

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CELIANE CAMARGO-BORGES

**O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família:
articulando saberes e práticas**

Ribeirão Preto
2007

CELIANE CAMARGO-BORGES

**O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família:
articulando saberes e práticas**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública
Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública
Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de saúde
Orientadora: Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Camargo-Borges, Celiane

O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas. Ribeirão Preto, 2007. 207p.: il; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima.

1. Atenção primária à saúde, 2. Saúde da Família; 3. Construcionismo social, 4. Responsabilidade relacional, 5. Práticas discursivas

FOLHA DE APROVAÇÃO

Celiane Camargo Borges

O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família:
articulando saberes e práticas

Tese de Doutorado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Esta investigação recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, processo número 351742/1998-0 e da coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

AGRADECIMENTOS

Agradecer, do verbo transitivo “mostrar gratidão”, “render graças”. Do verbo intransitivo “confessar-se grato”.

Gratidão, “qualidade de quem é grato”.

Graça, “favor que se dispensa ou se recebe”.

Garantido pelas “*Diretrizes de apresentação de dissertações e teses da USP*” este é o espaço formal e legitimado em que se faz visível a coletividade da produção de uma tese. O espaço em que o merecimento do pesquisador se relativiza articulando-se a outros importantes contribuidores, diretos ou indiretos, na pesquisa. Eu acredito profundamente nisso, tendo também feito o esforço de construir este argumento em minha tese, de que o sistema e as práticas de saúde não se transformam por si mesmas, por decretos, mas se faz numa produção coletiva, entre todos os atores sociais envolvidos.

Desta forma, tenho a qualidade da gratidão, confesso-me grata e rendo graças. No entanto, as interações e as vozes que nos perpassam são tantas, que fica impossível atribuir nossos desenvolvimentos e conquistas a um único lugar, a uma única situação ou pessoa.

Assim é na pesquisa, assim é na vida.

Atribuo então alguns nomes a essa gratidão, ciente da impossível tarefa de dar conta deste complexo e dialógico processo, que foi a construção coletiva da minha tese.

→ Aos participantes do grupo de hipertensão, por aceitarem participar da pesquisa, pelo acolhimento, pelo vínculo construído e pela confiança em meu trabalho.

→ À Profa. Dra. Silvana Martins Mishima, minha queridíssima ocupadíssima orientadora, que se desdobrou para atender às minhas demandas de aluna. Com

ela, tive a graça de aprender que sabedoria e simplicidade são parceiras potentes para um trabalho engajado, produtivo e multiplicador. Aprendi muito com você, Silvana, com sua didática, sua clareza e sua acessibilidade permanente.

→ À Profa. Dra. Sheila McNamee, orientadora durante meu período no Departamento de Comunicação do Horton Social Science Center, na University of New Hampshire - USA. Orientadora de todas as horas e de todas as coisas, da pesquisa, do coração, das compras, etc. “Thanks, Sheila, for taking such a good care of me”.

→ À Profa. Dra. Marisa Japur. Uma graça recebida ter tido o privilégio de aprender a engatinhar e a andar no mundo acadêmico sob seus cuidados.

→ Aos professores que me acompanharam durante meu doutorado sanduíche no exterior: Jack Lannamann, John Shotter, Arlene Katz, Victoria Banyard e Melissa Deem que me enriqueceram com todo seu saber, carinho e abertura.

→ Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP pelo apoio durante minha jornada. Em especial, à secretária da pós-graduação da Enfermagem em Saúde Pública, Andréia, pelo seu constante sorriso, que convida a aproximação e tranquilidade para resolução de qualquer “pepino”; e também à Cristiane “da professora Cecília”, sempre disposta a ajudar. Gratidão especial à Professora Dra. Zezé Bistafa, meu exemplo de comprometimento social em todos os sentidos.

→ À minha família, pela graça do pertencimento. Pelo constante ninho aquecido.

→ Ao Claudio Quadarella, pela graça recebida do amor, da paciência e da parceria.

→ Aos amigos, que aliviam o fardo da disciplina que uma pesquisa requer. Minha gratidão pela preciosidade das amizades possuo. Tantos ... os antigos: Luciane, Kranya, Elke, Mera, Carla, Marina, Thomas, Edgar, Graziela, Alex, Danilo, Carina, Veri, Roberta, Luciana, Leca, Tuta, Renata, Gabriela, Melissa, Rodrigo, Lelena, Caetano, Bruno, Guilbert, Juliana, Nelci, Fabrício, Rochinha, Hamilton, Marluce... e os novos: Fábio, Paulo, Daniela, Marcio, Liz, Beto, Carol ...

Aos amigos internacionais: Paty, Mara, Gregory, Agnieska, Aicha, Isabel, Virginia, Larry, James, Sergio ...

→ Aos colegas e alunos da pós-graduação, em especial Vanessa, Giovana, Lauren, Janise, Marilu, Kátia.

→ Aos dois “grupos de estudo da Marisa”: 1 - Clarissa, Bruna, Carol, Teresa, Marcela. 2- Regina, Carminha, Clarissa, Cris. Gratidão pelo espaço “seguro” e motivador de discussões e aprendizagens.

→ Aos trabalhadores de saúde da Unidade em que desenvolvi minha pesquisa. Obrigada pela forte acolhida.

→ Aos trabalhadores da DRS III Araraquara, pelo acolhimento e oportunidade a novas possibilidades.

→ Aos membros da banca de defesa: Profa. Dra. Marisa Japur, Profa. Dra. Cecília Puntel, Profa. Dra. Silvana Mishima, Profa. Dra. Sheila McNamee, Prof. Dr. Emerson Rasesa, pela qualidade dos comentários e contribuição com as sugestões para a tese.

→ Ao CNPq, pelo apoio financeiro durante toda a pesquisa.

→ À Pró-Reitoria de Pós-Graduação da USP e à CAPES pelo apoio financeiro no estágio sanduíche doutorado no exterior.

LISTAS DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DRS – Departamento Regional de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RR – Responsabilidade Relacional

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	1
2. O processo de produção de conhecimento na ciência e sua repercussão na Saúde.....	4
2.1. A retórica científica da verdade.....	5
2.2. A crise epistemológica moderna e a ascensão da pós-modernidade..	10
2.3. A briga pela “verdade”	15
2.4. O lugar da Saúde na ciência contemporânea – uma aproximação ao contexto brasileiro.....	24
3. A ciência – A perspectiva adotada.....	30
3.1. O discurso construcionista social.....	30
3.2. O construcionismo social como teoria prática.....	41
3.3. Responsabilidade Relacional.....	43
4. A saúde – A perspectiva adotada.....	52
4.1. A Saúde Pública no Brasil pós-SUS.....	52
4.2. Atenção Primária à Saúde – a construção de concepções e práticas..	58
4.3. A Estratégia Saúde da Família.....	67
5. Integrando discursos: Construcionismo Social e a Estratégia Saúde da Família.....	73
5.1. Construindo um caminho coletivo: articulando novas possibilidades.....	73
5.2. Responsabilidade Relacional na Estratégia Saúde da Família.....	80
6. Objetivo e justificativa.....	95
7. O Percorso da Investigação.....	96
7.1. Referencial teórico-metodológico.....	96
7.2. Contexto do estudo.....	99
7.3. Exploração do campo e a escolha da intervenção.....	100
7.4. O grupo a ser estudado.....	102

7.5. Convite e consentimento informado.....	103
7. 6. Participação da pesquisadora no grupo.....	104
7.7. Procedimento de coleta de dados.....	104
7.8. Procedimento de análise de dados.....	105
8. Análise propriamente dita.....	112
8.1. Crônica do grupo de hipertensão	112
8.2. Eixos processuais.....	125
8.2.1. Distintos saberes em colaboração multiplicando sentidos ou, Do mau-hálito do filho à construção do cuidado coletivo pela saúde bucal.....	125
8.2.2. A construção da participação ou, O grupo-que-se interessa-por-opinar-sobre-o-que-acontece-na-saúde.....	140
8.2.3. Re-posicionando no grupo quem cuida e quem é cuidado - a colaboração e a busca do autocuidado.....	160
9. E a conversa continua... ..	180
10. Referências.....	187
Apêndice.....	195
Anexos.....	196

RESUMO

CAMARGO-BORGES, C. **O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas.** 2007. – 207f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

A presente pesquisa traz reflexões epistemológicas e metodológicas visando contribuir na conformação de novos saberes em saúde, no campo da Atenção Primária, problematizando a dicotomia sujeito-objeto e o discurso monovocálico do conhecimento e da verdade. Proponho uma aproximação do discurso científico pós-moderno do construcionismo social ao discurso contemporâneo da saúde no campo da Atenção Primária à Saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF). O construcionismo social tem sido descrito como teoria relacional; uma perspectiva que focaliza o caráter construído, situado e relacional do conhecimento. Aponta a riqueza da multiplicidade dos diálogos, preocupando-se com o que acontece entre as pessoas nos seus encontros e como se dá a construção de sentidos nestas relações. O discurso da ESF também tem em suas premissas o caráter relacional, contextual e construído da produção de práticas. Assim, tenho por objetivo construir possíveis articulações entre esses dois discursos, apontando fertilidades nesta articulação. O construcionismo social é proposto como ferramenta teórico-prática para contribuir com a operacionalização das premissas da ESF – integralidade, co-responsabilidade, sensibilidade ao contexto local, à multiplicidade e a diversidade dos atores sociais envolvidos. Empiricamente, trata-se da análise de um grupo de hipertensão que ocorre semanalmente em uma Unidade de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP/Brasil, utilizando o conceito de Responsabilidade Relacional (RR) como ferramenta teórico/prática, contribuindo na construção de intervenções colaborativas e co-responsáveis em saúde. Para coleta de dados utilizei os registros do prontuário do grupo; sua áudio-gravação durante o primeiro semestre de 2005; e o registro em notas de campo. A análise de dados consistiu da transcrição das conversas grupais, realização de leitura extensiva de todas as suas conversas gerando a construção de uma crônica do grupo e de eixos processuais. Os três eixos de análise selecionados focaram para aspectos conversacionais deste grupo e seu contexto relacional diferenciado. No primeiro eixo, abordou-se o grupo como um espaço para a expressão dos participantes, proporcionando a construção e negociação coletiva das necessidades de saúde; no segundo, os recortes mostraram este grupo exercendo um elo entre a unidade de saúde e a comunidade, e finalmente no terceiro, o grupo foi tomado como espaço privilegiado de acolhimento aos participantes, favorecendo conversas para ampliação de sentidos na saúde, como também sua transformação. Assim, a análise deu visibilidade a posturas de RR dentro dos processos conversacionais, promovendo diversidade e multiplicidade e favorecendo vínculo e engajamento. Desta forma, aponto a importância das práticas dialógicas na construção de relações mais colaborativas entre trabalhadores de saúde-usuários, e a RR como recurso promotor de novas possibilidades em saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Construcionismo Social; Responsabilidade Relacional; Práticas Discursivas

ABSTRACT

CAMARGO-BORGES, C. **Social Constructionism in the contexto of Family Health Program: articulating knowledges and practices.** 2007. 207f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

This research brings epistemological and methodological reflections aiming to contribute to new knowledges in Healthcare, in the field of the Primary Care, problematizing the object-subject dichotomy and the monovocal discourse of knowledge and true. I propose an approach to the post-modern scientific discourse of social constructionism with the contemporary discourse of Health in the field of Primary Care, specifically in the Family Healthcare Program (ESF). Social constructionism has been described as a relational theory, in a perspective which focus the constructed, situated and relational character of knowledge. It points to the multiplicity of dialogues, concerning to what happen among people in their encounters and how do they make meaning in these interactions. The Family Healthcare Program's discourse has also in its premises the relational, contextual and constructed character in the production of the practices Thus, the objective is to construct articulations between these two discourses, pointing to the utility of this articulation. Social constructionism is proposed as a useful theoretical-practical tool contributing to the operationalization of the premises of the Program, which include: co-responsibility, sensibility to the local context, sensibility to multiplicity and sensitivity to the diversity of the social actors involved. Empirically, it is about the analysis of a hypertension group which gathers weekly in a Family Healthcare Center placed in the city of Ribeirão Preto – SP – Brazil. The concept of Relational Responsibility is used as an analytic resource, contributing with the construction of collaborative and co-responsible interventions in health. For the data collection I used the registration of the group written in the historical record; my participation in the group and the recording during the first semester of 2005; and the group diary. The analysis consisted of the transcriptions of the group conversations and extensive readings of all the conversations transcribed. From this "close reading," a narrative of the group was created and placed upon various axes for purposes of analysis. The three axes selected for the analysis focused to the visibility of the conversational aspects in this group and its differentiated relational context. The first axis presents the group as a space for the expression of the participants, providing the collective construction and negotiation of needs in Health; the second axis documents the group creating a link between the health center and the community, and finally the third axis represents the way in which the group created a privileged welcoming space to the participants, favoring conversations that open up new meanings and understandings in healthcare and thus make possible transformation. In this way, the analysis points to the ways in which – through conversational processes – a stance of Relational Responsibility can promote the development of talk which allows diversity, multiplicity, connection and engagement. Thus, this understanding gives centrality to dialogical practices that promote more collaborative relationships between health professionals and users. Relational Responsibility is seen as a resource of new possibilities in Health.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Program; Social Constructionism; Relational Responsibility; Discursive Practices.

RESUMEN

CAMARGO BORGES, C. **Construccionismo social en el contexto de la Salud de la Familia: articulaciones del saberes e de las practicas.** 2007. – 207f. Tese doctorado – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

La presente investigación contiene reflexiones epistemológicas y metodológicas visando la contribución en la conformación de nuevos conocimientos en la salud, en el campo de la atención primaria, apuntando los problemas entre la dicotomía sujeto - objeto y el discurso monovocálico del conocimiento y de la verdad. Propongo una aproximación del discurso científico posmoderno del construccionismo social hacia el discurso contemporáneo de la salud en el campo de la Atención Primaria de la Salud, mas específicamente en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). El construccionismo social ha sido descrito como teoría relacional; una perspectiva que enfoca el carácter construido, situado y relacional del conocimiento. Apunta la riqueza de las multiplicidades de los diálogos preocupándose con los acontecimientos entre las personas en los encuentros y como se da la construcción de sentidos en estas relaciones. El discurso de la ESF también tiene en sus premisas el carácter relacional, contextual y construido de la producción de las prácticas. Así, tengo como objetivo construir posibles articulaciones entre estos dos discursos, apuntando fertilidad en estas articulaciones. El construccionismo social es propuesto como herramienta teórico-práctica interesante para contribuir con la operacionalización de las premisas de la ESF – integralidad, co-responsabilidad, sensibilidad al contexto local, a la multiplicidad y a la diversidad de actores sociales envueltos. Empíricamente se trata del análisis de un grupo de hipertensión que ocurre semanalmente en una Unidad de la Salud del Familia de Ribeirão Preto-SP/Brasil, utilizando el concepto de Responsabilidad Relacional (RR) como herramienta de análisis, contribución de la intervención cooperativa y co-responsable en la salud. Para la recogida de los datos utilicé los registros de los grupos en el prontuario del grupo; las grabaciones de audio durante el primero semestre de 2005; y el registro de las notas de campo. El análisis de los datos consistió en las transcripciones de los grupos, realización de lectura extensiva de todas sus conversaciones generando la construcción de una crónica del grupo y de ejes procesales. Los tres ejes de análisis seleccionados enfocaron la visibilidad para aspectos conversacionales de este grupo y su contexto relacional diferenciado. En el primero eje se abordó el grupo como un espacio para la expresión de los participantes, proporcionando la construcción y negociación colectiva de las necesidades de la salud; en el segundo, los recortes mostraron este grupo ejerciendo un nexo entre la unidad de la salud y la comunidad, y al final, en el tercero, el grupo fue tomado como espacio privilegiado de acogimiento a los participantes, favoreciendo conversaciones para ampliación de sentidos en la salud, como también su transformación. Así, el análisis dio visibilidad para como dentro de los procesos conversacionales, posturas de RR promueven el desarrollo de conversaciones que permiten la diversidad, la multiplicidad, promoviendo vínculo y enganchamiento. De esta forma, señalo la importancia de las prácticas de diálogos promoviendo relaciones más cooperativas entre trabajador de salud-usuarios, y la RR como recurso promotor de nuevas posibilidades en la salud.

Descriptores: Atención primaria de la salud; Programa Salud de la Familia; Construccionismo Social; Responsabilidad Relacional; Prácticas Discursivas.

1. APRESENTAÇÃO

Discussões sobre a reestruturação das práticas de saúde condizentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e que se voltem para sua sustentabilidade têm ocupado lugar de destaque no cenário brasileiro. No entanto, ainda há uma tímida produção de trabalhos que problematizem as bases teóricas e filosóficas que tradicionalmente sustentaram tais práticas.

Nesta direção, a presente pesquisa se dispõe a trazer reflexões epistemológicas e metodológicas que possam contribuir na conformação de novos saberes em Saúde. Propondo uma aproximação do discurso construcionista social à Saúde, houve o esforço de contribuir com a legitimação e sustentação dessa nova lógica que tem sido proposta para o SUS, composta por saberes e práticas que se propõem mais integrais, articulados, interativos e contextuais.

Em consonância com o referencial adotado, esta pesquisa não se apresenta como a revelação de uma nova verdade, mas sim como um convite a partilhar de uma lógica desenvolvida dentro de um particular modo de compreensão da produção de conhecimento. Convida à ampliação das possibilidades de entendimento e ação e também à multiplicidade de olhares sobre a Saúde.

Esta tese teve o desafio de articular diferentes áreas que me instigavam e na qual eu estava envolvida, mas que inicialmente estavam unidas apenas no mundo das minhas idéias. O desejo de articular estes saberes e operacionalizar a criação de um espaço possível para sua concretude me fez seguir este caminho.

Meu percurso na Psicologia, trabalhando com grupos em diferentes comunidades, posteriormente o mestrado abordando uma perspectiva pós-moderna e também minha inserção na Estratégia Saúde da Família me levaram a refletir

questões consideradas relevantes a cada uma dessas áreas e que articuladas poderiam fortalecer e contribuir com práticas mais dialógicas na Saúde Pública.

O doutorado na Saúde Pública, tendo uma orientadora com outra formação, enfermagem, me permitiu maior compreensão da forma como o sistema de saúde está organizado e também foi me capacitando à interdisciplinaridade. O estágio doutorado-sanduíche nos Estados Unidos, vinculado ao Departamento de Comunicação da Universidade de New Hampshire fortaleceu ainda mais este desejo de integrar diferentes disciplinas para a construção da minha pesquisa.

Portanto, primeiramente, no capítulo 2, apresento nuances do processo de produção de conhecimento na ciência e sua implicação na Saúde, contextualizando-as como retóricas legitimadas decorrentes de um percurso historicamente situado, como disciplinas e práticas que se articulam no tempo. A forma como Ciência e Saúde estão articuladas no passado e hoje, não se trata, segundo a perspectiva aqui adotada, de um evolucionismo ou de um aperfeiçoamento da verdade, mas de uma questão de circunstâncias que se entrelaçam legitimando um Saber, que é sempre dinâmico. O objetivo, neste capítulo, não é manter as dicotomias apresentadas ou propor consensos. A apresentação das idéias não ignora a complexidade e extensividade da questão abordada, mas, nesse momento, tem o objetivo retórico de dar reconhecimento e visibilidade ao debate existente, justificando o posicionamento teórico e as escolhas defendidas nesta pesquisa como também localizadas num dado contexto.

Posteriormente, no capítulo 3, apresento a perspectiva teórica da pesquisa, o construcionismo social, seus pressupostos e o conceito de Responsabilidade Relacional que irá posteriormente ser apresentada como ferramenta teórico/prática útil para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na seqüência, no capítulo 4, contextualizo a Saúde Pública no Brasil pós-SUS e suas políticas públicas atuais, dentre elas, a Estratégia Saúde da Família. A Estratégia está embasada na perspectiva de investimento na Atenção Primária à Saúde, assim como na estruturação de um modelo de atenção voltado à integralidade e à qualidade da assistência prestada, contribuindo também para a reorganização do sistema de saúde e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (OPS, 2003).

No capítulo 5, discuto algumas articulações possíveis entre esta perspectiva teórica adotada e a perspectiva da Estratégia Saúde da Família, de forma a convergirem em possibilidades de entendimento e de produção de novos conhecimentos.

A partir daí, apresento o objetivo da pesquisa e todo o seu percurso metodológico para a parte empírica, desdobrando na análise propriamente dita e nas considerações finais.

Dentro do referencial teórico/metodológico aqui adotado, meu trabalho enquanto pesquisadora foi gerar uma articulação retórica entre o construcionismo social e a Estratégia Saúde da Família e também, por meio de uma prática dialógica, dar visibilidade ao processo conversacional como potente na construção da Responsabilidade Relacional.

A repercussão deste trabalho assim como a sua utilidade e possível contribuição ao campo, de acordo com a perspectiva construcionista social, serão decorrentes da sua possibilidade de gerar outras conversações, outros debates e não pela descoberta “*per-se*” de uma verdade descontextualizada e ahistórica, que passe a substituir antigos saberes.

2. O processo de produção de conhecimento na ciência e sua repercussão na Saúde

Esta pesquisa, aqui se inicia, com dois objetivos propostos. O primeiro deles é fazer uma interlocução teórica de dois Discursos: o do Construcionismo Social e o da Atenção Primária à Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família, apostando na fertilidade desta articulação para a produção de uma epistemologia mais relacional na área da Saúde. Assim, os primeiros capítulos têm o esforço de constituir a retórica do meu argumento. Apresento a construção histórica da cientificidade para dar contexto e espaço para o discurso construcionista social em sua perspectiva relacional. Então, apresento o sistema de saúde brasileiro com seus princípios e diretrizes, na perspectiva da ESF sustentada pela Atenção Primária à Saúde. Em seguida, componho a articulação teórica do meu argumento, que é construir pontes que interliguem estes Discursos, trazendo uma inteligibilidade possível, contribuindo para o fortalecimento da atenção integral à saúde e a sustentação de práticas mais dialógicas.

Dado este primeiro objetivo, de articulação teórica, proponho um segundo, empírico, que trata de uma tentativa de experimentar a “fertilidade” desta articulação na prática. Utilizo o conceito teórico/prático da Responsabilidade Relacional para produzir novos sentidos acerca de uma prática que já ocorre na ESF e é tida como bem sucedida. Analisando processos conversacionais, aponto como determinadas posturas, atentas ao processo de se relacionar, favorecem a construção da Responsabilidade Relacional em ação.

2.1. A retórica da verdade científica

Desde a era moderna, a ciência tem sido o recurso principal no desenvolvimento de sistemas naturais e sociais, sua manutenção e alteração no tempo. Antes disso, temos o que Shaver (2005) chama de “pré-modernidade”, caracterizada como um longo estágio da história em que predominava a magia e o mito na produção de conhecimento sobre as coisas e o mundo. O poder de dar sentido a esses sistemas estava basicamente vinculado à instituição religiosa. Fé e razão eram inseparáveis e a validação dos fatos como algo verdadeiro não exigia comprovação, percorrendo gerações sem que alguém questionasse ou exigisse uma prova de validade (SHAWER, 2005).

Algumas mudanças neste contexto foram abalando a retórica da verdade pré-moderna. Entre elas, o aumento das escolas e a invenção da imprensa, que foram ampliando o número de pessoas capazes de ler, escrever e disseminar suas idéias. Idéias estas inspiradas em como desenvolver um mundo melhor, mais igualitário e justo, atribuindo este poder transformativo muito mais ao Homem do que ao Divino (SHAWER, 2005).

O Iluminismo foi o marco de transição, do início da modernidade, da idéia de desenvolvimento e de progresso prometendo o fim dos horrores vividos pela humanidade, tais como a fome e a peste. Fé e razão passam a ter conotações completamente diferentes.

A razão humana foi definitivamente instituída como desveladora dos mistérios do mundo, rejeitando assim as tradições como símbolo legítimo do compromisso para com a verdade e tendo agora a ciência como instrumento de validação. Através do uso da razão, o Homem tornou-se livre dos desígnios metafísicos e passou a ser dono de si e da ciência. Temos assim, o nascimento

do indivíduo racional, do modernismo e da sustentação da ciência moderna (STURKEN; CARTWRIGHT, 2001).

A revolução iluminista acionou um grande desenvolvimento em diversas áreas tais como a educação, o trabalho e a saúde, todas elas submetidas ao estudo científico. Desde então, a ciência passou a ter o status de uma disciplina capaz de promover o progresso através da investigação, alcançando a verdade universal e absoluta das coisas (MCNAMEE, 1996).

Na Saúde não foi diferente. O processo saúde/doença, que possuía anteriormente um caráter mágico/religioso, simbólico e misterioso, com conotações de castigo, punição, ou mesmo purificação e entrelaçado à vontade divina, passa a ser produto humano e por isso passível de investigação científica (SCLIAR, 1996). A ciência moderna transforma o indivíduo num corpo biológico, objeto de estudo e investigação. As questões de saúde/doença vão ser agora analisadas por um método científico e, posteriormente categorizadas, perdendo seu caráter místico e adquirindo a qualidade do mundo natural.

Neste contexto, teve enorme influência na área da Saúde o Método de Descartes. Seu Método foi desenvolvido na efervescência da Renascença, num tempo de dúvidas e incertezas que vinham abalando a retórica das antigas crenças, as quais embasavam as autoridades da Igreja e do Estado. Descartes transformou a dúvida em método, propondo a reconquista da verdade por meio deste seu Método, que foi amplamente propagado no Iluminismo demarcando toda a revolução científica. Desta forma, restabeleceram-se certezas com a legitimação de um saber autorizado a discernir o verdadeiro do falso (KOYRÉ, 1986).

Segundo Descartes (2006), são a clareza e a nitidez do pensamento as chaves reveladoras da verdade. No entanto, para alcançar tal clareza é necessário nos

afastarmos de nosso mundo habitual e cultural, excluindo tudo o que nele se inclui, para atingir o estado mais puro do real que, segundo o autor, funciona como a perfeição de um relógio. Para que esta compreensão aconteça, a razão humana deve ser a principal aliada, sendo esta a única fórmula para a libertação do erro. Baseado nessas premissas e pressupostos, Descartes (2006) criou e desenvolveu seu Método, denominando-o como um caminho capaz de conduzir à verdade.

O campo da Saúde, então, foi então adquirindo status científico, passando a seguir os desígnios modernos. O furor e a empolgação decorrentes das rápidas mudanças tecnológicas da modernidade foram também sendo acompanhados neste campo. A descoberta das bactérias, gerando a invenção das vacinas e da pasteurização, assim como o desenvolvimento de métodos assépticos na medicina, são apenas alguns exemplos das conquistas científicas da modernidade (SCLAR, 1996).

O modelo de saúde/doença, agora biomédico, centrado no corpo biológico, trocou a cura pela fé por procedimentos científicos. A expansão da prática da anatomia, anteriormente proibida pela Igreja, também contribuiu enormemente na alteração da visão de enfermidade, agora compreendida como disfunção, ou seja, uma alteração de alguma estrutura anatômica ou fisiológica.

O Homem foi transformado em uma máquina, sendo os órgãos suas peças componentes. A função do médico, então, seria a reparação de algum enguiço nesta máquina (CAPRA, 1982).

Por muito tempo, dúvidas e incertezas foram transformadas em investigação científica e explicadas pela razão. No entanto, no movimento contínuo de produção da vida social, do homem, do conhecimento, passa-se a discutir e problematizar o estatuto de verdade absoluta que a ciência sempre clamou para si. Em desacordo com verdades oficiais que ditam sobre o funcionamento do mundo, movimentos passam a trazer a intenção da abertura à alteridade e à multiplicidade, não concordando mais com uma unidade autoritária do modo de

entender e funcionar a sociedade (SEVCENKO, 1995). Segundo Sevcenko (1995), há um desencanto com o projeto modernista que, apesar de suas promessas de evolução e progresso, resultou em guerras e destruições.

Após este longo período de ascensão e poder inquestionável da ciência moderna, alguns estudos voltam a trazer dúvidas e questionamentos sobre tais verdades universais, localizando a produção de conhecimento como um complexo processo social. Assim, sistemas explicativos passam a ser construídos no esforço de explicitar a retórica da verdade na ciência (LATOURE, 2001; SHOTTER, 1993; MCNAMEE, 2007; GERGEN, 1997). Estes autores discutem o senso da verdade como uma retórica produzida pelo método científico.

McNamee (2007) aponta a legitimação das narrativas de verdade vigente como resultado de uma sucessão de ações contínuas que se coordenam no tempo e vão gerando o senso de verdade. A autora empenha-se em desdobrar e clarificar este processo para sua visibilidade e compreensão. O primeiro passo se dá com a coordenação de determinadas atividades em uma comunidade específica que, no decorrer do tempo passam a gerar alguns padrões de ação, de interação e de entendimento entre as pessoas. Após tais padrões estarem bem estabelecidos, as atividades tornam-se tradições e passam a representar um valor importante naquela comunidade. No decorrer de um período de exercício contínuo dessa tradição e disseminação desse valor, tal ação, que se iniciou como uma atividade coordenada entre as pessoas, passa ao status de verdade, sendo muitas vezes, com o decorrer do tempo, esquecida e desvinculada do seu processo de construção.

Segundo Gergen (1997), a retórica da verdade se dá por processos sociais linguisticamente sustentados a partir da elaboração de uma narrativa bem

formada, legitimando sua construção discursiva. Define narrativa como recursos conversacionais cultural e historicamente situados, que se estabelecem nos consensos sociais e nas interações entre as pessoas. As estruturas narrativas e suas convenções, segundo o autor, são formadoras e organizadoras do senso de coerência e direção em nossas vidas. São tais narrativas que sustentam nosso senso do que é verdadeiro, do que é bom e do que é ruim e, conseqüentemente nossas ações no mundo. As convenções organizam nossas conversas e nos direcionam para um caminho ou outro. Mais do que isso, tais direcionamentos vão construindo todo nosso senso de realidade e identidade. Dessa maneira, a forma como as narrativas vão se estruturando, vai trazendo os sentidos nas relações entre os interlocutores, conformando e sustentando uma realidade determinada, seja ela uma poesia, um milagre ou uma ciência.

Para o autor (GERGEN, 1997), uma narrativa bem formada deve estar fundamentada nos padrões estruturais vigentes de uma sociedade, sendo assim legitimada e considerada verídica.

Tratando especificamente da retórica científica, esta narrativa passa por uma construção bastante peculiar, apresentada por Cooperrider e Srivastva (1990) em cinco principais padrões que conformam, segundo os autores, uma narrativa bem sustentada da verdade científica: (1) Proposição e estabelecimento de um quadro conceitual que permita dar forma e estrutura para o pensamento e a ação a serem desenvolvidos; (2) Provisão de um sistema lógico e explicativo para cada ação que dê suporte ao padrão de raciocínio estabelecido no item (1); (3) Transmissão de um sistema de valores que possa ser seguido ideologicamente por um grupo; (4) Criação de uma linguagem comum entre um grupo, desenvolvendo uma teoria específica. Este grupo deve compartilhar esta mesma linguagem construída que,

com o tempo, irá criar um poder retórico, estabelecendo um padrão específico de funcionamento, criando possibilidades de entendimento e consensos; (5) Extensão da visão de possibilidade e de restrição no conhecimento. A forma da ciência de estudar um objeto e de reportá-lo retoricamente tem o poder de ampliar ou de restringir as possibilidades de acessar um conhecimento.

Assim, segundo Cooperrider e Srivastva (1990), estes cinco padrões vão criando uma retórica específica com parâmetros próprios de articulação, promovendo o senso de verdade na ciência. Deste modo, pesquisadores munidos dessa retórica, detêm o poder da verdade.

A ciência moderna, com seus métodos de investigação, predição e controle, clama para si o estatuto da verdade ontológica, porém, segundo os autores acima citados, esta sustentação não se dá pela ciência ser um reflexo da realidade mas sim por se constituir e se manter como uma retórica específica que é legitimada socialmente como detentora deste poder.

2.2. A crise epistemológica moderna e a ascensão da pós-modernidade

Um momento de transição acontece porque há espaço e contexto para ele. No decorrer da História, informações de diferentes ordens vão sendo inseridas, fragilizando a tradição vigente e assim dando espaço para a construção de outras inteligibilidades. Há todo um processo de inserção de novas idéias e práticas que faz com que uma mudança epistemológica ocorra. Assim como Descartes na crise da Renascença, desenvolve seu método como um sistema eficaz para uma nova epistemologia, a pós-modernidade caracteriza-se como uma crise da modernidade, passando a questionar suas verdades.

Hall (1992) aponta cinco principais movimentos ou idéias que impactaram e desestabilizaram a identidade tradicional cientificista moderna e que foram, aos

poucos, abrindo espaço para outros entendimentos e, principalmente, para o pensamento pós-moderno. O chamado marxismo tardio seria um deles, caracterizado pela releitura do pensamento marxista na década de 60. Segundo esta teoria, as condições sociais e históricas determinam o Homem e criam sua identidade no mundo. Desta forma, rompe com a teoria do indivíduo autônomo e livre, capaz de tudo com sua razão, com sua essência universal que o faz livre. A teoria marxista desafia a idéia da livre escolha individual e coloca o ser humano como dependente de sua condição social e histórica no mundo.

O segundo impacto que Hall (1992) aponta seria o advento da psicanálise de Freud. Os estudos de Freud sobre o inconsciente e sobre a formação do self a partir das relações com outros, principalmente nas primeiras relações familiares, mudou completamente a noção de racionalidade e de uma identidade fixa e imutável. Freud, ao contrário, descreveu o ser humano como irracional, no sentido de não ter controle sobre todos seus atos e muitas vezes agir sob comando de seu inconsciente e também por ser influenciado pelos seus relacionamentos.

Outro desafio para a modernidade foi o aparecimento dos estudos lingüísticos. Hall (1992) cita o lingüista Ferdinand Saussure. Saussure toma a linguagem como social e mutável e apesar da sua tendência em se estabilizar, seus sentidos são instáveis e estão em constante mudança. Segundo este autor, o sistema lingüístico não existe para se referir aos objetos, mas sim para criá-los. Estas idéias acabam por romper com o conceito de linguagem como reflexo da realidade. Se, segundo Saussure, a linguagem não representa a realidade, mas a constrói, a idéia moderna da busca da verdade última fica comprometida, já que não há uma forma de representar a realidade através da linguagem, mas sim de construí-la e reconstruí-la.

O quarto impacto, segundo Hall, decorre da produção filosófica do francês Michel Foucault. Trazendo para reflexão e debate o discurso do poder disciplinar da modernidade, Foucault descreve como, no cotidiano, as pessoas são submetidas a imperceptíveis comandos de ordem e, sem perceberem, obedecem a pequenas regras tornando-se passivas e sob o controle do “status quo”. Com isso, Foucault põe em cheque a noção de liberdade do homem moderno. A discussão de Foucault também inclui o sistema de saúde como disciplinador. Aponta a medicina moderna higienista como poderoso mecanismo de controle social.

O quinto e último impacto que Hall (1992) sublinha é o movimento feminista da década de 60. Este movimento revelou como o poder dominante, o “masculino”, foi construindo toda nossa noção de realidade na modernidade. As feministas desconstroem estes sentidos mostrando o papel social e ideológico na geração da realidade vigente.

Estes cinco impactos discutidos por Hall (1992), mais o movimento da globalização, deslocaram a modernidade da sua hegemonia oferecendo espaços para a mudança.

O discurso hegemônico da modernidade, que enfatiza o ser humano dotado de um sistema racional e cognitivo, que o liberta e o capacita a conhecer o mundo objetivamente, sendo a ciência o sistema privilegiado de acesso a essas verdades universais, vai perdendo seu lugar inquestionável, dando espaço para outros discursos. O império científico moderno, então, é problematizado por diversos movimentos chamados de pós-modernos, rompendo com a dicotomia sujeito-objeto e apontando a impossibilidade, neste novo contexto, de um discurso monovocálico do conhecimento e da verdade.

Gergen (1999) se refere ao pós-modernismo como uma condição cultural particularmente caracterizada por uma economia pós-industrial, globalizada, informatizada, transbordando informação por todos os lados e em todos os lugares. Todas essas características, segundo Gergen (1999), transformaram a vida cotidiana, trazendo um senso de rápida transformação, de fragmentação e de quebra dos valores tradicionais e do self imutável.

Essas mudanças apontadas foram gerando uma crise no sistema explicativo da ciência moderna, e os discursos da racionalidade, da objetividade e da verdade universal tornaram-se objetos de questionamento. Dessa forma, as pesquisas passam a ser problematizadas na lógica com que vinham sendo desenvolvidas, já apontando para uma nova retórica na ciência.

As críticas que foram sendo formuladas neste questionamento são apontadas por Gergen (1997), agrupando-se em três principais:

1. Crítica ideológica: esta crítica questiona a neutralidade científica do pesquisador e de seus trabalhos. O fazer neutro preconizado na ciência para o alcance da verdade é problematizado, levando em conta que toda afirmação é provida de propósitos ideológicos, morais e políticos. Conseqüentemente, o estatuto da verdade universal almejado pela ciência é posto em cheque.

2. Crítica literária-retórica: é a crítica à verdade científica como algo dado e estabelecido a partir de uma linguagem reveladora dessa verdade. A noção de que a linguagem seja representacional, apresentando o mundo tal como ele é, é problematizada. De acordo com esta crítica, a linguagem não revela a verdade, mas a constrói, produzindo uma retórica legitimada socialmente. Desta forma, o objeto científico perde seu caráter ontológico sendo compreendido como uma estrutura retórica pela qual sistemas explicativos são criados.

3. Crítica social: critica a noção de conhecimento e de pesquisa como processos ahistóricos e transcendentais, já que todo pesquisador está inserido num tempo, num contexto e com um arsenal lingüístico disponível referente às suas relações estabelecidas. Situado cultural e historicamente, o pesquisador utiliza destes repertórios na forma como organiza e produz ciência.

Assim, o movimento pós-moderno na ciência vai gerando seus contornos e apontando para a necessidade de outros pressupostos e premissas que possam sustentar a importância da construção de sentidos e sua valorização na produção do cotidiano social. Também assinala a carência de métodos que valorizem e considerem a questão da linguagem para além do âmbito da sintaxe e da semântica, assim como o senso comum como produtor ativo das realidades sociais (SPINK, 1999).

Todas essas críticas e problematizações voltadas para o campo da ciência moderna acabam por desestabilizar seus pressupostos e permitir a entrada de outras formas de inteligibilidade. O campo científico passa, então, a conviver com uma polissemia de entendimentos sobre o fazer ciência.

Segundo Morin (1994), a concepção da clareza e da nitidez das idéias como sinal de sua verdade se rompe dando lugar à complexidade, à multiplicidade, à ambigüidade e, muitas vezes, até à confusão das idéias, formando sistemas explicativos, significando o fim das demarcações absolutas na ciência.

A medicina moderna, articulada sob o legado científico, também sofre a repercussão dessas problematizações, sendo questionada em sua autonomia e independência com o mundo que a circunda, sofrendo também um processo de transformação de seus conhecimentos e de suas práticas.

Diversas correntes pós-modernas, principalmente dentro das ciências sociais e da filosofia, passam a discutir o caráter social da doença, transformando a tradicional explicação de causa e efeito e o dualismo sujeito-objeto em relações mais complexificadas, levando em conta todo o processo subjetivo e singular de adoecimento e cura. Assim, as questões de saúde/doença não estão mais vinculadas somente à fisiologia e à genética, mas às relações sociais, econômicas e ambientais, levando-se em conta como as pessoas, tanto pacientes como trabalhadores de saúde, experimentam este fenômeno na vida cotidiana (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004;.CAPRA 1982; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; MINAYO, 1988).

2.3. A briga pela verdade

Como visto, contemporaneamente, nossa sociedade passa por novos momentos de transição, um período em que uma multiplicidade de discursos estão disponíveis e circulam em torno do mesmo cenário, se misturando, contradizendo, atacando mas também negociando entendimentos entre si (STURKEN; CARTWRIGHT, 2001).

A ciência também compartilha deste movimento, tendo os cientistas cada vez mais que se esforçar na busca de definições que os localizem dentro de seus paradigmas, na explicitação de qual ciência se está falando ao propor um estudo.

Segundo Kuhn (2003), a ciência é uma atividade que sempre clamou para si o status de detentora do saber. Quando se encontra na fase de “ciência normal”, assim nomeada pelo autor, é desenvolvida sem o esforço e a necessidade de ter que justificar sua posição epistemológica, já que está subentendida a sua superioridade explicativa dos fenômenos estudados. O discurso crítico epistemológico só ganha espaço na ciência, segundo Kuhn (2003), nos momentos de crise, em que as bases

paradigmáticas de um saber estão sob contestação. Nesses momentos, desaparecem os campos unitários de investigação, dando espaço para o que chama de “pesquisa extraordinária”. São essas “pesquisas extraordinárias” que geram uma “revolução” germinando a vinda de uma “nova ciência normal”.

Os estudos de Kuhn (2003) tentam explicar as grandes transformações pela qual tem passado o conhecimento científico, fazendo uma análise de como tem sido historicamente construída a cientificidade, deslocando assim o paradigma científico do status representacional de verdade para um processo de construção consensual. O autor desenvolveu o conceito de matriz paradigmática: para o estabelecimento de um paradigma é necessário um conjunto de axiomas universalmente reconhecidos em uma disciplina. Esta disciplina alcançará o patamar de ciência se todos seus problemas e questões se tornarem consensuais entre um grupo e unificados. Assim, a consolidação de um paradigma se dá por acordos universalmente reconhecidos por uma comunidade científica que fornece problemas e soluções consensuais sobre uma mesma questão.

A mudança de paradigma, segundo Kuhn (2003), ocorre no momento em que, após a “revolução” trazida pelas “pesquisas extraordinárias”, a “ciência normal” vai perdendo sua força irrestrita, abrindo-se para outros discursos. Isto daria espaço para a crise do paradigma e para a ascensão de um novo modelo. A competição entre segmentos científicos é, então, o que vai marcando o processo de rejeição e aceitação de um novo modelo teórico, e não critérios lógico/empíricos ou fatores intrínsecos à razão científica.

Deslocando esta explicação para nossa atualidade, vemos uma diversidade de discursos criando tensões, divisões e também agrupamentos entre autores que se identificam e defendem certa forma de produção de conhecimento. Vão

gerando, assim, novos entendimentos epistemológicos que disputam um lugar privilegiado de saber.

Em meio a esses novos discursos críticos epistemológicos, duas categorias emergiram como importante divisor de águas entre teóricos, com corpos de conhecimento embasados em concepções bastante diversas. Entre realistas e relativistas¹, a produção de novos discursos causa inquietação na Ciência e também na Saúde. Sem pretender fazer uma análise exaustiva dessas duas correntes epistemológicas, que podem ir se desdobrando em muitas outras, apenas uma breve caracterização será dada.

Na categoria realistas se reconhecem os teóricos associados ao chamado modernismo, positivismo, racionalismo e empiricismo. Praticam a ciência considerada neutra, com a proposta de produção de conhecimento generalizável, buscando regularidades na forma e aproximação máxima da natureza do mundo e de como as coisas realmente são. Nesta perspectiva, são as estruturas da natureza que produzem nosso mundo e, portanto, entendendo tais estruturas é possível seu controle, predição e generalização. O papel da ciência seria então identificar essa essência das coisas, diferenciando através de um método o que é correto do que é incorreto objetivando promover a evolução do nosso mundo (BURR, 1998).

Na categoria relativistas estão os teóricos vinculados ao movimento pós-moderno, nomeados de construcionistas, construtivistas, pragmatistas, desconstrucionistas, interpretivistas, subjetivistas, entre outros. Tais teóricos identificam-se pela crítica da noção de natureza como objeto privilegiado de acesso ao mundo, não compartilhando da idéia de um método neutro que gere

¹ Alguns autores adotaram esta categorização para dar visibilidade às diferenças epistemológicas de base entre teorias. Dentre eles Edwards, Ashmore and Potter (1995) e Parker (1998).

uma ciência absoluta, mas sim estando esta envolta por ideologias e propósitos. Numa relação de oposição aos realistas, colocam o mundo social no primeiro patamar, tomando-o como produtor das estruturas que são tidas como verdadeiras (BURR, 1998; POTTER, 1998).

Assim, num momento em que as bases epistemológicas estão em risco, os autores se empenham em justificar e legitimar suas escolhas, seus posicionamentos e seus grupos, num esforço em validar a pertinência epistemológica de seus discursos, muitas vezes num movimento de contestação dos outros disponíveis.

Ratner (2006), que se autodenomina um realista crítico, compartilha da crença pela busca a uma realidade última, porém, segundo o próprio autor, não de uma forma ingênua. Acredita que o movimento de desistência por alguns teóricos da busca pela verdade permite a criação de proposições infundadas sobre o mundo. A aceitação de diferentes versões de realidade, a serem criadas pelas pessoas, grupos e comunidades como propõem certos teóricos ditos relativistas, segundo Ratner (2006) abre espaço para crenças baseadas em ignorância e preconceitos. Entre essas crenças infundadas, o autor oferece alguns exemplos objetivando chamar a atenção do leitor para o que a deturpação de uma realidade pode trazer. Cita, então, a crença compartilhada por grupos religiosos de que Maria, mãe de Jesus, era uma virgem, dizendo da tentativa puritana que a religião busca com essa afirmação; também menciona a declaração feita por alguns países de que o Iraque teria armas de destruição em massa, incentivando com isso a permanência de uma guerra, etc.

Para Ratner (2006), a postura adotada pelos relativistas de não julgar uma verdade local, por esta possuir sua própria lógica ou mesmo a defesa dos teóricos relativistas de que as pessoas mantenham suas próprias crenças, mesmo que

provado cientificamente sua improcedência, seria uma forma de cultismo e dogmatismo. O autor acredita que o verdadeiro conhecimento existe e é dever da ciência a investigação e comprovação deste. Entre seus exemplos de defesa desta ciência cita o homem na lua, a cura de doenças antes incuráveis, a invenção da energia elétrica que transformou o mundo, tentando com isso mostrar que muitos dogmatismos foram derrubados graças ao trabalho científico efetivo e que, sem ele, não somos capazes de corrigir os erros no mundo.

Ainda na defesa de uma ciência realista, para Ratner (2006) questões realmente importantes não tem sustentação no relativismo. Sugere, como exemplo, a busca por cuidados em caso de doença. Aponta que a busca por um tratamento em saúde sempre se dá por um médico “real” seja o paciente realista ou relativista. Para o autor, nenhum relativista aceitaria um médico que relativizasse um diagnóstico ou um remédio para alcançar a cura de uma doença.

No quadro argumentativo dos relativistas, Gergen (1997) utiliza-se do mesmo exemplo - a busca por tratamento em casos de doença para justificar seu posicionamento. O autor (GERGEN, 1997) traz o argumento da verdade em contexto. Chamando pela contextualidade do que tomamos como real e bom, concorda com Ratner (2006) ao afirmar que entre um xamã e um médico, sem dúvida alguma ele procuraria por um médico em caso de doença. Porém, atribui a sua escolha não à superioridade médica perante a de um xamã, mas à superioridade cultural. Para Gergen (1997), estando ele inserido em uma cultura ocidental, de valorização científica, suas crenças estão imersas nesses valores, não se separando deste conjunto. Assim, seu senso de verdade está associado ao médico e não a um xamã. Já um índio, com seus aprendizados todos vinculados à cultura da magia, dos espíritos, escolheria sem dúvida alguma um

xamã e o desdobramento deste tratamento, seja lá qual fosse (atingindo a cura ou não), seria legitimado como o verdadeiro e o mais adequado dentro daquele contexto. O autor (GERGEN, 1997) aponta para a impossibilidade de um julgamento fora do contexto em que estamos, apontando a força e o peso que as crenças e os valores adquirem ao serem legitimados como verdades locais.

Na tentativa de compreender a contextualidade da verdade e a busca por cuidados em saúde, Mendes-Gonçalves (1992), em seu estudo sobre processo de trabalho em saúde, discute o conceito de necessidade, investigando o processo saúde-doença em sua historicidade e socialidade. Utilizando da mesma força de argumento entre ciência e xamanismo, Mendes-Gonçalves (1992) aponta as diferenças de necessidades em saúde apresentadas nas diferentes culturas. Na cultura xamanista, segundo o autor, a necessidade em saúde se constrói não pela noção de doença mas sim de “mal”, o que irá organizar todo o processo de trabalho em saúde. A necessidade de saúde, neste caso, é reintegrar o homem no seu espaço para que se liberte dos seus males. O autor desloca o conceito de necessidade como revelador de uma intervenção a ser aplicada para compreendê-la dentro de um processo de saúde-doença, localizada em uma determinada cultura, num dado momento histórico e só podendo ser compreendida a partir daí. Ainda, considera que um médico não só seria incapaz de tratar um membro da cultura xamanista como poderia trazer uma desagregação social e até a morte física de seus membros.

Potter (1998), autor que se considera um teórico relativista, discute a improdutividade da forma como as críticas realistas são endereçadas à postura relativista. Acredita que a mais tensa delas, porém, no seu ponto de vista infundada, seria a crítica do “vale tudo” ou do “tudo pode” (anything goes). A avaliação dos

teóricos realistas diante da postura relativista de não tratar a verdade como única, neutra e absoluta é tomada como geradora de uma conduta irresponsável e apolítica em que tudo vale. Segundo realistas, não havendo a crença de uma referência de como as coisas deveriam ser, o julgamento ficaria impossibilitado, criando uma passividade social e inclusive, tornando a ciência irrelevante, já que não há teorias a serem descobertas, pois tudo se trata de uma construção social.

Segundo Potter (1998), essa argumentação é uma noção erroneamente produzida pelos realistas e não procede entre os relativistas. Viver num mundo construído por sentidos na linguagem não significa que “vale tudo”. Não significa que não seja possível ou não se deva produzir sentidos de verdade sobre este mundo. O autor (POTTER, 1998) toma a ciência como ferramenta importante na organização e debate dos conhecimentos da nossa sociedade, dizendo da reflexividade como recurso crítico importante para compreensão e avaliação dos discursos disponíveis, estando constantemente em diálogo com eles, expressando e exercitando pontos de vista para a manutenção de uma postura crítica sobre o mundo. Potter (1998) ainda diz que os relativistas não deveriam evitar o discurso do real, pois o realismo pode muitas vezes ser uma boa história a ser contada.

Wolin (2004), autor realista, alerta seus leitores para o perigo desse discurso relativista, em suas próprias palavras, “glamouroso”. Classifica como “glamouroso” por aludir à liberdade de pensamento, à reflexividade e ao incentivo em romper com a tradição científica. Como argumento ao perigo, faz uma correlação de alguns autores relativistas com o pensamento fascista. Para justificar tal correlação traz alguns filósofos europeus como Jung, Heidegger, Gadamer, Bataille associando suas idéias pós-modernas com suas afiliações e simpatia ao fascismo da época. Assim, alerta os leitores para estarem atentos ao

que denomina “movimento relativista americano atual”, para as consequências desastrosas que este pensamento pode trazer à ciência e a sociedade.

Rorty (2004) – teórico relativista – rebate textualmente as idéias de Wolin (2004) escrevendo um ensaio para a revista *The Nation* em resposta às críticas. Inicia dizendo que todo discurso filosófico anti-fundacionalista é sempre acompanhado por alguns livros de não-filósofos denunciando o perigo e a ameaça que tal movimento pode trazer. Classifica o livro de Wolin (2004) como mais um deles, descrevendo-o como apresentando idéias simplistas e ingênuas de verdade e suas relações de correspondência. Rorty (2004) ainda ironiza tais idéias dizendo que qualquer aluno de filosofia sabe da complexidade da relação de correspondência. No entanto, elogia o livro como sendo de boa qualidade por apontar as incongruências entre as doutrinas de certos filósofos e seus maus comportamentos.

Collier (1998), que compartilha das idéias do realismo crítico, faz uma proposta aproximativa destes dois posicionamentos epistemológicos. Enfatiza por um lado, a importância em dar atenção à particularidade das situações sem a pretensão da neutralidade do pesquisador em sua aproximação com a pesquisa, levando também em conta a ideologia presente entre grupos de pesquisadores. Por outro lado, enfatiza que uma boa metodologia pode produzir uma teoria melhor organizada para a prática, sendo assim capaz de atingir a realidade. O autor coloca a parte empírica da pesquisa como objeto privilegiado para o alcance da verdade.

Edwards, Ashmore e Potter (1995), na tentativa de amenizar o distanciamento e as divergências entre esses autores, discutem o “dilema relativista” e o “dilema realista” dando visibilidade aos paradoxos que esses discursos apresentam que acabam por aproximá-los sem que os próprios teóricos identifiquem.

O “dilema realista”, para os autores (EDWARDS; ASHMORE; POTTER, 1995), diz da apropriação do discurso pelos realistas como desvelador da verdade pura, sendo que o próprio argumento já se trata de um artifício retórico. Portanto, qualquer tentativa de endereçamento ao real está afirmado sob um discurso e, portanto carrega um sentido construído sobre tais objetos. Trata-se de um dilema por não haver outra forma de se reportar aos objetos que não o discurso. Mesmo argumentos considerados “fortes”² por parecerem verdades transcendentais para além da construção/desconstrução e por possuir existência independente de qualquer descrição particular, segundo os autores, não estão fora do campo dos sentidos. O argumento de Edwards, Ashmore e Potter (1995) é que, mesmo chutando uma pedra ou batendo em uma mesa, uma ação com sentido está acontecendo, pois não é somente em palavras que produzimos sentido. Qualquer realidade bruta é semioticamente mediada e comunicada. Mesmo o endereçamento feito pelos realistas das mesas, cadeiras, pedras como objetos reais que clamam contra o relativismo, nestes discursos já há um sentido construído sobre tais objetos.

O que os autores tentam apresentar neste caso, é que esses argumentos não são uma demonstração de uma realidade dada por sua natureza, mas sim um longo trabalho de consensos e legitimação de uma certa forma de entender a realidade.

Para Edwards, Ashmore e Potter (1995), o cientista, dentro da perspectiva realista, ao afirmar uma realidade está ao mesmo tempo selecionando alguns tipos de descrição, inserindo algumas escolhas discursivas e excluindo outras. No entanto, esta descrição será posteriormente ignorada, passando a ser descrita e simplesmente tratada como algo que é e sempre foi. Nas pesquisas empíricas, o

² Edwards, Ashmore e Potter (1995) referem a este adjetivo como dizendo de objetos difíceis de negar sua realidade pura.

objeto de análise é despidido de suas categorias semânticas através do método científico e colocado como um representante idealizado e real de conhecimento. Para os autores (EDWARDS; ASHMORE; POTTER, 1995), esta é a retórica do realismo, sendo este o movimento feito pelos cientistas quando oferecem o repertório empiricista.

Já o “dilema relativista” seria, para os autores (EDWARDS; ASHMORE; POTTER, 1995), a reivindicação do discurso da construção social da realidade como o melhor discurso a ser adotado. Se o posicionamento relativista clama pela multiplicidade, pela diversidade e pela verdade contextual, qual a dificuldade em legitimar a verdade realista? Estes são dois dilemas que afetam o núcleo de raciocínio de cada teoria aproximando-os.

Por fim, nos debruçando frente ao movimento realista e relativista vemos que o grande incômodo dos autores realistas em relação aos relativistas diz respeito ao abandono da busca pela verdade nas ciências. Para os relativistas, o grande incômodo é a pretensão de objetividade e neutralidade do pesquisador justificando sua superioridade discursiva. Dois discursos, com inteligibilidades bastante diversas, compartilhando o mesmo espaço científico na atualidade.

2.4. O lugar da Saúde na ciência contemporânea – uma aproximação ao contexto brasileiro

O entendimento que se tem do processo saúde/doença e suas práticas é marcado pelos acontecimentos de um período social e histórico, se transformando ao longo do tempo, articulado também à retórica científica e adquirindo significados diferentes conforme a época. De um caráter mágico/religioso na pré-modernidade, a fé é trocada pelas técnicas objetivas da ciência moderna e, mais

contemporaneamente, o movimento pós-moderno tem questionado o modelo biomédico, trazendo novos discursos para o campo.

O fortalecimento do movimento pós-moderno e relativista, propondo um discurso menos objetivista e mais polissêmico, tem incentivado a promoção da alteridade e da multiplicidade, gerando mudanças na conjuntura tecno-científica da saúde. A produção de conhecimento nesta área tem questionado cada vez mais o “status quo” da tradição científica moderna que, no entanto, ainda se apresenta como discurso possível.

Estes questionamentos vão ocorrendo junto a transformações no perfil da saúde no Brasil como também no mundo, decorrente de todas estas mudanças sociais, econômicas e culturais já mencionadas acima. As mudanças se dão desde a estrutura etária da população até seu perfil epidemiológico, tornando necessária uma reorganização das práticas de saúde, num desafio à busca de outros entendimentos, menos fragmentados e mais condizentes com o novo contexto que se apresenta (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004).

Assim, de uma concepção mais normativa, a Saúde também vai se alterando na busca por outras perspectivas de ação, transformando seus discursos de saúde/doença, anteriormente mais tecnicistas e dicotômicos, em outros mais articulados a esses novos movimentos.

A mudança de perspectiva nos sentidos de saúde/doença traz uma reconfiguração da assistência à saúde e, por conseguinte, a necessidade de alteração em sua estrutura organizacional. Assim, abordando tanto o sistema quanto a pessoa numa abordagem mais sistêmica e relacional e menos individualista (CAPRA, 1982).

Um exemplo da forma como esses saberes têm convivido contemporaneamente no contexto da saúde brasileira, pode ser observado dentro do processo atual de reorganização do sistema, especialmente no que diz respeito aos níveis de atenção em saúde para a conformação de uma rede integral de assistência.

Com esta política de conformação de uma rede de atenção articulada nos seus três níveis, estabelecendo interlocuções entre si, diversas áreas do saber na Saúde, com entendimentos e práticas bastante diferentes, passaram a interagir mais diretamente. Assim, é possível observar a crise epistemológica e a briga pela verdade discutida nos tópicos anteriores.

Vivencia-se nesta interlocução, saberes desarticulados, conformando muitas vezes uma prática de atenção fragmentada. Algumas instituições de saúde já têm iniciado um movimento de trabalhar dentro da lógica de um saber mais contextual, múltiplo e coletivamente construído entre os atores sociais envolvidos, enquanto que outras operam preponderantemente dentro da lógica da ciência tradicional moderna – com práticas mais tecnicistas e descontextualizadas do cenário local que se apresenta.

Ofereço aqui um exemplo de um acontecimento que presenciei durante meu período de observadora participante no serviço de saúde, para dar visibilidade a estas considerações na prática cotidiana. Considero que se trata de uma situação que ressoa com o que estamos aqui falando.

Neste exemplo pontual, a unidade em que desenvolvi minha pesquisa, que funciona dentro da Estratégia Saúde da Família, vem tentando trabalhar numa proposta interdisciplinar, coletiva e mais integral, tanto no entendimento do sistema de saúde quanto do ser humano.

Nesta situação específica, alguns profissionais de diversas especialidades do hospital de referência desta unidade, organizaram um evento destinado à comunidade. Este evento consistia de um ciclo de palestras com diversos temas relativos à Atenção Primária à Saúde a ser realizado no próprio hospital.

Desta maneira, convidaram a unidade para realizar a divulgação, por serem um serviço de atenção primária e também pela unidade estar inserida nesta comunidade. O convite para participação chegou através de um ofício, informando a data do evento, as palestras e o nome dos palestrantes.

O ofício foi discutido no dia da reunião de equipe, gerando uma discussão sobre a lógica de atenção à saúde com que esta equipe vem tentando operar naquele espaço – uma lógica de construção de um processo coletivo, participativo, integrado e com planejamento ascendente. Dentro desta lógica, as palestras oferecidas pelo hospital deveriam ter sido formuladas e discutidas com a unidade de atenção primária e a comunidade deveria da mesma forma ser consultada sobre o evento, de forma a se constituir mais coletivamente, com envolvimento e co-responsabilização.

A atividade que o hospital estava oferecendo, ao contrário, chegou à unidade já com as datas das palestras, os temas e os profissionais, sem discussão prévia alguma com a unidade ou com representantes da comunidade.

Outra questão que gerou polêmica na reunião foi a realização da atividade ser no próprio hospital, distante do cotidiano das pessoas e com uma abordagem conteudista em forma de palestras, bastante diferente da forma com que a unidade vem tentando organizar suas atividades coletivas.

No entanto, apesar da controvérsia, a equipe decidiu por não questionar a iniciativa do hospital. Tal decisão foi tomada para não criar estranhamento nas relações entre os

dois níveis de atenção, pois os pressupostos abraçados na lógica de cuidado são tão diversos que poderiam trazer desentendimentos, atrapalhando futuras interlocuções.

O exemplo dá visibilidade para a convivência da diversidade de discursos na Saúde, que se compõem por diferentes epistemologias. Este exemplo apresenta duas lógicas bastante divergentes compartilhando um mesmo espaço de atuação. Uma lógica caracterizada como mais positivista, em que o discurso científico (do especialista) é o privilegiado e o foco está na patologia, portanto, justificando ter o profissional à frente na organização da intervenção e tomando como espaço privilegiado o hospital. E o outro discurso, se propondo a ser mais dialógico e interativo, levando em conta os diversos saberes (técnico e senso-comum) e compartilhando de uma visão mais complexa do processo saúde/doença/cuidado e, portanto, considerando a importância de uma intervenção construída coletivamente.

Nesta situação específica, a Unidade vai criando espaço para emergência do discurso pós-moderno enquanto que no Hospital parece predominar mais o discurso moderno. No entanto, a falta de articulação e diálogo entre estes diferentes níveis de atenção favorece a manutenção da hierarquia tradicional predominante, em que o Hospital é o espaço privilegiado de poder e saber, portanto, de decisão de como as coisas devem ser.

É importante que fique claro aqui que essas posições não são fixas, podendo se inverter a cada intervenção. As instituições de saúde não dizem por si só de suas práticas, mas são construídas no cotidiano das ações. Neste sentido, algumas áreas hospitalares têm feito o esforço de construção de intervenções mais contextuais e participativas, convergindo às necessidades dos seus usuários, ao mesmo tempo em que dentro da Estratégia Saúde da Família encontra-se profissionais com práticas ainda bastante tecnicistas e objetivistas.

Estes discursos convivem no mesmo tempo e espaço, havendo muitas vezes dificuldade de interlocução e negociação entre eles, afastando conseqüentemente os atores que fazem parte de um projeto muito maior – a sustentabilidade do SUS.

Esta afirmação é reconhecida por Burr (1998) quando aponta a diversidade de discursos que se apresentam no mesmo espaço. No entanto, estas questões dicotômicas presentes na saúde, assim como as trazidas por Burr (1998) na questão realismo/relativismo, ainda estão construídas sob a perspectiva moderna, por focar e criar separações. Se algo não é verdade, automaticamente é mentira, se não produz regularidades é irregular, se não é ideológica é estéril, se não é preto é branco, se não é realista é relativista.

A maneira como essas diferentes abordagens são colocadas em pauta tem criado um debate polarizado buscando respostas definitivas que não contribuem para o alcance de entendimentos e de construção de projetos comuns.

Para avançar nessa conversa, segundo Burr (1998), é necessário transcender a dicotomia, já que a questão que se apresenta é mais complexa e difusa do que simplesmente identificar realidade ou relatividade, verdade ou mentira. Para a autora tal dicotomia acaba por simplificar a questão, mantendo categorias e separatismos.

A proposta do sistema de saúde brasileiro é da construção de uma atenção à saúde universal, integralizada, eqüitativa e com a participação de todos os envolvidos. Para isso é necessário a construção de espaços de interlocução e a criação de ferramentas para o diálogo que não gere separações, mas que promova um projeto comum, que possa ser aprimorado mesmo em meio às diferenças que envolvem os mais diversos níveis de atenção à saúde.

3. A ciência – a perspectiva adotada

3.1. O discurso Construcionista Social¹

O construcionismo social é um discurso que foi se constituindo durante esta crise paradigmática da modernidade com a pós-modernidade, tomando forma, principalmente, a partir da década de 60. No bojo do movimento pós-moderno, diversas disciplinas, tais como Sociologia, História e Psicologia foram conformando um pensamento que ficou conhecido como construcionismo social (BURR, 2003).

Dessa forma, é um discurso que também está implicado nos questionamentos epistemológicos nas ciências. Tendo se conformado no interior desta crise, este referencial foi se construindo num movimento reflexivo, problematizando o “status quo” da ciência hegemônica – neutra e ahistórica - e produzindo um conhecimento alternativo a este.

Um dos primeiros artigos publicados sistematizando as idéias construcionistas data de 1985 (GERGEN, 1985). Foram organizadas em quatro princípios.

O primeiro deles diz do caráter construído dos sentidos do mundo, criticando a idéia de essência, que seria revelada através de observações e métodos empíricos. Do ponto de vista construcionista social, as categorias utilizadas para se referir às coisas como elas são, estão circunscritas pela cultura, pela história e pelo contexto social, numa relação de interdependência. Ou seja, o entendimento do que vem a ser nosso mundo está dado socialmente e, assim, já entrando no segundo princípio, este entendimento é produzido nas trocas interativas entre as pessoas nos processos relacionais. Portanto, a construção do conhecimento se dá de forma situada e dentro das ações humanas. A idéia de verdade objetiva,

¹ Neste trabalho, a perspectiva construcionista social está nomeada de forma intercambiada como construcionismo social, sócio construcionismo ou mesmo somente construcionismo.

universal e a-histórica é problematizada, assim como a noção de conhecimento e linguagem como representação. Já que o conhecimento não é algo que representa uma realidade fixa e determinada, sua sustentação e manutenção no tempo não se dá por sua validade empírica mas sim, de acordo com o terceiro princípio, por processos sociais que sustentam sua inteligibilidade. Afirma-se a primazia dos relacionamentos na sustentação do conhecimento produzido. Dessa forma, o quarto e último princípio sistematizado pelo autor (GERGEN, 1985), consiste da interligação entre conhecimento e ação. Na medida em que produzimos conhecimento nas nossas relações, interações e negociações de sentidos estamos construindo uma ação, uma determinada realidade. Cada descrição e explicação do mundo se constitui, nesta perspectiva, como uma ação social. Descrever algo de uma determinada forma e não de outra permite determinada ação no mundo e restringe outras.

Assumindo essas principais idéias oferecidas e articuladas por Gergen (1985), a visão de ciência e conhecimento é tomada como produção histórica e dialógica, tendo sua centralidade na linguagem e nos processos relacionais. Segundo Burr (2003), apesar de haver variação entre os autores que se denominam construcionistas sociais², o artigo de Gergen (1985) é considerado um clássico que organiza os principais princípios filosóficos do discurso construcionista, sendo largamente referido nos trabalhos com essa orientação.

² DANZINGER (1997) faz uma divisão categorial dos autores construcionistas sociais nomeando-os “light” e “dark” construcionistas, estando separados pelo grau de afirmação quanto a construção social do mundo, dos mais amenos aos mais extremistas nesta questão. BURR (2003) oferece outro tipo de diferenciação a que chama de micro e macro construcionismo. O primeiro se interessa pelas micro estruturas da linguagem usadas na interação cotidiana entre as pessoas e o segundo trata das influências das macro estruturas sociais na vida das pessoas e as relações de poder daí decorrentes.

A linguagem nesse contexto, como visto, tem fundamental importância, sendo tomada como prática social, linguagem em uso, podendo ser analisada tanto em seu aspecto performático como em seu espaço e contexto de uso (SPINK, 1999).

O aspecto performático da linguagem acontece no engajamento relacional, em que as pessoas conjuntamente vão criando e re-criando os sentidos e conseqüentemente as ações no mundo (MCNAMEE, 2004). O sentido das coisas e os significados do mundo, nesta perspectiva, são subproduto dessas performances e não resultado de métodos de investigação acurada, provando como as coisas realmente são.

O caráter da linguagem performática se refere a uma linguagem que produz realidade e não simplesmente a transmite. Diferentes performances geram diferentes ações, diferentes realidades sociais. Se a linguagem é ação no mundo, é performance, a mudança narrativa é uma mudança que ocorre não somente nas palavras mas também nas coisas. Nessa perspectiva, à medida que se conversa, geram-se novos sentidos e significados e, portanto, juntas, as pessoas podem criar novas formas de entender e se relacionar com as coisas e de estar no mundo, re-significando antigos discursos e criando novos. (MCNAMEE, 2004).

Em relação ao espaço e ao contexto de uso da linguagem, o que se pretende chamar atenção nesta perspectiva é quanto ao seu caráter situado. Diferentes contextos e relações geram diferentes sentidos e ações (SPINK, 1999).

Esta visão de linguagem do construcionismo social tem sua influência nos pressupostos teóricos do estruturalismo e pós-estruturalismo, que se ocupam do estudo da linguagem e seu papel na construção da vida social e psicológica. Estes referenciais teóricos foram os primeiros a desestabilizarem o papel tradicional da linguagem (GERGEN, 1997; BURR, 2003).

Tais teorias transformaram a função da linguagem, colocando-a no centro da vida humana, onde a natureza das pessoas, de seus pensamentos, sentimentos e experiências passaram a ser tomados como produtos desta.

No pós-estruturalismo, em especial, os estudos lingüísticos deram um segundo passo, focando-se na natureza fluida dos sentidos, nas suas variações no tempo e no contexto. A linguagem, segundo esta perspectiva, é a chave para a mudança social (BURR, 2003).

Segundo Burr (2003), na filosofia humanista ocidental, a linguagem sempre foi referida como espelho refletor da realidade. Já na área da Psicologia, segundo Gergen (1997) como reflexo da realidade “interna” do indivíduo, ou seja, sua personalidade. Assim, a função tradicional da linguagem era a de um canal transmissor, seja de uma realidade lá fora, seja de sentimentos e emoções de alguém.

O sócio construcionismo compartilha do pensamento dessas duas teorias lingüísticas, principalmente do pós-estruturalismo, que enfoca mais a mobilidade e a variação na linguagem. Porém, enquanto os pós-estruturalistas estão mais envolvidos com o sistema lingüístico e os símbolos de uma determinada cultura, a análise construcionista social se dá exatamente onde ocorre esta produção – no nível dos relacionamentos humanos (GERGEN, 1997). A linguagem e seus símbolos são apreendidos como produções da participação das pessoas nos relacionamentos e são esses os processos relacionais pelos quais o construcionismo social se ocupa.

Ainda segundo Gergen (1985; 1997), o objeto central de investigação do construcionismo social são os processos relacionais, o modo como as pessoas constróem e organizam suas vidas, vivem suas crenças, tomando a dimensão performática da linguagem como agente da coordenação das ações no mundo.

Assim, busca-se compreender como as pessoas constroem seus sentidos, suas realidades, nas relações, investigando quais tipos de interações abrem perspectivas de continuidade e quais restringem.

Para Shotter e Gergen (1994), o uso da perspectiva construcionista social em pesquisa requer alguns cuidados cruciais aos quais o pesquisador deve estar sempre atento.

O primeiro deles é sobre a noção de realidade. Para o construcionismo social, esta é gerada no contínuo fluxo da atividade comunicativa entre as pessoas produzindo as ações e sentidos do mundo. Portanto, apesar do conceito tradicional que temos em pesquisa, da descoberta de uma realidade última e fixa, esta, segundo Shotter e Gergen (1994), está sendo social e historicamente construída e permanece em contínua mudança. Esses sentidos de realidade são criados em diálogo, nas trocas conversacionais e, qualquer afirmação feita, só adquire sentido dentro de um contexto específico e não por referências a descobertas científicas neutras.

Outro aspecto, diz respeito ao conceito de ação conjunta (joint action). Trata-se do engajamento de ação e suplementação que ocorre nas trocas conversacionais entre as pessoas. É através deste movimento de ação e suplementação entre as pessoas nos diálogos que um caminho específico vai sendo criado entre diversos sentidos possíveis (SHOTTER, 1980). Tais sentidos que vão construindo uma ação, estão relacionados ao grupo social ao qual pertencemos e ao horizonte ideológico do qual participamos, que sustentam determinadas ações sociais e não outras. O conhecimento produzido desta interação é chamado de “conhecimento de terceiro tipo”. Este conceito tenta explicitar como a produção do conhecimento ocorre dialogicamente, não estando em uma pessoa ou em outra, mas no espaço do entre, do estar junto. Portanto, não se trata de um processo mental abstrato, mas sim de

uma atividade engajada. Desta forma, é necessário, ao fazer pesquisa, estar atento ao se endereçar a produção de um conhecimento pois, de acordo com esta perspectiva, é impossível este conhecimento ser independente de seu conhecedor e estar fora de suas relações.

Os autores (SHOTTER; GERGEN, 1994) também discutem a questão da ontologia. Denominam-na de ontologia local, a qual adquirimos através de nossos relacionamentos coordenados linguisticamente e mantidos através de sanções sociais. Essa ontologia local cria nossa maneira “oficial” (aspas do autor) de nos referirmos a nós mesmos e ao mundo. Com isso querem dizer que toda ontologia é fruto de grupos sociais que produzem suas verdades coletivamente e não algo que esteja fora deste circuito.

Por último, os autores se referem às pesquisas sociais e humanas. Nestas pesquisas, tradicionalmente, as conversas psicológicas e emocionais são tomadas como algo interno, da ordem da memória e da percepção. Segundo os autores, estas conversas são formuladas a depender da forma como nos posicionamos nos contextos conversacionais, não refletindo uma realidade independente interna.

Estes aspectos a que Shotter e Gergen (1994) chamam a atenção dos pesquisadores interessados no discurso construcionista social enfatizam a produção de uma realidade sustentada por um paradigma situado e relacional. Ainda, mencionam que a tradicional crítica do “vale tudo” (anything goes) endereçada aos teóricos relativistas deveria ser ultrapassada ao se levar em conta estas considerações acima, que colocam a natureza do conhecimento decorrente de uma responsabilidade social (social accountability). Isto significa que há um forte apelo local e que, mesmo não sendo tomado como pré-

determinado, o conhecimento para se sustentar deve ser legitimado dentro de um sistema de crenças e valores que não é relativo, no sentido em que é fortemente sustentado por um grupo.

No entanto, a discussão do aspecto construído da produção do conhecimento na ciência acaba por gerar dúvidas e críticas no contexto acadêmico. Gergen (1999) reuniu em sete pontos as principais, posicionando-se em relação a elas.

A primeira delas diz respeito ao valor que o construcionismo social dá para o mundo físico e seus problemas “reais”. Muitos acadêmicos questionam se os autores do sócio construcionismo, ao tomarem uma posição relativista, ainda acreditam num mundo real. Segundo Gergen (1999), esta questão está baseada em uma compreensão errônea do que sejam os argumentos construcionistas. Apesar deste não se propor a discutir o que é fundamentalmente real ou ilusório, isto não significa que está negando a realidade. Pelo contrário, acredita que as pessoas estão inseridas em uma realidade e são guiadas pelos valores sustentados por ela. A afirmação construcionista social é que vivemos em um mundo linguístico, de discursos e, portanto, qualquer tentativa de articulação do que é realmente verdadeiro ou objetivo está inserido neste mundo, em um arsenal de valores situados em um tempo e espaço específico. Segundo Gergen (1999), é justamente pelo fato do construcionismo social não compartilhar de uma visão representacional de linguagem, que se tem uma maior liberdade para ampliação dos campos de conhecimento, tomando-os como dinâmicos.

O segundo ponto é a forma como o construcionismo social compreende a experiência pessoal e outros estados mentais. Alguns autores afirmam que há uma negação da importância dessas questões para os autores construcionistas.

Segundo Gergen (1999), esta perspectiva teórica não nega em momento algum a importância da experiência das pessoas. O que se problematiza é como se dá esta experiência, questionando que seja dentro de uma mente individual.

O construcionismo social aponta que o conhecimento é construído na linguagem dentro das relações e portanto, o mundo da mente e suas descrições como pensamento, esperança, necessidade, amor, crença, lembrança são construções de um tempo específico, são metáforas criadas coletivamente e sujeitas a mudanças no tempo e na cultura. A principal questão do construcionismo nesse aspecto não é negar a experiência, mas sim investigar o efeito desses termos, a implicação prática na vida cultural ao se referir a elas de uma determinada forma e não de outra.

A terceira questão abordada é sobre o construcionismo social ser logicamente incoerente e inconsistente com seus próprios pressupostos. Ao afirmar que qualquer tipo de inteligibilidade é socialmente construída não haveria como dizer, portanto, que seu repertório teórico é o melhor, ou o mais verdadeiro. Esta crítica seria o que Edwards, Ashmore e Potter (1995) chamaram de “dilema relativista” na briga pela verdade, conforme apresentado no capítulo 2.

O que Gergen (1999) considera nesta crítica é que o sócio construcionismo não está clamando por nenhum status de verdade, da forma como as ciências em geral buscam as verdades objetivas. O convite é para que as pessoas possam colaborar conjuntamente, criando espaços de diálogo permanentes, sem que se restrinjam buscando uma verdade transcendente. Para Gergen (1999), o construcionismo social seria muito mais um método de argumentação do que um fundamento da razão (*foundations of reason*).

A quarta questão é sobre o posicionamento sócio construcionista em questões morais e políticas. Este referencial é muitas vezes acusado de tolerar qualquer tipo de valores. Para Gergen (1999), tal questão também é erroneamente considerada. O convite construcionista social é para que haja uma constante postura reflexiva e também para que se acabe com a tradicional dicotomia entre fatos e valores. Para o autor, todo fato está investido de um valor e, portanto, toda posição é justificada nos seus próprios termos, dentro de uma específica tradição. Isso não quer dizer que o construcionismo abrace todos os tipos de valores, mas sim que há um reconhecimento da legitimidade das crenças e dos valores, num desafio em lidar com essas diferenças que muitas vezes estão em conflito. A existência de uma única voz (moral ou política), para Gergen (1999) significa o fim da conversação, do debate e este não é o objetivo do construcionismo social.

A quinta questão endereçada ao construcionismo social é sobre o que realmente vale a pena investigar em ciência, já que tudo é construído. Gergen (1999) enfatiza que muitos teóricos se sentem desiludidos com os argumentos construcionistas sociais por estes não pretenderem a revelação de uma verdade e uma racionalidade última. Gergen (1999) aponta que esta questão – “o que realmente vale a pena?” - está completamente imersa dentro de uma visão essencialista de que, para que algo valha a pena e tenha valor, deve ser embasado em uma verdade transcendental ou fundacional. Para o sócio construcionismo é dentro dos relacionamentos que se cria o senso de bom e ruim e, conseqüentemente, do que vale ou não a pena. O que se faz importante nesta perspectiva é a busca de uma pergunta a ser investigada que seja legitimada dentro de cada espaço cultural específico e promova inteligibilidades para novas ações.

Na sexta questão Gergen (1999) responde à acusação do construcionismo social ser elitista e tendencioso, inclusive havendo o perigo de se tornar um dogma a ser seguido. Isso porque, ao suspeitar de todas as teorias por estas buscarem verdade e objetividade, o construcionismo social acabaria promovendo sua própria teoria como melhor e única a ser adotada, banindo todas as outras. Segundo o autor, essa tendência poderia ocorrer se não fossem três importantes discussões construcionistas sociais que convidam a uma reflexão mais ampla: 1) primeiro, o princípio em não buscar uma verdade última e sim a ampliação de diálogos, o que dificulta comportamentos de superioridade; 2) segundo, seu interesse no potencial das tradições e seus modos de vida, o que faz com que esteja aberto para as diferenças; e 3) terceiro, por tomar os sentidos como continuamente negociáveis sendo que as diferenças são passíveis de conviver conjuntamente, não impedindo que diferentes pontos de vista possam estar presentes conjuntamente.

A última das sete questões apontadas por Gergen (1999) como dúvidas frequentemente endereçadas à teoria construcionista social é a pergunta de como esta vê os avanços da ciência e do progresso científico. Para esta questão específica, o autor inicia dizendo que não há tentativa nenhuma em negar os benefícios que a ciência tem gerado e que é importante entender com propriedade a postura construcionista para que não se tenha este tipo compreensão. De acordo com este referencial, o que importa em relação às descobertas científicas (gravidade, elementos químicos, doenças, desordens mentais, etc) não é se representam uma realidade que estava em algum lugar escondida pronta para ser descoberta ou não, mas sim como estes conhecimentos se organizam e se estabelecem, direcionando as possibilidades humanas, criando e re-criando outros sentidos sobre o mundo.

O construcionismo social se interessa pela forma como determinada comunidade científica se relaciona, fazendo suas previsões, criando os objetos investigados e determinando como serão tomados e utilizados em nossa sociedade. O que aponta é que toda teoria tem sua função dentro de uma comunidade de ação onde certos valores são tomados e outros não. O construcionismo social convida assim para a multiplicidade e não para a negação das conquistas científicas.

Neste raciocínio é que vai se constituindo o conceito de reflexividade na ciência proposto por Potter (1998). É fazendo uso de nossa reflexividade que nos tornamos capazes de indagar e compreender diferentes discursos, construindo diferentes possibilidades e também refletindo quais discursos podem ser mais úteis em diferentes momentos. Com isso nos tornamos mais atentos ao processo de construção de sentidos e às escolhas dos caminhos que tomamos. Para Edwards, Ashmore e Potter (1995), compreender como se dá o processo de construção da nossa realidade tanto quanto o da produção do conhecimento na ciência não diminui seu poder de ação. Utilizam como metáfora a manufatura de um bolo. Dizem que, não é porque se faz uma análise de quais são os ingredientes de um bolo e a maneira como este é produzido que se diminui seu sabor ou se nega sua existência.

O capítulo anterior apresentou a construção histórica da cientificidade e a multiplicidade de sentidos que tem surgido contemporaneamente clamando o status de ciência. A proposta construcionista social, segundo seus autores, não é ocupar o lugar de uma teoria previamente estabelecida, como tradicionalmente ocorria, mas sim legitimar a proposta de multiplicidade e polissemia do mundo atual e globalizado, oferecendo outras possibilidades. A possibilidade de um

discurso focado no contexto de atuação, mais dialógico, relacional, produzindo conhecimento situado, histórico, envolvido, interessado, pluralístico e que faça sentido para uma determinada audiência.

A construção dialógica do conhecimento é fundamentada na perspectiva construcionista social, em que diferentes formas de narrar e interpretar um mesmo evento vão gerando diversas histórias e resultados. Com isso abre-se espaço para a compreensão da realidade socialmente construída e, assim, a possibilidade de criação de outras narrativas, mais condizentes com as questões que vivemos na atualidade (GERGEN; GERGEN, 2003; GERGEN, 1999; GERGEN, 1997; RASERA; JAPUR, 2003).

3.2. O construcionismo social como teoria prática

McNamee (2001) refere-se ao sócio construcionismo como uma teoria relacional, por ser um discurso que se interessa pela investigação do que acontece entre as pessoas nos seus encontros e de como ocorre a construção de sentidos sobre as coisas nas suas relações. Uma teoria que não está focada em um repertório de técnicas específicas e métodos estabelecidos apriori para uma intervenção mais eficaz, mas sim um discurso que orienta uma prática relacional à medida que esta prática vai se desenvolvendo. Uma teoria que se foca no processo relacional, apontando possibilidades de intervenção e compreensão desse processo.

Assim, a autora refere-se ao sócio construcionismo como uma teoria prática (practical theory) (MCNAMEE, 2004) que se embasa no discurso do conhecimento construído a partir do que fazemos e criamos coletivamente e não a partir de conceitos abstratos. Aponta para o grande potencial deste entendimento teórico em alterar a ordem social, por desafiar as formas convencionais de compreensão da produção de conhecimento, numa abertura para a criação de outros novos, mais situados.

Nesta perspectiva, a valorização científica deixa de ser baseada na busca de descobertas e verificações de leis que permitam predição, generalização e controle, sendo, então, avaliada em termos de sua capacidade generativa. Segundo Gergen (1978), uma teoria generativa seria aquela com a capacidade de gerar conhecimento que ao mesmo tempo compreenda, questione e amplie as bases sociais e comportamentais da nossa cultura, refletindo criticamente o que tem sido entendido como “dado” e “óbvio” e dessa maneira expandindo a capacidade do que é possível, criando alternativas de práticas sociais. Portanto, a pergunta não é se a teoria em questão corresponde aos fatos observados, mas se a teoria utilizada apresenta possibilidades de ação social e de diálogo.

Portanto, para que o discurso construcionista social faça sentido, seja coerente e compreensível, este deve ser lido em seus próprios termos e não dentro do raciocínio de outra perspectiva teórica, como por exemplo, dentro da perspectiva realista apresentada anteriormente, pois sua lógica de funcionamento, como vimos, é bastante diversa. Por este motivo é que, dentro das premissas da ciência moderna, as críticas endereçadas ao discurso construcionista social fazem todo o sentido, pois a retórica envolvida é outra, embasada em uma perspectiva diversa desta aqui proposta.

A intenção deste trabalho é que o leitor possa compreender as afirmações e articulações postas nesta pesquisa como uma retórica temporal e socialmente construída, acompanhando e avaliando a lógica aqui apresentada dentro de seus próprios pressupostos.

O interesse pelo construcionismo social nesta pesquisa se dá por acreditarmos na fertilidade de seus pressupostos e no suporte teórico/prático que pode prover às ações em saúde, especificamente, na lógica da Estratégia Saúde

da Família. Portanto, o objetivo deste capítulo está sendo apresentar o construcionismo social no sentido de oferecê-lo como uma ferramenta teórico-prática interessante para este contexto, para esta pesquisa.

A aposta é neste referencial como um discurso potente para os propósitos da Atenção Primária à Saúde do SUS. A velha linguagem da Saúde Pública não tem ajudado a criar espaços coletivos que possibilitem a transformação. Como criar uma outra realidade? Como criar outras formas discursivas em que caibam diferenças culturais e ideológicas, que gerem espaços inclusivos para que as pessoas possam seguir juntas buscando um cuidado em saúde mais efetivo e gerando práticas mais contextuais? Espaços em que a multiplicidade possa conviver? A presente pesquisa tem o esforço de fazer esta articulação teórica, dar visibilidade a ela e contribuir para a ampliação das possibilidades neste campo.

3.3. Responsabilidade Relacional

Como já discutido, o discurso construcionista social tem como ponto central o caráter relacional, dialógico e lingüístico de toda produção de sentido humana, numa crítica à forma dualista de pensar o indivíduo e seu ambiente (BURR, 2003; GERGEN, 1985).

Além das premissas construcionistas sociais apresentadas anteriormente, foi também apontada a diversidade com que os autores se apropriam deste discurso. Na presente pesquisa, adotamos a versão de McNamee (MCNAMEE, 2004) de teoria prática (“practical theory”), uma versão que entende a teoria como mais uma possibilidade de construir realidades e conseqüentemente gerar práticas. Ao mesmo tempo em que são as práticas que tornam possíveis a formulação de teorias. Ou seja, trata-se de uma teoria prática, em que ação e reflexão são tomadas como parte de um mesmo substrato. As ações que nos rodeiam, das

quais fazemos parte, permitem a construção de novos conhecimentos e a formulação de teorias, tanto quanto as pesquisas, ao oferecerem um raciocínio teórico, promovem inteligibilidades para novas ações.

McNamee e Gergen (1999) também propõem o conceito de Responsabilidade Relacional (RR) como um recurso que dá forma e sustentação ao sócio construcionismo como uma teoria prática. Compartilhando da mesma lógica, a RR enfatiza a premissa central deste discurso: a linguagem significativa gerada dentro dos processos relacionais. Foca-se nos processos interativos das construções de sentidos e de moralidade, tendo em seu argumento central a construção relacional do significado. Assim, centra-se nos processos micro-sociais das relações, investindo-as de poder criador e transformativo. Enfatiza esses processos relacionais como geradores e legitimadores das construções de todas as atividades humanas.

A RR dá força ao conceito de dialogismo que o sócio construcionismo abraça, num esforço de trazê-lo para a prática cotidiana das relações, atentando-se para o processo de se relacionar.

Para melhor configurar a RR, inserindo-a no campo dialógico interativo do sócio construcionismo, os autores oferecem o que chamam de quatro formas de inteligibilidade relacional (MCNAMEE; GERGEN, 1999).

A primeira se refere ao conceito de “outros internos” (internal others), como uma forma de se contrapor ao entendimento individualista de pensamento, em que cada pessoa possui uma personalidade sólida, única e fixa em que as idéias são produzidas dentro de sua mente. O conceito de “outros internos” é uma maneira figurativa e relacional de se pensar a construção da pessoa, como um fenômeno interativo. Um fenômeno em que, nos processos conversacionais, as pessoas vão sendo povoadas por outras idéias, conceitos, práticas e ações que

passam a fazer parte de sua existência. Desta forma a pessoa está investida de múltiplas vozes, ou seja, de múltiplos sentidos que vão sendo adquiridos e transformados a cada interação, a cada relacionamento. Assim, as relações vão ampliando as vozes que uma pessoa carrega, multiplicando suas possibilidades de entendimento e de ação.

Este conceito de “outros internos” é uma forma alternativa de entender o que tradicionalmente chamamos de self, agora mais múltiplo, em que todas estas vozes, mesmo quando contraditórias, habitam a mesma pessoa. Esta forma de entendimento viabiliza um aumento dos recursos conversacionais que cada um carrega consigo, ampliando as possibilidades de se engajar em um diálogo.

A segunda forma de inteligibilidade relacional enfatizada pelos autores é o conceito de relação conjunta (conjoin relation). Este recurso enfatiza o pronome “nós” ao invés do “eu” nas relações. Neste entendimento, toda ação para ter sentido necessita do outro para responder a ela, ou seja, precisa de uma outra ação suplementar. Afastando de uma tradição individualista, em que a comunicação era entendida como possessão do indivíduo, já saindo pronta de sua mente e indo direto à mente do interlocutor, esta inteligibilidade se embasa numa perspectiva mais relacional. A idéia aqui desenvolvida não é de ação-reação, mas de padrões de relacionamentos em que cada ação necessita de um suplemento para que sua inteligibilidade se forme. Nessa perspectiva, a intencionalidade perde sua centralidade na relação já que, mesmo que haja sempre intenção específica numa conversação, seu fluxo e seu entendimento se darão de acordo com o processo de ação e suplementação e não a a partir de intencionalidades tomadas a priori.

Portanto, o produto de uma conversa sempre dependerá de como os participantes se engajarão no processo de ação-suplementação. Cada ação convida determinado tipo de resposta e, assim, os sentidos vão sendo construídos, sendo sempre necessário “nós” para que uma conversação tenha sentido. A questão, então, deixa de ser “como eu vou agir em uma determinada situação?” ou “por que outros agem de determinada forma?” e passa a ser “como nós juntos criamos determinado cenário?” Na perspectiva da RR, o agenciamento individual se transforma em uma realização relacional e o foco, então, é nessa construção ativa e coletiva das ações.

A terceira forma trata do relacionamento entre grupos (*relations among groups*), chamando atenção para a coerência de uma ação dentro de um grupo específico, de uma determinada comunidade. Ou seja, qualquer ação, por menos nexos que possa ter para alguém, só existe porque faz sentido em determinado grupo ou ambiente e assim foi possível a sua inteligibilidade. Este entendimento rompe com o discurso individualista em que determinada atitude ou comportamento pertence a uma mente ou a uma personalidade individual indo em direção a um discurso relacional em que uma atitude nasce e se desenvolve devido a inteligibilidades possíveis dentro de um grupo.

Com isso, abre-se espaço para a compreensão de certas idéias e comportamentos que, muitas vezes, quando reportados isoladamente parecem não ter sentido. Ao haver o esforço de localizá-los dentro de um grupo, que compartilha valores específicos, o discurso ganha maior chance de coerência e compreensão. Isto não significa que deva haver aceitação de toda ou qualquer ação ou comportamento. No entanto, uma compreensão mais ampla e relacional permite uma análise menos voltada à patologização ou culpabilização individual,

contribuindo para o entendimento de que toda ação carrega algum sentido dentro de um segmento social.

Esta inteligibilidade relacional também chama atenção para um movimento reflexivo, trazendo o questionamento sobre o grupo a que pertencemos ou representamos quando nos engajamos em determinadas idéias em um diálogo. Por exemplo, uma guerra pode ser compreendida e significada por alguns grupos como uma saída possível para o alcance da democracia e da liberdade de um país enquanto que para outros grupos pode significar a destruição de uma cultura religiosa.

A quarta forma aborda a inter-relacionalidade de todas as nossas ações e sentidos em uma roda sistêmica (systemic process), chamando a atenção para a inter-relação de todo evento em nosso sistema lingüístico e para a interconexão das ações locais a um amplo sistema social e cultural. Transforma a idéia das coisas como tendo um sentido em si, único e isolado e passa a considerá-las como pertencente a uma roda sistêmica, conectando todas as suas unidades. Portanto, as decisões e conclusões sobre determinada situação está conectada a este imenso caldo cultural, afetando e transformando-o, sempre em movimento. Tal racionalidade traz o convite para o engajamento num contínuo processo conversacional e não somente em produtos finais, facilitando a criação permanente de recursos para promoção de novas relações. Aponta assim para a criação relacional e interligada de todo o sistema lingüístico.

Estas quatro formas de inteligibilidade relacional apresentadas objetivam trazer mais concretude ao entendimento da RR como conceito. A compreensão de que somos constituídos por diferentes vozes, construídas em nossas mais diversas relações, a partir das formas como pertencemos a um determinado grupo e imersos num amplo sistema de sentidos, traz uma mudança de foco da tradicional

responsabilidade do indivíduo sobre todas as coisas para a responsabilidade na relação entre indivíduos. Quando descritas em termos relacionais as pessoas não carregam sozinhas seus valores, seus problemas, suas ações.

Da mesma maneira, as questões políticas da sociedade como um todo não estão desconectadas das decisões que são tomadas na vida cotidiana. Esta inter-relação entre indivíduos, relacionamentos, grupos e sistemas sociais, conecta todos estes elementos numa complexa rede de sentidos e significados.

O convite, então, é para a construção de novas formas de inteligibilidade e não o desenvolvimento de outra racionalidade lingüística. Não se trata também de uma técnica específica de intervenção, mas sim da adoção de algumas posturas que objetivam maior atenção e abertura ao processo conversacional, construindo a Responsabilidade Relacional em ação, facilitando e favorecendo a construção do diálogo transformativo (MCNAMEE; GERGEN, 1999).

Podemos, assim, entender a RR como um conceito que trata do processo de se relacionar. Enfatiza o papel da dialogia na construção de tudo o que participamos, fortalecendo a sensibilidade relacional no processo de construção social das relações, chamando atenção para a realidade circunscrita e situada. Dessa forma, como um processo dialógico, a RR objetiva ampliar o entendimento do interlocutor em uma ação em questão como também as relações entre os próprios interlocutores, explicitando a construção dessa ação em termos de uma ampla e complexa rede, assim como o relacionamento entre os parceiros conversacionais.

Como visto anteriormente, diversos movimentos contemporâneos têm revisto e problematizado a tradição individualista e suas implicações, propondo outras formas de compreensão da produção de conhecimento, mais relacionais. O construcionismo social é um deles (BURR, 2003; SAMPSON, 1993; GUANAES,

2006; RASERA, 2004) e a RR é um recurso que visa explorar e dar corpo a esta problematização (MCNAMEE; GERGEN, 1999).

Segundo Gergen (1999), a Responsabilidade Relacional problematiza a responsabilidade individual que, segundo o autor gera antagonismos, alienação e polaridades em nossa sociedade. Isto porque o discurso individualista promove divisórias bem delimitadas de moralidade, justificadas por uma racionalidade objetiva, em que as pessoas são localizadas e reconhecidas estando de um lado ou outro, dificultando assim a polissemia, a negociação e a inclusão social. Estes antagonismos e polaridades, segundo o autor (GERGEN, 1999), acabam por gerar uma dicotomia que inviabiliza qualquer possibilidade de diálogo aberto, múltiplo e transformativo, já que cria grupos de oposição: ricos versus pobres, religiosos versus céticos, heterossexuais versus homossexuais.

Na perspectiva da RR, a lógica de produção de conhecimento é relacional, não estando a verdade em uma polaridade ou outra, mas nos processos interativos que se estabelecem nas relações, gerando possibilidades de abertura de sentidos, sua negociação e responsabilização relacional.

Nessa linha de argumentação, a verdade passa a ser tomada como produto de um imbricado processo histórico, interativo e contextual. Com isso, torna-se sustentável um processo comunicativo que não seja baseado em antagonismos, mas em multiplicidades e aproximações, acreditando-se que os sentidos e as mudanças se darão nas relações e nas interações e não na mente de indivíduos.

Uma proposta interventiva nesta perspectiva transpõe os sentidos do mundo e de nossas ações como correspondentes a um indivíduo ou a uma realidade abstrata e objetiva, focando-se em uma inteligibilidade relacional, ou seja, para o que ocorre entre os indivíduos nas suas relações (MCNAMEE, 2001).

Este entendimento de que o conhecimento é gerado e sustentado na interação entre as pessoas, redireciona toda a forma de compreensão do mundo, expandindo o domínio da prática discursiva e relacional e, assim, inserindo novas formas de análise da vida social como também da vida acadêmica.

Segundo McNamee (2001), esta mudança de foco altera posturas e discursos gerando outros tipos de realidade e de conseqüências. As questões descritas em termos relacionais deixam de ser tomadas como produções únicas de uma pessoa, mas construídas no intercâmbio destas em relação. Desta forma, fracasso, sucesso, problemas e dificuldades, não estão localizados em um indivíduo, mas num imbricado processo de coordenação entre as pessoas. Isto possibilita transformar a compreensão do indivíduo como fonte do que é bom ou mal na sociedade, passando a enxergar as situações como conjuntamente criadas, instituindo assim um diferente espaço conversacional. Esta forma diferenciada de compreensão da realidade, segundo a autora, é bastante potente por possibilitar uma transformação social, evitando a tradicional culpabilização individual que traz como conseqüência o isolamento e assim, revitalizando o sentido de comunidade, de relevância social e cultural.

O conceito de Responsabilidade Relacional pode ser abordado tanto sob o aspecto teórico/epistemológico quanto como um recurso interventivo de ação (MCNAMEE; GERGEN, 1999).

O aspecto teórico trata da questão epistemológica da RR, do processo de produção de conhecimento, sendo tomado como dialógico e relacional. Compartilhando desta concepção teórica, qualquer conhecimento e ação passam necessariamente por um processo de construção interativa. Deste modo, se toda possibilidade de sentido se dá a partir de uma construção conjunta nas

interações, se estamos todos interconectados e responsabilizados neste sentido, então há uma responsabilidade coletiva por esta construção e não individual. É por isso que, segundo a RR, somos relacionalmente responsáveis pelos atos de nossa comunidade.

O aspecto interventivo consiste da utilização da RR como recurso potencial na promoção do diálogo transformativo, ao qual Mcnamee e Gergen (1999) chamam de Responsabilidade Relacional em ação. Entendendo que somos seres relacionalmente construídos, a proposta é que se invista nesta condição humana construindo intervenções mais sensíveis às relações, apostando nas aproximações, entendimentos e mudanças, num processo de sensibilização para uma comunicação mais colaborativa, contextual e responsável, gerando interações menos polarizadas e hierarquizadas.

Assim, a aposta nesta pesquisa é da RR como uma ferramenta teórico/prática, que pode ser potente tanto numa sustentação epistemológica alternativa dos discursos na APS, entendendo a produção de conhecimento inserida nos processos relacionais e coletivos, quanto como um recurso interventivo, contribuindo para o desenvolvimento de práticas relacionalmente responsáveis.

4. A SAÚDE – A PERSPECTIVA ADOTADA

4.1. A Saúde Pública no Brasil pós-SUS

O sistema de saúde no Brasil deu seu passo definitivo na conformação de um Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da garantia legal aos cidadãos brasileiros de acesso universal, integral e com equidade à assistência, através da Constituição Federal de 1988 e com sua regulamentação pelas leis 8.080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 1990).

A Constituição Brasileira traz o discurso da assistência à saúde como um bem inalienável, ou seja, um direito absoluto do cidadão. Traz este entendimento com um enfoque mais complexo, ampliando a compreensão do que vem a ser saúde/doença, legitimando as discussões travadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ampliam a concepção do processo saúde-doença, dizendo que

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e , até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um ambiente que não seja agressivo, mas que pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar o tempo todo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência do governo contra o seu próprio povo... Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra (Arouca, 1987).

A garantia da ação efetiva para a concretização prática desses direitos, no entanto, depende da execução de políticas públicas que permitam sua viabilidade e sustentabilidade nas práticas cotidianas de produção de ações de saúde e de vida dos cidadãos.

O SUS foi o instrumento adotado para o alcance da estruturação das ações e serviços de saúde, a partir de um sistema único, regido por princípios diretivos e norteadores, investidos de um apelo filosófico, e por diretrizes organizativas.

Em relação aos princípios filosóficos temos:

- **Universalidade:** todo cidadão deve ter o direito à assistência à saúde e o acesso a qualquer tipo de serviço de que necessitar, seja de caráter estatal ou privado, contratado ou conveniado pelo SUS. Assim, ao se tomar a universalidade como princípio diretivo e norteador do SUS, considera-se a oferta dos serviços e ações a todos que deles necessitam, implicando na possibilidade efetiva de acesso a serviços e ações de saúde a todo e qualquer cidadão, considerando a oferta das ações desde o nível de atenção básica ao mais complexo.

- **Eqüidade:** todo indivíduo deve ser igual perante o SUS e deve ser atendido em suas necessidades. Porém, como as pessoas são diferentes, precisam de cuidados e serviços de saúde diferentes. A eqüidade é a igualdade com justiça. As diferenças entre as pessoas são consideradas e devem receber tratamento igualitário. Desta forma, este princípio tem como centralidade a necessidade de reduzir as disparidades na oferta de serviços e ações de saúde, considerando a realidade local no planejamento das ações e serviços.

- **Integralidade:** conjunto de ações e serviços de saúde de promoção, prevenção e recuperação, seja de caráter individual ou coletivo, incluindo os diversos níveis de complexidade do sistema. Ou seja, volta-se a considerar as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, ainda que minoritário, mantendo um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos estruturados em níveis de atenção hierarquizados de baixa, média e alta complexidade, devendo contemplar a capacitação profissional, acesso a

tecnologias e humanização da assistência. Em seu sentido ampliado, a integralidade diz respeito tanto ao sistema quanto às pessoas. Cada pessoa, ao receber tratamento, deve ser olhada como um ser integral, inserida num contexto familiar, social e econômico.

Segundo Silva, Pinheiro e Machado (2003) estes princípios norteadores constituem o eixo ético-político do sistema de saúde por estarem comprometidos com o aprimoramento das condições de saúde e vida da população, e sustentam filosoficamente a estruturação do sistema.

As diretrizes organizativas do SUS a serem apresentadas a seguir, conformam um arcabouço que viabiliza a operação das ações e serviços, sendo especificados:

- Descentralização: gestão única em cada esfera de Governo – União/Estado/Município, garantindo maior poder das instâncias descentralizadas sobre a tomada de decisão. A descentralização implica em transferir poder e recursos para mais próximo de onde estão as pessoas, permitindo maior participação social na definição de prioridades para a atenção à saúde, aproximando a população dos gestores, possibilitando assim, fiscalização mais próxima e melhor aplicabilidade dos recursos.

A descentralização tem sido considerada eixo central e consenso na implementação da reforma sanitária e na reorganizando de todo o sistema local, transformando a alocação de recursos e potencializando um planejamento ascendente (ALMEIDA, 2003). Este novo arranjo federativo propiciou maior aproximação dos gestores com as necessidades da população.

No processo de descentralização em curso no Brasil, o movimento imediato foi a municipalização; efeito da descentralização, deslocando as decisões dos centros administrativos para onde acontece as intervenções. Assim, cada

município passa a deter autonomia para dirigir seus recursos, investindo de acordo com as necessidades específicas de sua região.

- **Regionalização:** significa distribuição dos serviços em uma determinada região, levando-se em conta a oferta de serviços e a população a ser atendida; possibilita oferecer os serviços e as ações de saúde mais próximos de onde as pessoas moram além de permitir o oferecimento de outras ações de saúde.

- **Hierarquização:** estruturação e organização dos níveis de atenção à saúde numa cadeia de complexidade assistencial, implica em serviços de densidades tecnológicas crescentes, disponíveis para a produção de cuidados de forma integral.

- **Participação social:** garante a participação e controle social da população na definição, acompanhamento da execução e fiscalização das políticas de saúde. É viabilizado por meio das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Comissões Locais de Saúde. Como diretriz do SUS, valoriza o ideal de democratização dos espaços decisórios. Numa concepção mais abrangente de participação, também se inclui as decisões cotidianas dos serviços de atenção à saúde, no que diz respeito tanto ao seu funcionamento quanto aos projetos terapêuticos indicados, numa postura de co-responsabilidade entre profissional e usuário na construção da atenção à saúde individual, no território, construindo ações e estratégias interventivas coletivamente.

O SUS traz para a cena, na sociedade brasileira contemporânea, o desafio para a construção de uma lógica e de práticas de cuidado que se contrapõem ao modelo biomédico predominante. Contraposição que se coloca desde a concepção do processo saúde-doença, de homem e da articulação de saberes e práticas para a produção de cuidados e de formas de gestão de serviços.

Diferentemente do modelo biomédico, sustentado por uma perspectiva biológica e multicausal do processo saúde-doença, que concebe o homem de uma forma

genérica, e o coletivo como somatória dos indivíduos; o SUS tem como premissa a ampliação da concepção do processo saúde-doença, considerando a dimensão histórica, social e relacional deste processo, tomando o homem como ser social, que se constrói em constantes relações com seu meio e com outros homens.

Neste sentido, a ação proposta para a atuação no interior do SUS, não se volta apenas para o corpo biológico, mas para este homem que se produz e se reproduz na vida em sociedade, e que é marcado pela singularidade das relações que estabelece em contextos específicos. Desta forma se faz necessária a conformação de outros saberes e de práticas que sejam marcados pela aproximação e articulação de distintos saberes oriundos das ciências sociais, humanas e biomédicas.

É importante ressaltar que esta organização não ocorre de forma isolada no cenário brasileiro, mas num processo de recomposição das forças políticas no âmbito nacional, com o movimento de abertura política em consonância com o processo latino-americano de resgate da cidadania no continente, e no cenário internacional marcado pelo que se tem denominado “crise da saúde”.

Tal crise é bastante caracterizada pela influência do modelo médico hegemônico, extremamente tecnocentrado e com altos custos, não dando conta totalmente do complexo processo saúde-doença-cuidado. Esta ineficiência na otimização dos serviços foi levando a uma agenda política setorial de reorganização de todo o sistema de saúde. Dentro deste projeto organizativo, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi instituída como (re)organizadora do sistema.

Mendes (1996), nesta direção, afirma que a “crise da saúde” é universal, não sendo uma característica específica do contexto brasileiro, apresentando dimensões que se fazem presentes de modo uniforme em diferentes países: ineficácia, ineficiência, iniquidade e insatisfação do usuário.

Para este autor, a dimensão da *ineficácia* se traduz pela falta de correspondência entre o incremento dos gastos e seu impacto nos padrões sanitários da população; a dimensão da *ineficiência* se mostra presente pela face do financiamento: crescimento dos custos aliada a irracionalidade na alocação de recursos, sendo que o modelo de atenção hegemônico apresenta alto custo e ao mesmo tempo baixo impacto na assistência à saúde. A dimensão da *iniqüidade* se refere à disponibilidade de atenção médica e de saúde variando inversamente com as necessidades da população. Temos como exemplo a mortalidade infantil no Nordeste que é bem mais alta que no Sudeste do Brasil e, no entanto a disponibilidade da atenção continua inversamente proporcional; e finalmente a dimensão da satisfação do usuário é apontada como um generalizado descontentamento popular em relação aos recursos de atenção à saúde, sendo que pesquisas realizadas apontam que não há correspondência entre a satisfação dos usuários e os gastos per capita com a atenção à saúde (MENDES, 1996).

No cenário brasileiro pós-implantação do SUS ainda se fazem presentes faces desta crise, principalmente quando se considera a lógica presente na produção de ações e serviços de saúde que é ineficiente e ineficaz, devido à fragmentação da assistência, que eleva de forma desmesurada os custos, sem oferecer resultados satisfatórios. Outro aspecto a ser considerado diz respeito à necessidade absoluta do movimento de constituição e fortalecimento do trabalho multiprofissional, ou seja, de que os trabalhadores de saúde trabalhem de forma integrada, numa lógica interdisciplinar (MISHIMA; CAMARGO-BORGES, 2006).

A perspectiva da equipe multiprofissional atuando de forma integrada e interdisciplinar; do conceito ampliado do processo saúde-doença; da integralidade como um atributo fundamental do sistema de saúde; da equidade enquanto

exercício de justiça social; da participação social, dentre outros aspectos já enfatizados, presentes na construção do SUS, têm suas raízes na “crise da saúde” e nas propostas de sua superação, e neste sentido é importante localizarmos o cenário e o contexto deste processo de transformações.

4.2. Atenção Primária à Saúde – a construção de concepções e práticas

Em setembro de 1978, é realizada a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, URSS, num cenário de crise estrutural dos países desenvolvidos, sendo apontada a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS, 1979, p.2), buscando com isto minimizar as drásticas desigualdades sociais.

A principal meta dos países deveria ser a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano de 2000 que lhes permitiria levar uma vida social e economicamente produtiva.

Um dos pontos importantes apontados na Declaração de Alma Ata, é a ênfase na atenção à saúde como um direito humano fundamental, e que a obtenção do mais alto nível de saúde seria a mais importante meta social mundial, cuja realização requereria a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

A Conferência define cuidados primários de saúde ou de atenção primária de saúde como a atenção essencial à saúde tornada universalmente acessível a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento. É parte integral que forma a base e determina o

trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, do qual é função central, sendo o primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades.

A APS permite a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade. Ou seja, lida com problemas mais comuns e menos definidos, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para melhorar a situação de saúde e o bem-estar. Enfim, é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece a atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar do sistema (OMS, 1979).

A atenção primária à saúde ocupa, desde a realização da Conferência de Alma Ata, lugar de destaque entre as ações de saúde empreendidas nas últimas décadas em todo o mundo. Foi reconhecida como uma ação integral e permanente que deveria compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo, sua família e sua comunidade (DEL CIAMPO et al, 2006).

Apesar de diversos estudos apontarem relativa melhora no estado de saúde das populações pós-Alma Ata, principalmente referente aos países em desenvolvimento, alguns autores apontam que, suas metas e concepções não se cumpriram no decorrer dos anos (CHAVES, 1999; RIVERO, 2003; OPAS, 2005). Isto devido ao contexto econômico adverso da época que acabou por implementar suas propostas num entendimento simplista de extensão de cobertura na assistência à saúde, numa perspectiva mais racionalizadora e não integral e emancipadora.

Starfield (2002), analisando os sistemas de saúde centrados nas concepções da APS, apresenta o que denomina seus atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação da atenção, a focalização na família, a orientação comunitária.

O *primeiro contato* refere-se à acessibilidade e uso de serviços de saúde na ocorrência de problema de saúde, ou seja, requer acesso universal a todos os cidadãos, não necessariamente relacionado ao grau de gravidade.

A *longitudinalidade* pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção, de acompanhamento aos usuários e suas demandas de forma regular e consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias, ou seja, estabelecendo vínculo e relações implicadas. Este acompanhamento se dá ao longo do tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde da pessoa. Para que isso ocorra é necessário também o reconhecimento por parte da população adscrita dos cuidados prestados pela Unidade de saúde e uma relação interpessoal com vínculo e de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários. A *Integralidade* implica na prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos determinantes que causam doenças/agravos. Ou seja, se refere aos arranjos organizados pela Unidade de saúde para que o usuário, famílias ou grupos, recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo aqueles que não são oferecidos dentro dela, encaminhando para serviços secundários e terciários para manejo definitivo de problemas e para serviços de suporte.

A *Coordenação da atenção* significa a capacidade de garantir a continuidade da atenção por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento de problemas que requerem seguimento constante. A integração, a continuidade da atenção, além do reconhecimento de problemas caracterizam o caráter processual da APS.

A *Focalização na família* implica em considerar a família como sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa Unidade social e o conhecimento integral de seus problemas e necessidades de saúde.

A *Orientação comunitária* refere-se ao reconhecimento das necessidades das comunidades segundo o contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias locais.

Ainda segundo Starfield (2002), a APS também compartilha de algumas características de outros níveis de atenção, tais como prevenção, tratamento e reabilitação, responsabilidade pelo acesso, preocupação com a qualidade e custos. Essas funções combinadas a algumas outras é que vão conformando e diferenciando o nível de atenção primária dos outros níveis de atenção.

Segundo Ribeiro (2002), a complexidade da reorganização da assistência à saúde e a multiplicidade de perspectivas pelas quais a APS pode se apresentar leva à necessidade de sistematização do conjunto de idéias que sustenta e embasa as práticas a serem implementadas.

Segundo esta linha, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2005) em documento discutindo a necessidade de renovação das premissas colocadas para a APS após cerca de 25 anos de sua idealização, assinala que as diferentes explicações e visões sobre a APS no mundo decorrem dentre outras questões do

[...] desenvolvimento histórico da saúde e dos cuidados de saúde na região (das Américas) e o legado de diferentes sistemas

políticos e sociais. [...] Independente da(s) causa(s) definitiva(s), está claro que o conceito de APS tornou-se cada vez mais expansivo e confuso desde Alma Ata, e que a APS não realizou tudo o que seus defensores pretendiam (OPAS, 2005, p.3).

Nesta direção, Mendes (2002), refletindo sobre a APS no contexto brasileiro, afirma que apesar de se levar o nome APS em diversos locais, esta acaba sendo sustentada por ideologias que muitas vezes são diferentes e também divergentes entre si, organizada em função dos contextos sócio-econômicos e políticos distintos, sendo, portanto, compreendida e operacionalizada de diversas maneiras.

Muitas vezes assimilada como um modelo focalizado para pessoas e regiões pobres, é implantada apenas para suprir a carência da assistência dos serviços de saúde – *Atenção Primária Seletiva*. Nesta interpretação, sua ação centra-se no oferecimento de ações com sustentação em tecnologias simples e de baixo custo, pessoal de baixa qualificação profissional, ausência de sistema de referência para níveis de tecnologia de maior densidade tecnológica.

Outras vezes, como uma porta de entrada para o usuário, apenas uma passagem para conseguir um atendimento médico ou uma consulta hospitalar –. *APS como nível primário do sistema de serviços de saúde*. Propõe a resolução dos problemas mais comuns da atenção à saúde, a busca por racionalização dos custos econômicos, e de satisfazer as demandas da população, restritas às ações de atenção de primeiro nível. É entendida como modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema.

E, finalmente, segundo Mendes (2002), a APS seria uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. A perspectiva é que não se trabalha com alta densidade tecnológica, mas necessita-se de formação e capacitação dos

trabalhadores para se atuar com a alta complexidade assistencial presente no cotidiano das pessoas. Ou, seja, um modo de entendimento que seria como - *APS como Estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde.*

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2005) apresenta ainda, uma quarta compreensão que se soma às apresentadas por Mendes (2002) - *APS como abordagem de Saúde e Direitos Humanos.* Nesta forma de compreender a APS, enfatiza-se a compreensão da atenção à saúde como direito humano e a necessidade de abordar seus determinantes sociais e políticos mais amplos, havendo a defesa de que as políticas de desenvolvimento devam ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação” (OPAS, 2005, p.3).

Estas concepções distintas de APS encontram espaço de operacionalização no Brasil, se fazendo presentes na prática social em saúde.

No contexto brasileiro da década de 90, a terminologia Atenção Básica (AB) tem sido cada vez mais utilizada, principalmente pós implantação da Estratégia Saúde da Família. Sua utilização, no entanto, na maioria das vezes, aparece sem qualquer problematização deste conceito da perspectiva de modelo de atenção ou como política de saúde (GIL, 2006).

Segundo Gil (2006), que fez um levantamento de publicações científicas que tratam ou da APS ou da AB, publicados no período de 1990 a 2005, observou que, em sua maioria, são pesquisas de avaliação de riscos e agravos realizadas numa Unidade local de saúde. Assim, muitas vezes, a referência pela APS ou AB é somente como uma Unidade local de saúde, sem ficar claro a que projeto maior esta estratégia está comprometida. Mais um motivo para esclarecer o sentido ideológico do que estamos tomando por APS.

A compreensão a respeito da APS sustentada por esta pesquisa vai além do seu significado como instrumento organizativo para a introdução de mudanças na gestão, no financiamento do sistema e na organização do modelo de atenção. É uma política integrativa, que incorpora as relações estabelecidas entre os vários atores envolvidos nesse processo, não só os dirigentes e as instituições gestoras nos diversos níveis, mas também os trabalhadores de saúde, as organizações comunitárias e outras entidades representativas da população (TEIXEIRA, 2002).

Segundo Silva, Pinheiro e Machado (2003) é fundamental que exista esta discussão e problematização em torno do projeto de atenção à saúde ao qual estamos nos comprometendo, já que o grande intento da reforma sanitária foi promover a politização do sistema de saúde como tática central tanto para sua transformação quanto para a dos atores sociais envolvidos.

Nesta direção, sabendo que toda prática está articulada a um conjunto de idéias e que a partir de determinado entendimento gera-se um certo número de ações que serão tomadas como prioritárias para serem efetivadas, é importante que haja um esforço analítico de compreensão do que está se tomando por APS dentro da proposta do SUS.

Primeiramente, há uma escolha pela terminologia APS por esta ser um marco na tendência mundial de reorientação dos modelos assistenciais em saúde, com um discurso ideológico enfatizando a importância e necessidade de uma assistência à saúde que promovesse a integralidade e a geração de ações intersetoriais na lógica da atenção à saúde ampliada. Este marco, como já apontado, tem suas raízes em Alma Ata, onde foram planejados projetos objetivando o envolvimento direto da comunidade num trabalho conjunto com diversos setores governamentais para a criação de políticas públicas que

contribuíssem para o bem-estar geral da população e, assim, pudessem alcançar “saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1978).

Segundo Rivero (2003), os conceitos debatidos em Alma Ata e toda sua ideologia acabaram sendo distorcidos no decorrer dos anos, sendo mal compreendidos na sua execução, muitas vezes aplicados técnica e burocraticamente, perdendo seu caráter político e social. O autor sugere ser tempo para uma segunda Alma Ata para que se ampliem os diálogos sobre as mudanças ocorridas até então, articulando novamente os conceitos originais da Conferência que acabaram se perdendo. Aponta a cidadania como um importante ponto de partida. A partir daí seria possível o resgate da força social necessária para a tomada de decisões de cunho transformativo e para participações mais democráticas rumo a uma atenção à saúde integral.

Mais recentemente, este conjunto de questões tem sido pautado internacionalmente, sendo enfatizado que “a APS representa, mesmo hoje em dia, uma fonte de inspiração e esperança, não apenas para a maior parte dos profissionais de saúde, mas para a comunidade em geral” (OPAS, 2005, p.i).

O documento da OPAS afirma que o contexto contemporâneo é marcado por novos desafios, conhecimentos e distintas necessidades de saúde, impondo a reflexão de renovar e revigorar a APS, indicando que o

mecanismo proposto de renovação da APS é a transformação de sistemas de saúde, de modo que estes adotem a APS como seu princípio. [...] Um sistema de saúde com base na APS tem uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade. (OPAS, 2005, p.i)

Ainda, é trazido no documento que há inúmeros motivos para adotar uma abordagem renovada da APS, apontando dentre eles “o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a serem mais eficazes” (OPAS, 2005, p.1)

É neste contexto que, no Brasil, em março de 2006, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 648, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Esta portaria explicita como se toma para o cenário brasileiro a Atenção Básica.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006)

Ao definir Atenção Básica, retoma os atributos da APS discutidos por Starfield (2002) e reforça a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, caminhando na direção indicada pela OPAS (2005) de que a renovação da APS implica na transformação dos sistemas de saúde, com a adoção da APS como seu princípio.

Um último aspecto que é importante ressaltar, diz respeito à compreensão expressa textualmente na portaria de que a atenção básica “considera o sujeito em

sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural” (BRASIL, 2006), impondo um desafio da utilização de um conjunto articulado de tecnologias (duras, leve-duras e leves²), que vise a integralidade da atenção e a consideração do usuário como sujeito no processo de produção de atenção à saúde, sendo necessário, portanto, a busca de novas ferramentas para a atuação na atenção básica.

4.3. A Estratégia Saúde da Família

Para que a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS sejam realmente incorporados e assegurados, sustentando a APS como eixo organizativo da agenda nacional de saúde, diversas estratégias têm sido criadas, sendo asseguradas por normas operacionais³ que dão viabilidade a estes princípios e diretrizes. A Saúde da Família, inicialmente colocada no Brasil como um Programa – *Programa de Saúde da Família*, se constitui em uma destas estratégias.

A instituição da Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB/93) que prevê a viabilidade política do processo de descentralização é um primeiro movimento para a constituição da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta norma deu respaldo legal à municipalização, ao planejamento ascendente, ao olhar para as necessidades locais e para o contexto onde as práticas de saúde têm seu lugar de realização.

A descentralização, segundo Bodstein (2002), ao dar soberania aos gestores municipais para adequação das políticas nacionais de saúde no nível local, reconhece e valoriza a diversidade da nossa realidade brasileira, tonificando a

² Merhy (1997) define tecnologias duras, leve-duras e leves como ferramentas de trabalho a que se pode recorrer a depender do contexto: equipamentos (duras), protocolos (leve-duras) e as relações de trabalho (leves).

³ Desde a promulgação da Constituição e aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o Ministério da Saúde tem editado Normas Operacionais que visam oferecer ferramentas operacionais para a consolidação do processo de descentralização, sendo o mais recente documento o Pacto Pela Vida, de março de 2006.

cidadania e o controle social. Junto a isso, permite uma maior flexibilidade das estratégias político-institucionais condicionada às tais diversidades. Assim, gera-se uma maior responsabilidade social por parte do gestor propiciando inclusive melhor desempenho gerencial.

Outras normas e portarias foram sendo criadas no decorrer dos anos dando sustentação e legitimidade à política de organização do SUS, tendo como fio condutor, já explicitado anteriormente, as premissas fundamentais da APS como primeiro acesso ao sistema pelos usuários, hierarquizando o serviço de maneira articulada e integral e fortalecendo a idéia de rede de atenção, tendo como central a integralidade.

Embasada na perspectiva de investimento na APS, a Estratégia Saúde da Família foi implementada pelo Governo Federal Brasileiro em 1994 e se constitui, atualmente, como uma estratégia de política pública para estruturação de um modelo de atenção voltado para a integralidade e qualidade da assistência prestada, contribuindo para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (OPAS, 2003).

A Saúde da Família tem como uma de suas raízes o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, implantado em 1991 pelo Ministério da Saúde. Em 1994, com o lançamento do PSF, havia a expectativa de que em seu primeiro ano de funcionamento estivesse presente nos 26 estados da federação e no Distrito Federal, com 2.500 equipes de trabalho para o atendimento de 2,5 milhões de famílias, sendo as áreas escolhidas prioritariamente para o início do Programa as delimitadas no Mapa da Fome do IPEA (MISHIMA, 2003).

Neste momento de implantação, é claramente explicitada a intencionalidade colocada para o PSF, de se voltar ao atendimento das populações mais carentes e excluídas do sistema de saúde, sofrendo severas críticas em relação ao seu

caráter focalizador (MISHIMA, 2003). O ano de 1998 se constituiu como um marco no processo de consolidação do Programa, ao Ministério da Saúde colocá-lo como estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde.

A ESF se constitui na estratégia prioritária da Política de Atenção Básica, sendo enfatizada a definição de responsabilidades entre o sistema de saúde e a população (BRASIL, 1997, 2006). É composta por uma equipe denominada equipe mínima, integrada por profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde bucal, atualmente, também conta com incentivos financeiros para integrar a ESF. Seus profissionais são um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2002).

Equipes de apoio, que vêm recebendo a denominação de equipe de apoio matricial, com uma grande diversidade de profissionais da saúde, também podem compor o trabalho, diferenciando-se conforme a realidade local.

Cada equipe é responsável por uma região delimitada, o território, variando entre 600 a 1000 famílias, ou 4.500 pessoas, no máximo. A organização da assistência se estrutura dentro deste território delimitado, conceituando território não somente como espaço geofísico, mas também espaço social, das relações sócio-políticas, da cultura local. A equipe, inserida nesse território, trabalha com o planejamento ascendente, isto é, traçando estratégias de intervenção às famílias de acordo com as necessidades da comunidade que ali reside.

Nessa linha de raciocínio, o processo de trabalho em saúde é tomado como uma prática social, complexamente interligada à realidade em questão, fazendo com que a integralidade e a intersetorialidade sejam partes importantes do desenho estratégico de ação. A participação popular também passa a ser

extremamente valorizada para compor a co-responsabilidade nas intervenções desenvolvidas no território.

A Estratégia privilegia a integralidade da pessoa inserida em seu cotidiano cultural, pertencente a uma família, rompendo assim com a prática tradicional individualizada e desconectada de todos os seus determinantes sociais, que a traduzia numa relação causal, da saúde como ausência de doenças. Nesta perspectiva, a saúde é tratada como uma complexidade de determinantes que podem favorecer ou impedir um estado saudável. Assim, a ênfase dada ao serviço está embasada na proposta de um trabalho menos “tecnificado” e que privilegie maior proximidade com a comunidade. O vínculo, o reconhecimento e a escuta no relacionamento profissional de saúde / comunidade são valores enfatizados.

Outra ênfase deste trabalho é o foco na equipe, deslocando a figura do médico do centro das relações de trabalho, abrindo espaço para outros profissionais, fortalecendo o trabalho coletivo. A equipe multiprofissional e interdisciplinar tem lugar privilegiado, construindo um trabalho de co-responsabilidade entre os diversos profissionais e almejando esta relação também com a comunidade. Sendo assim, a participação, tanto dos trabalhadores de saúde como da comunidade é de fundamental importância para que ocorra esta reorganização das práticas de trabalho, numa atuação mais próxima do dia a dia da população, numa convivência cotidiana (BRASIL, 1997; COSTA NETO, 2000; CORDEIRO, 1996; SOUSA, 2003).

Buscando compreender as possibilidades e limites quanto a efetividade da ESF, Franco e Merhy (2003) fazem uma análise histórica sobre as referências teóricas e conceituais que a embasaram. Para isso dão visibilidade à complexa

questão das mudanças na organização da saúde e suas repercussões nos serviços, explicitando as ideologias e os interesses hegemônicos presentes nas formulações de políticas públicas. Para melhor entendimento trazem para a conversa o desenvolvimento da medicina comunitária nos anos 60 nos EUA e também da APS na década de 70 com Alma Ata, fazendo correlações com o desenvolvimento e a implantação da ESF.

Os autores afirmam que nem sempre modelos universalistas significaram uma perspectiva inclusiva na assistência à saúde, mas sim interesses do capital e da produção da força de trabalho. Portanto, para que uma efetiva transformação se realize necessita-se de uma reorganização dos processos de trabalho e não de normas editadas verticalmente. Sugerem, ainda, que a ESF vem apresentando as mesmas versões racionalizadoras e de focalização implícita na proposta da medicina comunitária e nos cuidados primários em saúde. Concluem dizendo que toda política de saúde é um produto desses complexos jogos de forças político/ideológicos e, para que a configuração seja realmente diferente dos modelos tradicionais de saúde, seria necessário potencializar a micropolítica do processo de trabalho, centrada principalmente nas relações intercessoras entre trabalhador-usuário presentes na prática de saúde.

Ainda, estes autores têm privilegiado o “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2000), a “produção do cuidado” e a “presença do outro no espaço institucional” (AYRES, 2004) e a “defesa da vida” (CAMPOS, 1997) como potentes saídas para a geração de conhecimentos baseados em premissas que contribuam para a reconfiguração das práticas de saúde e para a produção de cidadãos participativos.

Cada qual com suas fundamentações teóricas, estes autores sintonizam-se quanto à importância do ato assistencial, do momento do encontro como altamente

potente e talvez o único que possa romper com as forças hegemônicas que fazem da atenção à saúde um saber técnico-econômico, pouco resolutivo e desumano. Apontam a micropolítica dos processos de trabalho na saúde como a saída que pode realmente transformar as práticas de assistência, produzindo atos de saúde na dimensão mais libertadora e não massificante ou alienada de um contexto.

Como exercitar estas propostas de mudança para que se convertam realmente em práticas diferenciadas? Em práticas que possam atingir a micropolítica do processo de trabalho em saúde e não fiquem estagnadas somente em suas estruturas organizacionais? Para que transcendam do trabalho médico-procedimento-centrado para a equipe-usuário-centrado?

Estes são questionamentos colocados na ordem do dia e que necessitam serem pensados, refletidos e discutidos, buscando alternativas para se atingir a integralidade da assistência à saúde.

Segundo Gil (2006), à medida que a ESF vai se ampliando no País vai tornando claro o esgotamento das práticas tradicionais de gestão e atenção à saúde que não se sustentam diante de um modelo assistencial diferenciado. Fica evidente a necessidade de novos instrumentos para lidar com os cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe) e com a gestão de saúde (co-gestão, foco no processo de trabalho, inovação gerencial). Assim, segundo Gil (2006), fica claro que há uma “inconsistência teórico-conceitual” no campo da atenção à saúde para lidar com essas transformações, necessitando de outros olhares para este cenário.

5. Integrando discursos: Construcionismo Social e a Estratégia Saúde da Família

5.1. Construindo um caminho coletivo: articulando novas possibilidades

Segundo a perspectiva teórica do construcionismo social, toda produção de conhecimento faz parte de um complexo processo ideológico, situado e dialógico, em que todos os participantes são produtores ativos e implicados. A ciência, como um campo produtor de conhecimento, também se insere neste processo, construindo Saber que será sustentado na interação entre os participantes envolvidos.

Esta pesquisa, apostando na articulação do discurso construcionista social à Estratégia Saúde da Família e a proposta da Responsabilidade Relacional como ferramenta teórico/prática, não visa estabelecer uma nova verdade objetiva na ciência que automaticamente irá transformar o Sistema e a oferta das práticas de saúde.

É importante este esclarecimento, pois, por ser uma pesquisa científica, esta pode ser tomada como um estudo empírico para validar e generalizar uma prática, obrigando sua aplicação posterior. Pelo contrário, não se trata da oferta de um modelo a ser seguido. Construo esta articulação apostando na sua fertilidade para sustentar a transformação de práticas na saúde. No entanto, esta “fertilidade” só será construída, no sentido de ser útil para a comunidade envolvida, a depender das conversações que se seguirem posteriormente ao contato com esta pesquisa, gerando possibilidades de novas ações.

Assim, tendo explicitado os pressupostos epistemológicos do construcionismo social tanto quanto os princípios e diretrizes da ESF, o esforço neste momento é o de articular, construir pontes que interliguem esses discursos,

conformando o primeiro objetivo desta pesquisa: contribuir a produção de uma inteligibilidade relacional que fortaleça a atenção integral à saúde.

Aproximando seus pressupostos e diretrizes, vemos que os dois Discursos se organizam em torno de eixos que apostam na construção de um fazer conjunto, interativo, valorizando a localidade e os saberes que daí se desdobram.

A ESF privilegia o processo de trabalho na produção do cuidado enfatizando o território e suas relações - trabalhadores de saúde/usuários; usuário/usuário; trabalhador de saúde/trabalhador de saúde. Ou seja, dá centralidade à cultura local, ao sistema familiar circunscrito num território e todas as relações que daí se estabelecem. Sousa (2003) dá ênfase a esta afirmação apontando o território como um *“sinônimo de lugar, espaço de interação, solidariedade”* (SOUSA, 2003, p. 34).

Os pressupostos construcionistas sociais ressoam com este modo de organização do trabalho à medida que tomam os processos relacionais como ponto central de sua teoria, ou seja, as interações como produtoras dos sentidos das coisas, do mundo e da personalidade. Para o construcionismo social, as possibilidades de sentido numa dada situação, se dá nos processos interativos conversacionais, assim como sua sustentação. As questões são sempre compreendidas em sua localidade, analisadas dentro de seus contextos e portanto, o entendimento que há entre as pessoas e as possibilidades de permanência ou ruptura dependem desses processos interativos. Dessa maneira, o discurso construcionista social se faz coerente com as propostas da ESF, podendo oferecer embasamento a sua postura sensível à interação entre os atores sociais e o contexto interventivo, podendo ser um importante recurso para compreensão de como tem se dado a micro-política do trabalho.

Outro ponto de intersecção é a compreensão do trabalho na ESF como processual e contínuo, fazendo valer o atributo da longitudinalidade, devendo ser continuamente avaliado pelas suas demandas locais. Este “fazer-fazendo” característico da proposta da ESF é partilhado e sustentado teoricamente pelo construcionismo social, que apreende o mundo num permanente dinamismo de construção e reconstrução de sentidos, que nos antecede e nos transpõe. Para o construcionismo social, as pessoas estão imersas numa rede de sentidos num processo constante de enfrentamento, negociação, legitimação e transformação. Este caráter processual, não visa a busca de um produto único e final e, neste sentido pode ser um recurso teórico importante para potencializar e legitimar a proposta da ESF, que aponta na importância do processo contínuo das ações em saúde, mais do que intervenções pontuais.

Outra grande ênfase da ESF para a geração do cuidado em saúde é a produção do vínculo da equipe com as famílias a serem acompanhadas no território. Para que isso ocorra, a organização do trabalho realça o acolhimento, a longitudinalidade, a integralidade e a interação como peça chave para este alcance. Estas diretrizes operacionais de intervenção, usuário-centrado, garante o trânsito na saúde de acordo com as necessidades deste usuário, sendo considerada sua subjetividade e oferecendo apoio contínuo durante todo o seu processo de atendimento na saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A epistemologia dialógica do construcionismo social se interessa pela criação de práticas conversacionais que possam construir caminhos possíveis para que as pessoas sigam juntas. Interessa-se pela utilização de um discurso que não seja persuasivo, mas que possa ser compartilhado, para que não se encerrem as conversas, mas se abram mais possibilidades inclusivas para estas (MCNAMEE

2003). Nesse sentido, pode ser útil para pensar discursos na saúde que propiciem a construção de espaços facilitadores para o acolhimento e conseqüentemente a construção do vínculo.

O conceito de Responsabilidade Relacional pode contribuir com o entendimento, a reflexão e problematização das propostas de ações que visem a co-responsabilidade na saúde tão almejada na ESF. Assim, pode favorecer a instauração de ações coordenadas entre equipe e comunidade numa prática mais integrada entre profissional e usuário, sendo mais coletiva e participativa, gerando responsabilização conjunta.

Por fim, mesmo se pensarmos nas questões políticas organizativas da ESF, como a proposta de descentralização e democratização do Sistema de Saúde, encontraremos pontos de apoio no discurso construcionista social. Segundo Mendes (2002), a proposta de democratização vem no sentido de inverter o modelo de atenção que tradicionalmente vinha atuando dividido em níveis hierárquicos de funcionamento, como num sistema piramidal. Sua proposta é que isso se reverta para uma rede horizontal integrada, com pontos de atenção à saúde que interagem entre si, mas não se hierarquizam.

A proposta construcionista social investe na criação de espaços mais democráticos de convivência, em que a alteridade não seja tomada hierarquicamente, mas que possa se horizontalizar e ser compartilhada em suas diferenças.

A interlocução do construcionismo social com áreas do saber que abordam o cuidado à pessoa já vem ocorrendo. No campo da psicoterapia, da mediação de conflitos e também em algumas intervenções sociais/comunitárias tem sido efetiva a utilização das metáforas construcionistas na reflexão de trabalhos que propiciem conversas mais igualitárias, que promovam maior interação e menor

hierarquia entre profissionais-usuários, ampliando possibilidades de ação e propiciando intervenções mais efetivas (ROTH, et.al. 1992; ANDERSON, 1997; MCNAMEE; GERGEN, 1998; ANDERSEN, 1999).

A ESF, por estar localizada no seio da comunidade que intervém, trabalhando localmente, lidando diretamente com o cotidiano das pessoas, no contexto em que elas vivem, trabalham e se relacionam, necessita produzir intervenções mais contextualizadas com cada espaço e situação. A forma como a ESF foi estruturada para funcionar, a faz deparar cotidianamente com questões que demandam acolhimento, vínculo, interação e “muita conversa”. Estas características requerem como principal ferramenta de trabalho para a ESF as tecnologias leves¹, tecnologia das relações.

A articulação desses dois discursos também se dá nesse sentido. O construcionismo social, como uma teoria sensível ao processo de se relacionar e suas possibilidades, vem ao encontro deste desafio da ESF, podendo contribuir com a construção de um modelo de atenção à saúde mais integral, pertinente à realidade local e gerador de interlocuções entre equipe de saúde e comunidade.

A ESF, tendo como proposta a construção de uma Atenção Primária à Saúde mais humana e eficaz, tomando comunidade e equipe de saúde como parte ativa e envolvida no processo de construção de um novo Sistema de Saúde, abre espaço de sustentação e de articulação com o Construcionismo Social. Isto porque é exatamente dessa maneira que este discurso sustenta sua inteligibilidade, na construção dialógica e compartilhada dos sentidos do mundo e das coisas. Reconhecer essa inteligibilidade é valorizar comunidade e trabalhadores de saúde como protagonistas na construção das ações em saúde local, numa posição ativa e responsável pela forma e andamento

¹ Merhy (1997) define como tecnologias leves a tecnologia das relações. É caracterizada como trabalho vivo em ato. São ferramentas que favorecem o encontro do usuário com o trabalhador e que se fazem presente na interação, como, por exemplo, a escuta, o vínculo, o acolhimento.

que essas ações vão tomando. É dar espaço e liberdade para que diferentes formas de compreender, cuidar e manter a saúde tenham visibilidade. Formas mais criativas que incentivem a ampliação do diálogo entre comunidade e trabalhadores de saúde e envolva a negociação de consensos entre formas diferentes, porém legítimas, segundo o construcionismo social, de levar a vida.

Se, como vimos, a linguagem constrói e é ação no mundo (GERGEN, 1985; GERGEN, 1997; BURR, 2003; MCNAMEE, 2004) ou seja, quando as pessoas falam elas se posicionam e são posicionadas criando situações específicas, então, falar de uma determinada maneira, possibilita determinada ação gerando determinada realidade. Pensar a realidade como algo local, situado, construído através de processos sociais, é pensar a existência de diversas versões de verdade, característica de um contexto particular, vivenciada por pessoas que coordenam suas práticas discursivas e constroem seus significados compartilhados.

Nessa linha de raciocínio, estas pessoas, legitimadas em suas crenças e verdades, se tornariam especialistas daquilo que constroem entre elas, seus valores e atitudes.

Qual a implicação de se tomar a realidade desta forma? Pensar a aproximação de uma equipe de profissionais com uma comunidade, ambos especialistas de suas vivências, de suas crenças e valores, seria como pensar um encontro de especialistas. Cada qual com seus saberes específicos e suas vivências peculiares. Os profissionais de saúde com seu saber científico, técnico, construído numa formação que compartilha determinados sentidos do processo saúde-doença-cuidado. E a comunidade, especialista em seu cotidiano, com suas crenças e modos “senso-comum” de lidar com o processo saúde-doença-cuidado.

No construcionismo social, o encontro de especialistas se torna viável. À medida que o conhecimento é tomado como produto de um imbricado processo de construção social e não resultado de uma descoberta científica coordenada por métodos que revelam o verdadeiro *Saber*, então, a diversidade pode ser legitimada e justamente por isso é que se tornam possíveis ações criadas num espaço conjunto entre comunidade e profissionais de saúde. Um espaço em que o encontro possa ser mais horizontalizado, menos engessado pelas amarras do saber científico, dando oportunidade para que se legitime outros saberes e se construa uma outra realidade social naquele território específico. Uma realidade que possa ser repleta de sentidos compartilhados pelos profissionais e pela comunidade, possibilitando assim uma ação em saúde mais integral, efetiva e condizente com as necessidades e desejos locais.

A ESF aposta na proximidade entre trabalhadores de saúde e usuários. Aposta na coletividade, no contexto, na construção coletiva, nos grupos. Esta forma de organizar e atuar numa Estratégia de saúde propicia a construção de ações em saúde a partir de sua base, do contexto local. E esta realidade não ocorre somente porque está contratada num papel, mas sim porque determinadas formas de interação tornam possíveis determinadas situações. No entanto, muitas vezes, não há um entendimento epistemológico desta proposta diferenciada na saúde, destes encontros entre trabalhador de saúde/usuário gerando realidades específicas. Não havendo este entendimento de que estão construindo uma realidade diferente na Saúde Pública não se potencializa nem se é protagonista destas transformações.

Desta forma, justifica-se a importância da compreensão dessas mudanças que vêm ocorrendo na saúde como um todo e mais especificamente na Atenção Primária à Saúde. Esta discussão dá visibilidade para o suporte teórico/prático

que o construcionismo social pode oferecer nessa direção, dando subsídios para a construção de interlocuções que sustentem este novo paradigma na saúde.

Uma proposta construcionista social não significa acabar com protocolos, números e técnicas, mas é um convite a pensar todas essas ferramentas como socialmente construídas, dentro de uma lógica específica. E por terem sido construídas num determinado momento histórico, podem ser re-construídas caso não estejam sendo mais úteis para determinada função. É estar aberto para outras possibilidades, é perceber que as coisas podem ser construídas de diversas maneiras. E, neste processo de abertura, nada mais potente do que por as pessoas juntas para o diálogo, para a reflexividade, para a construção de outras formas de trabalho que possam ser mais produtivas, eficazes e prazerosas.

5.2. Responsabilidade Relacional na Estratégia Saúde da Família

Como descrito anteriormente, a Responsabilidade Relacional é um conceito teórico/metodológico do construcionismo social ao mesmo tempo em que pode ser entendida como um recurso interventivo que chama a atenção para os processos de se relacionar (MCNAMEE; GERGEN, 1999). No item anterior, construímos alguns caminhos, articulando construcionismo social e ESF convergindo às novas possibilidades na saúde. O empenho neste item é articular especificamente a Responsabilidade Relacional à Estratégia Saúde da Família como recurso na transformação das tradicionais práticas de saúde.

A ESF, que atua dentro de um território específico enfocando uma intervenção mais integral, coletiva, voltada ao indivíduo inserido numa cultura e numa família, traz em suas diretrizes um apelo à sensibilização dos atores envolvidos para uma abertura e aproximação a diferentes culturas e a diferentes formas de se viver (BRASIL, 1997).

Vários autores assinalam dificuldades na transformação do modelo em saúde tradicional, pela complexidade do sistema em sua organização, havendo interesses hegemônicos e forças ideológicas presentes nas formulações de políticas públicas que impedem esta transformação (MIRANDA 1998; SALUM, 1999; PUSTAI, 1999; FRANCO; MERHY, 2003). No entanto, apostam que esta mudança é possível e apontam que maior atenção deve ser dada ao processo de trabalho em saúde, principalmente nas relações intercessoras entre trabalhador-usuário presentes nas práticas de saúde. Assinalam que este olhar aos micro-processos de trabalho deve acontecer para que tais práticas possam ser reconfiguradas e para que se produza cidadãos mais participativos e co-responsáveis.

Vimos então, que já há um questionamento e uma demanda para o desenvolvimento de práticas mais inclusivas na saúde, que valorizem os processos micro-sociais de trabalho, gerando intervenções em que a questão saúde-doença-cuidado possa ser entendida de forma mais ampliada.

A Responsabilidade Relacional foca-se nos processos interativos como geradores e legitimadores das construções de todas as atividades humanas, de sentidos e de moralidade (MCNAMEE; GERGEN, 1999). Nesta perspectiva, o processo de se relacionar tem potência transformadora e por isso o esforço em dar visibilidade a ele e investir na prática cotidiana das relações.

Como a proposta da Responsabilidade Relacional pode se inserir na Estratégia Saúde da Família? Como oferecer inteligibilidade para a convergência desses discursos dando sustentação a novas práticas?

Segundo Hyde e Bineham (2000), a oferta de uma outra inteligibilidade a um campo de conhecimentos e práticas trata-se de tarefa complicada. Quebrar o paradigma hegemônico moderno da saúde, fundamentado no tecnicismo e nas

relações hierárquicas para oferecer um outro, embasado no processo de construção da realidade nas relações, caracteriza-se como um desafio, exatamente por estarmos inseridos e vivenciarmos ainda uma forte cultura individualista.

A ESF tem como proposta de atuação intervenções mais coletivas, sendo suas diretrizes voltadas para a aproximação, o acolhimento e o vínculo com a comunidade. No entanto sabe-se da dificuldade de adoção de práticas mais dialógicas e interativas.

Apesar de não haver técnicas específicas que garantam o alcance da RR, algumas posturas podem gerar uma relação mais horizontalizada, próxima e produtiva entre trabalhador de saúde/usuário, promovendo ações mais interativas e dialógicas.

A RR no contexto da Estratégia Saúde da Família pode fortalecer suas propostas, na valorização do processo de relacionar-se, transformando as conversas monológicas em conversas dialógicas dentro deste contexto.

A conversa monológica na saúde seria aquela em que a relação trabalhador de saúde/usuário se dá numa relação objetificada. Tanto o trabalhador de saúde quanto o usuário são objetificados na perspectiva do outro. O trabalhador de saúde trata seu paciente na perspectiva da oferta de um serviço, seja ele um tratamento, uma consulta ou uma visita domiciliar. O usuário, por sua vez, responderá a este serviço de acordo com sua demanda, que muitas vezes não é a mesma da lógica do trabalhador. Neste sentido, também trata o profissional como um objeto no sentido de que irá receber o serviço ofertado aderindo de acordo com suas expectativas e necessidades. Qual a pragmática deste tipo de relação? A produção decorrente deste tipo de encontro é de uma relação desengajada, sem vínculo, em que cada parte é responsável em cumprir o seu

papel - o trabalhador de saúde em ofertar o serviço e o usuário em recebê-lo. Qualquer lacuna neste processo acarretará na culpabilização de um dos lados, que estão se tratando como partes independentes do processo, não se vendo produzindo algo coletivamente.

Quando num relacionamento as partes se tratam como objetos independentes, onde cada parte tem uma função específica a se cumprir, o envolvimento não se concretiza e o que prevalece é somente a função utilitarista da relação. No caso específico da relação trabalhador de saúde-usuário, quando este tipo de relação prevalece, o trabalhador de saúde se relaciona com o usuário como seu objeto de trabalho, dirigindo ações para que este se mantenha sadio. O usuário, por sua vez, trata o trabalhador de saúde como dono de um saber a oferecer para sua cura.

É importante enfatizar que a referida relação objetificada da conversa monológica na saúde, na maioria das vezes, é investida de respeito e profissionalismo. O que se quer enfatizar é como este tipo de relação acaba configurando o processo de cuidado como tecnicado e desarticulado do cotidiano dos envolvidos. Sem foco na interação e somente com metas a se cumprir é uma relação desinvestida de envolvimento e, portanto, mais frágil, com maiores chances de fracasso. Nesta perspectiva individualista, o fracasso acabará sendo atribuído a uma das partes e não como consequência desta relação desengajada. Por exemplo, se o médico fizer uma prescrição e o usuário não segui-la, este é culpabilizado pela sua não-adesão. Se aderir, mas o tratamento não der certo, o culpado é o médico. Ou seja, se algo sair errado, sempre uma das partes será a responsável.

A conversa dialógica caracteriza-se pelo reconhecimento e importância do outro na construção da relação. Este outro é investido de saber e participante

responsável na história a ser construída e legitimada. Especificamente na saúde, a relação dos atores envolvidos, trabalhador de saúde/usuário, adquire grande importância, já que o sucesso da intervenção dependerá da forma como este encontro se dá, da participação e da colaboração das partes.

Segundo Sampson (1993) o dialogismo enfoca a qualidade conversacional da natureza humana gerando profunda implicação a tudo que somos e fazemos. Tudo que é central na natureza humana, segundo o autor, é encontrado em processos que ocorrem entre as pessoas nas suas relações. Portanto, intervenções mais dialógicas valorizam o encontro entre as pessoas, investindo-o de poder transformativo.

A Responsabilidade Relacional como uma perspectiva dialógica na produção do saber e das ações no mundo, pode ser uma ferramenta que dê sustentação e legitimidade na compreensão da importância do relacionamento dialógico e da interação na ESF. Pode contribuir com a desnaturalização das relações e o questionamento do como e porquê as interações se configuram de uma determinada forma ou de outra e que tipo de realidade se gera a partir daí. Assim, possibilita se atentar a importância da relação trabalhador de saúde/usuário na geração de sentidos sobre o processo saúde/doença, na adesão às intervenções, na criação de práticas mais colaborativas e na criação desse senso de responsabilidade à medida que chama atenção para o processo criador de se relacionar. Desta maneira, contribui para que o cuidado com a relação seja maior.

Práticas dialógicas dizem de práticas em que o foco se dá primariamente na relação, no “nós”, no que as pessoas fazem juntas, havendo responsividade, inclusão e envolvimento no processo de criação de sentidos e ações coordenadas. A responsividade e a inclusão em uma conversa geram um senso de responsabilidade na relação, fazendo com que os envolvidos se

responsabilizem por essa relação, por estarem implicados nela. Estando implicado na relação há um cuidado maior na sua preservação e respeito, gerando maior comprometimento.

Ao contrário, intervenções monológicas são sempre mais abstratas, tomando o outro como um outro geral, sem particularidades específicas. A abstração dificulta a criação da co-responsabilidade, acabando por objetificar as relações (SAMPSON, 1993).

Spink (1999) chama atenção para a importância da personificação numa relação como uma forma de ascender a dialogia e a ética dialógica nas relações. À medida que uma relação é tomada com mais personalidade, envolvimento, proximidade e atenção às particularidades, aumenta-se a possibilidade de vínculo e de responsabilização por essa relação, promovendo dessa forma uma ética mais contextual, mais fluida e relacional (SPINK, 1999).

A ESF tem seus princípios e diretrizes embasados em formas mais coletivas de atenção à saúde, enfatizando o planejamento ascendente, a construção das ações em contexto, de modo a se estabelecer vínculos capazes de permitir a longitudinalidade da atenção à saúde (BRASIL, 1997). No entanto, a forma enrijecida com que o sistema de saúde funcionou por muito tempo, muitas vezes se reproduz mesmo em espaços propostos a serem diferenciados, apontando uma desigualdade do Saber, em que o conhecimento científico é o grande privilegiado na produção das ações, com intervenções tecno-orientadas pouco sensíveis às necessidades locais, tornando trabalhadores de saúde e comunidade isolados.

Dentro da proposta ampliada de atenção à saúde, é possível notar um movimento em busca de propostas capazes de produzir mudanças. A inserção do

conceito de autonomia no contexto da ESF é uma dessas tentativas, propondo práticas menos autoritárias e maior poder de decisão para os usuários.

No entanto, iremos problematizar o conceito da autonomia oferecendo a Responsabilidade Relacional como mais profícuo e potente para os propósitos da ESF na construção de um trabalho mais dialógico, colaborativo e de co-responsabilidade entre os atores envolvidos.

A autonomia é um conceito originariamente grego que significava a capacidade de autogestão e autogoverno das cidades-estados independentes gregas (*autos* – próprio; *nomos* – regra, governo ou lei). O termo foi se estendendo e adquiriu amplitude fazendo referência aos indivíduos, à capacidade de autogovernar a própria vida, de possuir direitos de liberdade, privacidade e escolha dos próprios comportamentos.

Segundo a definição do dicionário Houaiss (HOUAISS; VILLAR 2001): é a capacidade de se autogovernar, tomar decisões livremente, com liberdade e independência moral ou intelectual.

A filosofia também toma a autonomia como objeto de estudo sendo Kant quem a introduz no campo. Enaltecendo a razão como detentora de lei própria, o filósofo caracteriza o indivíduo racional como aquele possuidor de independência para determinar seus objetos de busca pessoal, inclusive com liberdade de vontade. Este seria idealmente o indivíduo autônomo. (ABBAGNANO, 2000).

O respeito pela livre escolha das pessoas configura-se como parte da cultura ocidental moderna, iniciada com o movimento iluminista e fortalecida no século XX. A autonomia, como filha diletta do Iluminismo, representou toda a vitória contra o poder da Igreja e do Estado que vigoravam até então.

Nas ciências da saúde, a autonomia teve grande repercussão, inicialmente, na área da ética biomédica. O horror suscitado pelas experiências científicas realizadas na Segunda Guerra Mundial, com prisioneiros de guerra e também com grupos minoritários e excluídos, tais como presidiários, negros e deficientes mentais trouxeram a necessidade de uma reflexão ética sobre a utilização de seres humanos em pesquisa. Estas discussões geraram a elaboração de códigos, declarações e diretrizes na tentativa de controlar tais pesquisas e garantir a autonomia dos sujeitos submetidos (SPINK, 2000).

A ética biomédica acabou produzindo um famoso relatório - relatório Belmont – que se tornou a grande declaração da ética em pesquisa e que legitimou o princípio da autonomia na saúde. Outros princípios também foram legitimados como a beneficência e a justiça, porém a autonomia foi considerada como o princípio mais determinante nas práticas de saúde. Estes três princípios, que ficaram conhecidos como “ética do princípalismo” foram posteriormente transpostos para a área clínico-assistencial, operacionalizando-os na prática intervencionista (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para o interesse presente, nos ateremos ao princípio da autonomia, de como ele foi sendo apropriado nas práticas de saúde e atualmente na ESF.

A autonomia, segundo o princípalismo, seria a capacidade de autogoverno, compreensão, raciocínio, deliberação, escolha independente e ação voluntária de um indivíduo diante de uma intervenção em saúde, ou seja, a possibilidade de uma pessoa optar por uma ação não estando sob o controle de alguma influência externa.

Porém, Beauchamp e Childress (2002) enfatizam que, para a legitimação da autonomia deve haver sempre um consenso médico sobre a capacidade competente da pessoa para a escolha. Justificam este procedimento discutindo a

questão da “autonomia pura”, ou seja, a faculdade da escolha isenta de influências ou incapacidades numa decisão. Os autores discutem vários tipos de influências e incapacidades como a física e a mental, a cultural e até a de compreensão das informações transmitidas. Consideram que divergências morais entre profissional e paciente em uma determinada situação também podem ser consideradas como incapacidade do paciente, motivo justificado para não se privilegiar a autonomia, alegando ignorância e risco quanto à tomada de decisão. Assim, estabelecem padrões para o exercício da autonomia e seu controle nas decisões dos pacientes.

Portanto, o paciente para obter o direito da autonomia nas suas decisões, segundo a Medicina, deve primeiramente ter a capacidade para exercê-la.

Esse discurso da autonomia está totalmente afinado à lógica científica de seu tempo, localizado dentro do paradigma positivista da ciência moderna, numa lógica da busca de uma verdade universal e única para os fatos. A autonomia, nesta perspectiva, é tratada como privilégio científico, em que a escolha autônoma é a capacidade de compreender e discernir a melhor escolha dentre várias. Portanto, apresenta-se mais como uma concessão a ser conquistada através da aquisição desta lógica do que um processo negociado.

A autonomia vai tomando ampla dimensão na saúde e se dissemina para diversos âmbitos. Com o movimento mundial em prol da promoção de saúde e da qualidade de vida das populações na década de 80, a satisfação do usuário e o respeito por suas escolhas passam a ser de extrema importância no sistema de saúde (BUSS,1998; WHO, 1978).

Especificamente no Brasil pós-SUS, a autonomia ganha um desenho especial principalmente devido à diretriz da participação popular, que retoma a

importância da população ter as rédeas de sua saúde e seus cuidados, sendo o principal agente tanto no nível individual quanto no coletivo.

Qual a repercussão da autonomia na ESF?

Considerando que a ESF intervém num território específico com propostas mais contextuais com produção de vínculo, participação, integralidade e coordenação das ações, o planejamento ascendente é fundamental para operacionalização desta Estratégia, tanto no sentido da construção local de práticas, como também por possibilitar a participação da comunidade na definição de prioridades na programação das ações. Assim, investe-se na abertura e reconhecimento dos saberes populares e locais.

A autonomia se configura na ESF nos espaços de interação com o usuário, principalmente, nos espaços coletivos. Segundo Souza e Carvalho (2003), os grupos programáticos da ESF, que são aqueles voltados ao cuidado às doenças prevalentes, são os espaços favorecidos para um cuidado diferenciado, mais interativo e mais potente para a geração da autonomia do usuário. Schimith e Lima (2004) também apontam os grupos programáticos, que promovem acolhimento e vínculo, como contribuinte na geração da autonomia do indivíduo.

No relato das intervenções contadas pelos autores (SOUZA; CARVALHO, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004), que se apresentam como coletivas e oferecendo maior interação, fica marcado o caráter educativo e instrutivo ao usuário acerca de hábitos mais saudáveis e melhores formas de ser e estar na convivência com a patologia em questão. Mesmo a educação em saúde, compreendida por muitos profissionais como uma ferramenta de intervenção democrática, acaba por compreender a autonomia do usuário como a aprendizagem do que é tido como

melhor. O indivíduo autônomo é aquele capacitado de conhecimento e, portanto, livre da ignorância:

Mas para que tal prática realmente aconteça, é preciso haver comunicação, ou seja, o profissional de saúde, usando de linguagem clara, precisa relativizar seus conhecimentos, conhecer a realidade com a qual trabalha e perceber o indivíduo como ser relacional, com toda a sua subjetividade, permitindo que ele se aproprie do conhecimento técnico, sem descaracterizar o conhecimento popular. E, mediante essa apropriação de conhecimentos, o indivíduo será capaz de intervir na realidade de forma consciente e eficaz (TRAESEL et. al., 2004, p.113).

Por mais que se adote a interação como privilegiada nas intervenções coletivas da ESF e também se reconheça o “conhecimento popular”, a forma como tais grupos são propostos ainda mantém uma relação passiva do profissional de saúde para com o usuário. O profissional é o especialista dotado de “conhecimento técnico” que através de manejo apropriado e linguagem acessível proporcionará a “apropriação de conhecimentos” pelo indivíduo, sendo assim capaz de exercer sua autonomia.

A interação, no entanto, ainda não se dá numa construção conjunta de novas formas de ação, mas da apropriação por parte do usuário do conhecimento técnico para melhor intervir em sua realidade. A compreensão de linguagem nesta perspectiva apresentada é a da linguagem como transmissora de conhecimento e não como prática social, constitutiva das relações. O objetivo, portanto, está em aprimorar novas formas de transmissão e aquisição do conhecimento técnico e não a aquisição de novos conhecimentos gerados na interação trabalhador de saúde/usuário, conduzindo a novas configurações de saber e de intervenção na saúde.

O discurso da autonomia na saúde, como visto, é empregado dentro da lógica das asserções da ciência moderna. Nesse raciocínio, as intervenções almejam “ensinar” autonomia, sendo organizadas de modo a permitir o acesso às informações privilegiadas quanto a melhor forma de proceder nos cuidados à saúde.

A proposta da ESF é trabalhar a autonomia das pessoas para que estas sejam protagonistas de suas vidas. Apesar de ser uma proposta condizente com os sentidos de saúde ampliada, ainda continua embasada no paradigma moderno da ciência. Dentro dessa tradição, em que a ciência é o termômetro do certo ou errado, do permitido e do proibido, as divergências acabam sendo interpretadas como ignorância dos sujeitos envolvidos, sendo caracterizada como descomprometimento e não como uma perspectiva diferente, um saber diferente e, portanto, uma possibilidade, já que o único saber validado é o legitimado pelas ciências.

Dentro dessa lógica, é compreensível querer ensinar autonomia, já que há um saber certo e lógico. Assim, continua-se a perpetuar o privilégio científico em que o profissional é portador do conhecimento válido e o responsável pela sua transmissão, tendo a comunidade um papel mais passivo em termos de aquisição de saber.

Quais as implicações desta forma de compreensão?

Uma implicação possível é a produção da estigmatização, decorrendo disso o desenvolvimento do julgamento moral individual, propiciando isolamento e solidão. Um exemplo na saúde é a culpabilização do paciente pela equipe de saúde por sua não adesão a um tratamento, sendo considerado negligente ou mesmo ignorante (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2007)².

À medida que se considera que é na mente do indivíduo onde o conhecimento é produzido e a ação é criada, a responsabilidade sempre estará voltada para ele, seja vangloriando-o ou culpabilizando-o. No caso específico da não adesão, o fracasso estará remetido ou ao profissional de saúde ou ao usuário.

² CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007. (artigo submetido).

Outra implicação importante que daí decorre é o descomprometimento ético social, pois ao convergir toda a responsabilidade de um evento para um indivíduo, acaba ocorrendo um empobrecimento analítico dos acontecimentos no mundo, desconsiderando outros fatores implicados que poderiam ser relevantes para a apreciação de uma questão analisada. Outros fatores que poderiam ser analisados que contribuem para a não adesão ao tratamento ficam limitados à culpabilização do indivíduo. O foco no indivíduo, que inicialmente foi emancipador e libertador, acabou por deixá-lo subjugado novamente a algo (ciências) e a alguém (especialistas).

Para que haja uma mudança de uma relação objetificada para outra mais responsiva é necessário que se esteja atento para o processo de se relacionar, é necessário que se esteja atento ao momento da interação.

Por que fazer a opção por um discurso de sustentação relacional da produção das inteligibilidades, das atitudes e decisões, que se apresenta contrastante com a tradição individualista? A que tipo de ética e moralidade a Responsabilidade Relacional convida?

Construir uma inteligibilidade alternativa para a ESF recorrendo ao conceito de Responsabilidade Relacional possibilita uma análise mais relacional da situação da saúde local e de como os atores envolvidos estão implicados nessa realidade. Possibilita pensar decisões tomadas conjuntamente (coordenação da atenção na saúde), possibilita construir um trabalho que surja das necessidades coletivas em que todos se responsabilizassem pelas tomadas de decisões e pelas conseqüências deste trabalho. Seria a valorização dos mais diversos saberes, considerando-os resultado de um processo social de múltiplas autorias, portanto, podendo compor um quadro mais amplo e não estabelecendo uma relação de oposição. A RR pode ser um entendimento conceitual potente para o propósito

democrático da ESF, apontando para a responsabilidade coletiva nas suas ações como também uma oferta prática de intervenção para o diálogo, em que profissionais e usuários possam estar engajados e responsivos, mais atentos na produção coletiva de sentido e de vínculos.

Considerar o processo de construção conjunta de sentidos facilita o entendimento do que é um diálogo transformativo. Sem essa apreensão, o diálogo acaba por torna-se uma intervenção a ser alcançada através de técnicas específicas de condutas.

A interlocução da ESF com a RR nos permite uma análise mais complexa das situações, ampliando o espectro de entendimento das situações e conseqüentemente de soluções a serem pensadas e implementadas, produzindo práticas mais inclusivas. O exemplo relacionado à implicação individualista, da não adesão ao tratamento culpabilizando o paciente por displicência, na perspectiva da RR se complexificaria, levando em conta outras vozes e ampliando para outros sentidos possíveis.

O conceito de RR como visto, pode ser uma opção discursiva na direção dessas propostas de mudança, contribuindo para a promoção e sustentação de práticas mais dialógicas na ESF.

As questões a serem perguntadas passam então a ser outras, assim como a forma de lidar com elas. Ao invés da pergunta: Qual é a parte negligente quando um tratamento não é bem sucedido? ou Quem é o culpado? ou Quem precisa de intervenção? As perguntas passam a ser: O que nessa relação tem dificultado a adesão a um tratamento? Como temos contribuído para a manutenção desta situação? Como poderíamos fazer diferente?

Neste raciocínio, a autonomia pode ter seu significado redefinido, rompendo com a cultura individualista do indivíduo autocontido e sendo pensada mais em

termos de Responsabilidade Relacional, ou seja, de uma relação trabalhador de saúde/usuário em que estes possam ser protagonistas de seus saberes ao mesmo tempo em que a diversidade possa ser reconhecida e legitimada, estabelecendo uma relação que haja espaço para diferenças e negociações, gerando caminhos possíveis em que ambos estejam comprometidos e responsabilizados.

Terminaremos este capítulo oferecendo um quadro síntese das articulações e pontes realizadas:

Discurso do Construcionismo Social	Discurso da Estratégia Saúde da Família
Produção relacional do conhecimento desafiando a postura do especialista X senso-comum	Democratização do saber e das ações: maior interação entre trabalhador de saúde e usuário
Realidades conversacionais - práticas sociais	Território - espaço vivo de relações sensível ao contexto sócio cultural e aos valores locais
Práticas colaborativas	Participação social
Dialogia - construção de caminhos coletivos	Planejamento ascendente
Construção coletiva da ação	Longitudinalidade e vínculo
Responsabilidade Relacional	Co-responsabilidade

6. Objetivo

Como apresentado inicialmente nesta pesquisa, tenho por objetivo propor uma aproximação do discurso científico pós-moderno ao discurso contemporâneo da saúde, entendendo que a fertilidade desta aproximação poderá favorecer um redimensionamento epistemológico das práticas em saúde. Conceitualmente, venho construindo um argumento para se repensar o campo da Atenção Primária à Saúde e mais especificamente a Estratégia Saúde da Família a partir do discurso construcionista social.

Empiricamente tratar-se-á de analisar, através do conceito de Responsabilidade Relacional, como determinadas formas de conversar contribuem na construção de uma intervenção colaborativa e co-responsável em saúde, no contexto da ESF.

7. O PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO

O percurso da investigação diz da parte empírica da pesquisa, dando visibilidade para todos os passos de constituição do campo de intervenção e análise dos dados.

7.1. Referencial teórico-metodológico

Tomando este trabalho dentro da perspectiva do construcionismo social e, mais especificamente, entendendo-o como uma teoria relacional (MCNAMEE, 2001) e um discurso teórico-prático (practical theory) (MCNAMEE, 2004), temos uma redefinição do procedimento metodológico tradicional em pesquisa, já que, dentro deste referencial, o processo de produção de conhecimento traz outros entendimentos. O primeiro deles é o entendimento de que não há uma organização a-priori de métodos e técnicas para a condução de uma investigação. Ao contrário, entende-se a produção de conhecimento como um processo, sendo a pesquisa um desses processos, uma prática social em permanente movimento. Assim, há uma exploração e valorização do contexto pesquisado, proporcionando a criação de ferramentas que possam contribuir para a geração de um diálogo transformativo.

O diálogo transformativo nesta perspectiva diz do conhecimento produzido a partir de uma pesquisa / intervenção em contexto e das práticas daí decorrente, e não gerado por teorias elaboradas previamente para a posterior implementação de novas práticas (GERGEN; MCNAMEE; BARRETT, 2001; GERGEN, 1999). Desta maneira, teoria e prática estão sempre inter-relacionadas, fazendo parte de um mesmo processo que só se separa por questões retóricas e didáticas.

Dentro dessa racionalidade, a orientação para a pesquisa é a de inteligibilidades criadas dentro de circunstâncias específicas e não a busca

fundamental pela verdade absoluta e única objetivando gerar regras universais e ahistóricas.

Nesta perspectiva, não há verdade a ser encontrada e sim entendimentos possíveis a serem construídos no decorrer da pesquisa, na relação ativa do pesquisador com seu material de estudo. A contribuição de uma pesquisa nesta perspectiva, portanto, não se dá pela produção objetiva de verdades universais, mas sim pela possibilidade de utilização dos diálogos gerados, colaborando para a produção de outros mais.

Compartilhando deste entendimento teórico-epistemológico, os critérios metodológicos de objetividade, rigor, generalização e validade da pesquisa são redimensionados (SPINK, 1999). Ao assumir a construção social da realidade na interação, sendo o conhecimento uma produção contextualizada, a neutralidade e objetividade deixam de ser uma possibilidade e o critério de rigor passa a ser a descrição detalhada de cada passo da pesquisa e dos procedimentos realizados, justificando os recursos utilizados e sua utilidade social para a pesquisa em questão. O objetivo é dar visibilidade ao processo de constituição do estudo, permitindo ao leitor o reconhecimento da lógica do argumento e de condução da pesquisa, pois é a visibilidade desses passos que permite a avaliação e discussão do conhecimento produzido.

Generalização e replicabilidade também deixam de ser uma aspiração do pesquisador, sendo o objetivo agora a promoção de uma maior aproximação com a situação investigada e com o processo social ocorrido na pesquisa, o que proporcionará reflexão e debate com outros pesquisadores na perspectiva de geração de discursos alternativos acerca daquilo que se estuda (SPINK, 1999).

Nestas descrições, o pesquisador passa a ter papel ativo no processo de produção da pesquisa, sendo desafiado a uma postura crítica e reflexiva sobre o caminho a seguir na elaboração de sua investigação, sobre os diálogos a serem promovidos, como as coisas se apresentam e como poderiam ser diferentes. Em oposição ao modernismo, que tem sua ênfase na racionalidade, objetividade, estabilidade e resultados visando o progresso de uma realidade, esta perspectiva pós-moderna, desloca a natureza essencial das coisas para processos de interação, de discursos e de polissemia. A preocupação não está necessariamente nos resultados, mas nos meios pelos quais uma pluralidade de possibilidades são coordenadas.

A lógica descrita acima aponta para a produção de uma pesquisa compreendida como um processo de construção social, visando ampliar os sentidos sociais de determinado campo de investigação e não como a descoberta de uma realidade.

Portanto, a perspectiva adotada para a presente pesquisa é da epistemologia da linguagem enquanto discurso social, enfatizando seu papel formativo e construtivo em contraposição a uma epistemologia realista empregada pelo modernismo, que toma a linguagem com a função de representação do mundo (PEARCE, 1996).

O material a ser analisado nesta pesquisa é tomado, portanto, como uma construção social, relacionalmente produzido dentro de um tempo e contexto específicos, neste caso, um grupo de hipertensão que ocorre dentro de uma Unidade de Saúde da Família. Isto se dá porque não é a palavra em si que carrega algum sentido, representando uma realidade a priori existente, mas sim porque são as relações em que ela vai sendo articulada que produzem o sentido. Assim, difere da

epistemologia realista em que os dados produzidos são reveladores da verdade, sendo então replicáveis e gerando conhecimento cumulativo.

Na perspectiva construcionista, o conhecimento é tomado como uma produção generativa, ou seja, o conhecimento segue a lógica da multideterminação, da polivocalidade, contribuindo para a produção de outros conhecimentos, numa rede infinita (GERGEN, 1978).

7.2. Contexto do estudo

O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do estado de São Paulo e faz parte dos 25 municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII – DRS XIII. O decreto n. 51433 de 28/12/2006 recompõe as DRS do Estado de São Paulo, sendo que a antiga DIR XVIII foi transformada em DRS XIII. Com uma população estimada em 504.923 habitantes pelo censo de 2000, a previsão para 2005 era de 551.312 habitantes, com mais de 90% localizados na área urbana (CODERP, 2006). É um centro regional de comércio e serviços, com destaque para a área educacional e de serviços médicos hospitalares.

O município encontra-se em gestão plena do sistema de saúde³. Atualmente, apenas o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto estão sob responsabilidade estadual. Já o serviço de saúde municipal dispõe de 30 Unidades Básicas de Saúde, 5 Unidades Básicas e Distritais, 1 Ambulatório Regional de Especialidades, 1 Ambulatório de Especialidades Pediátricas, 2 Centros de Referência de Moléstias Infecto-Contagiosas, 1 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 3 Ambulatórios de Saúde Mental, 1 Centro de Atenção Psicossocial e 1

³ De acordo com a NOB1/96 e regulamentações posteriores. (Portaria nº 1882, de Dezembro de 1997)

Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas. A rede municipal conta ainda com 21 equipes de Saúde da Família (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Para definir o local de exploração do campo, e posterior coleta de dados, consideraram-se aquelas equipes de Saúde da Família que mais se aproximavam do perfil estabelecido pelo Ministério da Saúde, em termos de composição das equipes (BRASIL, 1997). O perfil diz de espaço físico exclusivo para funcionamento no desenvolvimento das ações de saúde composto por uma equipe de Saúde da Família.

Assim, numa primeira seleção, realizada em 2004, quando havia 18 equipes funcionando no município, foram identificadas quatro (4) Unidades que poderiam compor o cenário da investigação: quatro Unidades de Saúde da Família que ofereciam cobertura assistencial à população de abrangência da área básica de uma Unidade Básica e Distrital de saúde de Ribeirão Preto.

7.3. Exploração do campo e a escolha da intervenção

Para a definição da entrada em campo para coleta de dados e, mais especificamente, para a escolha do tipo de intervenção a ser observada, registrada e analisada, realizei uma atividade de exploração de campo em cada uma das quatro Unidades selecionadas para a pesquisa. Para esta aproximação foi definido como unidade tempo, uma semana completa de participação e observação em cada uma das Unidades, que se estendeu de 16/08/2004 a 17/09/2004, perfazendo um total de 160 horas.

Após entrar em contato com cada equipe, um trabalhador de saúde de cada Unidade foi designado para selecionar diversas atividades que pudessem ser observadas para a posterior escolha da intervenção na pesquisa.

Após esta primeira fase de imersão no campo, acompanhando e participando das atividades em cada uma das Unidades, foi possível ter uma melhor compreensão do cotidiano de cada equipamento e dos trabalhos realizados. Este momento de exploração permitiu entender melhor o projeto de cada uma das Unidades bem como suas propostas interventivas e atividades que estavam sendo realizadas, possibilitando a escolha da intervenção para a pesquisa.

Levando-se em conta que o interesse da presente pesquisa é a análise de uma prática relacional já inserida dentro da proposta de saúde ampliada da ESF, sob o olhar construcionista social, a busca da intervenção para a coleta de dados foi de uma ação ocorrendo já dentro desta lógica, com trabalhador de saúde e usuário interagindo. Durante o processo de exploração de campo algumas atividades foram identificadas estando em consonância com a lógica de saúde ampliada para a ESF.

A atividade que mais chamou a atenção neste momento para a pesquisa foi o grupo de hipertensão da Unidade 2. Primeiramente, por ter nos parecido uma atividade coletiva condizente com os princípios da APS a que estamos considerando. O grupo acontece desde o início dos trabalhos na Unidade, demonstrando existir vínculo entre os participantes. Também há uma interação grupal que envolve uma diversidade de pessoas, sendo este composto por trabalhadores de saúde, alunos da graduação, da pós-graduação e usuários, que podem ser hipertensos ou não. Outra característica interessante são os temas discutidos, que são trazidos dentro do contexto grupal, a depender da curiosidade e do interesse dos participantes, como também por sugestões dos trabalhadores. O segundo motivo que nos levou a esta escolha foi por uma aposta inicial de neste grupo predominar práticas dialógicas. Assim, sendo um contexto propício para

estudarmos o que estávamos propondo: a articulação destes dois discursos, dando visibilidade de como a Responsabilidade Relacional pode contribuir na operacionalização e sustentação das práticas na ESF.

Portanto, foi feita a opção por realizar a parte empírica da pesquisa na Unidade 2, mais especificamente, acompanhando este grupo de hipertensão. A partir desta decisão a pesquisadora passou a participar do grupo semanalmente.

7.4. O grupo a ser estudado

Dentro da organização do trabalho na lógica da ESF algumas intervenções de atenção à saúde são tomadas como prioritárias. São elas: saúde da criança, saúde da mulher, tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão arterial. São áreas da saúde tomadas como importantes do ponto de vista epidemiológico nas ações de intervenção de um território. Dessa forma, quase que a totalidade dos serviços possui intervenções no que diz respeito ao cuidado a essas questões descritas. Dentro destas áreas, incentivam-se ainda a realização de atividades coletivas para uma maior abrangência da população atendida, bem como para o compartilhamento de experiências, facilitando adesão, participação e acolhimento. Estas atividades são conhecidas como grupos programáticos, que são geralmente de caráter informativo e com números de encontros determinados.

Dentro destes projetos prioritários de intervenção, o grupo de hipertensão na Unidade é uma atividade relevante e importante para a Estratégia Saúde da Família.

Segundo informações da equipe de saúde da Unidade 2 investigada, este grupo de hipertensão, em específico, acontece desde o início do funcionamento da Unidade em 2001. Foi proposto e organizado principalmente pela importância da hipertensão arterial como doença crônica que necessita de atenção e cuidados cotidianos. Este grupo foi crescendo e se vinculando junto ao serviço de forma

mais abrangente e a partir disso começou a haver interesses diversos de discussão. Propôs-se, então, que os participantes investissem naquele espaço coletivo realizando atividades que mais lhes agradassem. Até então, o grupo que era coordenado pela médica e a enfermeira, começou a ter uma rotatividade maior de trabalhadores na coordenação, dependendo do tema proposto.

Conforme registrado no prontuário do grupo na Unidade, este já passou por diversas atividades no decorrer dos anos, desde a participação na plantação de uma horta no serviço até a discussão de epidemias diversas no campo da saúde.

Atualmente, é o grupo mais antigo da Unidade, sendo considerado pela equipe como um “grupo de sucesso”, por haver adesão, participação e vínculo por parte dos usuários ao grupo em específico e também às atividades em geral da Unidade.

Os encontros são semanais, toda quarta-feira das 08h30min às 09h30min, recebendo usuários hipertensos ou não para participarem. Há uma variedade no número de participantes e de temas discutidos, sem, no entanto, descuidar do acompanhamento aos hipertensos, que é feito ao final de todo grupo, em que trabalhadores de saúde aferem a pressão arterial dos usuários, registrando-a no cartão que possuem.

7.5. Convite e consentimento informado

O convite aos participantes e o pedido de adesão à pesquisa foram feitos no próprio acontecimento do grupo, explicitando todos seus objetivos, desde as gravações a serem realizadas das conversas grupais, a utilização dos dados para a produção da tese, as questões éticas envolvidas, bem como o direito dos participantes em desistir da pesquisa por qualquer motivo sem necessidade de justificativa. Este momento ocorreu no início da participação da pesquisadora no

grupo, final de 2004, e foi retomado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, início de 2005, para que a coleta de dados se iniciasse.

Desta forma, foi apresentado e discutido o consentimento informado e esclarecido (Apêndice) para que os participantes assinassem se assim concordassem.

7.6. Participação da pesquisadora no grupo

As discussões grupais foram acompanhadas por mim, pesquisadora, que estive no grupo como participante ativa durante o período de gravação da pesquisa, focando a interação grupal, observando o processo comunicacional e de negociação entre os participantes, suas construções e desconstruções nas narrativas grupais. Posteriormente ao período de gravação, por convite da equipe e me considerando um sujeito implicado neste processo, continuei participando e colaborando com os coordenadores do grupo, auxiliando nas discussões dos temas.

7.7. Procedimento de coleta de dados

Para a realização da pesquisa, o presente projeto seguiu as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, cabendo ainda frisar que há o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, junto à instituição envolvida. O projeto foi aprovado em 21/02/2005 (Anexo I).

O procedimento de coleta de dados foi realizado através: 1) da leitura da história do grupo registrada desde o seu início, dando contexto para o acontecimento grupal em seu formato atual; 2) da participação da pesquisadora no grupo, e sua áudio-gravação durante o primeiro semestre de 2005, tendo sido estas posteriormente transcritas e analisadas; e 3) do registro das notas de

campo, com as impressões da pesquisadora em tudo o que dizia respeito ao grupo de hipertensão, desde o acontecimento grupal até as conversas no serviço que diziam respeito a este grupo. As notas de campo correspondem principalmente ao período posterior à gravação, no qual mantive minha participação, ampliando minhas percepções sobre o mesmo no decorrer do tempo. As anotações serviram como recurso de consulta sobre o campo de estudo e auxílio à análise dos dados.

A leitura dos registros do grupo bem como a escrita das notas, contemplou aspectos para a análise que não são captados na áudio-gravação, tais como o seu contexto e suas histórias pregressas, a percepção do pesquisador às situações presentes no grupo e também no serviço.

A coleta de dados se estendeu de Março a Junho de 2005, num total de 13 encontros gravados. Minha participação no grupo permanece até o momento (Junho, 2007), sendo somente interrompida de Agosto de 2005 a Maio de 2006 devido a realização do estágio doutorado sanduíche na University of New Hampshire, USA.

7.8. Procedimento de análise de dados

A análise dos dados está dividida em dois momentos, abordando duas dimensões do grupo. O primeiro momento – crônica do grupo de hipertensão – trata da análise das macro-interações, da existência do grupo dentro da Instituição. O segundo momento - análise dos eixos processuais – diz da análise das micro-interações, dos processos conversacionais ocorridos no grupo.

- Crônica do grupo de hipertensão:

A partir dos manuscritos das notas de campo produzidos pela minha observação durante meu período de participação na Unidade, produzi uma narrativa a que denominei “crônica do grupo de hipertensão”.

Ao dar continuidade à minha participação tanto no grupo quanto na Unidade de Saúde após o período de gravação da pesquisa, fui ampliando minhas informações sobre este grupo e compreendendo-o como algo que ultrapassava o espaço de uma hora de encontro semanal. Neste percurso, presenciei algumas situações relacionadas ao grupo como também histórias contadas no grupo e sobre o grupo.

Apesar destes acontecimentos não terem sido contemplados nas gravações, considerei material importante para contexto e compreensão da investigação. Através destas situações, pude ir observando o processo grupal fora de seu espaço formal. Como pesquisadora, avaliei que seria importante considerar também estes outros momentos de conversa e histórias do grupo que não estavam presentes das gravações, uma vez que antes, após o encontro, como também em distintos espaços, conversas se davam entre os participantes, indicando interações para além do espaço grupal. Houve então, o esforço de dar contexto e visibilidade a estas observações, contribuindo para dar inteligibilidade ao que estou tomando como um grupo com práticas colaborativas e dialógicas.

O resultado foi uma narrativa por mim construída, no diálogo com as histórias deste grupo contadas fora dele, dentro dele, por eles e por outros, dando visibilidade para suas peculiaridades e sua identidade no serviço de saúde. Pensando o grupo como uma prática discursiva, a narrativa que foi sendo construída sobre ele, foi produzindo sentidos possíveis sobre este ser um grupo permanente no serviço e considerado de “sucesso” pelos trabalhadores de saúde.

- Análise dos eixos processuais:

Este segundo momento de análise foi inspirado na metodologia construcionista social utilizada por Rasera e Japur (2001). Seguem-se os passos:

→ Transcrição, edição e leitura exaustiva deste material e das notas de campo:

Consideramos, nesta perspectiva, a transcrição dos grupos como o primeiro passo do processo de construção de sentidos sobre estes. A forma de transcrever, as pontuações e observações acerca da tonalidade afetiva e da expressividade dos participantes já dizem da interação entre a pesquisadora com o grupo estudado. Portanto, a transcrição trata de um processo de produção de textos tendo a participação ativa da pesquisadora neste.

Após todos os grupos transcritos e editados, realizei a leitura exaustiva das transcrições, das notas de campo e dos registros grupais da Unidade objetivando me familiarizar com a produção total da pesquisa. Os grupos foram lidos e relidos por diversas vezes, contribuindo para a construção de sentidos globais e buscando entender o desenvolvimento das conversações. Neste primeiro momento, foi possível uma maior apropriação com o material produzido, permitindo uma visibilidade geral dos momentos dialógicos e de Responsabilidade Relacional buscados para a pesquisa.

→ Análise seqüencial de todo material transcrito:

Após intensa leitura dos grupos e das notas de campo tendo uma idéia geral dos momentos considerados por mim como dialógicos, fui colorindo trechos seqüenciais da conversação possibilitando visualizar como estava se dando a interação entre os participantes em determinados momentos e como os assuntos iam se desdobrando.

Nessa fase da análise, foram grifados os trechos considerados de maior relevância no que dizia respeito ao que eu estava buscando dar visibilidade: posturas nas conversações que estivessem promovendo aberturas, reconhecimento ao momento interativo, facilitando o desenvolvendo e ampliando a conversa grupal, construindo assim, a Responsabilidade Relacional.

→ Recortes de momentos conversacionais:

A partir dos grifos dos momentos interativos no grupo, as conversas foram sendo articuladas e organizadas em torno de processos conversacionais dando visibilidade às posturas dialógicas, seguindo o desenvolvimento e o desdobramento das conversas no grupo. Os recortes foram se estabelecendo, selecionando momentos conversacionais em que era possível reconhecer posicionamentos e posturas construcionistas sociais relativas à Responsabilidade Relacional. Estes momentos foram identificados acompanhando o desenvolvimento que as discussões iam tendo.

→ Ferramentas conceituais de análise:

Tendo como foco condutor da análise dos processos conversacionais a Responsabilidade Relacional em ação, como uma possibilidade de geração do diálogo transformativo (MCNAMEE; GERGEN, 1999) adaptei e inseri algumas ferramentas conceituais e interventivas do construcionismo social para dar visibilidade e corpo ao que estou chamando de práticas relacionalmente responsáveis. Assim, utilizo de algumas posturas e também posicionamentos, considerando que são profícuos para promover uma sensibilidade ao processo de se relacionar. Dentre as posturas, são elas:

Postura do não saber (ANDERSON, 1997): esta postura convida o profissional a sair da atitude de especialista que se traduz numa relação de “quem sabe X quem não sabe” e adotar uma postura em que não há pressa em saber (not too quick to know) o que o outro está exatamente dizendo. Não ter pressa em categorizar, significa estar mais atento à lógica do outro, à sua vivência, ampliando o entendimento das situações e assim a relação de cuidado a ser estabelecida.

Postura de colaboração (ANDERSON; GOLISHIAN, 1998): semelhante à *postura do não saber*, ao adotar uma postura de mais atenção à lógica do outro, há uma *postura de colaboração* na construção de outros entendimentos

possíveis. Esta postura diz de momentos em que o usuário é tratado como um especialista de sua própria vida, enquanto que o profissional se torna um arquiteto do diálogo, contribuindo para construção da conversa, tomando o usuário como participante ativo nesta produção;

Postura de curiosidade (CECCHIN, 1998): também fazendo interlocução com a *postura de colaboração* e a *postura do não saber*, esta postura estabelece um interesse genuíno e um envolvimento nas histórias contadas pelos participantes. A curiosidade sobre uma história permite explorar mais seu acontecimento e interpretação, ampliando a possibilidade de compreensão desta e de vislumbre de outras faces da mesma questão;

Ênfase no processo comunicacional (EFRAN; CLARFIELD, 1998): esta postura valoriza a atividade interativa comunicacional mais do que o foco no conteúdo discutido sobre saúde. Permite que a dimensão relacional se desenvolva mais do que a preocupação em direcionar a conversa de acordo com que o profissional considera “tecnicamente correto”;

Introdução da diferença e da proposição de novas formas de descrição dos eventos (FRUGGERI, 1998): esta postura incentiva a diversidade, estimulando diferentes histórias e permitindo a negociação entre os participantes, tendo conceitos desconstruídos e re-construídos na conversa.

Quanto ao conceito de posicionamento (DAVIS; HARRÉ, 1999), este é tomado nesta análise também como conceito útil, na medida em que ajuda a descrever como algumas formas de se posicionar numa conversa são potentes para construir a Responsabilidade Relacional. Buscou-se compreender as diversas posições pessoais e morais que vão se construindo no desenvolvimento das conversações e como estas se mantêm ou se modificam no jogo relacional.

Segundo Davis e Harré (1999), na teoria do posicionamento as pessoas sempre falam de um lugar particular e com isso convidam outras pessoas, na interação, a se engajarem em determinados tipos de conversa. Tais posicionamentos são como identidades que vão se assumindo, porém não no sentido tradicional desta palavra – algo fixo e imutável – mas que vão se modificando ou se mantendo a depender como o outro na conversa aceita ou transforma o posicionamento.

Tentou-se compreender as posições e os jogos de posicionamentos que os participantes da conversa estavam ocupando, permitindo determinado desenvolvimento e restringindo outros. Para dar visibilidade a essas versões identitárias dos participantes em diferentes momentos da interação interpessoal, nos utilizamos do recurso de usar traços entre as palavras tornando-as uma única (CIAMPA, 2005; RASERA, 2004), como forma de identificar um posicionamento, marcando estes momentos específicos como posições assumidas no processo conversacional.

→ Construção de eixos processuais:

Nesta fase, fui explicitando a produção de sentido marcando a construção de histórias possíveis com uma duração no tempo, focalizando as práticas discursivas e os principais momentos de trocas ocorridos.

Considerando o objetivo desta pesquisa, tendo a Responsabilidade Relacional como conceito condutor, foram selecionados, a partir dos recortes dos momentos conversacionais, eixos organizados a partir das posturas construcionistas sociais que dessem maior visibilidade às conversas responsivas e dialógicas.

Três eixos foram construídos com recortes conversacionais escolhidos pela sua relevância em por em evidência os sentidos, produzidos por mim pesquisadora, no

contato com o material, acerca do modo como os participantes desenvolveram determinada história no grupo, promovendo a Responsabilidade Relacional.

Os eixos processuais serão explicitados, desenvolvidos e discutidos na análise por meio de recortes de trechos selecionados extraídos dos grupos, em sua linguagem textual. A análise desses trechos conversacionais buscou compreender a qualidade da interação entre trabalhador de saúde – usuário bem como as posturas e os posicionamentos e suplementações na relação, analisando como vão ampliando ou restringindo as possibilidades de sentido:

- 1) Distintos saberes em colaboração multiplicando sentidos ou, Do mau-hálito do filho à construção do cuidado coletivo pela saúde bucal;
- 2) A construção da participação ou, O grupo-que-se-interessa-por-opinar-sobre-o-que-acontece-na-saúde;
- 3) Re-posicionando no grupo quem cuida e quem é cuidado - a colaboração e a busca do autocuidado.

8. A ANÁLISE PROPRIAMENTE DITA

Após a explicitação dos passos para a análise de dados, apresentaremos a análise propriamente dita. Primeiramente, apresento a Crônica do grupo de hipertensão, e em seguida a análise dos eixos processuais.

8.1. Crônica* do grupo de hipertensão

O que mantém um grupo num serviço de saúde funcionando por anos seguidos? O que faz com que as pessoas se mobilizem para semanalmente estarem neste grupo? Que tipo de dinâmica ele mantém que o faz ser reconhecido como um “grupo de sucesso”? O que permite a diversidade de diálogos e de temas debatidos no grupo? Como se dá a Responsabilidade Relacional em ação neste grupo? Como se dá o processo de inclusão, de pertencimento a este grupo que legitima sua identidade e faz dele um acontecimento permanente no serviço?

Estas perguntas me povoaram durante todo o processo da pesquisa. Porém, a cada etapa elas foram se tornando mais importantes. Com minha progressiva aproximação ao serviço e ao grupo fui compreendendo-o como algo maior do que seu espaço formal de uma hora semanal dentro de uma sala. Maior por haver conversas e situações sobre o grupo que ocorriam fora de seu espaço formal, mas que influenciavam na construção de seu processo identitário, não havendo um único momento a ser identificado que tornava o grupo de um jeito ou de outro. Assim, um processo dinâmico contínuo de situações, posturas e práticas estava gerando e sustentando o grupo da forma como ele está constituído.

* A crônica diz de uma história elaborada por fatos e impressões construídos a partir de um ponto de vista, neste caso o meu de pesquisadora, gerados a partir de meu envolvimento com o local de estudo.

Compartilhando de uma postura sócio construcionista, o que um grupo “é” decorre de um imbricado processo de construção social que vai gerando seus sentidos e formando suas identidades e, portanto, diz de todo o contexto que o permeia.

Minhas notas de campo já apontavam para esta complexidade em relação a este grupo, o que me fez optar pela construção de uma narrativa a que chamei “crônica do grupo de hipertensão”, na tentativa de ampliar o entendimento do contexto de acontecimento do grupo, fortalecendo as possibilidades de sentido que, como pesquisadora estou propondo.

O funcionamento deste grupo é bastante diferente daquele que se conhece acerca de grupos de hipertensão em serviços de saúde. No entanto, ao escolhê-lo como foco de estudo nesta investigação, não tinha conhecimento de toda a sua complexidade.

A rotatividade na coordenação e também de usuários neste grupo foi uma característica que me chamou a atenção desde o início. Na coordenação do grupo, os trabalhadores de saúde se revezam segundo suas disponibilidades, de acordo com o funcionamento da Unidade e também de acordo com o interesse do grupo em algum assunto em específico. Por ser uma Unidade de Saúde da Família vinculada à Universidade, há massiva participação de estudantes de diversas áreas e também do Residente médico que coordena o grupo por um período referente ao seu estágio. Outros trabalhadores de saúde, principalmente os médicos (contratado e alunos), participam do grupo somente quando a Unidade está tranqüila (entenda-se sem consulta médica), não havendo rotatividade de coordenação com eles (com exceção do Residente).

A participação do médico sob essas condições foi por mim identificada, inicialmente, como um não comprometimento com o grupo, fazendo deste um

espaço de descanso entre uma “folga” de consulta e outra. Porém, o que de início me pareceu descaso acabou por demonstrar uma postura potente no fortalecimento da relação com o usuário. Mais informal e também despreocupado com diagnósticos, talvez por não considerar estar “formalmente” intervindo, o profissional médico se torna mais atento e curioso à conversação do grupo, inclusive muitas vezes contando suas histórias pessoais. Esta informalidade vai contribuindo para uma aproximação com o usuário e também para a apreciação do espaço por parte dos participantes, já que a presença do médico em um grupo é quase sempre supervalorizada pelos usuários principalmente.

Outra característica deste grupo é o caráter flexível da intervenção, não havendo preparação para a entrada de participantes, sejam trabalhadores de saúde, alunos ou usuários. Muitas vezes, um Residente passa a coordenar o grupo e depois de algumas semanas, ao mudar de estágio, simplesmente não aparece mais no grupo, entrando outro coordenador em seu lugar. Os trabalhadores de saúde, principalmente as ACS em suas visitas domiciliares, quando identificam necessidade de um atendimento mais coletivo ou de aproximação ao serviço, também encaminham usuários para este grupo. O caráter flexível também diz da ausência de supervisão posterior ao acontecimento grupal, como tradicionalmente acontece nestes tipos de intervenções.

Apesar de haver grande rotatividade de participantes, que estão iniciando tratamento de hipertensão, que estão no serviço para aferir a pressão, ou mesmo por estar esperando pela consulta no horário do grupo há também os usuários fixos, em torno de 10 pessoas, com idade acima de 60 anos e aposentados.

Esta grande rotatividade, que muitas vezes não é recomendada para o bom funcionamento de um grupo, neste em específico torna-o mais dinâmico e ativo,

havendo sempre novas pessoas trazendo novas apresentações e novas histórias. A cada início de grupo, a “rodada de apresentação” proposta pela presença de um participante novo, dá aos usuários a oportunidade de terem a palavra, de dizerem algo de si, contarem algo de seu dia, ao mesmo tempo em que reafirmam seu espaço no grupo. Esta dinâmica constrói estes participantes como providos de voz, de história para contar, tornando-os importantes e incluídos no grupo e na Unidade. Por exemplo, os usuários mais antigos, costumam referir a si mesmos como “veteranos”, dizendo do tempo de participação no grupo e a infinidade de coisas que já aprenderam neste espaço.

Além da rotatividade e da espontaneidade, a diversidade também é marca deste grupo. Diversidade de participantes, de temas abordados e da dinâmica grupal, que faz dele um grupo aberto e flexível. Aberto no sentido de receber qualquer tipo de participante, não havendo um perfil específico para sua inclusão, nem contrato de permanência. Aberto também, por haver conversas sobre qualquer tipo de assunto, a depender do interesse dos participantes. A cada encontro se negociam os próximos temas, de acordo com o interesse dos participantes. A dinâmica grupal vai variando de acordo com o coordenador do dia e o assunto escolhido para se discutir, também podendo haver visitantes convidados para debatê-lo. Flexível por permitir uma diversidade de coordenadores, desde os membros da equipe, os estudantes e também pessoas da comunidade. Flexível também por muitas vezes não haver preparação prévia para o grupo, sendo decidido no ato do encontro o tema do dia ou mesmo simplesmente seguindo o fluxo da conversação grupal.

Como visto, este é um grupo que não segue os procedimentos técnicos recomendados pelas teorias de grupo mais conhecidas e tradicionais. Mesmo

assim funciona mantendo a adesão dos participantes, estabelecendo-se como um espaço de convivência e troca.

Alguns autores já vêm problematizando o trabalho com grupos, propondo uma ressignificação e redescrição deste enquanto uma prática discursiva e não enquanto uma entidade em si mesma (GUANAES, 2006; RASERA; JAPUR, 2006; RASERA, 2004; JAPUR, 2004). Tomando o grupo como um processo de construção social (RASERA, 2004), este não existe para além das formas de dizê-lo, ou seja, são suas interações e suas conversas que constroem seu funcionamento e permite dizer que grupo é este. Portanto, um grupo não existe por si só, pelo nome que leva e pelas propostas *a priori* que o acompanham. Seu processo de construção se dá através das conversas sobre ele, da forma como as pessoas se reportam a ele, tanto quanto as relações que ocorrem dentro do próprio acontecimento grupal, criando assim a realidade social do grupo.

Desta maneira, este grupo serve como um exemplo desta problematização ao não seguir fundamentos técnicos tradicionalmente indicados por teóricos de grupo e, no entanto, ter construído em suas relações um jeito particular de funcionar que “deu certo”.

Outra questão singular deste grupo é que, apesar de todas as características acima mencionadas que fazem dele um grupo espontâneo, aberto, flexível, rotativo e diverso, abrangendo uma infinidade de assuntos, este ainda é definido como “grupo de hipertensão”. A única característica que se reporta a este nome é que todo final de encontro os usuários têm sua pressão arterial avaliada e sua curva pressórica controlada, sendo hipertensos ou não. Os coordenadores do dia buscam o aparelho e coletivamente aferem a pressão. Este é um momento bastante interessante, pois formalmente o grupo já está encerrado, mas os

participantes e coordenadores ainda ficam pelo menos mais uns 15 minutos juntos, verificando a pressão e “batendo-papo”. Este é um momento de grande aproximação, de desdobramento das histórias contadas durante o encontro e de brincadeiras, facilitando ainda mais o vínculo entre eles.

Ser nomeado e reconhecido como grupo de hipertensão, mesmo já não possuindo um padrão de funcionamento de um grupo programático da ESF para a hipertensão, parece trazer uma legitimação e valorização do grupo entre os trabalhadores de saúde. Isto porque estamos dentro de um contexto de saúde que, apesar de já apreciar trabalhos coletivos de aproximação e interação com a comunidade, ainda os vincula à questão técnica, da patologia. Quando grupos mais alternativos são elaborados, como certas atividades, encontros comunitários e festas que não têm nenhum enfoque técnico e interventivo tradicionais, estes têm pequena adesão dos trabalhadores de saúde. Portanto, ser um “grupo de hipertensão” o legitima como um grupo importante dentro da Unidade, por atender as normas e padrões de atividades previstas para a ESF.

Esta questão da valorização e legitimação nos remete ao que Andersen (1999) identifica como informações “adequadamente diferentes”. Segundo o autor (ANDERSEN, 1999), quando uma informação ou uma situação é muito comum e habitual, usualmente ela não gera reflexão, não mobiliza as pessoas, por não tirá-las de seu eixo cotidiano, tendendo a permanecer do jeito que está. Porém, quando a informação é bastante diferente do já conhecido, as pessoas tendem a não compreender e, assim a tendência é ao afastamento por não conseguirem reconhecer como algo válido ou importante. Portanto, para Andersen (1999), as conversas e as situações, para serem potencialmente transformadoras, devem

ser “adequadamente diferentes”, ou seja, nem tão comum a ponto de não haver estranhamento e nem tão diferente a ponto de ser ignorada, não fazer sentido.

Poderíamos pensar que este grupo de hipertensão está recebendo informações “adequadamente diferentes”, pois mantendo o nome “grupo de hipertensão”, mesmo não sendo exatamente um grupo para hipertensos e não discutindo somente esta patologia, favorece o reconhecimento e legitimidade do espaço e a valorização da participação dos profissionais. Este reconhecimento do espaço contribui, inclusive, para que consigam transpor essas informações para outras intervenções, assim como foi uma vez mencionado por um Residente o desejo de “montar” um “grupo de diabetes” no mesmo formato do grupo de hipertensão.

A interligação de todas essas histórias e modos de conversar foi construindo seu funcionamento e dando a identidade deste grupo, fortalecendo-o dentro da Unidade de saúde e tornando-o um canal de comunicação entre comunidade e trabalhadores de saúde. Assim, foi construindo também certo modo de conversar e interagir.

O grupo de hipertensão é considerado pela equipe da Unidade um “grupo de sucesso” e de referência para o serviço. De acordo com meus registros das notas de campo, o termo “sucesso” é justificado pela permanência do grupo no decorrer dos anos e pelo papel ativo que muitos de seus membros acabaram tomando dentro das atividades da Unidade.

Não há referência de “sucesso” quanto à adesão ao tratamento da hipertensão como doença crônica. O “sucesso” é referido pela “adesão do grupo ao serviço de saúde”. Este grupo acompanha de perto as atividades e projetos desenvolvidos na Unidade; participam sempre das festas que lá ocorrem, de alguma intervenção temporária, ou mesmo de outros grupos como da educação

física e também do Tai Chi; pelo grupo fazer parte do cotidiano da Unidade se tornou também fonte de informação para diversas situações, sendo consultados sobre usuários que não têm aparecido no serviço e também sobre eventos que estejam acontecendo na comunidade.

Este é um grupo que se tornou de “sucesso” no serviço sem que uma sistematização específica e a priori fosse preparada e aplicada visando este objetivo. Foram as conversações por parte da equipe de saúde descrevendo-o como um grupo de “sucesso” que foi construindo e coordenando ações no grupo, valorizando seus participantes no sentido dele se tornar um grupo de sucesso. As histórias de sucesso que se conta sobre ele têm engendrado as ações que fazem dele um grupo de “sucesso”.

Meu esforço, nesta pesquisa, é tentar qualificar este “grupo de sucesso”, sustentando-o segundo a epistemologia do construcionismo social. Assim, proponho uma descrição de seus acontecimentos trazendo a idéia da construção ativa dos sentidos na interação, considerando esta tarefa potente na geração de conversas dialógicas e de práticas de Responsabilidade Relacional.

De acordo com esta perspectiva, tanto o contexto como as conversações têm especial importância em uma dada intervenção. Práticas sociais e discurso se inter-relacionam e se sustentam, formando uma estrutura social e uma unidade que só pode ser separada analiticamente (BURR, 1998). Apesar das conversas e sentidos que vão se conformando durante um encontro serem da ordem do imprevisível, eles não se configuram aleatoriamente. São as formas como as interações vão se dando que permitem as aberturas ou os fechamentos numa conversa. Uma retrospectiva de como as interações se constituíram, como cada participante da conversa posicionou

e foi posicionado e o desenvolvimento daí decorrente, permite a compreensão e o entendimento da realidade sustentada – neste caso, um “grupo de sucesso”.

Por este motivo é que, dentro do referencial construcionista social, é tão importante compreender como as conversas se produzem sobre um determinado objeto de estudo, importante entender o que se fala dele e também a forma como se dão as relações. Assim, é possível dar visibilidade ao seu processo de construção, ao entendimento de como, neste caso um grupo de hipertensão, estabelece suas relações que vai conformando-o como um grupo que dá certo. Daí o empenho em explicitar o contexto deste grupo e sua história, assim como seus processos conversacionais.

Antes de dar início a análise dos eixos processuais, faço uma breve apresentação dos usuários que são mencionados nos recortes da análise

Jane, Cissa, Francisco, Aldo, Melinda e Leda são usuários assíduos, participando do grupo desde sua constituição. Todos, com exceção de Francisco, fazem acompanhamento para o seu problema de hipertensão na Unidade. Oto é usuário assíduo na Unidade, porém menos presente no grupo. Valmir é um usuário que recentemente procurou o serviço e por ter sido convidado pela equipe passou a participar do grupo. Francisco não é hipertenso, no entanto também foi convidado a compor o grupo e desde então é participante.

Também apresento um quadro dando visibilidade para os participantes do grupo, assim como os principais temas e conversações tratados durante o período de gravação da pesquisa.

Data	Participantes	Assuntos discutidos
30/5/05	- 11 participantes: 3 trabalhadores de saúde (pesquisadora; Enfermeira; Auxiliar de Enfermagem); 8 usuários. - Coordenação: Enfermeira	Este encontro não teve um tema previamente definido. A conversa, então, gira em torno do funcionamento da Unidade de Saúde e do sistema como um todo. Nesta discussão, surge a proposta de conhecerem a Unidade Distrital que foi reformada. Outra conversa foram as lembranças de histórias antigas, de como viviam no bairro em épocas passadas. O grupo encerra combinando convidar a farmacêutica para alguns esclarecimentos sobre medicamentos que utilizam. Uma participante já adianta o assunto e diz ter algo para discutir – o mau hálito que seu filho teve e o medicamento que utilizou.
6/4/05	- 13 participantes: 5 trabalhadores de saúde (pesquisadora; Enfermeira; aluna Auxiliar de Enfermagem; aluno Medicina; Residente); 8 usuários. - Coordenação: Enfermeira	Não havendo tema específico para discussão no grupo, a Enfermeira traz um material sobre saúde bucal, já que Jane, usuária, comentou no final do grupo anterior sobre seu filho ter mau hálito. Jane fica incumbida de ler e trazer para o grupo uma conversa ampliada sobre o tema. Entre outros assuntos, retomam a proposta da visita a Unidade Distrital, discutindo coletivamente o melhor dia e horário. Também relembram a proposta da presença da Farmacêutica no grupo.
13/4/05	- 10 participantes: 4 trabalhadores de saúde (pesquisadora; Enfermeira; Residente; Auxiliar de Enfermagem); 6 usuários. - Coordenação: Usuária	O assunto do dia é a halitose e a saúde bucal. A conversa foi conduzida por uma usuária que leu a cartilha e trouxe suas impressões para o grupo. Participantes contam da falta de conhecimento no passado e de como costumavam a cuidar de seus dentes. O grupo termina com a proposta de uma conversa com o dentista. Também combinam a visita à Unidade Distrital para a próxima semana.
20/4/05		Visita a Unidade Distrital. O grupo se encontra na Unidade e seguem todos juntos para a visita.
27/4/05	-14 participantes: 4 trabalhadores	Iniciam o grupo com um convite feito por uma pessoa da comunidade, que não é participante,

	de saúde (pesquisadora; docente Farmácia; pós-graduando da Farmácia; aluna Medicina); 10 usuários. -Coordenação: docente Farmácia	para desenvolver uma atividade sobre valores humanos neste grupo. Os participantes aceitam e marcam o dia. Posteriormente, a docente da Farmácia, convidada do dia, inicia o grupo curiosa sobre a visita à Unidade Distrital. Os participantes contam suas impressões. Então passam a falar sobre medicamentos. Coordenadora incentiva uma conversa sobre as experiências singulares de cada um com seu medicamento de uso.
4/5/05	- 13 participantes: 4 trabalhadores de saúde (pesquisadora; docente Odontologia; Residente; aluna Medicina); 9 usuários. -Coordenação: docente Odontologia	A convidada do dia, docente da Odontologia, inicia falando sobre as causas do mau hálito e os cuidados necessários. Conversam também sobre escovação da língua, prótese dentária e sobre a importância de acompanhamento com o dentista. Há uma grande participação dos usuários, já que boa parte desta conversa já havia sido feita anteriormente quando a usuária, Jane, coordenou o grupo.
11/5/05	- 16 participantes: 5 trabalhadores de saúde (pesquisadora; Agente Comunitária de Saúde; Residente; Auxiliar de Enfermagem; aluno Medicina); 10 usuários; 1 palestrante. -Coordenação: Membro da comunidade	A palestrante do dia, Dalva, como combinado anteriormente, organiza algumas atividades para o grupo abordando a questão – valores humanos. Assim, propõe uma discussão sobre os valores contemporâneos familiares. Ao final do grupo, fica combinado para próximo encontro a discussão sobre remédios caseiros.
18/5/05	-14 participantes: 4 trabalhadores de saúde: (pesquisadora; Residente; Auxiliar de Enfermagem; aluno pós-graduação da Farmácia); 10 usuários. -Coordenação: aluno pós farmácia	Érico, aluno da pós- graduação da farmácia coordenou o grupo discutindo o uso de remédios caseiros, assim como seus benefícios e riscos. Os participantes dividem com o grupo as receitas caseiras que conhecem. Residente conversa com o grupo sobre alguns problemas simples em que é possível tratar somente com alimentação, também promovendo no grupo a discussão sobre alimentos naturais que fazem bem à saúde.

25/5/05	<p>-8 participantes: 3 trabalhadores de saúde: (pesquisadora; Residente; Auxiliar de Enfermagem) ; 4 usuários;1 participante convidada não moradora da área</p> <p>-Coordenação: Auxiliar Enfermagem</p>	<p>Valmir, usuário, traz sua companheira para o grupo devido a uma consulta que tem para receber o resultado de exame de hepatite. Como não havia um tema planejado para o dia, o casal conta um pouco da ansiedade que estão passando na espera do resultado deste exame. Valmir conta que já teve hepatite e ficou por muito tempo sem beber. A bebida passa então a ser o tema de discussão no grupo e os participantes contam o uso que fazem, seus malefícios e alguns compartilham suas experiências familiares relacionadas ao álcool.</p>
1/6/05	<p>-13 participantes: (3 trabalhadores de saúde: Residente; Auxiliar de Enfermagem; aluna Medicina); 9 usuários; 1 participante convidada não moradora da área</p> <p>-Coordenação: Residente</p>	<p>O tema do dia é “circulação”. Conversam sobre remédios para “afinar” o sangue, sobre diabetes, varizes e também sobre problemas com cicatrização. A importância de atividades físicas e boa alimenta�o também é assunto no grupo. A Residente vai respondendo às curiosidades dos participantes enquanto estes v�o contando suas histórias relativas ao tema. Ao final, Residente conta do aniversário de Aldo, usuário e todos o felicitam.</p>
8/6/05	<p>-13 participantes: 4 trabalhadores de saúde (pesquisadora; Residente; Auxiliar de Enfermagem; aluno Medicina); 9 usuários;</p> <p>-Coordena�o: Residente</p>	<p>Residente propõe conversa sobre osteoporose. Pergunta ao grupo o que eles acham que seja isso. Participantes dão suas opiniões e a conversa se desenvolve a partir das explica�es da Residente. Contam suas histórias, as atividades físicas que fazem e da alimenta�o que têm. O grupo termina falando sobre a importância da preven�o da doença.</p>
15/6/05	<p>-13 participantes: 5 trabalhadores de saúde (pesquisadora; Residente; Auxiliar de Enfermagem; aluno Medicina; aluna Auxiliar de Enfermagem) 7 usuários;1 palestrante</p>	<p>O grupo recebe novamente Dalva, moradora da área que trabalha com valores humanos. Dalva apresenta uma estória e convida o grupo a interpretá-la. Fala de Deus, generosidade e gratidão. Ao final do grupo, dizem terem gostado dos conselhos que receberam de Dalva e que estão levando com eles amor, alegria e pensamento bom. Dalva combina de retornar ao grupo após um mês.</p>

	-Coordenação: palestrante	
22/6/05	-11 participantes: 4 trabalhadores de saúde (pesquisadora; Residente; Auxiliar de Enfermagem; aluno Medicina); 7 usuários; -Coordenação: Residente	Residente inicia o grupo informando que Leda, uma participante assídua está internada no Hospital. Grupo se organiza para visitá-la. Participantes trocam impressões sobre a festa junina da Unidade. Por não haver nenhum tema agendado, Residente explora a conversa pedindo opinião do grupo sobre novos projetos que estão sendo implantados. Participantes dão suas opiniões. Também contam de atividades sociais que acontecem na cidade. Falam da importância desses espaços para aproximar as pessoas.
29/6/05	-16 participantes: 5 trabalhadores de saúde (pesquisadora; Residente; Auxiliar de Enfermagem; duas ACS);1 trabalhadora da limpeza;10 usuários; -Coordenação: Residente	Residente propõe ao grupo conversarem sobre o tema stress. Inicia fazendo uma definição sobre o que é o stress e o grupo passa a interagir trazendo outros sentidos sobre o tema. Alguns contam suas experiências envolvendo stress, obtendo ajuda dos outros participantes. O desdobramento do assunto levanta uma conversa sobre ansiedade e, ao finalizar o grupo, pedem para a próxima semana haver uma discussão sobre ansiedade.

8.2. Eixos processuais:

8.2.1. Distintos saberes em colaboração multiplicando sentidos ou, Do mau-hálito do filho à construção do cuidado coletivo pela saúde bucal

Este eixo processual conta a história de dona Jane, uma participante-usuária que compartilha com o grupo o problema que enfrentou com seu filho que sofria de mau-hálito. Esta história vai se construindo ao longo de alguns encontros, transformando a queixa individual de uma usuária no cuidado coletivo pela saúde bucal no grupo.

As posturas e os posicionamentos que vão compondo este processo conversacional constroem uma história de participação, implicação e compromisso, da usuária e do grupo.

O início desta conversa ocorreu no primeiro dia de gravação do grupo quando a enfermeira, já ao final do encontro, questiona se há algo que desejam discutir nas próximas semanas e Jane, usuária, demanda uma conversa sobre remédios:

Jane – Só tem uma coisa sobre remédio pra... deixa eu falar uma coisa.

Celiane – Mas aí precisa estar... a farmacêutica!

Fátima (enfermeira) – É, vamos...

Jane – Não, é só pra vocês saberem uma coisa sobre o meu filho, ele tinha um mau hálito! Nossa Senhora! Quando escovava dente, misturava com a pasta, era pior! Gente! (expressão de indignação.) Não podia conversar com ele. Onde ele conversava aquele ar saía. Aí eu falei com o doutor que era particular, e ele falou: “ah, toma esse remédio aqui, ó!” Eu gosto de guardar as caixas... chama Rio-Pan-Plus (?), ele é um antiácido. Então eu já deixo o nome do médico... eu deixo tudo escritinho aqui.

Celiane – Ah, é bom que a senhora deixou porque assim...

Jane – É?

Celiane - ... quando a farmacêutica vier, a senhora sabe como falar.

Jane – E outro dia meu irmão falou assim: “ah, eu viajo com o meu colega lá em São Paulo, ele tem um mau hálito, dentro do carro não se pode...” [...] Eu falei: “Nossa! Por que você não manda ele tomar esse remédio?”[...] Eu sou a médica de lá! (Risos)

Celiane – Mas a senhora traz no dia que a farmacêutica vier. A senhora pergunta pra ela.

Jane – Tá! Nossa! O meu filho... não se podia conversar com ele!

(GH 30/03)

Dona Jane quer discutir sobre o remédio que deu ao filho e conta sua história do mau-hálito. No entanto é orientada a trazer o assunto quando a farmacêutica estiver presente. Ela ainda insiste, enfatizando que o remédio o curou e algum tempo depois também funcionou para um amigo do irmão.

Na semana seguinte, logo no início do grupo, após uma rodada de apresentação por haver alguns novos participantes, a enfermeira retoma o assunto do mau hálito trazido por Jane no final do grupo anterior:

Fátima (enfermeira) - Mas antes de começar, eu quero falar que eu lembrei da senhora essa semana...

Jane – Ahn?

Fátima (enfermeira) – Eu lembrei da senhora essa semana!

Jane – É? Sobre o quê?

Fátima (enfermeira) – Chegou no malote, um material que eu achei muito legal! Para a saúde bucal...

Jane – Ahn...

Fátima (enfermeira) - ... e halitose, que a senhora a semana passada falou, né?

Jane - Sobre o mau hálito, né?!

Fátima (enfermeira) – Exato! E é muito legal esse material! Aí eu queria ver se a senhora quer levar, depois a senhora conta pra gente.

Jane – Obrigada. (Fala orgulhosa e sorrindo).

Fátima (enfermeira) – Porque ele fala assim, dos cuidados, né, do que causa, ele é bem interessante! Aí a senhora vê e conta pra gente.

Celiane – Foi legal ter chegado isso porque lembra a semana passada quando falamos...

Jane – É...?... eu trouxe...?...

Celiane – E a gente achava engraçado, né? Essa história do mau hálito! E na verdade o mau hálito está incluído dentro da saúde bucal, então assim... é uma coisa que... que acontece, que... (Jane interrompe)

Jane – Nossa! E o meu filho tava um horror! Ele não podia conversar com ninguém! Quando ele ia escovar dente piorava mais ainda aquela pasta de... Aí eu dei esse... nem acabou o vidro, hein? Dava no almoço e na janta uma colherzinha... e sumiu até hoje!

Celiane – Então a senhora lê aí e conta pra gente.

Jane – Tá! (sorri agradecida).

Fátima (enfermeira) – Aí a semana que vem já vai contar pra gente. É legal...?...

(GH 06/04)

Dona Jane fica ao mesmo tempo surpresa e agradecida por ter sido lembrada pela enfermeira e considerada sobre o problema pelo qual passou com seu filho. Aceita orgulhosa a tarefa de ler e trazer as informações da cartilha para o grupo. Ao ter sua história legitimada pela enfermeira a retoma enfatizando o problema do filho e de como o tratou.

Ao convidar a usuária a levar a cartilha para casa, lê-la e trazer as informações para o grupo na semana seguinte, a enfermeira adota uma *postura de colaboração* (ANDERSON; GOLISHIAN, 1998) na relação, dando autorização para que a usuária assuma ativamente sua história, aprenda mais sobre ela e divida com o grupo sua experiência. A enfermeira neste momento conversacional se posiciona como a-profissional-de-saúde-que-é-atenta-e-considera-seus-pacientes ao mesmo tempo em que posiciona dona Jane como Jane-que-tem-um-saber-legítimo-e-interessante.

Na outra semana, já na abertura do grupo, após passar alguns informes importantes sobre a Unidade, a enfermeira pergunta a dona Jane se leu a cartilha que lhe foi entregue.

Jane – Li inteirinho! Eu li! (fala com ênfase)

Fátima (enfermeira) – É? A senhora quer contar pra gente um pouquinho?

Jane – Quero!

Celiane – Deve tá na ponta da língua, né? Se leu inteirinho... (dona Jane ri)

Jane - Bom, sobre halitose, falando no meu menino, ele não era muito higiênico, né? Porque meu menino tem problema. E ele escova os dente assim... as escova dele estraga em 10 dia! Eu tô sempre trocando as escova dele. [...] Quando eu vou na cidade e vejo aquelas promoções, eu compro de 10, 12 e deixo guardada lá e vou trocando! Mas não vou comprar boa, porque em dois minutos ele já... já quebra elas... Então sobre a halitose, a gente precisa ver se os dente tá bão, cada seis meses ir no dentista, quando comer, tirar a dentadura pra não ficar alimento debaixo... que vai dar mau hálito! E aí o... tem

peessoas que fica com o estômago sujo, e logo se percebe pela língua branca, né? E se ficar sem comer muitas horas também dá, quem faz regime que eu já fiz regime, fica com mau hálito também!

Celiane – Tá escrito no livrinho?

Jane – É! E que a pessoa quando tem mau hálito, o bÍlis... como fala? Eu já nem sei qual o nome aqui! Ele acostuma com o mau hálito e a pessoa nem sabe que tem mau hálito! A palavra, deixa eu ver aqui...

Celiane – A própria pessoa não sabe?

Jane - A própria pessoa não sabe! Precisa perguntar pra pessoa... se é pessoa assim... fala, se é pessoa muito íntima, fala assim:- *“meu hálito é muito mau?”* E... *“tem algum cheiro?”* Até quando a gente tem secreção no nariz pede também. (alguém bate à porta e entra). E...

Cissa – Bom dia!

Jane – Apareceu, hein? Eu tou dando aula agora. (tom de brincadeira e orgulho ao mesmo tempo)

Cissa – Ah é? Com licença.

Jane – Tou dando aula sobre halitose (dona Jane fala rindo).

Jane – A minha prima tinha secreção no nariz e as minhas colega, colegas que são colegas dela mas são minhas parentes falava que não...não agüentava ficar perto dela que ela tinha cheiro. Por causa da sinusite. Precisa pegar... perguntar pras colegas, né? Se uma pessoa muito íntima se tem hálito mau, né? E aí o... tudo isso envolve no hálito, né?

Principalmente quando a pessoa tá doente... com uma diarréia, um estômago sujo, o hálito fede também. E a gente quando tem um pouco de diabetes, já percebe que tem um hálito de acetona, né? Eu sei porque eu tenho experiência disso, porque eu... a minha menina quando teve diabetes tinha um cheiro de acetona. [...] Nem todos têm o costume de... de escovar a língua também, né? Porque dá uma ânsia danada! Mas, não é porque disso também que vai sair o hálito, não. Toda pessoa que tem a língua suja branca, pode contar que tem mau hálito.

(GH 13/04)

Dona Jane se apropria do espaço que lhe foi dado. Explica o conteúdo da cartilha ao seu modo, com suas palavras e sempre trazendo como pano de fundo as histórias de sua vida. Neste momento conversacional, tendo a usuária lido a cartilha, conhecido seu conteúdo e recebendo o espaço do grupo para compartilhar seu aprendizado, se posiciona como dona-Jane-coordenadora-do-grupo. As hierarquias se tornam mais fluidas, já que é ela, usuária, quem está “dando a aula” para o grupo.

Esta configuração de flexibilidade no grupo promoveu uma *postura de colaboração* (ANDERSON; GOLISHIAN, 1998), isso porque valorizou o saber da usuária e de sua capacidade de apropriação do tema discutido, ao mesmo tempo em que também permitiu a disseminação de informações sobre Saúde Bucal numa perspectiva diferente – do ponto de vista de uma usuária – tendo a conversa um tom mais informal, enriquecida com conselhos e histórias de vida da participante. Esta postura indica uma maior possibilidade do trabalhador de saúde experimentar relações de troca, assumindo o lugar de alguém que também aprende com o usuário.

Assim, houve tanto um fortalecimento individual dessa questão para dona Jane, apropriando-se de sua história, como também se coletivizou um ponto importante da saúde que é a Saúde Bucal, tornando a questão não mais somente individual, mas também coletiva.

Após dona Jane contar sobre o conteúdo da cartilha, orientando quanto a importância do cuidado bucal, eu e a enfermeira, aproveitando o envolvimento do grupo com a questão, perguntamos quem estava sendo acompanhado pelo dentista.

Jane – Falando nisso, eu sou acompanhada...

Oto – Eu sou.

Jane - ... pelo dr.F..

[...] Fátima (enfermeira) – Quem daqui acompanha em dentista de rotina?

Francisco – Eu só vou quando precisa mesmo.

Jane – Eu... eu também sou, na outra Terça Feira eu estive lá que eu tive um acidente, mas... ficou bom, agora ontem começou a doer de novo! Mas não tá obturado, só aquela resina que ele pôs. (pausa) E quando esse dente fica... que segura a prótese, ele vai despregar... quando entra água assim, uma alimentação, dá um friozinho assim, já sei que ele vai soltar.

Fátima (enfermeira) – Dona Leda acompanha?

Leda – Acompanho com o doutor F.

Fátima (enfermeira) - Vocês falaram que vão mais na urgência, quando tem algum problema?

Francisco – É. Na necessidade.

Fátima (enfermeira) – Seu Aldo?

Aldo – Eu não tenho nada no dente, não. [...] Antigamente eu tinha assim... tive um problema no dente também assim, por causa dos remédios que fez isso, né? Mas depois eu precisei de... foi em São Paulo mesmo lá. Depois eu precisei arrancar esse dente também! Por causa de remédio que eu tomava também. E ninguém sabe... sabendo também ninguém tava sabendo se ele tava estragando os dente, né? Estragou os dente, aí precisei pôr dentadura e ponte também (fala gaguejando).

Fátima (enfermeira) – Então, é... quem usa dentadura, né, a prótese, às vezes a gente tem impressão que não precisa mais ir no dentista, porque colocou, né? Então, não tem mais porquê que vai ter que tratar, né? Eee... Uma coisa interessante que o dr. F. fala é que precisa de um acompanhamento porque a prótese ela pode machucar, ela pode ficar... pode mudar, né? O formato aqui dela, ela pode ficar solta...

Jane – É que tem...

Fátima (enfermeira) - ... vai dando desgaste ósseo, então ela tem que ser reavaliada temporariamente também...

Jane – Oh Fátima! (ênfatisando afirmativamente)

[...] Fátima (enfermeira) – Então, algumas pessoas aqui conhecem o Dr.F., né? Todo mundo conhece? Acho que...?...né? Ele acompanha, né? As pessoas aqui na Unidade é...ele faz esta Unidade na primeira Quinta Feira do mês e depois acompanha. É...o trabalho que ele faz aqui na Unidade ele é mais educativo, né? Então assim, realmente de examinar e orientar, então se ele detecta algum problema de escovação, ele explica a técnica de escovação, vê a pessoa como que ela faz realmente ,né? E se detectar a necessidade de tratamento mais imediato aí acompanha na Unidade Distrital da área. O equipamento odontológico fica lá.

(GH 13/04)

Com o desenvolvimento da conversa ficamos sabendo que a maioria dos participantes somente procura o dentista na urgência. Assim, a enfermeira aproveita a oportunidade para orientar sobre a importância dos cuidados bucais, do acompanhamento regular ao dentista e do funcionamento do serviço odontológico.

Por se tratar de um serviço de saúde, com a missão de atender a população na produção de ações que articulem promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação da saúde, a enfermeira, mesmo numa relação mais fluida e horizontalizada, não abre mão de seu papel de educadora e interventora. Portanto, entra na conversa para fazer orientações a respeito do tema tratado.

A *postura de curiosidade* (CECCHIN, 1998) da enfermeira, explorando as histórias do grupo sobre a saúde bucal, cria oportunidade de aproximação com a questão, trazendo diferentes tipos de experiências e tornando possível um projeto comum, coletivamente construído e no qual passam a se interessar. Assim, a profissional de saúde tem inclusive a possibilidade de fazer algumas orientações. A situação dá visibilidade à construção da Responsabilidade Relacional na Saúde Bucal.

A partir da receptividade do grupo às informações da enfermeira, esta oferece a possibilidade de acompanhamento ao dentista:

[...] Fátima (enfermeira) – quem daqui não acompanha e tiver interesse, é... o trabalho interessante até pra gente... muitas vezes acha que o dentista só faz essa parte curativa, né? E ele faz o trabalho antes do curativo. Parece uma coisa simples, mesmo a escovação, cuidados, né? Mas assim, eu já passei por orientação da escovação, depois fui reprovada! (risos no grupo) Porque ensina certinho, tem toda a técnica, né, correta. Na hora que a gente pega pra fazer! Não é tão simples pra gente conseguir passar em tudo, em torno, passar o fio dental corretamente, né? Pra quem usa prótese também tem uma forma, né, de... avaliar o jeito que também limpa a prótese...que faz os cuidados e essa faixa do cuidado também é bem interessante, né? Não sei se eu comentei... fez isso, quando a gente falou especificamente do cuidado.

[...] Jane – Por duas vezes eu passei na Unidade Distrital pra pôr flúor no dente. O mês passado eu passei também. E foi um montããã, viu? Pra tampar essas cariezinhas velhas. (risos)

Celiane – Ele vem todo mês aqui?

Fátima (enfermeira) – Não, todo mês ele faz...ele vem...toda semana ele tem atendimento agendado, mas no começo do mês ele faz grupo com as pessoas que vão começar o acompanhamento com ele. Então quem nunca passou pelo dentista, a primeira vez que passa é nesse grupo, depois ele marca atendimento individual aqui e o tratamento lá na Distrital, né? Mas até se o grupo tiver interesse a gente pode convidar ele pra vir nesse um dia e falar sobre algum tema que esse aqui queira, né? Conversar específico.

(GH 13/04)

Fátima (enfermeira) explica aos participantes o trabalho do dentista em um serviço de Atenção Primária à Saúde, inclusive contando sua experiência pessoal como paciente em uma orientação sobre escovação pela qual passou. Com isso

adotou uma postura de *introdução de diferença e proposição de novas formas de descrição dos eventos* (FRUGGERI, 1998) ao favorecer uma interação diferenciada com os usuários. Dando seu depoimento de participação em uma atividade realizada pelo dentista, a enfermeira-usuária inverte seu papel, mostrando inclusive suas dificuldades ao ser “reprovada” na escovação. Falando do lugar de uma usuária, favorece maior proximidade e identificação com o grupo. Também oferece a possibilidade de ter o dentista para uma conversa no grupo mais “específica”.

Passado dois encontros, a docente da odontologia participa do grupo, já que o dentista responsável pela Unidade não estava com disponibilidade de horário. A partir de uma breve contextualização da demanda do grupo para este encontro, a docente inicia a conversa:

[...] Docente odonto – Isso! ... Então teem... o mau hálito pode ter várias causas, né? Eu posso falar das causas que a gente sabe da boca, né? Depois tem outros profissionais que podem falar...de outras, mas assim, a gente normalmente começa pela boca mesmo, né? Porque a ... nós temos na boca que a gente não vê ééé..... micro organismos, né? Que ficam mesmo na boca, que são normais, todos nós temos, né? [...] E alguns desses micro-organismos também podem provocar o mau hálito.

Então a gente pode ter mau hálito porque a gente acumula resto de alimento e esses microorganismo nos dentes, né? Nas próteses... na dentadura, na ponte ou... na própria língua. Então...ahm... o ideal, se a causa do mau hálito estiver...for por um desses motivos, então o que a gente tem que fazer é tirar esses acúmulos, né?

Celiane – E como tiraria? A própria pessoa tira ou ...?

Docente odonto – Então, tem coisa que nós mesmos podemos fazer e tem coisas quando é... na boca tem que procurar o dentista. Que aí só ele consegue. Porque ele tem equipamentos, tem instrumentos pra fazer isso, né? Então, em geral, independente de quem tem dente ou que tem prótese, tem que fazer escovação, ou dos dentes ou da prótese.

Jane – No livrinho lá (se referindo a cartilha de Saúde Bucal), fala assim que a gente tem que confiar numa pessoa e perguntar:- “*estou com mau hálito?*”

Docente odonto – Isso!

Jane – Mas eu não perguntei pra ninguém ainda!
(risos)

Docente odonto – Porque normalmente as pessoas ficam sem graça de falar pra gente. Pergunta pra alguém da família que é mais chegado! Uma amiga, um amigo, o filho ou um irmão, né?

Jane – Eu tinha um sobrinho moço, né? Ele namorava e eu percebia que ele tinha mau hálito. Mas, nessa época não tinha esse remédio, né? Eu não sabia. Mas... agora... outro dia fui visitar ele, e ele já saiu o mau hálito. (risos)

Docente odonto – Então, precisa ver primeiro qual é a causa, porque senão a gente trata uma coisa e de repente é outra.

(GH 04/05)

A docente da odontologia passa a explicar ao grupo as possíveis causas do mau hálito, também explicando a estrutura da nossa boca e os cuidados que devemos ter. Dona-Jane-com-propriedade-sobre-o-tema se insere na conversa. Ela interage com a docente no assunto discutido. Por ter sido posicionada anteriormente como alguém com algo interessante a dizer, tendo a oportunidade e interesse em aprender mais e dividir com o grupo seu novo conhecimento, apropria-se do tema. Ao mesmo tempo, por experimentar nesta interação presente uma relação em que a profissional de saúde da odonto se coloca na postura de quem ouve com atenção e não desqualifica o que a usuária conhece, esta pode exercitar esta apropriação desenvolvendo ainda mais a conversa. Assim, se coloca na interação mais ativa e com mais igualdade diante da profissional de saúde.

Ao final da conversa sobre a importância dos cuidados bucais para preservação da saúde dos dentes, dona Jane desabafa um tanto decepcionada:

[...] Jane – Que pena que a gente já perdeu todos os dentes, né?

Docente odonto – Ah! Mas vamos...

Jane – A gente tinha que saber essas coisas quando tinha dente. (risos no grupo)

Docente odonto - Mas vamos aproveitar pra quem ainda tem dente pra evitar que piore. Pra quem tem filhos, né? Pra quem tem alguém mais jovem, a gente orienta, né?

Jane – Agora eu vou explicar pra todas as minhas netas...

(GH 04/05)

Ao final das discussões sobre a Saúde Bucal no grupo, há um entendimento da importância desses cuidados ao mesmo tempo em que há uma tristeza por

não ser mais possível a prevenção para a maioria dos usuários deste grupo. Um tanto decepcionada pela aquisição tardia de todo este arcabouço de conhecimentos sobre Saúde Bucal, dona Jane se mostra engajada e comprometida a passar as informações para suas netas.

DISCUSSÃO

Este primeiro subitem tentou dar visibilidade à construção conversacional de um cuidado coletivo em saúde no grupo. Os recortes selecionados foram mostrando as interações, as posturas adotadas e os posicionamentos gerando o processo transformativo em relação a uma queixa individual que se tornou um cuidado: do mau hálito do filho à construção de um cuidado coletivo.

Os recortes acima mostram uma seqüência de interações que foram desdobrando-se numa realidade mais participativa e inclusiva na discussão do tema no grupo. A análise desses recortes permitiu uma inteligibilidade de como se deu este processo transformativo no grupo e especialmente em dona Jane, nessa dinâmica interativa.

Dona-Jane-preocupada-com-o-mau-hálito-do-filho se reposiciona como dona-Jane-responsável-por-educar-as-netas, se responsabilizando pela multiplicação das informações ali discutidas entre seus familiares. A postura da coordenadora-enfermeira nesse processo foi de *ênfase no processo comunicacional* (EFRAN; CLARFIELD, 1998), valorizando a dimensão relacional no grupo e com isso promovendo o engajamento dos participantes com o tema. A linguagem, dentro da perspectiva construcionista social, é generativa de sentidos e constitutiva do mundo, portanto, são os processos dialógicos e interativos os

responsáveis pelo rumo que uma conversação toma e as a es que daí se desdobram (BURR, 2003; GERGEN, 1997; MCNAMEE, 2004; SPINK, 1999).

Foi a dimensão relacional, a forma que dona Jane foi sendo posicionada, como dona-Jane-que-tem-algo-interessante-a-contar e dona-Jane-competente-para-apresentar-o-tema, empoderada pela profissional de saúde com uma postura aberta e responsiva, que permitiu um jogo conversacional desta forma, expandindo o contexto grupal e desdobrando-se em outras a es possíveis.

Segundo McNamee e Shotter (2004), quebrar padrões de se relacionar consolidados pelo tempo é algo nada simples de se fazer, já que relacionamentos humanos facilmente se ritualizam passando a se repetir indefinidamente. As infinitas repeti es v o gerando um padrão de funcionamento que, após determinado tempo, torna-se automático e inquestionável.

No caso específico da saúde, não é diferente. O relacionamento trabalhador de saúde/usuário está tradicionalmente ritualizado numa hierarquia de poder, em que o profissional tem autoridade não só sobre o corpo de seu paciente, mas também sobre como este leva sua vida. Esta disciplinariza o na saúde   conformada num processo histórico, da constitui o de saberes e espaços de cura em que a norma e a disciplina são questões fundamentais a serem ensinadas aos pacientes (FOUCAULT, 2006). Contudo, a lógica do trabalho na Aten o Primária   Saúde vem se constituindo de forma diferente. Esta lógica tem sido pautada em considerar o usuário como um ser singular, dotado de saberes e poderes, com liberdade para definir o modo de andar sua vida, de proceder suas escolhas num dado contexto. Neste sentido, a RR pode ser um recurso que contribua para um entendimento diferenciado, em que a lógica discursiva da APS

construa uma prática mais aproximativa a essas diversidades de saberes, sendo mais participativa e interativa entre seus atores sociais.

A Responsabilidade Relacional, que tem como foco o processo de se relacionar (MCNAMEE; GERGEN, 1999), chama a atenção para essas repetições nos padrões de relacionamentos, trazendo para questionamento o que é familiar, o que é dado por certo e, portanto não examinado, possibilitando assim outras vozes na conversa, permitindo sua problematização e desnaturalização.

A relação da enfermeira com a usuária é um exemplo da construção da RR através da abertura ao diálogo. Ao ser responsiva à demanda da usuária através da escuta, a enfermeira propiciou a continuidade dessa conversa por outros encontros. A abordagem nada tradicional da enfermeira, responsabilizando a usuária pela discussão do tema, questionou o padrão relacional hierárquico e permitiu um engajamento mais ativo da usuária, acabando por envolver e responsabilizar também todo o grupo.

Ao indicar uma usuária para apresentação da cartilha e também em outra situação ao colocar-se no lugar de usuária, passando pelo trabalho do dentista, a enfermeira, com a postura de *introdução da diferença e da proposição de novas formas de descrição dos eventos* (FRUGGERI, 1998), relativizou papéis e horizontalizou as relações. Na medida em que as relações foram se horizontalizando a RR foi sendo construída. A partir deste processo conversacional mais fluido, o engajamento foi crescendo e a exploração do assunto Saúde Bucal foi surgindo. Gerou-se assim, dentro do contexto do próprio grupo, a necessidade tanto do profissional de saúde em tratar de um tema importante na Saúde Coletiva quanto do usuário, que se viu implicado e envolvido neste tema. Assim, se construiu a Responsabilidade Relacional entre trabalhador de saúde e usuário por se tornarem

parceiros co-responsáveis pela causa que ambos passaram a acreditar como importante – a Saúde Bucal.

Por fim, foi possível eleger e discutir coletivamente um tema bastante relevante na Atenção Primária à Saúde que é a inserção do profissional da odontologia nos processos de prevenção e promoção da Saúde Bucal, informando os usuários quanto à sua importância e também co-responsabilizando-os.

Se tal assunto fosse proposto inicialmente por uma demanda da equipe, a partir de um agendamento a priori para exposição do tema a ser realizada pelo profissional da área, o que é bastante comum em um serviço de saúde, o processo comunicativo possivelmente seria outro, desencadeando diferentes implicações. Haveria um grande risco de se tornar um monólogo com orientações do profissional de saúde que, muitas vezes, não faz sentido e nem é interesse do usuário.

Para que ocorra engajamento, e se construa a RR entre as pessoas é necessário que haja um movimento inclusivo que gere pertencimento entre os atores envolvidos na proposta a ser tratada e, para que isso aconteça, ela deve fazer sentido para todos. O processo conversacional apresentado, da maneira como foi se desdobrando, possibilitou que houvesse negociação dos sentidos de demanda entre trabalhador de saúde e usuário no cotidiano das práticas de atenção à saúde.

Tomando a integralidade na saúde segundo Mattos (2001), como um processo que envolve a construção social da demanda, levando em conta a atenção à saúde junto às experiências vividas para a produção de boas práticas de cuidado, podemos então pensar que este grupo se constituiu também como uma forma de se aproximar da integralidade na saúde.

A questão da Saúde Bucal neste subitem foi pano de fundo para esta discussão. O que se quis chamar atenção na discussão foi para o como, para o processo de construção de um espaço conversacional dialógico, comprometido, propiciando a expressão tanto da comunidade como do trabalhador de saúde para uma intervenção que possa fazer sentido e ter repercussão para ambos. Assim, pudemos acompanhar através deste eixo processual a construção conversacional do cuidado no grupo.

A Responsabilidade Relacional diferencia-se aqui da autonomia ao dar visibilidade ao processo coletivo da construção do cuidado e da responsabilidade entre trabalhador de saúde e usuário. A Saúde Bucal foi sendo construída como tema dentro do processo conversacional, nas posturas e jogos de posicionamentos que foram implicando coletivamente o cuidado, tanto do profissional quanto do usuário, no grupo.

A autonomia, da forma como é tomada em nossa sociedade moderna e individualista, trata-se da capacidade de um indivíduo de decidir por “si próprio” suas questões. Harré (1990) atribui este individualismo a uma grande influência judaico-cristã que enfatiza o livre arbítrio e a escolha pessoal acima de tudo, trazendo o agenciamento pessoal como superior às decisões coletivas. A proposta da Responsabilidade Relacional, que trata do processo de se relacionar enfatizando o papel da dialogia em tudo o que participamos, traz um diálogo mais implicado e coletivo (MCNAMEE, 2001). Enfatiza a criação de um senso de parceria, co-responsabilidade e vínculo entre os participantes de uma conversa. Isto não significa dizer que se desconsidera a importância dos sujeitos fazerem suas escolhas pessoais, mas se quer enfatizar que estas escolhas estão sempre

sendo permeadas pelo contexto e pelas interações vivenciadas e, portanto, havendo sempre uma implicação coletiva nelas.

8.2.2. A construção da participação ou, O grupo-que-se-interessa-por-opinar-sobre-o-que-acontece-na-saúde

Este grupo de hipertensão, por ser o mais antigo grupo da Unidade, por manter certa estabilidade de participantes-usuários, pela adesão e o vínculo que estabelece com a equipe e com o serviço de saúde, foi construindo uma participação que, de alguma forma, se tornou uma referência comunitária para a Unidade de saúde nas mais diversas questões. Nele, os participantes são constantemente informados e consultados sobre festas, atividades e projetos a serem desenvolvidos na Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um espaço em que diferentes atividades se iniciam para depois terem outros desenvolvimentos na Unidade, caso haja boa aceitabilidade. Também é um espaço em que se discutem os acontecimentos administrativos e políticos sobre a Unidade e o sistema local de modo geral, já que é um grupo que acompanha seu cotidiano de funcionamento desde sua abertura. Em todas essas questões, o grupo exerce um papel ativo na oferta de informações do que é importante e faz sentido dentro da comunidade a qual pertencem.

A partir do contato exaustivo com material transcrito para a análise, me chamou atenção os momentos em que este grupo vai se construindo como “legítimo” representante da comunidade. Um grupo que opina e contribui com as discussões e os projetos do serviço de saúde.

Este segundo eixo processual, portanto, explorou momentos em que o grupo constrói esta participação junto aos trabalhadores de saúde, tornando-se referência comunitária para a Unidade. Os recortes dão visibilidade para estes momentos, tentando compreender como se dá o processo de construção e legitimação deste

espaço. Tentaremos mostrar nessa análise, como foram construindo estes sentidos, contribuindo na geração de um grupo relacionalmente responsável.

Estes primeiros três recortes a serem apresentados dão visibilidade à construção do grupo como um espaço de participação sobre as questões políticas e sociais.

No início do encontro, no primeiro dia de gravação para a pesquisa, uma participante chega preocupada a respeito de uma notícia que ouviu acerca de um equipamento de saúde local:

[...] Jane – Mas eu ouvi um negócio lá... no rádio ontem, que vai reformar lá novamente, mas dizem que vai reformar, mas parece que eu ouvi uma conversa que vai fechar, e quem estava falando no rádio, tava falando em fechar. Então eu tou assim pensando: uai, por que vai fechar? Vai ficar só na Unidade de Saúde da Família agora?

Celiane – Não sei.

Fátima (enfermeira) – Realmente é só... só boato, né, a gente tem ouvido também...

Jane – Já ouviu também?

Fátima (enfermeira) - ... já ouvi em reforma, já ouvi falar de fechar, já ouvi falar em mudar algumas coisas...ninguém sabe ainda ao certo o que vai ser, né? A gente só sabe que alguma coisa tem que fazer, por que... quem daqui já foi nesse serviço?

[...] Fátima (enfermeira) – Lá é uma... chama: NGA “ Unidade de Gestão Assistencial”. É uma Unidade muuuito antiga que era do Estado, não é da Prefeitura. Quem paga, quem fica lá, é o Estado. E ela atende a região, não é só Ribeirão. Então ela atende todos os municípios da região nas especialidades, e Ribeirão. Mas a mesma especialidade que tem lá, tem na Unidade Distrital daqui também, por exemplo. [...] Não sei quem administra, eu sei que tá muito mal administrado, né, por isso que tá... Com a mudança do Prefeito, eles tão tentando organizar, porque fala assim: “*falta médico, falta médico, falta médico*”, mas sai só isso né, na televisão: “*falta médico*”. Mas aí a gente tá levantando, a gente tá tendo reunião uma vez por mês, essa... essa semana tem de novo a reunião, um grupo pra discutir especialidade. A gente tá levantando, o que que tem de recurso na Prefeitura e como tá usando o recurso. E a gente vê claramente que tem fila de espera num lugar e sobra vaga no outro.

Jane – Ah é?

Fátima (enfermeira) – Então acho que... por isso que tão pensando em mexer...

[...] Jane – Por que? Lá forma uma fila imensa! Dá 2 quarteirões de manhã antes das 7 horas.

Fátima (enfermeira) – E às vezes a fila tá lá e tá sobrando vaga na Distrital daqui. Não é só... a fila não é só pra um lugar. Pra cada especialidade é de um jeito. Desde...

Francisco – Lá eles atendem INSS também, né?

Fátima (enfermeira) – Atendem. É tudo SUS... e aí... mas tá bagunçado né, porque a gente não tem uma ordem de entrada assim, por exemplo: saiu daqui, primeiro lugar tem que ir na Unidade Distrital, né, daí... Não, não tem, cada um vai pra onde quer. E daí nesse vai pra onde quer. Sobra num lugar e falta no outro. E não usa o recurso direito.

[...] Fátima (enfermeira) - Eu tava pensando... abriu o prédio novo lá na Unidade Distrital.

Jane – Já começou a trabalhar lá?

Fátima (enfermeira) – Ainda não. Estão negociando... o pessoal de Enfermagem, porque a Prefeitura não pretende contratar, aí tá um empurra, né, querem que o HC contrate, o HC tá negociando com a Prefeitura, então tá... eles estão ainda reunindo pra negociar. Mas o que eu pensei, é que a gente podia tentar combinar um dia de ir lá conhecer a Unidade nova, né?

[...] Francisco – Já está equipada também ou não?

Fátima (enfermeira) – Eu acho que já.

Jane – Eu esqueci o dia da inauguração.

Fátima (enfermeira) – Só não está funcionando porque não tem profissional... não tem o pessoal de Enfermagem. (pequeno silêncio) A gente podia combinar... porque eu sei que a Comissão Local foi convidada pra visitar, mas eu não podia no dia... E a gente podia um dia ir lá visitar, perguntar pra gerente se pode abrir, a gente entra pela parte de dentro. Porque tem uma ligação com o prédio velho, lá por dentro.

Celiane – Ah! Uma boa né?

Fátima (enfermeira) – E a gente fala tanto de lá, né?

Celiane – É...

Francisco – Boa idéia!

(GH 30/03)

Nesta interação grupal é possível observar que, além de haver espaço para este tipo de dúvida no grupo, o assunto foi incentivado. Os participantes receberam informações sobre o que está se passando politicamente na estruturação do sistema de saúde do município, sobre a administração municipal e sobre o grupo de profissionais que estão estudando estas questões para tentar melhorar a situação. A nova estrutura Distrital do serviço de saúde da área de abrangência desses usuários é mencionada e, por ser assunto constante no

grupo, os participantes são convidados a irem conhecer o local de perto, antes mesmo de abrir ao público para o funcionamento.

A *postura de curiosidade* (CECCHIN, 1998) de Fátima (enfermeira) ao estabelecer um interesse genuíno pela dúvida e preocupação da participante em relação ao funcionamento de um serviço de saúde, ampliou a discussão sobre as questões políticas e administrativas que têm permeado o município. Também desdobrou-se em um convite ao grupo para conhecerem a nova estrutura da Unidade distrital da área de abrangência. A responsividade da enfermeira valida também este grupo como lugar “legítimo” para o debate desses assuntos. Assim, os participantes ficam a par do que se passa política e administrativamente no município, mesmo que sob a ótica de um trabalhador da Unidade, possibilitando saírem do lugar comum dos boatos e das reclamações populares conhecidas como “falta médico”, como a própria profissional de saúde citou.

Fátima (enfermeira) faz o contato com a Unidade Distrital a ser visitada e, no dia 20/04/2005, duas semanas mais tarde, a Unidade é aberta somente para a visita do grupo. São acompanhados por uma profissional do serviço, explicando como será seu funcionamento.

Ao serem escolhidos para conhecerem a nova estrutura da Unidade Distrital assim como seu funcionamento, são posicionados num lugar privilegiado pela equipe. À medida que são incluídos como atores sociais ativos neste projeto de reestruturação da saúde, vai se construindo o processo de co-responsabilização por ele.

Na semana posterior à visita, no encontro do dia 27/04, o grupo recebe uma profissional da área da farmácia que estava agendada para uma conversa sobre medicamentos. A farmacêutica inicia o grupo curiosa sobre a visita que fizeram à nova estrutura da Unidade Distrital:

Laila (Docente farmácia) – [...] Então, eu fiquei sabendo, a Fátima (enfermeira) me contou que vocês na semana passada foram pra... passear, isso?
Celiane – Vocês gostaram do passeio?
Jane – Nós gostamos!
Aldo – Nós gostamos mesmo! Nossa! Mas ficou grande mesmo lá, hein?!

Celiane – Ficou? Eu ainda não fui.
Laila (Docente farmácia) – É bem grande!
Aldo – E agora pra fazer ginástica também lá assim, é tudo coberto também assim, não dá sor, não dá nem chuva lá nada!
Celiane – Ah, que bom!
Aldo – É compridão assim, ó!
Cissa – Ainda falta muito pra acabar!
Celiane – Falta? Achei que estivesse pronto!
Cissa – Imagina!
Laila (Docente farmácia) – Já foi inaugurado!
Cissa – Foi inaugurado... (ironicamente falando) Só se for consultas... ali!
Jane – Aparelho não tem nenhum.
Alguém – Os aparelhos, raio X está lá... construindo ainda...embaixo do prédio que dizem que vão fazer um teatro... tá cheio de terra ainda lá... Estão mexendo a parte elétrica...
Jane – Eu achei que ia ser estacionamento lá e vai ser... pra ginástica.
Cissa – Não... aquele lado de lá, embaixo do prédio, vão ter que limpar tudo! Vão tentar fazer um teatro...
Celiane – Ia ser legal, né? Ter um teatro ali!
Laila (Docente farmácia) – Seria mesmo! Mas ainda falta bastante coisa, né?! Não sei... quando é que vai ser ocupado ali.
Cissa – Nossa Senhora! Acho que eles vão abrir pra consulta!
Aldo – Eu tava até falando pra Laila (Docente farmácia), pra, pra, pra... Fátima (enfermeira) isso daí também, né? É que tem um lugar...?...que é um espaço grande também aqui, dá pra fazer um grand... grandão também aqui, né?

(GH 27/04)

A *postura de curiosidade* (CECCHIN, 1998) da profissional de saúde Laila, que demonstrou um interesse genuíno sobre a visita do grupo à Unidade, querendo saber de suas histórias, permitiu a exploração da conversação e seu desdobramento. Os participantes do grupo discutem o assunto da nova estrutura da Unidade Distrital com envolvimento e demonstrando apropriação, opinando sobre o local, sobre as atividades que serão desenvolvidas e o que ainda falta

ficar pronto. As sugestões se ampliam inclusive para a própria Unidade local, que segundo seu Aldo daria para fazer algumas coisas iguais pelo espaço que tem.

O desdobramento desta conversa leva ao vislumbre de outras facetas da questão, como financiamento e o procedimento para a construção do local, assim como sua autorização:

- [...] Francisco – É porque a construção ali foi rápida, né. Foi...
Laila (Docente farmácia) – Foi bem rápida!
Francisco -... Foi em função de usar o mesmo processo que teve pro equipamento?
Laila (Docente farmácia) – já tinha... já tinha dinheiro ali.
Francisco - ... pra colocar em funcionamento.
Laila (Docente farmácia) – É que o diretor da Faculdade de Medicina ia sair, ia vencer o mandato dele em Março, então ele tinha que correr mesmo pra acabar, pra ele poder inaugurar. Tanto é que foi inaugurado o prédio antes de estar pronto, assim sem ter tudo, né?
Francisco – Foi uma inauguração política.
Laila (Docente farmácia) – Foi, é! Com certeza, né?! Esse ano vai mudar o reitor, né? Então também um ano político. O reitor da Universidade, que é... digamos assim, como se fosse o presidente...
Francisco – Certo.
Laila (Docente farmácia) –... Da Universidade de São Paulo. Então vai ser um ano político onde tem todas essas coisas de angariar votos, isso acontece em todos os níveis.
Francisco – E... essa reitoria...ela tem o poder de... a competência do reitor, nesse caso aí, que envolve grande aplicação de verba, é competência dele ou da superintendência?

(GH 27/04)

A conversa aborda aspectos políticos da saúde e a grande amplitude que essas questões tomam no cotidiano dos serviços de saúde. Ainda permanecem nesta conversação por um bom tempo antes de iniciarem o tema previsto para o dia – medicamentos. A farmacêutica, tendo uma postura de abertura com *ênfase no processo conversacional* (EFRAN; CLARFIELD, 1998), continuou prontamente conversando sobre essas questões com o grupo, valorizando a atividade interativa comunicacional sendo assim responsiva ao assunto que foi se

desenvolvendo, mesmo tendo sido convidada a falar de uma específica especialidade da sua área.

Estas posturas adotadas na conversação contribuíram para o desdobramento e ampliação deste assunto, que teve início num boato trazido por uma usuária. A conversa sobre o boato acabou gerando um convite para uma visita coletiva a uma nova estrutura do serviço, dando-lhes mais propriedade e interesse no assunto. E assim, se desenrolou ainda mais numa conversa com a farmacêutica neste encontro, que contribuiu com o engajamento do grupo sobre todas as mudanças que têm ocorrido na organização dos serviços de saúde no município, estabelecendo uma conversa mais complexa sobre a saúde.

Estes recortes dão visibilidade para o processo conversacional de construção deste grupo como um grupo disposto a discutir questões políticas e administrativas da saúde. Assim, vão se criando elementos que reafirmam a sua identidade de grupo-que-se-interessa-por-opinar-sobre-o-que-acontece-na-saúde.

Outro aspecto neste subitem que se quer explorar e que também contribui na constituição do grupo como referência comunitária para a Unidade é quanto a ser um grupo que serve de “laboratório” para algumas atividades que serão propostas pelo serviço de saúde. Durante o período de coleta de dados, foi possível presenciar um destes projetos iniciando-se neste grupo.

Uma moradora da área, Dalva, com formação em valores humanos, procurou a equipe de saúde oferecendo um trabalho nesta vertente para a Unidade. Então foi convidada a primeiramente experimentar esta atividade proposta no grupo de hipertensão.

No início do encontro do dia 27/04, Dalva aparece no grupo para fazer o convite:

Dalva - Vocês lembram de mim? Lembra?
Celiane – Vocês lembram dela?
(Participantes do grupo fazem menção que se lembram.)
Celiane - A Dalva veio uma vez, conversar com vocês, né? Falar de recursos...
Dalva – Valores humanos.
Celiane – ...valores humanos. E hoje, acho que ela tem um convitinho pra vocês, não sei...
Dalva – Então, eu gostaria de continuar pelo menos uma vez por mês... é... fazer um encontro, né? De valores humanos. Queria saber do interesse de vocês, se gostaram daquela primeira, daquele primeiro encontro... se tem interesse que eu venha aqui pelo menos uma vez por mês...
Francisco – É, foi tão ruim que tá demorando pra voltar, né? (brincando com Dalva)
(risos no grupo)
[...] Dalva – Então tá! Eu posso concluir que vocês estão com o coração aberto pra me receber?
Alguém – Pode. Estamos.
Dalva – É? Aí pelo menos uma vez por mês, aí se começar a gostar muito pode vir de 15 em 15 dias, dependendo do programa da...

(GH 27/04)

Após o convite/pedido de Dalva, o grupo concorda de forma acolhedora. Este é um grupo que sempre responde positivamente a novas propostas. Justamente por isso é que continuamente estas novas atividades acabam sendo encaminhadas para ele, por acreditarem que haverá adesão à proposta. Este movimento de recomendação de diversas atividades se realizarem no grupo fortalece sua legitimidade como um grupo bom, de “sucesso”, aumentando assim a disponibilidade e motivação por parte dos usuários em participarem de novas atividades, por serem prestigiados. Vê-se o quanto este sentido de grupo-de-sucesso é sustentado nas pequenas situações do cotidiano da Unidade.

Após duas semanas, como combinado, Dalva retorna ao grupo para dar início ao trabalho que propôs sobre valores humanos. Traz recursos como música, desenho e parábolas para disparar a conversação com os participantes, inserindo assuntos sobre a valorização humana. Após a narração de uma parábola, os participantes são convidados a oferecerem suas interpretações:

- [...] Valmir – Será que a raiz do bambu que a senhora acabou de falar não significa alicerce da família?
- Dalva – É! Pode ser também! É o alicerce, tudo o que a gente vai investindo pra construir, né? É a nossa sabedoria... né?
- Valmir – O bambu significa...
- Dalva - Porque não é de uma hora pra outra que o ser humano consegue as coisas. Pra conseguir ele tem que deixar de fazer muita coisa e tem que fazer muitas outras coisas, né? É perdendo e ganhando, né? Então é o alicerce ali onde tá tudo, né? A raiz de tudo, né? É a fortaleza.
- Valmir – Eu entendi assim: a raiz do bambu significa o alicerce de uma família assim.
- Dalva – É.
- Valmir – Que tá florindo, né?
- Dalva – É.
- Valmir – Crescendo, a família cresce como uma árvore mesmo!
- Dalva – É. Aí é só esperar bons frutos.
- Melinda – A mesma coisa da árvore dar fruta a família dá fruto, os filhos.
- Dalva – Dá...E aí? Quem mais vai falar alguma coisa?
- Leda – Tem que ter muita paciência, né? Demora pra crescer!
- Dalva – É.
- [...] Cissa – O bambu chinês... ele tem que estar num solo fértil também, pra ele desabrochar. E a gente... a gente tem que ter estrutura na família, né? Se a gente vê esse povo tudo na FEBEM revoltado,quê que é? É falta de estrutura na família, né? Então, meus pais me ensinaram, ensinaram muito a gente. Minha mãe não sabia nem ler, mas ela falava assim: *“a verdade... você nunca pode faltar com a verdade e nem com a humildade.”* Isso deixou muito marcado na cabeça da gente! Isso a gente passa pros filhos também.
- Dalva – Então, é aquela mistura de valores, né?
- Alguém – É.
- Dalva - A pessoa encontra outra pessoa que não tem os mesmos valores, né? Aí... mas a gente tem que seguir aquela... o nosso objetivo, né? E...hoje em dia tá difícil! E... vem os netinhos aí, né? E a gente tem que tá reciclando cada dia mais, né? Não deixar morrer tudo aquilo que tem dentro, o que a mãe ensinou, o que a avó ensinou. Porque a família cresce...

(GH 11/05)

O recorte traz um pequeno trecho da discussão que se desdobrou durante este encontro, trazendo o tema família para a conversa e compartilhando suas crenças sobre a questão.

Tendo neste encontro uma coordenadora da própria comunidade, interessada em desenvolver um trabalho coletivo e que não é uma trabalhadora de saúde, propiciou no grupo uma conversa mais aberta, próxima dos

participantes, incentivando a criatividade e sem foco específico nas questões de saúde/doença. Os assuntos giraram ao redor de questões familiares e seus valores e crenças a respeito.

O último aspecto a ser descrito neste subitem sobre o grupo como referência comunitária para a Unidade é ele ter se constituído, no decorrer de seu funcionamento, como um espaço para discussão e definição de novos projetos a serem organizados pela equipe de saúde.

Este encontro a ser descrito, do dia 22/06, foi quase que em sua totalidade dedicado a discussão de novos projetos e à exploração das preferências e aceitabilidade da comunidade da área de abrangência do serviço. Não havendo nenhum tema previamente definido para a discussão neste dia, o médico Residente aproveitou o espaço para apresentar os projetos coletivos que estão sendo organizados na Unidade de saúde.

O contexto para a inserção deste assunto se deu logo no início do grupo em que falavam da festa junina que havia acontecido na Unidade no sábado anterior.

O médico Residente aproveita para explorar mais o assunto:

[...] Régis (Residente) – O que vocês acham dessas atividades assim?

Cissa – Por exemplo, eu não posso ir... (risos)... à noite.

Celiane (pesquisadora) – Ué... E se a senhora combinar com alguém?

Francisco – E se fosse atividades à tarde?

Cissa – Aí pode ser, né? Lá em casa a hora que fecha a padaria é um terror.

(GH 22/06)

Régis, numa *postura de curiosidade* (CECCHIN, 1998), questiona o interesse do grupo para atividades recreativas como a festa junina, possibilitando ampliar a conversação sobre o tema. Cissa, uma das participantes, fala da sua impossibilidade em participar de atividades noturnas devido à região violenta em que mora. Relata que após o horário de funcionamento da padaria, tudo fica mais

perigoso na região, talvez pela falta de movimento. Francisco, outro participante, oferece opção de horário para que a colega possa ser incluída.

Tendo havido receptividade dos participantes nessa conversa, o médico Residente aproveita esta abertura e passa a falar dos projetos que a Unidade está organizando:

[...] Régis (Residente) - Existem assim, 3 projetos em andamento pra se colocar no grupo, né? Seria assim o de Tai Chi pra pessoas acima de 60 anos, é... Já tem até data agendada do Tai Chi, então vai ter uma atividade de Tai Chi pra acima de 60 anos. [...] Existe um trabalho pra ser feito nesse sentido, pra esse grupo, é... então ele vai vir ensinar o pessoal, monitorar o pessoal.

Celiane (pesquisadora) – Alguém já fez Tai Chi?

Francisco – Não, o quê que é Tai Chi?

Cissa - ...?...

Régis (Residente) – Tai Chi é uma modalidade de exercício físico como se fosse um...um... karatê, é... são exercícios lentos, utilizando todo o corpo, pra flexibilidade... é um tipo de atividade física assim, que se faz todos os exercícios de forma bem lenta, né?

Francisco – Interessante, né?

(GH 22/06)

Régis, ao falar dos projetos que já estão sendo desenvolvidos para implantação, aproveita para falar especificamente do Tai Chi que já tem data para início. Ao saber do desconhecimento da atividade por um participante, Régis se propõe a esclarecer, contando do que se trata esta atividade.

Dando continuidade à conversa sobre os projetos, fala agora de projetos que ainda não estão completamente desenhados:

[...] Régis (Residente) – Além do Tai Chi é... também vai ter um curso de... de... dança de salão, né? A gente tá tentando estruturar também uma oficina culinária, pras pessoas trazerem receitas... a gente convidar gente de fora pra estar ensinando. O que vocês acham dessas atividades assim?

Francisco – Acho bom, porque enriquece mais o grupo, né? É interessante.

Cissa – O horário? Pra mim, o problema é o horário.

Régis (Residente) – Então, é uma coisa que eu não sei, tipo assim, o que vocês acham do horário? Tem que ser final de tarde, no final de semana... como que é... essa

questão de horário? Porque a opinião de vocês é importante...

Cissa – De segunda de manhã eu não posso, nem quinta à tarde também não, esses dois dias...?....

(GH 22/06)

O médico Residente continua adotando uma *postura de curiosidade* (CECCHIN, 1998) sobre o interesse e a disponibilidade dos participantes, enfatizando que a opinião da comunidade é importante para a equipe. Neste momento, posiciona-o grupo-conselheiro-comunitário.

Seguindo com a conversa dos projetos, sugiro, em tom de brincadeira, uma demonstração culinária no próprio grupo:

[...] Celiane (pesquisadora) – A gente pode fazer uma demonstração até aqui nesse grupo, né? Esse grupo sempre é... motivo onde, quando vai começar qualquer atividade vem apresentar pro grupo, não vem?

Francisco – O laboratório?

Celiane (pesquisadora) – É. Podia trazer aqui pro laboratório, uma oficina culinária!

Régis (Residente) – E assim, o que seria necessário pra esse grupo, né? A idéia também é que a gente lembre aquelas pessoas que moram sozinhas que estão lá assim, que não saem de casa. Pra trazer essas pessoas: “*Vai lá! Ensina um negócio pra gente!*” E também trazer esse pessoal da comunidade que tá esquecido pra fazer parte desse grupo, né? Então, esse é um grupo...?....vocês querem ir lá? Vamos lá...por exemplo, tem um senhor que sabe fazer lingüiça caseira, fala:- “*Vamos lá! Mostra pra gente como é que faz, como que é, como não é.*”

[...] Francisco – Então, acho que tudo isso aí, e a pessoa não traz pra comunidade, acho que morre com a pessoa.

(GH 22/06)

Ao responder à brincadeira da pesquisadora em trazer a oficina culinária para o grupo, Francisco nomeia o grupo de “laboratório”, enfatizando seu papel de referência para novas atividades. O coordenador, ao imbuir os participantes da responsabilidade de identificar pessoas solitárias para se aproximarem e serem incluídas nas atividades da Unidade, ainda atribui ao grupo o papel de apoiador, de elo com a comunidade, um espaço de convivência, que pode qualificar a

saúde e a vida das pessoas. Francisco valoriza e legitima estes projetos, dizendo da importância em compartilhar os saberes com a comunidade.

O médico Residente volta a recorrer aos participantes-usuários, agora pedindo a opinião quanto à viabilidade das atividades:

[...] Régis (Residente) – Vocês acham então que vai dar certo fazer oficina culinária, então?
Celiane (pesquisadora) – Eu acho que tem que fazer laboratório aqui no grupo antes.
Francisco – E você? Cozinha bem?
Celiane (pesquisadora) – Viche Maria! (espanto pela pergunta) Mais ou menos, seu Francisco!
Cissa – Vai ver que ela faz Miojo.
Celiane (pesquisadora) – Miojo eu faço muito bem!
[...] Cissa – Acho que vai dar certo...

(GH 22/06)

A inclusão dos participantes na discussão dos projetos, com valorização de suas sugestões, os empodera deixando-os a vontade e gerando maior aproximação entre os participantes. Há uma *postura de curiosidade* (CECCHIN, 1998) e também uma *postura de não saber* (ANDERSON, 1997) por parte dos trabalhadores de saúde ao estarem ativamente curiosos e demandando a opinião do grupo para a organização dos projetos. Esta aproximação também faz com que os participantes se sintam à vontade para brincar e questionar os profissionais. Cissa termina dizendo que acredita no sucesso dos projetos.

Régis aproveita o momento para esclarecer o grupo sobre a prevenção de doenças através dessas atividades.

[...] Régis (Residente) – A idéia dessas atividades assim, pra gente fique bem de saúde, né? É justamente oferecer pra comunidade um espaço assim de recreação, um espaço de lazer. Assim colaborar com a saúde da pessoa através de entretenimento, essa é nossa idéia, né? Aquela pessoa que fica em casa, o aposentado que fica o dia inteiro vendo televisão, agora não. Agora tem opção. Tem o PIC, e... comer uma comida nova, dança de salão, um Tai chi. A idéia é justamente isso, colaborar com outro tipo de saúde, né? A saúde preventiva, um lugar de lazer, combater stress, trabalhar isso.

Francisco – É, acho que isso aí... muita coisa a gente... aprende aqui e aproveita em casa também, por exemplo a tal oficina culinária. Além do... entrosamento que a gente faz com o grupo, né? O que você aprende...

Celiane (pesquisadora) – Você aprende uma receita e vai levar pra casa.

Francisco – É, leva uma receitinha, né? Uma troca de conhecimentos.

(GH 22/06)

Régis-trabalhador-de-saúde articula as conversas sobre as atividades de “recreação” à saúde, dizendo se tratar da saúde ampliada que a Estratégia de Saúde da Família tem a missão de promover. Esta articulação entre estes tipos de atividades e a atenção à saúde, se faz importante tanto para o profissional de saúde, ao reafirmar o valor da existência de um grupo como este no contexto da saúde, como para o grupo, trazendo sentido para o estar num grupo como este instalado dentro de um serviço de saúde. Francisco concorda com Régis, salientando o entrosamento e a troca de conhecimentos que essas atividades proporcionam.

Régis, sendo responsivo ao comentário de Francisco sobre entrosamento, fala de outros divertimentos que esses encontros podem gerar:

[...] Régis (Residente) – Ou mesmo, por exemplo, a dança de salão, de repente chama o pessoal:- *“Vamos! Vamos todo mundo, hoje no Palestra, vai ter lá um baile!”* Quer dizer, acaba gerando assim, momentos de... de encontros, de...de lazer...

Cissa – Tem toda quinta feira à tarde.

Celiane (pesquisadora) – No Palestra? Eu não sabia que tinha bailinho à tarde.

Cissa – À tarde... eu sei porque eu vou na sauna lá.

Celiane (pesquisadora) – E você nunca passa pra dar uma dançadinha?

Cissa – Ah, não. Nem posso ver...?....

Celiane (pesquisadora) – Por que, dona Cissa?

Cissa – Porque... quando você sai, você já tem obrigação em casa, né? Então, já sai no horário que você tem que ...

Francisco – É... ali na Marquês de Pombal tem também ali o ... Centro de convivência do Sindicato dos Comerciantes, toda sexta feira também tem a sexta dançante que começou com um grupo da terceira idade, mas assim, estendido ao público em geral.

Celiane (pesquisadora) – E você vai?

Francisco – Não, eu não tenho ido, mas é muito bom, muito concorrido, muito bom.

Celiane (pesquisadora) – Ah...é de noite?

Francisco – À noite, acho que é sexta às 7 ou 8 horas...vai até acho que 11 ou meia noite.

Cissa – Vai ter à tarde, né?

Francisco – É? Eu não sabia.

(GH 22/06)

Régis, ao ser responsivo ao comentário de Francisco, vai apontando também outros momentos de encontros que estas atividades podem gerar. A conversa dá abertura para a troca de informações no grupo sobre atividades sociais que conhecem, sendo um momento de ampliação da rede social no grupo.

Régis finaliza o grupo dando total liberdade para proporem e implementarem atividades de interesse coletivo:

Régis (Residente) – Uma coisa legal também é não esperar da gente isso, de repente vocês trazerem uma idéia: *“Por que vocês não fazem um grupo assim?”* *“Uma atividade assim”*... é legal que a comunidade traga também. ...?... a gente tem a iniciativa de fazer. É uma coisa que a gente espera da comunidade. Que nem eles falaram assim: *“vamos fazer um baile aqui?”* É uma expressão da comunidade, então vamo ...?... pra isso.

(GH 22/06)

Ao se colocar numa relação mais horizontalizada com o grupo, implicando-os também no processo de escolha das atividades coletivas na Unidade, o profissional de saúde dá liberdade e legitimação para o grupo expressar suas preferências, tornando-os relacionalmente responsáveis nesta tarefa.

Desta forma, vai criando neste grupo uma identidade que dá a idéia quase de um conselho comunitário deliberativo, com poder de voz e voto. Ao investir o grupo como um espaço para discussão e co-construção das atividades coletivas da Unidade, ativamente está se construindo um grupo com maior participação e vínculo, assim como uma equipe mais próxima da comunidade.

No campo da APS, autores como Campos (2000) apontam a importância do estabelecimento de espaços mais coletivos como uma forma democrática de

abordagem das questões de saúde/doença, possibilitando construir um maior poder de decisão do indivíduo implicado.

A posição que o grupo vai sendo colocado nestas discussões, grupo-conselheiro, grupo-que-sabe-o-que-se-passa-na-comunidade, grupo-laboratório, contribui na legitimação de sua importância para além da questão da hipertensão, sendo construído como apoiador e suporte na discussão de novos projetos a serem implantados, tornando-se uma referência comunitária para a Unidade.

DISCUSSÃO:

A proposta da ESF de estar inserida em um território acompanhando as famílias dentro de seu contexto de vida, considerando, portanto, um dos princípios da APS que é a longitudinalidade, numa lógica ampliada de atenção à saúde, traz um desafio que vai além do cuidado clínico à pessoa. Um desafio que é gerar um processo de cuidado integral e contextualizado, considerando a diversidade dos indivíduos e suas famílias. Para isso, algumas diretrizes foram elaboradas no sentido de contribuir nesta construção. A participação e o controle social, a coresponsabilidade e o planejamento ascendente são algumas delas. Para que se viabilizem é necessária maior aproximação entre trabalhadores de saúde e comunidade. Só assim será possível estabelecer uma parceria entre equipe-comunidade que torne factível a construção de um projeto comum de saúde.

A proposta de conectar dois diferentes saberes num mesmo espaço, o saber técnico trazido pela equipe de saúde com seus conhecimentos científicos e o saber popular local, para o planejamento ascendente, visando maior participação, não se trata de tarefa fácil.

Com uma formação eminentemente tecnicista, os trabalhadores de saúde se sentem despreparados para uma intervenção mais informal e interativa. Segundo Hyde and Binehan (2000), uma proposta de mudança das formas tradicionais de intervenção para outra mais dialógica e, portanto mais espontânea, aberta e indeterminada causa imensa angústia no profissional pela falta de controle que gera, já que está acostumado a ter o domínio dessas situações através das técnicas, diagnósticos e protocolos.

Estes são os maiores desafios da ESF na produção diferenciada da oferta da saúde, já que nem os trabalhadores de saúde estão capacitados para esta mudança nem a comunidade, que por anos aprendeu a se reportar ao serviço de saúde de maneira eventual e passiva. Certamente, uma situação vivenciada em um contexto político, social, econômico e cultural que por um longo período se fez presente no cenário brasileiro.

No sentido de enfrentar estes desafios, a política nacional de humanização e a política nacional de educação permanente são iniciativas do Ministério da Saúde com propostas de uma formação mais ampliada e também de acompanhamento do profissional na construção e desenvolvimento de ações mais humanizadas e próximas do usuário (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2005).

Este grupo de hipertensão, da forma como está organizado, acabou construindo um espaço que de alguma forma expande a questão técnica da saúde/doença que, teoricamente, seria a abordagem principal a ser tratada num grupo mais tradicional de hipertensão. Assim, viabiliza esta maior aproximação entre trabalhadores de saúde e usuários, requerida pela ESF, gerando posturas mais abertas e informais dos trabalhadores de saúde e possibilitando um outro tipo de interação com os usuários.

Os recortes selecionados para este subitem deram visibilidade para algumas situações que fazem do grupo este espaço conversacional inclusivo. O posicionamento da equipe em deixar os participantes a par dos acontecimentos do serviço, em consultá-los sobre projetos a serem implantados, tentando obter informações estratégicas de adesão, foi posicionando esses usuários como importantes e implicados. A resposta a este posicionamento tem sido a adesão dos usuários ao grupo, ao serviço e a implicação nas atividades propostas.

A perspectiva de participação e controle social, em que a atenção ao usuário como sujeito da ação, atuando no processo de tomada de decisão e de controle das ações de saúde local, traz para a área da saúde a necessidade de espaços conversacionais inclusivos, de ferramentas para viabilizar estas diretrizes do SUS.

Todo este movimento de inclusão dos participantes aos acontecimentos da Unidade, tanto no âmbito político do sistema de saúde quanto na elaboração de projetos de intervenção local, atribuindo poder ao grupo no que diz respeito às decisões sobre novas atividades coletivas, é uma forma de gerar a Responsabilidade Relacional. Ao deixá-los a par do que se passa na saúde, consultando-os sobre atividades a serem implantadas, temos como resultado a geração de um movimento de implicação e co-responsabilidade pelo que ocorre nesse ambiente.

Dentro desta perspectiva, da Responsabilidade Relacional, a busca pela mudança é destacada nas relações e interações, mais do que na mudança de comportamento do indivíduo ou na melhor técnica aplicada para uma intervenção (MCNAMEE; GERGEN, 1999).

O tipo de conversa mostrada neste eixo processual não trata de uma intervenção terapêutica no sentido da oferta de orientações com a finalidade de mudança de comportamento ou de oferta de cuidados técnicos adequados,

tradicionalmente esperados num grupo de hipertensão. Estes momentos mostraram uma interação que facilita o vínculo e a co-responsabilidade, fortalecendo a possibilidade da criação de parcerias para o alcance dos objetivos da ESF no contexto do SUS.

Para que a ESF se constitua como um projeto estruturante do SUS, com potência para contribuir com a defesa e a qualidade de vida das comunidades é necessário que trabalhador de saúde/comunidade sejam parceiros. E, para que isso aconteça, um projeto de interesse comum deve existir.

As posturas de abertura, curiosidade e respeito dos participantes pelas mais diversas opiniões e idéias, têm feito deste espaço grupal um local de construção e negociação do que é importante tanto para o serviço quanto para a comunidade.

Tudo isso sem perder sua característica de ser um grupo que cuida de seus pacientes hipertensos. Desta forma, tem conseguido operacionalizar as abstratas diretrizes de participação e controle social, co-responsabilidade e planejamento ascendente, promovendo inclusão, vínculo, adesão e contribuindo para a viabilidade deste projeto no SUS.

Mais uma vez apontamos como uma postura menos hierárquica, mais aberta e colaborativa pode facilitar a construção de interesses comuns entre os participantes. O convite ao engajamento político e social através da socialização de informações do sistema de saúde pelos profissionais foi uma forma de construção de interesses comuns. O questionamento sobre o interesse comunitário em atividades coletivas variadas foi outra forma de construção coletiva de projetos.

Uma intervenção mais colaborativa requer uma postura de abertura e curiosidade do profissional aos diferentes valores e crenças que uma comunidade apresenta. Estas diferenças vão sendo negociadas e legitimadas, não excluindo é

claro o conhecimento técnico do profissional, mas sim ampliando as possibilidades de entendimento e intervenção.

A proposta da RR é fazer de sua concepção epistemológica, da produção relacional e portanto responsável das ações, um recurso para intervenção. Quando o outro na relação é tomado como participante ativo no relacionamento e portanto reconhecido, a história a ser construída entre essas pessoas tem um potencial relacionalmente responsável. Isso significa as pessoas construírem esta história com tal apropriação e envolvimento que se responsabilizarão por ela.

Esses momentos apontados nos recortes deste eixo se tornam dialógicos na medida em que há valorização do encontro e da interação entre as pessoas, empoderando este espaço de poder transformativo. Um grupo em que seus participantes são implicados como atores sociais ativos, torna-se co-responsável pelas mudanças propostas para sua comunidade.

Esta forma mais dialógica de funcionamento da conversa grupal promove outra configuração de intervenção possível, oferecendo assim idéias consonantes com a proposta da ESF. Acreditamos que uma intervenção mais dialógica pode gerar oportunidades de novas formas de relacionamento entre trabalhador de saúde/comunidade. Da parte dos profissionais, uma relação mais próxima em que ele seja mais do que um simples produtor de tecnologias duras e leve-duras, que acaba por afastá-lo de uma interação espontânea e envolvida com pessoas as quais ele é comprometido na relação de ajuda. Da parte da comunidade, uma relação menos passiva, em que as pessoas possam se comprometer mais ativamente com os projetos para a saúde local.

8.2.3. Re-posicionando no grupo quem cuida e quem é cuidado - a colaboração e a busca do autocuidado

Este terceiro recorte temático-processual aborda a diversidade de sentidos que a questão “stress” pode apresentar e como estes sentidos vão sendo negociados dentro do grupo. Esta discussão ocorreu durante o encontro do dia 29/06/05.

Logo na abertura do grupo, Régis, médico Residente, propõe uma conversa sobre o stress, já que não havia combinação nenhuma de tema para a semana. Inicia com uma explicação mais global, tomando o campo da Física como referência para explicar o corpo humano:

[...] Régis (Residente) – A princípio eu gostaria da participação de vocês... nessa... nessa colocação. A primeira coisa, o que é stress? Stress é uma palavra que vem lá da Física, né? Então você tem um corpo (faz a demonstração com um palito de examinar garganta), você submete esse corpo a uma pressão, que é o stress... e vai quebrar (quebra o palito). Agora, é... por que esse exemplo, né? O quê que é esse quebrar aqui? Se a gente passar isso pra pessoa, pro corpo humano, né? É... isso aqui é nosso ponto fraco. Nosso ponto fraco que propicia a doença. Então o nosso corpo, não é uma coisa estática, não é uma coisa assim, não é que nem um objeto, que nem uma cadeira, nem um objeto... parado. Nosso corpo é uma coisa dinâmica! Se eu fizer um corte, meu organismo vai reagir pra aquele corte, ele vai cicatrizar aquele corte. Se eu tiver uma gripe, meu organismo vai reagir em relação àquela gripe, pra corrigir aquela gripe. E assim, todo mundo tem esse ponto de quebra, esse ponto fraco. Uns é a pressão, outros é a dor de estômago, outros é a dor de cabeça. Então todos nós temos esses pontos fracos dentro da gente e quando a gente é submetido a um stress externo, né? Ah... desencadeia a doença, ou piora essa doença. Por quê que eu estou falando isso? Quer dizer, como que a gente faz pra evitar esse stress? Pra suavizar isso? Pra tornar isso mais tranquilo e afetar menos a gente? Alguém tem uma idéia?

Valmir – É a distração, né?

Régis (Residente) – Exatamente.

Valmir - Distrair com algum tipo de esporte.

Celiane (pesquisadora) – O que o senhor costuma fazer quando o senhor sente assim, seu corpo quase que quebrando de stress?

- Valmir – Dá licença de expor minha idéia? (Valmir pergunta após breve silêncio)
- Régis (Residente) – Lógico.
- Valmir - Por quê que o stress só dá em quem trabalha pouco? Quem cansa a cabeça com computador, com médico por exemplo e não dá naquele que trabalha exagerado que nem eu?
- Celiane (pesquisadora) – Mas será que não dá?
- Valmir – Dá nada! Por que eu até... até por mim, o tanto que eu trabalhei na minha vida! E não tinha hora! 5 hora da manhã até 6, 7 hora da noite, nem sabia o que era stress!
- Cissa – O senhor fazia o quê?
- Valmir – Trabalhava no pesado mesmo! Cortar parede com marreta...
- Cissa – Eu também acho que quem trabalha...continuado, não dá stress.
- Valmir – Não é o trabalho é a cabeça que fica estressada!
- Cissa – É, então! Fica ligada!
- Valmir – Esse trabalho que eu trabalhei... eu tenho mania de falar, o senhor tem mais... a minha ignorância, mas stress é frescura! Mas o senhor tem mais capacidade e tem a instrução, de explicar, né? Pra mim, que... eu sou ignorante nessa parte...

(GH 29/06)

Régis propõe uma conceituação do stress tomando o conceito da Física e fazendo um paralelo com o corpo humano. Após sua explicação, quer saber do grupo formas possíveis de “evitar” ou “suavizar” o stress para que não afete tanto as pessoas. Valmir, participante-usuário do grupo, responde prontamente à questão do profissional de saúde mostrando ter conhecimentos do que é considerado stress na saúde e as formas de evitá-lo, sabendo responder da forma esperada pelo médico, posicionando-se assim como usuário-engajado-na-promoção-de-saúde. Com a abertura à conversa a pesquisadora quer saber de Valmir como ele lida com o stress em sua vida. Com a questão dirigida a ele, pede “licença” para “expor sua idéia”. Ao ter permissão, arrisca um outro conceito de stress, diferente daquele oferecido pelo médico, dizendo tratar-se, em seu ponto de vista, de uma frescura de quem trabalha pouco.

Assim, temos duas descrições completamente diferentes de stress em uma mesma conversação. Um advindo do saber médico e outro do saber comunitário.

Interessante notar o acesso do usuário aos repertórios disponíveis sobre o que é e como cuidar do stress na saúde, respondendo adequadamente à pergunta do médico. Sendo convidado a desenvolver a conversa, ganha espaço para se expressar e então diz compartilhar de outro sentido. Deste modo, apresenta um discurso afinado na abordagem da promoção da saúde ao mesmo tempo em que partilha de um outro universo discursivo sobre a mesma questão, que está relacionado com os sentidos construídos ao longo de sua vida, em seu núcleo de convivência.

A manifestação de outra perspectiva sobre o stress produz uma abertura do tema para o grupo. Cissa, uma usuária-participante, fica curiosa com a idéia de Valmir e diz concordar com ele.

Porém, mesmo tendo sido posicionado como usuário-que-tem-liberdade-para-expor-sua-idéia, retoma a tradicional e engessada relação médico-paciente e re-posiciona o médico como aquele que tem capacidade e instrução para o saber. Assim, finaliza se re-posicionando como usuário-ignorante-de-instrução.

Diante do rumo que a conversa tomou, o Residente se vê convidado a buscar outras formas de explicação sobre o mesmo tema, esclarecendo melhor a questão que traz sobre o stress:

Régis (Residente) – Eu vou fazer uma colocação...

Valmir - ... de achar que stress é frescura porque não dá naquele que trabalha mesmo!

Régis (Residente) -... que vai mais confundir que ajudar. Mas vou fazer essa colocação. O senhor falou do stress, né? Toda mudança de comportamento gera stress. Se você vem num ritmo de trabalho todo dia, aí você sai de férias, existe uma fase de adaptação, naquela mudança imediata aquilo gera stress. Se a pessoa vem num ritmo de trabalho, aposenta...

Valmir – A coisa agora... o senhor mudou meu...

Régis (Residente) – Exatamente. O quê que acontece? Aquela mudança, aquela ociosidade, aquela coisa...

Valmir – É!

Régis (Residente) – ... de ficar o dia inteiro em casa, antes saía pra trabalhar, aquilo gera doença, aquilo gera stress.

(GH 29/06)

Ao ser re-posicionado pelo usuário-que-expõe-sua-ideia, Régis saiu da posição médico-que-sabe retomando sua explicação sobre o stress, agora já no diálogo com outros sentidos oferecidos no grupo.

O esforço do Residente para encontrar uma outra forma explicativa para o stress faz com que Valmir perceba outras facetas do tema stress:

[...] Valmir – Por isso que é bom participar dessa reunião aqui, porque já mudei meu... minha maneira de pensar. Porque eu achava que stress, por exemplo, o senhor é médico, o senhor atende pessoas, o senhor atende duzentas pessoas da manhã à tarde, quando chega em casa: *“tou estressado”* (imitando fala). Eu falei: *“puxa vida! Um cara que vira concreto, mexe massa, não tem stress”*, então?

Régis (Residente) – Também tem. Ele também vai chegar com essa dor nas costas... existe uma coisa que também preocupa. Tá? É quando você finge que tá tudo bem. Isso precisa tomar muito cuidado. Às vezes a gente fica tão focado no externo... no meu trabalho, na minha família, nas coisas que estão ao meu redor, no problema da política... que eu esqueço de olhar o interno, de olhar pra mim como que eu tou. *“Puxa! Como que eu tou? Eu tou com alguma dor? Eu tô precisando perder peso? Eu tou me sentindo bem? Eu tou dormindo bem?”* Você se importa tanto com o externo e às vezes você tá no ponto quase de quebrar, mas você não tá prestando atenção em si mesmo.

Emilia (ACS) – A gente quer ser forte né? Falar: *“Não”, né? “Eu não tenho nada, eu vou dar conta...”*

Celiane (pesquisadora) - E às vezes a gente sabe que as circunstâncias não deixam né? Eu vou parar pro médico falar que eu tenho alguma coisa e eu tenho que trabalhar, não posso parar de trabalhar, então você vai deixando, mas uma hora o seu corpo vai dar um aviso, no final e ele vai quebrar e aí não tem jeito, né?

Alguém – É verdade!

Régis (Residente) – Eu vou citar até um exemplo prático de um caso que a gente tava até discutindo outro dia, em reunião nossa de uma paciente que, você olha de fora, você tá vendo a paciente. Uma paciente está com problema de circulação nas pernas, com um sobrepeso enorme, possivelmente deve tá diabética, mas aquela paciente que fala: *“Eu não tenho nada, eu não preciso de um médico, eu não preciso...”* então o que acontece? Ela só tá vendo o externo, ela não consegue se ver a si mesma. Né? [...] É o tempo todo a gente tá se submetendo ao stress. O mais importante nessa história é como a gente reage a esse stress. Tá? Você fala assim: *“eu não agüento meu filho porque ele fica me enchendo, tá?”* Tá estressado! Tudo bem, mas o que você tá fazendo pra mudar isso? Já

pensou em não ligar ou tomar uma atitude? Né? Então, é essa reflexão que a gente tem que fazer.

Valmir – Hoje eu mudei meu conceito sobre o stress. Por isso que é bom a ...

(GH 29/06)

Valmir valoriza o espaço do grupo pela possibilidade de conversação e diz já não ter a mesma idéia que tinha anteriormente sobre o stress. O Residente aproveita a fala de Valmir para trazer outras descrições de stress, expandindo a conversa e apontando para a necessidade do autoconhecimento, da reflexão de como levo minha vida, facilitando identificar quando o corpo está “no ponto de quase quebrar”. Também divide com os participantes um “caso” de uma paciente que atende, tendo uma postura mais próxima com o grupo.

Neste processo conversacional vemos o profissional adotar a *postura de colaboração* (ANDERSON; GOLISHIAN, 1998) ao levar em conta outro sentido sobre stress levantado por um usuário e utilizando-o ativamente para ampliação da conversação. Ao falar sobre cuidados no stress, contempla tanto a necessidade de intervenções clínicas quanto a necessidade de implicação do usuário nesse processo, posicionando-o como agente tão responsável quanto o profissional no cuidado à sua saúde. Assim, identifica o stress não somente como uma questão médica a ser tratada, mas também como uma questão a ser refletida, que requer o autocuidado do usuário. Dessa forma, o cuidado ao stress vai tendo seu sentido ampliado.

Valmir finaliza dizendo que mudou seu conceito anterior sobre o stress, identificando mais uma vez o grupo como espaço de troca e de mudança.

Após uma longa discussão no grupo sobre suas vivências pessoais de situações que identificam como estressantes, Valmir, já compartilhando de outros sentidos sobre stress, passa agora a se reconhecer como sofrendo do mal:

[...] Valmir – Acabei de entender que eu sou estressado!

(risos no grupo)

Valmir - Outro dia eu tinha que vir aqui, eu tava no Posto lá em cima pra tirar Raio X, e a hora passava, e... acabei saindo de lá 10 e meia, entrei lá às 7 hora da manhã, então tava, né, estressado.

Régis (Residente) – Aquela velha história: A pimenta é bom no olho dos outros!

Valmir – É! No trânsito! No trânsito, nossa! Não gosto de andar no trânsito...

Cissa – No stress.

Valmir – Nossa! Fico doido atrás! Você querer passar e...

Cissa – Estressado mesmo!

Valmir – Tem coisa pra fazer, e cê tá atrás, não pode passar... É stress, né? Isso daí?

Aida (ACS) – Ansiedade...

Aldo – Nossa, é uma doença!

Aida (ACS) -... acho que ansiedade gera o stress, né? A ansiedade?

Valmir – Eu sou estressado e não sabia.

(GH 29/06)

Valmir descreve algumas situações em que se sente estressado e se reporta ao grupo perguntando se isso significa stress. Por se tratar de um espaço interativo e com abertura para as trocas entre participantes, Aida, Agente Comunitária de Saúde (ACS), oferece mais uma possibilidade de sentido para o stress – ansiedade. Valmir-estressado finaliza se posicionando como alguém que tem stress, mas que não sabia.

Após Aida, ACS, entrar na conversa associando ansiedade e stress, outra ACS, Emília, que também participava deste encontro, descreve uma situação de stress pela qual está passando, dando mais uma descrição deste conceito:

[...] Emilia (ACS) – Eu queria falar que eu tou passando por um momento assim, que eu trabalhava aqui nessa Unidade, trabalhava num lar, estudava ainda à noite e agora a pessoa que eu cuidava do lar, foi a óbito...e meu estudo terminei, e da semana passada...aí inclusive até hoje, hoje eu tou precisando de ajuda...que eu tou com isso que ele falou, com essa frescura aí! Eu sinto que eu tou... com stress, eu não tou bem, eu tou lá no fundo do poço! Às vezes até a minha voz, tem hora que ela falha! É uma angu... sei lá, é uma angústia, é uma perda, é uma coisa que eu não tou conseguindo preencher assim o horário que eu tinha totalmente preenchido, eu era elétrica, era uma máquina automática. Então eu parei, então assim, eu tenho que ver agora meu limite. Eu não achei!

Celiane (pesquisadora) – Tá na mudança, né?

Emilia (ACS) – Eu tou na mudança, então assim, minha cabeça entrou em parafuso, eu sinto náuseas, me dá uma coisa ruim no corpo inteiro, a própria voz, eu sinto que às vezes eu nem consigo nem falar direito... eu transpiro, de repente me dá frio, me dá calor, é uma situação horrível... mão gelada, pé gelado, então assim... Isso é uma doença que eu não desejo pro pior inimigo da face da terra. E essa doença é chamada de... como é que é? Frescura! Ela mata a gente e as pessoas pensam que a gente não tem nada.

Valmir – Acho que eu fui mal interpretado.

Emilia (ACS) – Não, seu Valmir!

Valmir – Eu achava que frescura era excesso de serviço! Não, não, que stress é excesso de trabalho! Então eu fui mal interpretado.

Emilia (ACS) – Não! Eu entendi.

Valmir - Agora eu tou achando que é falta do que fazer! [...] Hoje eu entendi o que é stress, que você tá explicando (se referindo ao Residente), porque eu achava, eu chegava em casa: *“ah, eu estou estressado! Não porque, ah... Eu fiquei no computador o dia inteiro!”* Puxa vida! E aquele que capinou café lá! Amassou concreto, aquele lá não tem stress, né? Mas stress não é excesso de trabalho e sim o que o senhor acabou de falar. Agora...

(GH 29/06)

Emília, ACS, expõe a situação difícil pela qual está passando, abrindo sua vida pessoal no grupo. Posicionando-se como trabalhadora-de-saúde-com-stress-e-no-fundo-do-poço inverte o papel tradicional em que o trabalhador é o que provê a saúde e o usuário quem a recebe. Também satiriza o sentido de stress como frescura, mostrando como há pessoas que não compreendem ou não consideram estes sofrimentos como algo sério. Valmir, tentando se justificar para que Emília não fique chateada achando que ele não considera seu stress, faz uma auto-reflexão com os sentidos de stress que foi discutido no grupo.

Aida, ACS, após a exposição da colega de trabalho, se sente motivada a também expor sua experiência pessoal:

[...] Aida (ACS) – Uma coisa que eu acho também é a pessoa saber se enxergar assim, né? Se analisar. Porque a gente escuta esse negócio de frescura, não pegando do senhor, mas eu também achava que era.

Valmir – O que?

Aida (ACS) – Quando uma vez, uma mulher tinha uma... depressão pós parto. Eu tive uma vizinha que teve depressão. Então, os

vizinhos fazendo tudo pra ela, eu falava “Gente” (expressão de indignação)! Eu tive duas crianças, pequenas, passei um monte de coisa, né? Essa mulher tá com depressão porque teve um nenê? Ah! Isso é frescura, isso daí ela tá... é pros outros fazerem, sabe?

Celiane (pesquisadora) – Tá com chilique!

Aida (ACS) – É! Tá com chilique. Só que depois que comecei a trabalhar aqui, passei por uma... experiência com uma psicóloga que tava fazendo um trabalho aí. E conversando com essa psicóloga, eu descobri que eu também tive. Só que eu tive... não deu tempo de me analisar, eu falar, entendeu? Então eu nadei contra a correnteza. E isso me causou muito sofrimento! E isso tá refletindo até hoje! Várias coisas que eu sinto assim até hoje.

(GH 29/06)

Aida, ACS, compartilha com o grupo uma experiência pessoal e profissional que transformou sua maneira de ver as coisas. Enfatiza a importância das pessoas saberem se “enxergar” e se “analisar” nas situações para que não banalizem suas experiências, seus sofrimentos, como um dia o fez e que lhe causou tanto transtorno. Identifica-se com Valmir tanto na questão de associar sofrimento com frescura como no processo de transformação de sentidos pela qual passou.

Valmir, agora partilhando de outros sentidos sobre o stress, mostra-se sensível ao sofrimento da ACS:

[...] Valmir – A senhora tá passando esse mau momento agora? A senhora?

Emilia (ACS) – Eu tou. Ontem eu nem vim trabalhar, porque não tava bem!

Valmir – Então! Acho que nós tamos aqui com as pessoa, né? Talvez o ambiente possa colaborar com ela.

Cissa – Mesmo que ela tenha que arrumar outra pessoa pra tomar conta! (risos)

Emilia (ACS) – Foi o que o psiquiatra falou pra mim, ontem, pra eu arrumar outro... outro trabalho pra preencher.

Régis (Residente) – Acho que a primeira coisa é você tomar conta de você mesma!

Emilia (ACS) – Primeiro é cuidar de mim!

Cissa – E anoitecendo faz uma... mentalização...

Valmir – Cada pessoa...

Emilia (ACS) – O pior é que eu entro de férias amanhã. Eu vou começar a fazer academia...

Valmir – Aí!

Emilia (ACS) – ... à noite pra poder queimar essa adrenalina toda
aí...

Régis (Residente) – Aquela coisa bíblica: “Ama teu próximo como
a ti mesmo”, né?

Emilia (ACS) – Eu me amo, agora eu tenho que me cuidar!

Valmir – É uma boa opção!

(GH 29/06)

Valmir-sensível-ao-stress-da-ACS, convida o grupo a ajudá-la neste momento de dificuldade. A ACS aceita o posicionamento de alguém-que-precisa-de-cuidados, não escondendo sua fragilidade, inclusive enfatizando que nem trabalhou no dia anterior.

Os participantes oferecem os mais variados conselhos de cuidado à ACS. Até o médico do grupo acaba citando uma passagem bíblica chamando atenção para o autocuidado e a auto-estima.

Este é um importante momento do grupo. Havendo uma inversão completa do papel cuidador-cuidado, este grupo exercita a *postura de introdução da diferença e de proposição de novas formas de descrição dos eventos* (FRUGGERI, 1998) ao propiciar espaço para diversidade, promovendo o cuidado também ao cuidador.

Este eixo de análise deu visibilidade para momentos conversacionais em que as posturas e os posicionamentos permitiram uma diversidade de vozes sobre o stress, promovendo a transformação de seu sentido no decorrer da conversa assim como a construção da Responsabilidade Relacional.

DISCUSSÃO

Neste terceiro subitem tive o esforço de dar visibilidade ao grupo como um espaço potente de ampliação e negociação de sentidos. Iniciando a conversa com um tema escolhido pelo médico, o processo conversacional estabelecido foi permitindo que os participantes não só tivessem abertura para expor seus

diversos entendimentos sobre o tema como também suas vivências, gerando um engajamento com a questão.

No contexto pós-SUS, de investimento na APS e de implementação da ESF por todo o País, os discursos sobre promoção de saúde e qualidade de vida vem se multiplicando. Estes repertórios ampliados de cuidado com a saúde estão relativamente disponíveis em nossa sociedade, tendo os usuários conhecimento destes discursos. Porém, há outras descrições, que dizem da sua vida cotidiana e não a estes discursos ampliados de saúde do mundo tecno/científico (CAMARGO-BORGES, 2002). A pronta resposta do usuário Valmir à questão do médico sobre o stress, falando sobre a necessidade de distração e da prática de esportes mostra este seu conhecimento aos discursos ampliados da saúde. A possibilidade de desenvolvimento da conversa apontou que é constituído por outras vozes que geram outras atitudes em relação a esta questão.

A fala de Valmir, no início do encontro, mostrou seu conhecimento a respeito das formas privilegiadas de atenção à saúde no cuidado ao stress. Se um outro contexto conversacional tivesse sido criado, mais hierarquizado e focado na figura e no conhecimento médico, talvez ele mantivesse a conversa dentro da linha de entendimento veiculada na saúde, se posicionando então como usuário-passivo-que-recebe-informações-de-saúde. O que propiciou a abertura a outros sentidos levando o usuário a compartilhar suas crenças?

O espaço que foi se construindo neste grupo, com posturas e posicionamentos favorecendo a abertura, a proximidade, a escuta, a diversidade e o acolhimento entre trabalhadores de saúde e usuários, permitiu a ampliação e complexificação da discussão em específico - o stress. Também estimulou a sua

negociação e a transformação desses sentidos, mais claramente observada no usuário Valmir que verbalizou no grupo sua mudança.

A *postura de colaboração* (ANDERSON; GOLISHIAN, 1998) e a *postura de curiosidade* (CECCHIN, 1998) por parte do profissional de saúde já no início da conversa, fazendo a participação do grupo bem vinda, fez Valmir arriscar uma lógica diferente da apresentada pelo profissional. Tais posturas também levaram o profissional a integrar na sua conversa esses outros sentidos sobre stress, ampliando a conversa e permitindo o compartilhamento de histórias pessoais. Assim, a discussão passou a fazer sentido para mais gente dentro do grupo, expandindo a questão conceitual e teórica do stress e adentrando a vida das pessoas.

As experiências compartilhadas inclusive sensibilizaram os participantes, autorizando a quebra da relação engessada trabalhador de saúde que cuida e usuário que é cuidado, oferecendo ajuda a uma Agente Comunitária de Saúde.

Herzig e Chasin (2006) apontam o compartilhamento de histórias pessoais como um recurso potente numa intervenção. Os autores argumentam que, o compartilhamento de uma história vivida por um participante dá contexto aos seus valores gerando conseqüentemente entendimento e legitimidade a um argumento. Enquanto um argumento discutido abstratamente gera contra argumentos para sua refutação, a experiência pessoal compartilhada adquire um caráter de validade, já que não há como negar uma experiência pessoal vivida.

As histórias pessoais compartilhadas nesta conversação foram permitindo e validando diferentes entendimentos ao stress ao mesmo tempo em que as interações foram posicionando e re-posicionando os participantes, mostrando a fluidez de posicionamentos ao longo da conversação.

É possível observar durante o processo interativo conversacional as diversas descrições de si que vão se construindo entre os participantes e se transformando de acordo com o modo como vão respondendo a elas, gerando outras histórias e outras identidades.

Segundo a teoria do posicionamento (DAVIS; HARRÉ, 1999), a noção de identidade está remetida a lugares assumidos e negociados entre interlocutores que vai adquirindo forma e sentido nas conversações. Embasada numa perspectiva da linguagem como prática social, as conversações são constituídas por posicionamentos que são negociados na interação gerando conseqüentemente ações. Assim, a noção de identidade perde seu caráter fixo e inerente e passa a ser tomada como dependente das posições assumidas nas práticas discursivas, sendo, portanto relacional, mais fluida e múltipla.

Valmir, por exemplo, ao responder prontamente às questões advindas do médico sobre stress se posiciona inicialmente como usuário-engajado-na-promoção-de-saúde. Ao ganhar espaço para se expressar no grupo é posicionado como usuário-que-tem-liberdade-para-expor-sua-ideia e uma história diferente se inicia. Porém, a relação engessada pela hierarquia na saúde faz com que Valmir logo se reposicione como usuário-ignorante-diante-do-conhecimento-médico passando a legitimidade do saber de volta para o médico. Durante o processo interativo, Valmir ainda passa por Valmir-estressado, transformando o sentido inicial que apresentou de stress como frescura e Valmir-sensível-ao-stress-da-ACS, construindo naquele momento uma relação de cuidado do grupo com a ACS. Marca-se aí a presença de outras vozes, outros sentidos terapêuticos no lidar com o stress, mostrando-se o grupo capaz de prover ajuda terapêutica a uma trabalhadora de saúde, construindo outras possibilidades na relação de cuidado.

A forma que este processo conversacional foi tomando, com posturas gerando possibilidades de ampliação dos sentidos de stress e permitindo uma fluidez de posicionamentos, foi engajando os participantes do grupo no tema discutido, sendo assim um exemplo da Responsabilidade Relacional em ação. Pela valorização de diversos saberes a respeito do mesmo tema, havendo espaço para todos eles, incluindo os participantes e implicando-os no grupo, a RR foi possível nesse processo. Sendo assim, os participantes foram se re-conhecendo e se envolvendo na questão do stress durante a conversação.

Inclusão e implicação geram a co-responsabilidade, viabilizando a construção de um projeto de interesse comum no grupo, mesmo com uma diversidade de sentidos disponíveis. Construir projetos comuns não significa necessariamente a existência de um único sentido sobre uma questão. É possível haver diversidade com coordenação de ações, desde que as pessoas estejam implicadas na causa a ser defendida, estando relacionalmente responsáveis por ela.

A proposta da Responsabilidade Relacional em ação, incentivando o processo comunicacional e a diversidade de saberes não faz apologia ao fim do saber técnico, da educação em saúde, do papel interventivo do profissional. Ser relacionalmente responsável não significa abrir mão de sua especialidade, mas sim estar disponível para outros entendimentos e outras lógicas possíveis a respeito do mesmo tema, abrindo espaço para múltiplas racionalidades (STEWART; ZEDIKER, 2002). Neste eixo de análise foi possível observar a *postura de colaboração* (ANDERSON; GOLISHIAN, 1998) do médico Residente ao estar aberto a outros sentidos sobre o stress, incluindo os participantes e os convidando a trazerem suas histórias, ao mesmo tempo em que não abriu mão do seu conhecimento de profissional de saúde. Assim, não se trata de retirar o saber técnico do profissional de saúde, mas sim de

estar atento a como este saber vai interagir e o que vai ser gerado no encontro com o saber do outro (no caso usuário). Esta interlocução de saberes pode produzir novos caminhos, que sejam úteis dentro do projeto terapêutico.

O que estou apontando neste grupo considerado de “sucesso”, é que parece existir um jeito de conversar que possibilita a transformação dos sentidos tradicionais em saúde, de mais tecnicistas e numa relação mais passiva com o usuário para outra mais dinâmica e horizontalizada.

Segundo Hyde e Bineham (2000), tradicionalmente, no desenrolar de uma conversa o que prevalece é o debate e o discurso polarizado. A lógica neste tipo de conversação é que há uma visão correta e outra errônea sobre um mesmo assunto. Portanto, o objetivo é a busca de argumentos para que somente uma visão prevaleça. Ganha o debate, ou seja, prevalece o sentido daquele que oferecer uma racionalidade com maior coerência, ordem dos fatos, objetividade e argumentos lógicos. Este tipo de racionalidade é bastante conhecida na prática científica, sendo sustentada pelo discurso da evidência dos fatos.

Num encontro profissional de saúde-usuário dentro deste entendimento, da prática do debate, os atores privilegiados são os profissionais de saúde, que compartilham do discurso científico da saúde, valorizado e legitimado socialmente. Muitas vezes, a lógica de cuidado do usuário difere da do trabalhador de saúde e, não havendo espaço de negociação dessas lógicas que podem ser tão diversas, acaba por gerar ações não coordenadas entre eles e, conseqüentemente, distanciamento.

Para os autores (HYDE; BINEHAM, 2000), esta visão de debate, de polarização, calcada no movimento moderno, está cada vez mais em crise, uma vez que tem havido um aumento da diversidade de vozes e opiniões em nossa cultura.

Com o rápido crescimento da mídia, das tecnologias de informação e da globalização, uma variedade de perspectivas são apresentadas e competem entre si, suscitando múltiplos aspectos de um mesmo tópico. Isto vai dificultando a idéia moderna da natureza real das coisas em si e abrindo espaço para um mundo pós-moderno, em que vivemos simultaneamente com várias possibilidades e uma escolha privilegiada irá depender do contexto e dos participantes envolvidos e não de um discurso racional e de evidência dos fatos.

Para que isso ocorra, os autores (HYDE; BINEHAM, 2000) propõem uma forma mais dialógica de conversação, que seja mais aberta e tolerante e em sintonia com este novo movimento discursivo. Em oposição ao debate, no diálogo a comunicação não é simplesmente a transmissão de racionalidades, mas sim é constitutiva e constituinte de quem participa. Desta forma, a conversa é constituinte do self e do mundo e não uma manipulação estratégica de argumentos lógicos que se aceita ou se rejeita.

Ainda segundo Hyde e Bineham (2000), a princípio, qualquer significado sempre pode ser refutado por outras racionalidades. Portanto, o que é importante se atentar é para a pragmática dessas práticas. O produto do debate é sempre a polaridade, o fechamento e a exclusão. Já no diálogo, o objetivo de uma conversação é a abertura, a ampliação e a tolerância das diferenças, gerando inclusão e compartilhamento.

É importante salientar, no entanto, que o diálogo é sempre algo tensional (STEWART; ZEDIKER, 2002), mesmo quando acontece sem confrontos. No caso do diálogo de Valmir com o Residente, ambos correram risco ao apresentar oposição ao sentido do outro, gerando tensão e necessidade de articulação das idéias e de

negociação de sentidos. O que fez diferença neste caso foi que a oposição ocorreu com abertura, com postura de diálogo.

A proposta da ESF é de uma política interventiva de aproximação às comunidades, de aproximação às famílias e de respeito aos valores locais (BRASIL, 1997). Dentro desta configuração podemos pensar que processos conversacionais que enfatizem o debate não são potentes para transformar as práticas na direção em que a Estratégia tem proposto - mais interativas e menos hierárquicas.

Assim, na análise apresentada, é possível reconhecer uma postura interventiva na direção do diálogo, ao permitir aberturas e tolerância à diversidade de sentidos sobre o stress, ampliando assim as possibilidades de entendimento e engajando os participantes na conversa e nas histórias contadas.

Segundo Hyde e Bineham (2000), as propostas geradas a partir de um diálogo são resoluções que jamais se conformariam se não se ampliassem as perspectivas conversacionais. No entanto, os autores concordam que a proposta de diálogo ao invés de debate e persuasão numa conversa é um grande desafio, já que o diálogo trata de aberturas e indeterminação, gerando insegurança nos profissionais. Diferente do debate, que possui regras muito claras e bem formuladas de persuasão, no diálogo é impossível a criação de uma técnica para seu alcance já que está baseado em aberturas e imprevisibilidade. Uma pedagogia do diálogo está mais para um convite à percepção de aberturas para a conversa do que conceitos formais que o levam a ela.

Como criar uma cultura do diálogo, que não negue o saber técnico, da educação em saúde, do papel interventivo do profissional não se fechando para decisões tem que ser tomadas na saúde, mas ao mesmo tempo possa ser aberto, múltiplo e colaborativo?

Roth, Chasin, Chasin, Becker e Herzig (1992) entendem que, para que um processo dialógico seja efetivo, havendo escuta, interação e aprendizagem, este deve ser construído dentro de um espaço em que os participantes se sintam seguros para falar e respeitados em suas idéias.

Desta forma, aqui tentei dar visibilidade para algumas posturas e posicionamentos nas interações que sustentaram um processo conversacional respeitoso, aberto, responsivo e dialógico, construindo participantes envolvidos e engajados e favorecendo a construção da Responsabilidade Relacional como prática engajada de intervenção.

Compartilhando da perspectiva da linguagem como prática social, construtora dos sentidos e das ações (GERGEN, 1997; SPINK, 1999), faz sentido explorar outras formas discursivas nas quais as idéias possam ser nutridas colaborativamente e assim desenvolvidas e negociadas e não desafiadas, rebatidas e excluídas.

9. E a conversa continua...

Esta pesquisa teve como foco construir possíveis articulações entre o discurso do Construcionismo Social e o da Estratégia Saúde da Família. A perspectiva construcionista social, como já discutido, traz em seu bojo a construção relacional dos sentidos, sendo as relações fundamento da legitimação da vida social. A ESF, por sua vez, foi abordada neste trabalho como uma política pública para reorganização do sistema de saúde, contribuindo para a consolidação das premissas do SUS, numa proposta ampliada e integralizada de atenção à saúde. O esforço teórico empreendido foi o de propor à ESF esta epistemologia relacional, apostando na fertilidade de articulação destes dois Discursos.

A Responsabilidade Relacional foi trazida como um recurso potente para contribuir com esta aproximação na prática das ações. Também compartilhando da premissa da construção relacional do significado, a RR chama atenção a este processo de se relacionar, propondo uma definição mais dialógica de aproximação e interação.

A análise, tanto na construção da crônica quanto dos processos conversacionais no grupo, deu visibilidade para ele como uma construção social, que foi se conformando a partir das interações grupais, pelo que se falava deste grupo fora dele, assim como pela forma com que estava sendo planejado. Foi possível entender que a sustentação de uma intervenção se dá tanto nas interações face-a-face, na forma como se conversa, com as posturas e jogos de posicionamentos, como no entendimento e apoio que a Instituição promove. Neste sentido, a Instituição contribuiu para sustentar este grupo como importante dentro

do serviço de saúde, sendo assim também parte constituinte do grupo, dessas conversações, apontando que sua construção expande seu espaço formal.

Nesta direção, Gergen e McNamee (1999) advertem para que não se fixe uma forma, um modelo para o relacionar, mas se esteja atento e aberto ao processo e aos múltiplos discursos que fazem parte desta construção. Segundo os autores, é dentro dos processos conversacionais que é possível explorar as múltiplas dimensões da interação e é também onde as transformações se dão.

As posturas utilizadas como ferramentas de análise do grupo, apontando para a construção de práticas relacionalmente mais responsáveis, são recursos interventivos do construcionismo social utilizados em outros campos de atuação, principalmente da psicoterapia individual e familiar. Foram adaptadas por mim, para o contexto das práticas de saúde, com o intuito de contribuir com a análise desta pesquisa, dando visibilidade aos momentos dialógicos. No entanto, podem também servir de inspiração num sentido mais amplo a este campo das práticas, como recurso para os trabalhadores em seu cotidiano, nas mais diversas situações, tanto nas intervenções individuais quanto nas coletivas.

A consideração do saber do outro na interação, promovendo o autocuidado e o cuidado da equipe (*Postura do não saber; Postura de colaboração*), a abertura à diferença e à diversidade nas intervenções (*Introdução da diferença e da proposição de novas formas de descrição dos eventos*), de permitir que este grupo se tornasse mais participativo e de um jeito diferenciado, valorizando suas histórias (*Ênfase no processo comunicacional*), podem ser apropriados nas práticas da APS de uma maneira geral.

Levando-se em conta as premissas da APS, que visam maior interlocução entre trabalhadores de saúde e comunidade para uma construção mais contextual

e co-responsável da atenção à saúde, estas ferramentas podem ser apropriadas para a conformação de práticas mais colaborativas, mais integradas e mais integrais, facilitando a coordenação das ações.

Tais posturas podem ser profícuas também para promover uma sensibilidade ao processo de se relacionar, estando aberto a outras descrições que se apresentam quando o encontro trabalhador de saúde/usuário se dá, potencializando esta relação e consequentemente o projeto terapêutico individual e coletivo a ser adotado.

Vários autores na área da Saúde vêm apontando que a potência transformativa no sistema de saúde se dá nos micro processos sociais (PUSTAI, 1999; MERHY, 2000 FRANCO; MERHY, 2003). Esta pesquisa tem o esforço de oferecer mais uma contribuição neste sentido. Numa perspectiva lingüística construtora da realidade, esta abordagem epistemológica aponta a construção dos sentidos de realidade nas interações entre as pessoas, investindo-as de potencial transformativo, já que é dentro desses processos conversacionais que se constroem e se legitimam as possibilidades, sustentando realidades possíveis. Neste sentido, a proposta construcionista de investimento nas relações não se dá por este ser um discurso altruísta, mas sim por sustentar esta epistemologia relacional.

No entanto, ao investigar e explicitar os processos sociais de construção da realidade que regem as atividades humanas, não há uma tentativa de ignorar ou enfraquecer seu poder e utilidade, mas sim o desejo de compreender e refletir como se dá a constituição das pessoas, do mundo, dos saberes e das práticas.

Repetindo a metáfora do bolo de Edwards, Ashmore e Potter (1995), não é porque se explicita os ingredientes e a manufatura deste que se nega sua existência ou desmereça seu sabor e mesmo sua capacidade de matar a fome de alguém.

Dentro deste entendimento, não estamos ofertando um modelo que aproxima trabalhadores de saúde e usuário, mas de uma abordagem que possibilita outras formas de compreensão das intervenções, valorizando a diversidade de saberes. O construcionismo vem contribuir propondo uma legitimidade para os princípios da ESF, mostrando sua potência e apontando possibilidades de criação de ações colaborativas no sistema como um todo, favorecendo sua transformação.

Hyde e Bineham (2000) acreditam que uma boa maneira de contribuir com o entendimento epistemológico da construção interativa da realidade se dá através da própria realização de práticas comunicativas dialógicas. Tais práticas levariam a uma experiência mais efetiva na direção da interação, proporcionando experiências transformativas e, conseqüentemente, promovendo a compreensão desta inteligibilidade de produção de conhecimento. A análise do grupo de hipertensão, apontando para seus momentos dialógicos, de abertura e de aproximação entre seus participantes teve o empenho de contribuir neste sentido.

Quais as implicações éticas, políticas e práticas ao propor esta perspectiva teórico/prática da Responsabilidade Relacional como construtora de ações mais colaborativas na atenção à saúde, na perspectiva da integralidade?

Promovendo tal inteligibilidade, estes recursos apresentados podem ser apropriados pelos trabalhadores de saúde em suas mais diversas ações em saúde, não no sentido da replicabilidade das situações, já que o que está sendo oferecido aqui não são técnicas de como montar e conduzir um grupo, mas no de estar mais atento ao processo de se relacionar.

Assim, eticamente, se estabelece uma relação mais próxima e respeitosa entre os atores sociais. Politicamente, se incrementa a possibilidade de transformação do

modelo assistencial de saúde segundo a lógica proposta pelo SUS e pela ESF, e na prática, ações podem ser organizadas com maior consonância entre as necessidades de saúde da comunidade e do projeto da equipe.

Ao considerarmos os atributos da coordenação da assistência e da longitudinalidade, vemos que a APS diz de uma perspectiva processual, levando em conta o segmento contínuo do usuário e sua família e a construção do vínculo para que a assistência tenha sustentação e se prolongue no tempo. Como vemos, estes atributos estão diretamente conectados com a necessidade de uma prática mais co-responsável para sua sustentação.

Desta forma, é possível pensarmos na RR como recurso para a APS na construção de uma autonomia redimensionada, que possa ser entendida como “autonomia responsável” ou “autonomia relacional”. Isto significa o investimento em interações que gerem vínculos e pertencimento ao projeto de atenção à saúde, permitindo a ampliação das questões em pauta e favorecendo a implicação e a co-responsabilidade do usuário e do trabalhador.

Por meio da criação de espaços conversacionais, de uma aproximação dialógica entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema, como vimos, cria-se a possibilidade de um contexto relacional diferente. Um contexto relacional diferenciado promove relacionamentos diferenciados. Transformando o relacionamento, modificamos também o processo de produção e oferta de cuidados, tornando-se os atores mais implicados e participativos neste processo e, portanto, relacionalmente responsáveis (MCNAMEE; GERGEN, 1999). Tendo construída a Responsabilidade Relacional, passa a ser possível pensar na transformação política do Sistema Único de Saúde em sua base.

Este grupo, sob algumas perspectivas mais tradicionais, poderia ser visto como disfuncional pela forma como ele está organizado, não cumprindo as tradicionais demandas de um grupo de hipertensão, tais como controle de medicamentos, mudança de comportamento, etc. No entanto, sob uma perspectiva dialógica, este grupo conseguiu criar um importante espaço conversacional da equipe de saúde com a comunidade. Criou-se um contexto em que os mesmos velhos tópicos da atenção à saúde puderam neste grupo ser discutidos de maneira diferente do tradicional encontro trabalhador de saúde/usuário.

É importante dizer que, embasada por esta perspectiva, a intenção da pesquisa não foi, em momento algum, de por em cheque a especialidade dos trabalhadores e seus saberes, ao mesmo tempo em que não se desconsiderou o saber da comunidade e também não houve a busca por consensos sobre entendimentos. Ao contrário, a proposta é que se possa criar um contexto em que os trabalhadores e usuários continuem permanentemente em diálogo, buscando alternativas para lidar com as mais diversas questões da atenção à saúde, coordenando ações, mesmo quando partilhando diferentes concepções.

Compartilhando do entendimento da construção de sentidos nas relações, podemos pensar que estas interações contribuíram também para a ampliação das versões que os participantes têm de si enquanto assumindo suas posições na conversa grupal. Este grupo, exercitando horizontalização em suas relações, contribuiu para a construção de um trabalhador de saúde mais flexível, próximo de sua comunidade, ao mesmo tempo em que se construiu um usuário mais ativo e engajado.

Este é um trabalho que não tem uma conclusão, um ponto final, mas ele aponta para aberturas, multiplicando a possibilidade de pensar intervenções que

saíam do lugar rígido do trabalho coletivo tradicional, conteudista e descontextualizado, como também se rompa com a dicotomia do especialista que sabe e ensina versus o usuário que é “paciente” e deve aprender. Nesta perspectiva, podemos pensar os grupos na APS como espaços de convivência, num formato menos fechado e fixo, considerando outros determinantes no processo saúde-doença.

A fertilidade dessas aproximações e possibilidades não está dada, no entanto, somente a partir da articulação argumentativa teórica e da apresentação da análise da crônica e das conversações grupais, mas dependerá dos diálogos que serão gerados a partir desse convite a olhar a Saúde sob uma determinada lógica.

Portanto, a conversa continua ...

10. Referências

ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H.A. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 34-50.

ANDERSON, H. Conversation, language and possibilities: a postmodern approach to therapy. New York: Basic Books, 1997. 308p.

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALMEIDA, C. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65: p. 207-220, 2003.

ANDERSEN, T. **Processos reflexivos**. Rio de Janeiro: Instituto NOOS/ITF, 1999. 215p.

AROUCA, S. Democracia e saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília. p. 17-21. 1987.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 574p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de Março de 2006** – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS**. Documento Base. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda. Pólos de educação permanente em saúde. Conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Algumas questões básicas sobre o SUS e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Lei n. 8080, de 19 Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BURR, V. **Social constructionism. Second Edition**. London: Routledge, 2003. 229p.

BURR, V. Overview: Realism, Relativism, Social Constructionism and Discourse. In: PARKER, I (Ed.) **Social Constructionism, Discourse, and Realism**. London: Sage Publications, 1998. p. 13-26.

BUSS, P. M. et al. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

CAMARGO-BORGES, C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface – comunic, saúde, educ.**, Botucatu, v.9 n.18, p. 507-19, set./dez., 2005.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982. 447p.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde** um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar editorial, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CECCHIN, G. Construindo possibilidades terapêuticas. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K (Orgs.) **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 106-116.

CHAVES, M. M. Medicina familiar e cuidados primários de saúde: Alma-Ata revisitada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.26, 2/1, p. 46-51, Maio/Dez., 1999.

CIAMPA, A. C. **A Estória do Severino e a História da Severina – Um ensaio de Psicologia Social**. 1/8. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005. v.1. 248

CODERP. Companhia de desenvolvimento econômico de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.corderp.com.br>. Acesso em 08 mar. 2006.

COLLIER, A. Language, Practice and Realism. In: PARKER, I (Ed.) **Social Constructionism, Discourse, and Realism**. London: Sage Publications, 1998. p. 47-58.

COOPERRIDER, D. L. Positive Image, Positive Action: The Affirmative Basis of Organizing. In: COOPERRIDER, D. L.; SORENSEN, P.T.; YAEGER, T. F.; WHITNEY, D. (Eds.), **Appreciative Inquiry: An Emerging Direction for Organization Development**. Champaign: Stipes Publishing, 2001.

COOPERRIDER, D. L.; SRIVASTVA, S. Appreciative inquiry in organizational life. In: SRIVASTVA, S.; COOPERRIDER, D. L. (Eds.), **Appreciative management and leadership: The power of positive thought and action in organizations**. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1990. p. 129-169.

DANZINGER, K. The varieties of social construction. **Theory and Psychology**, London, v.7, n.3, p.339-416, 1997.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. Positioning and personhood. In: HARRÉ, R.; VAN LANGENHOVE, L. (Eds). **Positioning theory: moral contexts of intentional actions**. Oxford: Blackwell Publishers, 1999, cap 3, p.32-52.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; CIAMPO, I. R. L.; FERRAZ, I. S.; ALMEIDA, C. A. N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 739-743, 2006.

DESCARTES, R. **Discurso sobre o Método**. Bauru: Edipro, 2006. 75p.

EDWARDS, D.; ASHMORE, M.; POTTER, J. Death and Furniture: the rhetoric, politic and theology of bottom line arguments against relativism. **History of the Human Science**, London, v.8, n.2, p. 25-49, 1995.

EFRAN, J. S.; CLARFIELD, L. E. Terapia construcionista: sentido e contra-senso. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Orgs.) **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 239-259.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 6 edição, 2006. 231p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; JUNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J. Et.al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

FRUGGERI, L. O processo terapêutico como construção social da mudança. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Orgs.), **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 51-65

GERGEN, K. J. Toward generative theory. **Journal of personality and social psychology**. Washington, D.C., v.36, p. 1344-1360, 1978.

_____. The social constructionist movement in modern psychology. **American Psychologist**, Washington D.C., n.40, p. 266-275, 1985.

_____. **Realities and relationships**. Soundings in social construction. Cambridge: Harvard University Press, 1997. 356p.

- _____. **An invitation to Social Construction**. London: Sage, 1999. 248p.
- _____. (Org.) **The appreciative organization**. USA: Taos Institute, 2001.
- GERGEN, M.; GERGEN, K. J. Profusions of practices. In: _____. **Social Construction**. A Reader. London: Sage, 2003. p. 157-192.
- GERGEN, K.J.; MCNAMEE, S.; BARRETT, F. Toward transformative dialogue. **International Journal of Public Administration**, v.24, n.7/8, p.679-707, 2001.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.
- GUANAES, C. A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor, 2006. 287p.
- HALL, S. The question of cultural identity. In: Hall, S.; Held, D.; McGrew, T. (Eds.) **Modernity and its futures**. Cambridge: Polity Press, 1992. p. 273-326.
- HARRÉ, R. Language games and the texts of identity. In: SHOTTER, J.; GERGEN, K. **Texts of identity**. London: Sage, 1990. p. 20-34.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. De S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- HYDE, B.; BINEHAM, J. L. From debate to dialogue: Toward a pedagogy of nonpolarized public discourse. **Southern communication journal**, v.65, n. 2/3, p. 208-223, winter/spring. 2000.
- JAPUR, M. Alteridade e grupo: uma perspectiva construcionista social. In: SIMÃO, L. M.; MARTINEZ, A. M. **O outro no desenvolvimento humano**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004. p.145-170.
- KOYRÉ, A. **Considerações sobre Descartes**. Lisboa: Editorial Presença, 1986. 93p.
- KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2003. 257p.
- LATOUR, B. **A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. Bauru: Edusc, 2001. 372p.
- LIRA, G. V.; NATIONS, M. K.; CATRIB, A. M. F. Cronicidade e cuidado na saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.13, n. 1, p. 145-155, Jan/Mar. 2004.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ – Abrasco, 2001. p. 39-64.

MCNAMEE, S. Psychotherapy as Social Construction. In: ROSEN, H.; KUEHLWEIN, K.T. (Eds.) **Constructing Realities: Meaning-Making Perspectives for Psychotherapists**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996. p. 115-137.

_____. Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. In: GONÇALVES, M.; GONÇALVES, O. (Orgs.) **Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança**. Coimbra: Quarteto, 2001. p.235-264.

_____. Social construction as a practical theory. Lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: PARE, D.; LARNER, G. **Critical Knowledge and Practice in Psychotherapy**. New York: Haworth Press, 2004. p. 9-21.

MCNAMEE, S. Relational Practices in Education: Teaching as Conversation. In: ANDERSON, H.; GEHART, D. (Eds.) **Collaborative Therapy: Relationships and Conversations that make a Difference**, New York: Brunner-Routledge, 2007. p. 313-336.

MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (and Associates). **Relational Responsibility**. Resources for sustainable dialogue. London: Sage Publication, 1999. 236p.

MCNAMEE, S.; SHOTTER, J. D. Dialogue, Creativity, and Change. In: ANDERSON, R.; BAXTER, L. A.; CISSNA, K.N. (Eds.) **Dialogue: Theorizing Difference in Communication Studies**. California: Sage, 2004. p. 91-104.

MENDES, E.V. **A Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Coletiva do Ceará, 2002. 89p.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p.109-116, 2000.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro-política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde** um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. Saúde-Doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n.4, p. 363-381, out/dez. 1988.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003. Tese (livre-docência) Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2003.

MISHIMA, S.M.; CAMARGO BORGES, C. **Situando o contexto de Saúde no Brasil – pensando dispositivos para (re)organização das práticas**. Apresentado no Seminário Internacional Repensando Práticas de Saúde - a contribuição do

Construcionismo Social. Escola de Enfermagem, USP -Ribeirão Preto, 2006.

MORIN, E. O desafio da complexidade. In: _____ **Ciência com consciência**. Mem. Martins: Publicações Europa-América, 1994. p.137-180.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma Ata 1978** – Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. OMS/UNICEF. Brasil, 1979.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. OPAS/WHO. 2005.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

PARKER, I (Ed.). **Social Constructionism, Discourse and realism** London: Sage, 1998. 159p.

PEARCE, W. B. Novos modelos e metáforas comunicacionais: a passagem da teoria à prática, do objetivismo ao construcionismo social. In: SCHNITMAN, D. F. (org.) **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.191-203.

POTTER, J. Fragments in the Realization of Relativism. In: PARKER, I (Ed.) **Social Constructionism, Discourse, and Realism**. London: Sage Publications, 1998. p. 27-46.

PUSTAI, O. J.. Apontamentos para uma avaliação crítica do Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde da Unijuí**, Ijuí, n.4, Julho/Dez. 1994.

RASERA, E. F. **Grupo como construção social: aproximações entre o construcionismo social e a terapia de grupo**. 2004. 188 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Sobre a preparação e a composição em terapia de grupo: desconstruções construcionistas sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.131-141, 2006.

_____. Grupo de apoio aberto para pessoas do HIV: a construção da homogeneidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n.1, p. 55-62, 2003.

RATNER, C. Epistemological, social and political conundrums in social constructionism. **Fórum: qualitative social research**. v. 7, n. 1, Janeiro. 2006.

RIBEIRÃO PRETO. Plano de Saúde de Ribeirão Preto. 2005-2008. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Janise Braga Barros Ferreira (coord.) Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

RIBEIRO, J. M. Atenção Básica em saúde e a busca por uma conceituação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-415, 2002.

RIVERO, D. A. T. de. Alma-Ata Revisited. **Perspectives in Health Magazine. The Magazine of the Pan American Health Organization**, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/panmcc/HEALTH.htm> Acesso em 06 abr. 2004.

ROTH, S.; CHASIN, L.; CHASIN, R.; BECKER, C.; HERZIG, M. From Debate to Dialogue: A Facilitating Role for Family Therapists in the Public Forum. **Dulwich Centre Newsletter**, Australia, v. 2, p. 41-48, 1992.

RORTY, R. Philosophical Convictions. **The Nation**, June, 14. 2004. Disponível em <http://www.thenation.com/doc/20040614/rorty>.

SALUM, M. J. L. A responsabilidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. **Conferência Nacional de Saúde On-line** [online] disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns>. 1999.

SAMPSON, E. E. **Celebrating the other**. A dialogic account of human nature. San Francisco: Westview Press, 1993. 207p.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em 25/01/2005.

SCLIAR, M. **A paixão transformada**. História da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 307p.

SEVCENKO, N. O enigma pós-moderno. In: OLIVEIRA, C.; SEVCENKO, N.; SANTOS, J. F.; PEIXOTO, N. B.; OLALQUIAGA, M. C. **Pós modernidade**. Campinas: Unicamp, 1995. p. 43-55.

SHAWER, L. How the western became postmodern. A three part story. In: SHAWER, L. **Nostalgic postmodernism**. Postmodern therapy. Volume one. Oakland: Paralogic press, 2005. p. 34-66.

SHOTTER, J. Action, joint action, and intentionality. In: BRENNER, M. (Ed.) The structure of action. London: Blackwell, 1980. p. 28-65.

SHOTTER, J. **Conversational realities**. Constructing life through language. London: Sage, 1993. 201p.

SHOTTER, J.; GERGEN, K. J., Social Construction: Knowledge, Self, Others, and continuing the conversation. In: DEETZ, S. A. (Ed.) **Communication Yearbook/17**. California: Sage. 1994. p. 3-33.

SILVA, J. P. V. DA; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65: p. 234-242, 2003.

SOUSA, M. F. de. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2003. 141p.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n.3, p.515-523, 2003.

SPINK, M. J. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.7-22, 2000.

SPINK, M. J. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**. Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. 296p.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: _____ **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. p. 19-42.

STEWART, J.; ZEDIKER, K. Dialogue as Tensional, Ethical Practice. **Southern Communication Journal**, v. 65, n. 2/3, p. 224-242, 2002.

STURKEN, M.; CARTWRIGHT, L. **Practices of looking**. An introduction to visual culture. New York: Oxford University Press, 2001. 385p.

TEIXEIRA, C. F. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 423-426, 2002.

TRAEZEL, C. A.; BEDIN, F. N. P.; GALLINA, L. S.; DANELUZ, S. de F. C.; SANTOS, A. N. dos; MELO, T. T.; CALDAS, A. B. Educação em Saúde: fortalecendo a autonomização do usuário. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. de A.; FOSCHIERA, M. M.; PANISSI, M. (Orgs.) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 111-142.

WOLIN, R. **The seduction of unreason: The intellectual romance with fascism from Nietzsche to postmodernism**. Princeton: Princeton University Press, 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. **International Conference On Primary Care**, Alma Ata, URSS, 1978.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a)Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa ***Processos conversacionais entre trabalhadores de saúde e usuários na Estratégia Saúde da Família: espaço grupal como promotor de novas possibilidades em saúde.***

Este projeto tem como objetivo *problematizar e analisar o discurso construcionista social como ferramenta útil na compreensão de formas diferenciadas de intervenção proposta pela Estratégia Saúde da Família, mais especificamente focalizando os processos conversacionais e de produção de sentidos entre trabalhadores de saúde-usuários*, esperando-se contribuir com a fundamentação de formas mais democráticas de intervenção em que a participação ativa dos trabalhadores e comunidade gerem processos reflexivos e tenham espaço legitimado, criando maior vínculo, satisfação e efetividade na convivência local.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação no desenvolvimento dessa pesquisa, autorizando a gravação do grupo de hipertensão durante o primeiro semestre de 2005. Os grupos serão gravados em fitas eletromagnéticas que serão destruídas ao término da pesquisa.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa.

Atenciosamente.

Dr^a Silvana Martins Mishima
Orientador - Professor Associado junto ao
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP

Telefone para contato: (16) 602-3429 ou 602-
3391

Celiane Camargo Borges
Pesquisador - Programa de Pós-graduação em
Enfermagem em Saúde Pública do Departamento
de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
da EERP-USP

Telefone para contato: (16) 602-3429 ou 602-
3391

Eu _____, autorizo a gravação do grupo de hipertensão durante o período do primeiro semestre de 2005 como parte do projeto de pesquisa ***Processos conversacionais entre trabalhadores de saúde e usuários na Estratégia Saúde da Família: espaço grupal como promotor de novas possibilidades em saúde***, e estou ciente de que os grupos terão sua análise tratada sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2004.

Assinatura



FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO

CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA



Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto – SP

Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480
FAX (0**16) 6332331



Ribeirão Preto, 11 de março de 2005

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 04/05

Comunicamos que a pesquisadora **CELIANE CAMARGO BORGES** cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados para o trabalho “ **PROCESSOS CONVERSACIONAIS ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
Diretora Técnica do CSE-FMRP-USP.

Ilm.ª. Sra.

Prof.ª. Dra. Silvana Martins Mishima (Orientadora)

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto- USP.