos de pessoas que entraram no país com vistos fornecidos pelo Consulado Americano no Brasil, mas decidiram ficar no país após o prazo da permanência.

A maioria das pessoas que se submetem a esta mudança de vida são classificadas como tendo renda baixa no Brasil, a saber: moradores de zonas rurais, lugares afastados da zona urbana, lugares considerados pobres em nosso país. Estas pessoas sonham com um padrão de vida diferente do seu atual e se sujeitam às determinadas situações motivadas por algo que poderá viver no futuro, após muitos anos de trabalho “escravo” diário.

Com isso, percebe-se que grandes são as dificuldades destas pessoas na procura por médicos ou especialistas em saúde, pois já saem do Brasil com pouca ou sem nenhuma informação sobre como se prevenir certas doenças. Quando estas pessoas chegam aos Estados Unidos, muitos são os impedimentos que os inibem à procura de um profissional.

Alguns destes impedimentos são: a falta do inglês: que prejudica a comunicação; O programa *MassHealth* (um programa de saúde elaborado pelo estado de *Massachusetts*), mesmo com sua atenção voltada ao imigrante ilegal, ainda assim, não consegue abranger a todos; Uma grande parte da população brasileira que vive em regiões metropolitanas está inserida em igrejas, o que também dificulta a abordagem de falar em determinadas doenças e modos preventivos; Medo permanente da deportação em órgãos públicos; entre outros casos. As dificuldades mais comuns encontradas por um imigrante são: custo de vida, acesso à serviços públicos, trabalho, solidão, saudade e integração.

O que acontece é que quando não há prevenção, muitas doenças são descobertas em níveis avançados. Quando retornam ao Brasil, sabendo ou não da existência da doença, muitas vezes, o tratamento se torna irreversível. Em casos em que os níveis estão mais avançados, o custo para o tratamento será extremamente alto tanto para pacientes particulares/convênios quanto para o Sistema Único de Saúde (SUS). Se a pessoa optar em

buscar ajuda em hospitais americanos o mesmo poderá ser refletido para o paciente, sabendo em que alguns estados não há cobertura total para todos os tipos de doenças, isso também poderá ser refletido para os cofres públicos americanos.

De qualquer forma, muitos são os potenciais benefícios econômicos, sociais e ambientais que podemos citar com o desenvolvimento de atividades educativas para prevenir doenças e promover a saúde no próprio território americano. Existem estudos realizados onde se comprova um gasto financeiro muito menor com um paciente de uma determinada doença em estágio inicial, do que quando este mesmo paciente encontrar-se em um estágio avançado da doença. Por exemplo, no Brasil, hospitais com referência em Oncologia utilizam métodos preventivos, pois se o câncer for descoberto e tratado logo no início, a chance de cura é alta e o investimento feito pelo órgão que está atendendo o paciente é bem menor.

Existem outros tipos de casos em que brasileiros com situação regular nos Estados Unidos, buscam por consultas e exames quando estão no Brasil, por considerarem o custo mais acessível, entre outros motivos.

Há também casos de pessoas que retornam ao Brasil e não sabem se adquiriram alguma doença. Estes são os casos mais comuns. A questão psicológica de um indivíduo é significativa para uma sociedade saudável. O choque cultural pode levar a uma grave depressão tanto na chegada ao novo país quanto no retorno.

Enfim, por vários motivos, ambos os países possuem suas responsabilidades e mesmo com diversos assuntos a serem analisados e questionados sobre assuntos ligados a imigração, a saúde dos expatriados é algo que está em evidência.

Coleta de Dados

Os dados coletados foram organizados segundo um mapa de relacionamento estabelecido a partir das observações. Foram identificadas duas formas de relações

classificadas como forte e fraca. Forte é aquela relação que se caracterizou por uma presença mais frequente (no mínimo semanal) e por uma intensidade de trocas de grande amplitude abrangendo muitos assuntos e temas pessoais. Este é o caso da relação Igreja e das 15 famílias observadas. Já como relação fraca, classificamos aquela que de forma oposta se apresentou basicamente com frequências irregulares de contato e, quando realizadas, mostraram-se muito superficiais, rápidas e muito específicas com relação ao tema, sem ampliar as questões de esfera social. Este é o caso dos hospitais e famílias que nas ocasiões observadas se notabilizaram por uma relação de medo com as famílias e muito objetiva sobre tentar sanar rapidamente alguma indisposição

- Agente A- Caracterização das famílias visitadas - Foi observado que apenas 3 das 15 famílias visitadas possuem cidadania americana. Em outras 2, foi observado que apenas alguns membros da família possuem cidadania americana ao passo que os demais familiares ainda estão em processo de regularização. Em outras 3 famílias, foi observado que apenas os jovens estão amparados pela lei para solicitar os documentos que permitem o trabalho legal, estudos e carteira de motorista. Por fim, em outras 7 famílias foi observado que todos os membros são ilegais imigrando, principalmente, pelo México ou, por outros países, além dos casos de portadores de visto com prazo expirado.

- Agente B - Igrejas - As 7 igrejas observadas estão localizadas na região de Massachusetts, onde as visitas foram realizadas semanalmente por meio de encontros regulares, ou seja, cultos realizados quatro dias da semana, porém, em horários diferentes: manhã, tarde e noite. Estas igrejas possuem membros americanos, brasileiros com cidadania americana, brasileiros esperando a regularização e brasileiros com situação irregular. Após os encontros, os membros destas igrejas se reuniam para café da manhã, almoço ou jantar. Vários tipos de festas, como por exemplo: Natal, Ano Novo, aniversários de todas as idades, festas organizadas pelos jovens ou pelas mulheres. Também foi acompanhado um acampamento de

jovens para o estado vizinho, *New Hampshire*. Estes encontros foram importantes para estabelecer amizades e parcerias. Foi observado que muitas pessoas se encontram sem familiares nos EUA buscando refúgio e proteção. Há também um forte trabalho de evangelização para “restauração” de vidas, característica marcante destas igrejas visitadas. Foram encontradas algumas pessoas com históricos de suicídios, por exemplo, após a chegada ao país, devido ao alto nível de solidão e incapacidade de realização encontrando na igreja motivação para conquistar seus objetivos e até mesmo o aumento da autoestima.

- Agente C- Escolas - Foi observado que todas as crianças acima de 7 anos e adolescentes estão matriculados em escolas públicas ou privadas. Existem diversas escolas públicas e privadas em níveis *pre school - pre kindergarten e kindergarten*, que variam, em média dos 3 aos 5 anos de idade (estes termos se classificam como sendo jardim e pré escola para o Brasil). O governo de *Massachusetts* permite com que *baby-sitters* atuem em suas casas trabalhando com *Day Care*. Isso possibilita com que americanos e imigrantes em geral possam ter uma renda sem sair de casa. As pessoas com situação irregular também poderão trabalhar, pois não há verificação no status imigratório. Porém, existem vários cursos e normas que deverão ser tomados para o funcionamento regular do estabelecimento, fato este que constitui exemplo a ser seguido por muitos países.

Em 2012 foi sancionada uma lei que permite que jovens ilegais (jovens que chegaram antes dos 16 anos, não obstante, existem outras regras para o cumprimento da lei) possam tirar seus documentos americanos possibilitando assim, o acesso ao trabalho legal, a obtenção de diplomas em universidades e carteira de motorista. No entanto esta lei não permite a saída dos Estados Unidos. Há outros jovens que se encontram sem a conclusão do ensino fundamental e/ou médio no Brasil e não estudam nos EUA, mesmo com o país permitindo que imigrantes possam estudar e até mesmo realizar o “supletivo” (*GED – General Educational Development*), ou seja, não estudam por não sentirem necessidade.

- Agente D - Hospitais e clínicas - As observações realizadas nos hospitais e clínicas visitadas foram realizadas por meio de consultas e exames agendados por um dos autores. Em outras ocasiões, acompanhando crianças para consultas com pediatras e adultos para consultas de rotina e de emergência.

Tantos os hospitais e quanto as clínicas possuem atendimento à todos, sejam estes nativos, cidadãos ou imigrantes ilegais. Existe ainda um sistema de tradução simultâneo dentro da sala de atendimento médico. Há papéis informativos na língua portuguesa e atendentes bilíngues na recepção. Existe uma equipe multiprofissional: psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros, para atender a população em sua língua de origem.

- Agente E - Entrevistas com pessoas da comunidade - A seguir três casos considerados relevantes para a pesquisa são apresentados.

- Caso 1: Senhora “A” que soube de seu diagnóstico no Brasil: A senhora “A” trabalhou durante anos nos Estados Unidos. Devido à correria do dia a dia, se tornava cada vez mais complicado a ida ao médico. Trabalhou por mais de dez anos e decidiu retornar ao Brasil em 2012 após a venda de seu “*schedule*” de casas. Chegando ao Brasil, procurou por um serviço médico para fazer um *check up*. Foi confirmado o diagnóstico de câncer no ovário. A senhora “A” encontra-se sob cuidados médicos.
- Caso 2: Senhora “B” que não pôde ter seu tratamento de fisioterapia realizado por completo - A senhora “B” está nos Estados Unidos há mais de dez anos. Desde que chegou ao país, a sua fonte de renda assim como a de tantas outras brasileiras, é limpeza de casas. Hoje, ela limpa em torno de 4 casas diariamente, mas já chegou a limpar em torno de 6 à 8 casas por dia. Devido à isso, originou-se um problema na coluna. Procurou um médico e foram recomendadas algumas sessões de fisioterapia. Porém o plano de saúde que ela possui, mesmo sendo de um nível considerado

superior dentro das categorias definidas pelo *MassHealth*, não possui abrangência para o tratamento total. A senhora “B” encontra-se sem a realização do tratamento, pois não possui condições financeiras para o pagamento do término do tratamento.

- Caso 3: Senhora “C” faleceu após seu retorno ao Brasil - A senhora “C” trabalhou por 7 anos nos Estados Unidos. A família relatou que a senhora “C” tinha o sonho de comprar sua casa própria no Brasil, portanto era necessário trabalhar por muitas horas. Após seu retorno ao Brasil, descobriu o diagnóstico de Câncer ao realizar exames de rotina em um hospital em São Paulo. Porém, a doença encontrava-se em estágio avançado impossibilitando o tratamento. A senhora “C” faleceu alguns meses após recebimento do diagnóstico.

- Agente F - Vídeo disponibilizado na Internet - Existe um vídeo disponível na internet, onde a senhora “A.S.” relata que mora nos Estados Unidos desde 1985. Desde 1998 trabalha na área da saúde com a comunidade brasileira. Neste depoimento ela sugere a participação mais ativa do Consulado Brasileiro em Boston para com a população, tornando a comunidade mais informada sobre prevenção, assim como em relação ao local onde encontrar ajuda, dentre outros. Ela também relata brevemente a história de uma mulher que desenvolveu câncer nos EUA, porém estava sozinha e não tinha informações de como proceder. Menciona ainda que existem, lugares certos, tanto estabelecimentos de saúde como de cultura, mas esta informação não chega até a população.

- Agente G - Participação em um projeto de promoção de saúde e prevenção de doenças dentro de igrejas. Este projeto tinha como principal característica promover a saúde e prevenir doenças. Foi desenvolvido o modelo semelhante à Saúde da Família, porém o alvo era transmitir a informação dentro de igrejas. O projeto envolveu algumas pessoas de influência política, líderes da comunidade brasileira e líderes de igrejas. Dentre algumas atividades citadas no projeto foram: palestras, feiras da saúde, programa em rádios

brasileiros, informativos dentre outros. Um dos autores escreveu dois boletins com temas sobre câncer de mama e infecção urinária, os quais foram disponibilizados em uma das igrejas visitadas.

Análise e Resultados

A articulação dos agentes humanitários em forma de rede – uma obra a ser construída

Por meio das observações diretas entre homens e mulheres de todas as idades, observamos pessoas com problemas de saúde de ordem mental e/ou física foram corroborados pelos dados obtidos junto a líderes da comunidade.

Existem lacunas a serem discutidas e processos a serem avaliados. Foram empregados instrumentos de coleta diversos a fim de se obter as informações deste trabalho: entrevistas com a população e líderes da comunidade, por meio de questionários aplicados pelos pesquisadores, aos elementos da amostra, com a intenção de se conhecer melhor o dia-a-dia dos imigrantes brasileiros assim como suas razões pela falta de auto prevenção e cuidados com a própria saúde.

Como demonstrado na Figura 1, podemos verificar tais informações na representação esquemática de rede:

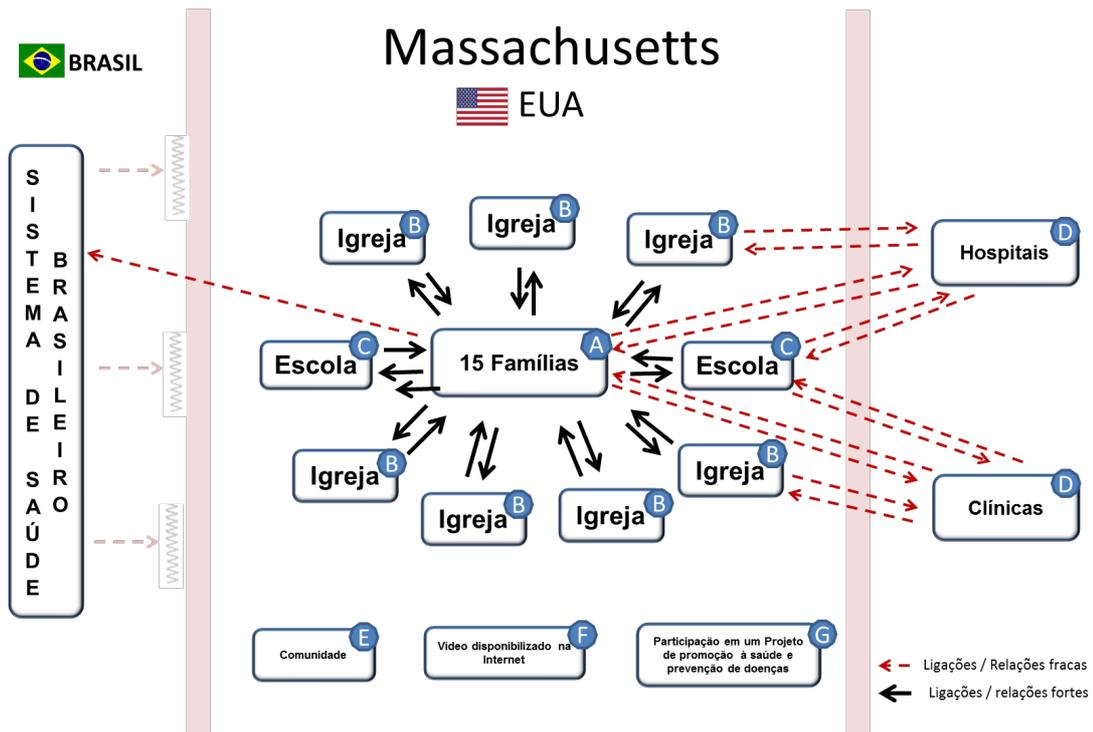


Figura 1: Rede de Relacionamentos Observada, 2012.

Pode-se observar que:

- A relação entre *Família – Igreja* é considerada *FRACA em termos de ações de saúde embora a relação social seja forte*. Algumas ações devem ser pensadas como elo de ligação entre ambos agentes. É fato que a maioria dos brasileiros, em alguns países não, mas se tratando da região de Massachusetts, estas pessoas se encontram em templos religiosos. São nestes lugares onde se buscam o aconchego de “família” e proteção, pois estar em um país que não é o seu de origem pode causar depressão e solidão.
- A relação entre *Família – Escola* é considerada *FRACA na saúde e socialmente forte*, pois demonstra que as ações realizadas dentro de escolas, na maioria das vezes, não chega a toda uma família. Ou seja, as informações são restritas apenas aos alunos e estas muitas vezes não são multiplicadas. Projetos multiplicadores em escolas e universidades devem ser elaborados em prol da prorrogação de informações.

- A relação entre *Família e Igreja – Hospitais e Clínicas* são consideradas FRACAS na saúde e também socialmente. Não há quase interesse de profissionais da saúde - ou não - em prol da realização de um trabalho focado na promoção à saúde ou até mesmo do ensino de métodos preventivos. O governo brasileiro e americano, com base na Responsabilidade Social que ambos os países possuem, devem se unir e planejar novas ações, de forma que haja quebra de paradigmas e abertura de um novo pensamento para atração e retenção dos profissionais requeridos.
- Constatou-se na relação entre *Família – SUS*, a relação também é considerada FRACA. Só não é mais fraca, pois há pessoas que procuram o Sistema Único de Saúde na volta ao Brasil. Mesmo com a falta de estimativa concreta sobre a quantidade de pessoas que procuram o Sistema de Saúde Brasileiro, os pesquisadores identificaram esta ponte como sendo relação entre os brasileiros que estão em outro país com o SUS.

Com isso, os autores perceberam uma maior intensidade, qualidade nas relações e centralidade entre Igrejas e Expatriados. Enquanto as organizações de saúde são “fracas” porque estão alicerçadas em uma formalidade, em uma potência mas não se realiza.

Observou-se também que o estado de *Massachusetts* percebeu que a “confiança” destas pessoas para com o país está abalada e, por mais que as ações realizadas no estado tenham sido insuficientes para atender uma maior demanda de pacientes, esta independente do grau de urgência na qual se encontra.

A forma mais eficaz de se criar um parâmetro acerca de como os imigrantes se encontram e como eles são vistos pela sociedade no geral, levantam percepções através da metodologia aplicada. A aplicação de pesquisas de levantamento da percepção dos imigrantes permite, inclusive, a auto avaliação no ambiente onde os mesmos estão inseridos. Esta é uma das formas de se realizar este diagnóstico.

Percebe-se pelos dados coletados, que se houvesse uma perspectiva de considerar que os agentes sociais em *Massachusetts* fossem agentes de uma *rede*, o gestor do sistema de saúde poderia prever uma ação efetiva mesmo que indireta. Sendo assim, o desenvolvimento de *alianças estratégicas* entre *Brasil e Estados Unidos*.

Discutir a rede de expatriados torna-se importante para atender uma maior quantidade de pessoas. É necessário acompanhar de perto o que se passa dentro do “mundo” criado por pelos imigrantes brasileiros e realizar ações eficientes que cheguem onde os mesmos estão inseridos, assim como campanhas de prevenção de doenças e promoção à saúde poderão ser realizadas a fim de se obter o êxito esperado.

Mann (1992, citado por Garrett 1994, p. 15) ressaltou que o mundo rapidamente se tornou bem mais vulnerável à erupção e, mais criticamente, à disseminação generalizada e até mesmo global de novas e antigas doenças infecciosas. O aumento dramático no movimento mundial de pessoas, bens e ideias é a força motriz do fenômeno. Uma pessoa portadora de um micróbio fatal pode entrar em um jato e já estar em outro continente quando os sintomas da doença aparecerem. O próprio jato, e a sua carga, podem transportar insetos e agentes infecciosos para novos cenários ecológicos.

De acordo com Zanette (2001) o que faz a epidemia explodir não é a sua probabilidade de contágio, e sim uma mudança na própria arquitetura da rede social.

Segundo Buchanan (2009), é uma simples questão de bom senso concentrar os esforços dos profissionais de saúde nestes poucos indivíduos especiais. O que está longe de ser óbvio é descobrir quão necessários e verdadeiramente decisivos esses programas concentrados podem ser. O autor ressalta que, ironicamente doenças como a AIDS, por exemplo, tratando-se em detê-la, a receita não envolve tratamentos de massa e campanhas educacionais, e sim medidas altamente seletivas direcionadas a alguns poucos indivíduos. Extrair essa ideia da teoria das redes e colocá-las em prática não será fácil. Mas essa análise

pelo menos oferece aos epidemiologistas e aos profissionais de saúde um plano de jogo básico, e uma estratégia que pode ter êxito, não apenas contra a epidemia de AIDS, mas também contra novas doenças que possam surgir no futuro.

Considerações Finais

Como analisado, há uma centralidade da igreja no relacionamento com as famílias. O que concluímos é que o agente “igreja” não só permite o contato espiritual, mas possibilita um contato muito mais profundo com as pessoas de todos os níveis econômicos, classes sociais e gêneros. Partimos então para uma conclusão mais profunda, pois neste momento podemos identificar onde se encontram parte dos brasileiros, resta então saber o que fazer, quais atitudes e ações que devemos tomar.

Identificamos que pelo agente - Igreja - está concentrado uma grande parte dos momentos da vida de um expatriado.

Aprofundando as relações descritas, analisamos em profundidade alguns dos agentes mencionados na Tabela 1:

Características de Redes	Relação Observada	Intervenção Proposta
Elo Fraco	Família - Organizações de Saúde	Fortalecimento via mediação das Igrejas
Elo Forte	Família - Igreja	Mantido com construção da relação Igreja - Organizações de Saúde
Centralidade	Igreja	Igreja mediando Famílias e Organizações de Saúde

Tabela 1: Características da Rede dos Expatriados Brasileiros que vivem em Massachusetts, 2014.

A fraqueza do relacionamento do SUS com as famílias poderiam ser remediada por intermédio da intensificação do relacionamento das igrejas com hospitais e clínicas no tema ações de saúde, aproveitando a relação social forte já existente. A partir de uma visão de “rede”, trabalhos da Secretaria de Saúde do Estado de *Massachusetts* poderiam ser melhor aproveitados pelo intermédio destes outros agentes. Portanto, a proposta é intensificar o

relacionamento social com famílias e escolas intensificar o contato com hospitais e clínicas em função da sua centralidade.

Os pesquisadores sugerem uma nova Rede de Relacionamentos, com o objetivo de unir, intensificar e gerar atividades, ações, projetos constantes assim como o surgimento de novos pensamentos para a ideia proposta e não esporadicamente ou nula. Assim, o sistema de saúde brasileiro pode começar a interagir com o sistema de saúde do estado de *Massachusetts*, fazendo com que ambos os países “troquem” informações sobre pacientes atendidos e/ou em atendimentos, informações sobre patologias, costumes alimentares dentre outros assuntos ligados à pessoa necessitada. Este plano também intensificaria o relacionamento social forte de igrejas e escolas com famílias e criaria um novo relacionamento, moderadamente forte das escolas e igrejas com os hospitais e clínicas (D-B-A) e (D-C-A) vistos na figura 1, de forma a intensificar ações preventivas de saúde e servindo de ponte entre os extremos, sabendo que mesmo que se mantenha o relacionamento social fraco direto entre famílias e hospitais (D-A), a “ponte” (D-B-A e D-C-A) funcionaria como uma extensão socialmente mais aceita da ação destes hospitais que, na retaguarda, serviriam de consultores e atenderiam as emergências de um público mais esclarecido – Figura 2.

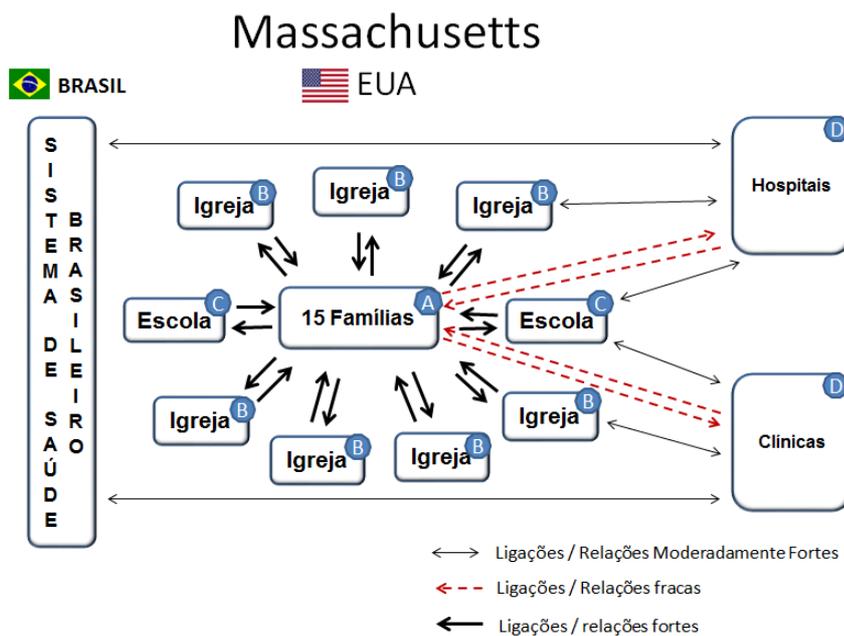


Figura 2 - Rede Sugerida, 2014.

Sabendo a real dificuldade na qual os imigrantes ilegais estão inseridos, os autores sugerem a criação de uma ação junto aos órgãos americanos no estado de Massachusetts para intermediar ou facilitar o atendimento médico. Uma alternativa seria um representante da rede de Saúde Pública Brasileira no exterior dentro destas comunidades para assim, evitar recebê-los em estágios mais avançados.

A partir do modelo de redes o gestor busca parcerias para resolver problemas como este. O gestor da saúde migra de uma visão limitada para uma visão expandida, buscando novos horizontes de melhorias. O que falta para o gestor de Saúde Pública é uma perspectiva *moderna* de gestão em rede. Se o gestor pensar nesta última camada da pirâmide, ou seja, pensando na prevenção de doenças e promoção à saúde, a Rede de Relacionamentos almejada começa a se desenvolver.

Existe uma forma tradicional de pensamento dentro da Administração da Saúde onde o foco dos resultados é somente na parte interna da instituição/ organização. O que estamos sugerindo neste trabalho, além de uma nova abordagem, é um novo direcionamento para a gestão pública. Se pensarmos que muitas vezes a solução para o problema é uma questão de enxergarmos a cadeia como um todo, e não somente analisarmos uma única parte, poderemos chegar bem mais longe, ampliando horizontes com base na gestão moderna.

Se o gestor público tivesse esta visão, poderia usar o modelo de redes para casos que ocorrem no Brasil, por exemplo: no caso da saúde em comunidades carentes. O Gestor Público mapeando a rede de relacionamentos de dada comunidade consideraria relações alternativas para promover o atendimento preventivo e avançado.

Com base nisso surge então outra esfera na pirâmide: *Atenção Sugerida na prevenção e promoção da saúde através de outros agentes* (figura 3).

Se pensarmos em um paciente oncológico, por exemplo, o seu estágio inicial, quando existe um diagnóstico precoce, os custos financeiros deste paciente serão inferiores do que



Figura 3 - Atenção Sugerida na prevenção e promoção da saúde por meio de outros agentes, 2014.

comparado a um paciente com estágio avançado. Além disso, as chances de cura serão maiores.

O imigrante que retorna ao país sem prevenção, sem diagnóstico preciso, sem informações e descobre a doença quando retorna à origem, o país terá que arcar com

possíveis custos.

Fazendo uma analogia, a rede de saúde brasileira poderia ser pensada a partir de uma extensão de redes de relacionamento em saúde aproveitando as relações sociais entre empresas, igrejas, escolas, ONGs e a partir daí desenvolvendo outras. Com base no caso estudado, pensando no desenvolvimento de uma Gestão de Saúde Pública preventiva, os pesquisadores especulam a criação de um nível de atenção à saúde adicional aos três clássicos da pirâmide de Saúde, através do aproveitamento dos relacionamentos sociais de outros agentes, desenvolvidos para promover a prevenção através da canalização mais frequente de ações sobre o público. Crianças em sala de aula poderiam ser convocadas regularmente para um exame preventivo com profissionais de saúde que visitem regularmente a instituição, e/ou, pais e mães estariam mais próximas de um exame preventivo se profissionais de saúde também visitassem Igrejas em aliança com a comunidade.

Referências

- AMATO, J.N. (2000). Redes de cooperação produtiva e clusters regionais: oportunidades para as pequenas e médias empresas. Fundação Vanzolini. São Paulo: Atlas.
- BARABÁSI, Albert-László. (2009). Linked (conectado): a nova ciência dos networks. São Paulo: Leopardo.
- BORGATTI, S.P.; FOSTER, P.C. (2003). The network paradigm in organizational research: a review and typology. *Journal of Management*, v.19, n.6, 991-1013.
- BUCHANAN, Mark.(2009). Nexus: Fundamentos da Ciência dos Networks. São Paulo: Leopardo.
- CASTELLS, Manuel. (2009). A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 698 p.
- DRUCKER, P. F. (1999). Administrando em tempos de grandes mudanças. São Paulo: Pioneira.
- EMIRBAYER, Mustafa.; GOODWIN, Jeff. (1994). Networ analays, culture and the problem of agency. *American Journal of Sociology*, v.99, n.6, p. 1411-1454.
- GARRETT, Laurie. (1994). The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance. Penguin Books: New York.
- GRANOVETTER, Mark. (1973). The Strengh of Weak Ties. *The American Journal of Sociology*, vol. 78, n. 6, 1360-1380.
- GRANOVETTER, Mark. (1983). The strength of weak ties: a network theory revisited. *Sociological Theory*. New York, v.1, 201 – 233.
- GULATI, R.; NOHRIA, N.; ZAHEER, A. (2000). A strategic networks. *Strategic Management Journal*, v.21, n.7, 203-215.
- JARILLO, J. C. (1988). On strategic networks. *Strategic management journal*, v. 9, 34-41.

- JONES, C.; HESTERLY, W.S.; BORGATTI, S.P. (1997). A general theory of network governance: exchange conditions and social mechanisms. *Academy of Management Journal Review*, v.22, n.4, 911-945.
- J. M. Mann. (1992). AIDS: the second decade: a global perspective. *Jornal of Infections Diseases*, 165, 245-250.
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENE, B. F. (2009). *Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência*. São Paulo: Singular.
- MARTELETO, Regina Maria. (2001). Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ci. Inf, Brasília*, v. 30, n. 1, 71 – 81.
- MILES, R.E.; SNOW, C.C. (1986). Network Organizations: new concepts for new forms. *California Management Review*, v.28, n.3, 62-73.
- NOHRIA, N.; ECCLES, R.G. (1992). *Networks and organizations: structure, form, and action*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- POWELL, W.W. (1990). Neither market nor hierarchy: network forms of organization. *Research in Organizational Behavior*, v. 12, 295-336.
- WILLIAMSON, O. E. (1991). Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, v.36, n.2, 269-296.
- YIN, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.
- ZANETTE, Damián.(2001). Critical Behavior of Propagation on Small – World Networks, arXiv: cond-mat/0105596.
- Depoimentos Brasileiros em Boston. (2011).
<http://www.youtube.com/watch?v=m1qxdjTIBP0>. Acesso em 1 de Agosto, 2014.
- MassHealth*. (2014)
<http://www.mass.gov/eohhs/consumer/insurance/>. Acesso em 12 de agosto, 2014.