

**Em busca de uma formação integral e ampliada: construindo práticas
colaborativas para o cuidado em saúde**

Celiane Camargo-Borges

Doutora em Saúde Pública pela USP

NHTV Breda University of Applied Sciences

A saúde na contemporaneidade e a conformação de novos saberes

As transformações no perfil da saúde no Brasil como também no mundo, decorrente de mudanças sociais, econômicas, demográficas e tecnológicas vem demandando novas formas de compreender e tratar as questões de saúde/doença. As mudanças se dão deste a estrutura etária da população, seu perfil epidemiológico e comportamental, trazendo novos modos no lidar e interagir com o sistema de saúde e seus profissionais.

Um exemplo importante destas mudanças é a forte influência da revolução tecnológica reconfigurando a forma com que as pessoas se conectam, buscam informações e interagem. Mais do que ter acesso digital aos seus protocolos, multiplicam-se pelo mundo experiências nas quais os pacientes interagem online com outros pacientes, criam seus próprios blogs compartilhando suas vivências na saúde, inclusive recomendando seus médicos, hospitais e medicamentos (Hurley e Smith, 2007; Tunick e Mednick, 2008; Madeira, 2006). Ainda que a troca de sugestões sobre tratamento entre pacientes no campo virtual seja uma questão controversa e importante para se discutir, o que é indiscutível é a transformação que este tipo de prática introduz em um contexto que se construiu historicamente a partir da centralização do poder e do conhecimento na figura do especialista. Estas novas práticas parecem sinalizar para a emergência de uma “nova geração” de pacientes, ativos e participativos diante de outras possibilidades de entendimento e cuidado em saúde/doença, que vão além da

recomendação médica e da prescrição. A verdade é que o paciente do século vinte um se transformou muito mais rápido do que seus profissionais de saúde, que ainda enfrentam o desafio de sair do lugar hierárquico do especialista para se relacionar de forma mais igualitária e contextual com seus pacientes.

O presente capítulo não visa focar especificamente nas consequências que a revolução tecnológica tem trazido para as formas concretas de agir na saúde, mas sim enfatizar que estes desenvolvimentos tem transformado as formas comportamentais e de ação na sociedade e na saúde, afetando diretamente as relações entre profissionais de saúde e pacientes. O que foi por muito tempo uma relação hierárquica, centralizadora e dicotômica, entre um profissional munido de saberes técnico/científico e pacientes passivos e obedientes, transforma-se agora em uma situação em que pacientes encontram facilmente uma multiplicidade de discursos sobre um mesmo tema, uma pluralidade nas formas de se tratar, recursos diversos e principalmente facilidade em interagir com outros pacientes passando pela mesma situação. Estas novas formas de lidar com as questões saúde/doença clamam uma reconfiguração das relações em saúde, principalmente entre profissional e paciente. No entanto, este profissional vindo de uma formação mais tecnicista, enfrenta dificuldades em se adaptar a tais transformações.

Assim, faz-se necessário não somente uma reorganização das práticas de saúde, mas também um investimento na formação de seus profissionais, com a oferta de recursos interventivos condizentes com este novo contexto que se apresenta, contribuindo com a construção de novas relações com a população.

No entanto, a oferta de uma outra inteligibilidade, mais relacional, a um campo de conhecimentos e práticas que tradicionalmente é mais tecnicista, fundamentado em relações predominantemente hierárquicas e com foco individualista configura-se como grande desafio (Fortuna et. al. , 2012).

O presente capítulo abraça este desafio e, nesta direção, traz reflexões construcionistas sociais associadas ao sistema de saúde brasileiro e suas práticas, propondo a conformação de novos saberes que possam contribuir na formação de profissionais de saúde melhores capacitados para atuar neste contexto tão complexo.

O discurso construcionista social faz parte do movimento pós-moderno, propondo um discurso menos objetivista e mais polissêmico da realidade, incentivando a promoção da alteridade e da multiplicidade (Gergen, 2009). Tal discurso articulado à saúde, contribui com a produção de conhecimento dentro de uma nova lógica, composta por saberes e práticas que se propõem mais plurais, interativos e contextuais (Camargo-Borges e Mishima, 2009).

Primeiramente, uma descrição do construcionismo social articulado ao Sistema de Saúde Brasileiro será feita, num esforço de evidenciar a relevância da aproximação entre estes dois discursos. Posteriormente, serão apresentados dois recursos construcionistas sociais como ilustração da sua possível contribuição para a formação de um profissional de saúde preparado para lidar com tais transformações em sua prática cotidiana. O capítulo é então concluído alinhavando as idéias apresentadas e mostrando as implicações da aproximação construcionista social na saúde, principalmente no que diz respeito à formação do profissional.

Os princípios e diretrizes do sistema de saúde e o construcionismo social: possíveis interlocuções

Desde que nos tornamos um sistema único de saúde (Brasil, 1990), o acesso à saúde se tornou universal e esta foi legitimada como um bem inalienável, ou seja, um direito advindo da condição de sermos cidadãos brasileiros.

Os princípios deste sistema, que se caracterizam pela universalidade, equidade e integralidade, regem o direito ao acesso de todo cidadão à saúde, assim como também regem a igualdade, levando em conta as diferenças de necessidades da população. Tais diferenças devem ser consideradas e receber tratamento igualitário e integral (Santos, 2007). Tais princípios do

sistema único de saúde (SUS) são governados pelas diretrizes organizativas de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, as quais viabilizam a operação das suas ações e serviços. A descentralização, que diz da gestão única em cada esfera de Governo, garante maior poder das instâncias descentralizadas sobre a tomada de decisão. A descentralização transfere poder e recursos para mais próximo de onde estão as pessoas que necessitam de atenção à saúde, permitindo maior participação social na definição de prioridades e também a regionalização, que trata da distribuição dos serviços em uma determinada região. A regionalização leva em conta a oferta de serviços e a população a ser atendida (Silva, Pinheiro e Machado, 2003).

A partir desta conquista gerou-se uma demanda de reorganização e de desenvolvimento de práticas mais aproximativas na saúde. Exemplos nesta direção é a diretriz da integralidade que amplia o entendimento de atenção integral em saúde, que diz tanto da integralidade das ações e serviços de saúde à integralidade das pessoas. Traz como proposta tanto a integração de ações preventivas e curativas assim como a integração da atenção a indivíduos e comunidades. A partir desta diretriz, a reorganização do modelo assistencial ganha outros olhos, onde os níveis de atenção à saúde devem estar articulados e a atenção primária se reconfigura como estratégia de criação de vínculo e acolhimento no sistema. Assim, o compromisso deste sistema para com seus cidadãos é de construção de uma atenção à saúde integralizada incentivando a participação de todos os envolvidos.

Contudo, apesar de todos estes avanços estruturais e organizativos, para que tais práticas passem efetivamente a acontecer é necessário uma transformação no coração deste sistema: os profissionais de saúde. A formação de profissionais de saúde preparados para atuar de forma mais integral, interativa e complexa torna-se fundamental na lida de uma diversidade de demandas e desejos, na construção de um caminho mais coletivo e participativo em saúde (Fortuna, et. al. 2011).

Proponho a aproximação entre o discurso construcionista social às novas propostas de atenção à saúde, por apostar que a articulação entre estes dois discursos possa contribuir com a produção de conhecimento em saúde e a conformação de novas práticas.

O sistema de saúde brasileiro, principalmente se focarmos no nível de Atenção Primária à Saúde (APS), tem privilegiado o processo de trabalho na produção do cuidado, na capacitação e valorização do trabalho em equipe, sempre enfatizando um olhar integral às questões de saúde/doença (Brasil, 2006). A APS tem como um de seus principais objetivos coordenar a interlocução entre os níveis de atenção à saúde, garantindo a integralidade e a longitudinalidade da assistência. Assim, se embasa em uma perspectiva mais processual, levando em conta o acompanhamento contínuo do usuário e sua família assim como a construção do vínculo para que tal relação se sustente e se prolongue no tempo. Para o alcance desses objetivos, a APS deve estar diretamente conectada com uma prática mais relacional e co-responsável em saúde (Starfield, 2001).

Os pressupostos construcionistas sociais ressoam com este modo de organização do trabalho à medida que toma os processos relacionais como ponto central de sua teoria (Gergen, 2009), ou seja, as interações como produtoras dos sentidos das coisas, do mundo e consequentemente das ações a se realizar. Para o construcionismo social a construção de sentidos e a geração de ações se dá nos processos interativos conversacionais e a sustentação de tais ações geradas ocorre nas práticas sociais cotidianas (Gergen, 1999). Portanto, o entendimento que há entre as pessoas e as possibilidades de permanência ou ruptura das relações e de certas práticas e ações dependem desses processos interativos, dessas práticas sociais. Dessa maneira, o discurso construcionista social se faz coerente com as propostas de saúde neste âmbito, podendo oferecer embasamento teórico e prático quanto a sua postura sensível à interação entre os atores sociais e ao contexto interventivo, podendo ser um

importante recurso analítico para compreensão de como tem se dado a micro-política do trabalho.

Outro ponto de intersecção é o esforço em organizar o sistema de saúde em ações contínuas e, principalmente dentro da APS, ações permanentes que se constroem *in loco*, à medida em que se conhece o território a se intervir. Esta postura interventiva é partilhada e sustentada 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 contínuo de enfrentamento, negociação, legitimação e transformação. Este carácter permanente e processual, mais do que a busca por um produto único e final, pode ser um recurso teórico importante para justificar e dar sentido ao processo contínuo das ações em saúde, mas do que o foco em intervenções pontuais.

Outro grande objetivo da APS na 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 (Brasil, 2006). Estas diretrizes operacionais de intervenção, usuário-centrado, demanda práticas em saúde a serem construídas em parceria profissional-usuário e de acordo com suas necessidades, havendo de se considerar sua subjetividade e oferecendo apoio contínuo durante todo o seu processo de atendimento na saúde (Franco e Merhy, 2003).

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 e a longitudinalidade na saúde.

Mesmo se pensarmos nas políticas organizativas do SUS, como a proposta de descentralização e democratização do sistema, encontraremos pontos de sustentação no discurso construcionista social. Segundo Mendes (2002) a proposta de democratização propoe um modelo de atenção que não seja piramidal mas uma rede horizontal integrada, com pontos de atenção à saúde que interagem entre si mas não se hierarquizam. A proposta construcionista social apoia e incentiva a 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.

Por fim, a interlocução destes dois discursos traz para este cenário a relevância de pensar a formação do profissional de saúde para atuar nesta perspectiva apresentada. Por ser o construcionismo social uma teoria sensível ao processo de se relacionar e suas implicações, vai ao encontro do desafio do sistema de saúde brasileiro que se esforça em transformar seu discurso inclusivo, participativo e integral em ações concretas, podendo assim contribuir com a construção de um modelo de atenção focado no cuidado à pessoa. Desta forma, atenção especial tem se dado na geração de interlocuções entre profissional de saúde e comunidade, 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 (McNamee e Gergen, 1999).

Ao aproximarmos os pressupostos filosóficos do construcionismo social com as diretrizes do nosso sistema de saúde e especialmente as prática da APS, pudemos observar que estes estão inseridos em discursos que valorizam a localidade, o contexto e os saberes que daí se constróem. Também notamos que se inscrevem e se legitimam em idéias e práticas interativas, coletivas e participativas.

Apostando na formação do profissional de saúde: a responsabilidade relacional e o diálogo

Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) políticas públicas para formação e desenvolvimento de recursos humanos tem se tornado foco prioritário na agenda governamental, objetivando a geração de ações mais condizente com a organização do sistema atual (Brasil, 2005). Dentre as várias iniciativas, a educação permanente em saúde (EPS) tem sido a estratégia privilegiada para a formação do profissional. A política da educação permanente visa primeiramente o desenvolvimento de práticas pedagógicas para a qualificação dos trabalhadores de saúde gerando conseqüentemente uma reorganização dos serviços de saúde. Diferenciando-se da educação continuada, que engloba particularmente atividades de ensino com finalidades mais restritas de atualização e aquisição de novas informações, a educação permanente em saúde tem como eixo orientador a transformação do processo de trabalho (Brasil, 2005). Assim, a EPS toma o trabalho para além de sua dimensão instrumental e técnica, caracterizando a formação do profissional de saúde como um processo educacional contínuo, com intervenções que devem ser contextualizadas e capazes de mobilizar conhecimentos, tecnologias, valores e afetos que operam dentro de uma dada estrutura organizacional, composta de uma rede de relações formais e informais. A proposta da EPS portanto, demanda uma metodologia mais flexível e mobilizadora para promoção de práticas de saúde condizentes com este pressuposto epistemológico.

Vários autores, no entanto, apontam dificuldades na promoção de práticas pedagógicas que vão além da informação técnico-científica, exatamente por haver uma cultura extremamente tecnicista e hierarquicamente rígida que dificulta um olhar apreciativo às multiplicidades e aos micro-espacos das relações nas práticas de saúde (Fortuna, et. al. 2011; Neves e Heckert, 2010; Merhy, 2000).

O presente capítulo convida e argumenta pela inclusão de outros saberes na formação do profissional, apontando a necessidade de uma formação mais ampla e complexa, capacitando-o para lidar com uma perspectiva integral em saúde. Ofereceremos aqui dois recursos construcionistas relacionais que podem auxiliar com a construção de novas práticas em saúde. A oferta é de um saber mais focado nos micro-espacos de produção da saúde, ou seja, nas inter-ações que se dão no cotidiano das práticas de saúde, nos encontros entre os atores sociais envolvidos. Este é um aspecto muito pouco explorado na formação do profissional de saúde, no entanto fundamental para emergência de uma saúde mais inclusiva, participativa e integral.

A aposta aqui é que o profissional de saúde, com uma formação mais ampla e holística, está munido de múltiplos recursos que podem ser utilizados nas mais diversas situações. A inclusão do construcionismo social como suporte teórico e prático nesta formação possibilita também o desenvolvimento de habilidades para lidar com tecnologias que sejam mais relacionais.

Nesta direção, dois recursos construcionistas sociais serão apresentados: a responsabilidade relacional e a teoria conversacional do diálogo.

Responsabilidade Relacional: promovendo a co-responsabilidade na saúde

A Responsabilidade Relacional (RR) é um conceito e uma ferramenta interventiva do construcionismo social. Como conceito, foca-se nos processos interativos humanos como produtores e legitimadores das construções de sentidos e moralidade, gerando consequentemente ações no mundo. Sendo tais ações resultado desta produção coletiva da interação humana, há assim uma relacionalidade nesta produção e portanto, uma responsabilidade coletiva pela construção das coisas e do mundo (McNamee & Gergen, 1999). Trata-se de um entendimento epistemológico da construção relacional das coisas do mundo, legitimando e dando suporte aos pressupostos construcionistas sociais. Enquanto ferramenta

interventiva a RR reflete sobre as atividades e intervenções profissionais como um imbricado processo de construção coletiva e, desta forma, convida os participantes a ativamente se tornarem protagonistas desta construção. Especificamente na saúde, a RR pode contribuir com o entendimento do conceito de cuidado em saúde como um imbricado processo de construção coletiva e, portanto, trazendo a co-responsabilidade na saúde. Compreender o cuidado em saúde como uma construção interdependente pode favorecer também a instauração de ações coordenadas entre equipe e usuário numa prática mais interativa, sendo mais coletiva e participativa, gerando responsabilização conjunta nas ações desenvolvidas (Camargo-Borges, Mishima e McNamee, 2008). Na RR, o processo de se relacionar é entendido como tendo potência transformadora e por isso o esforço em dar visibilidade a ele e investir na prática cotidiana das relações.

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 relacionalmente responsáveis. Por exemplo, adotar uma postura mais responsiva e curiosa, reconhecendo a importância do outro na construção da relação terapêutica e na negociação das ações em saúde a se adotar, investe-se o usuário de saber. Tendo o usuário voz ativa nas decisões a serem tomadas, este se torna participante responsável na história a ser construída e legitimada. Este convite ao envolvimento do outro no tópico, investindo-o de poder de voz e decisão gera profunda implicação ao projeto em saúde a ser desenvolvido. Um exemplo que traz uma ilustração interessante da RR em ação é o relato de um momento interativo entre profissional de saúde e usuário num grupo de conversação em saúde, material de uma pesquisa de doutorado (Camargo-Borges, 2007). Trata-se de um grupo comunitário, desenvolvido em um Núcleo de Saúde da Família, que se reunia semanalmente para discutir questões diversas em saúde. Em um determinado encontro grupal, uma farmacêutica foi convidada para esclarecer

algumas questões relacionadas aos medicamentos que os participantes utilizavam. A partir de uma estória de remédios caseiros que uma participante estava utilizando e trouxe para o grupo, a farmacêutica, tendo uma postura respeitosa, reponsiva e curiosa, possibilitou a construção da RR no grupo. Ao invés de trazer a-priori seu conhecimento tecno-científico, a farmacêutica incentivou a participante a contar sua estória e a razão pela qual preferia tal remédio caseiro, assim como estava genuinamente curiosa a respeito da manufatura deste remédio. Esta postura curiosa permitiu que a participante se sentisse reconhecida e legitimada em sua ação ao mesmo tempo em que abriu-se a oportunidade da farmacêutica inserir componentes nesta estória, relacionados aos seus conhecimentos e, desta forma, mostrando inter-relações com a medicina alopática. Tal interação legitimou diversidade de vozes sobre o tema, outras racionalidades, promovendo assim um engajamento dos participantes e uma consciência da importância deste tópico, gerando conseqüentemente a responsabilidade relacional na escolha futura dos medicamentos. Tanto a participante quanto a farmacêutica ativamente articularam seus saberes, compreendendo a complexidade do tema discutido e se comprometeram com a tarefa de negociação entre os conhecimentos apresentados: os comunitários locais e os medicamentos disponíveis no centro de saúde.

A responsividade e a inclusão geradas nesta conversa criou um senso de responsabilidade na relação entre a farmacêutica, a participante e o grupo. Estando implicados na relação houve um respeito maior e um cuidado na sua preservação, gerando maior comprometimento e co-responsabilidade.

Como visto, a Responsabilidade Relacional como uma perspectiva dialógica na produção do saber e das ações, pode ser compreendida como um conceito assim como uma ferramenta prática, dando sustentação e legitimidade na compreensão da importância do relacionamento dialógico e da interação na saúde. Pode contribuir também com a desnaturalização das relações hierárquicas e objetificadas que desarticulam a vivência dos

envolvidos e seu senso de responsabilidade nas decisões. Assim, possibilita se atentar à importância da relação trabalhador de saúde/usuário na geração de sentidos sobre o processo saúde/doença, na construção da aliança terapêutica, na adesão às intervenções, na criação de práticas mais colaborativas e na criação desse senso de co-responsabilidade.

O uso da RR por parte dos profissionais de saúde significa desenvolver uma análise situacional mais relacional, levando em conta o entendimento de saúde do paciente, junto com a saúde local e de como os atores envolvidos estão implicados nessa realidade específica. Dá também a possibilidade do profissional pensar decisões que possam ser tomadas conjuntamente, construindo uma intervenção que surja das necessidades coletivas em que todos possam se responsabilizar por ela e pelas conseqüências deste trabalho.

O diálogo: democratizando o saber em saúde

Apesar do SUS ter em seus princípios e diretrizes formas mais integrais e contextuais de atenção à saúde, com grande ênfase no planejamento ascendente, ou seja, na construção coletiva das ações em contexto (Brasil, 1997), a tradicional hierarquia e tecnicismo da saúde muitas vezes impedem que tais princípios se concretizem. Tal forma de lidar com saúde acaba por tornar trabalhadores de saúde e comunidade isolados em seus saberes, dificultando entendimento mútuo, respeito e interação.

A perspectiva construcionista social, transforma tal dicotomia de saberes em dialética, num convite a aproximar e harmonizar saberes muitas vezes tão distantes e mesmo opostos. Harmonizando opostos, valoriza e aprecia a diversidade de saberes existente, usando-a a favor do encontro/tratamento com o usuário/paciente. Nesta perspectiva, o diálogo torna-se um recurso importante na promoção desta dialética de saberes, facilitando a interlocução das necessidades de saúde em sua pluralidade. Assim, há diversas versões de necessidade, característica de um contexto particular, vivenciada e compartilhada por pessoas que

coordenam suas práticas discursivas e constroem seus significados. Tais versões podem ser discutidas, refletidas e negociadas em diálogos.

Diálogo aqui é entendido como processos interativos dinâmicos que ocorrem nas conversações, sendo que o foco está no potencial das múltiplas perspectivas trazidas para a conversa que podem ser refletidas e articuladas, ampliando possibilidades de ação (Camargo-Borges, 2012). De acordo com Stewart e Zediker (2002) é parte inerente ao diálogo a tensionalidade entre as múltiplas perspectivas e posturas que trazemos para uma conversa. Segundo os autores, a comunicação dialógica traz um exercício constante de trazer as próprias idéias para o campo da conversação ao mesmo tempo em que se cria aberturas para outras perspectivas e racionalidades. A metáfora da tensionalidade trazida pelos autores ilustra a postura comunicativa do diálogo na interação e construção de sentidos.

Segundo a aproximação construcionista social, o diálogo convida à diversidade, em que diferentes formas de se entender e se tomar uma realidade são sempre bem vindas. Diferente do debate e da persuasão, em que sempre há uma disputa pelo melhor argumento e/ou pelo convencimento do outro, no diálogo o interesse está na conformação de formas profícuas de conectar os participantes

O diálogo na saúde pode favorecer a abertura de espaços conversacionais nos quais se produza uma legitimação das crenças e valores dos usuários como uma versão também possível e verdadeira da situação a ser discutida e enfrentada. Dessa forma, com suas versões de saúde legitimadas, usuários também se tornam especialistas daquilo que vivenciam em suas vidas.

Qual a implicação de se tomar o usuário como também especialista na saúde? Qual a implicação de um diálogo de especialistas, em que cada um traz seus saberes específicos e suas vivências peculiares?

À medida que os sentidos de saúde/doença são tomados como um imbricado processo de construção social, com uma pluralidade de vozes participando nesta construção, e não somente resultado de uma descoberta científica em que somente um “*Saber*” é privilegiado,

então a democratização da saúde estará acontecendo. Assim, a diversidade pode ser legitimada, negociando ações criadas num espaço mais horizontalizado, dando oportunidade para que outros saberes componham uma outra realidade social, possibilitando assim uma saúde mais integral, efetiva e condizente com as necessidades locais. Trazendo novamente o exemplo ilustrado acima do grupo de conversação em saúde, o diálogo surgiu no grupo quando a conversa se desenvolveu em torno da diversidade de valores e entendimentos em relação aos medicamentos a se tomar. A tensionalidade em relação aos diferentes interesses e crenças permeou a estória. O assunto trazido pela participante – remédios caseiros – foi no entanto acolhido e aceito, mesmo com a formação técnica e a responsabilidade da farmacêutica em prover orientação ao grupo. Com uma postura aberta e curiosa sobre o assunto, a estória da senhora em questão se desenvolveu, ampliando inclusive para outras estórias de outros participantes, que se sentiram à vontade e motivados a dividir suas experiências com remédios caseiros. Esta tensionalidade criada, entre o conhecimento técnico e o senso comum desdobrou inúmeras conversas no grupo sobre a interface plantas e frutas e a manufatura de remédios. O grupo se transformou de um espaço de orientação de medicamentos para um espaço em que o diálogo aproximou não somente o grupo, o usuário e a profissional de saúde, mas também promoveu uma abertura a outra lógica e a construção de novas possibilidades a partir daí.

Neste exemplo, a farmacêutica não abriu mão de seu papel de profissional de saúde, mas aceitou tal tensionalidade, ampliando as possibilidades de entendimento e de ação através da geração do diálogo no grupo. Posteriormente, a farmacêutica explorou com os participantes aspectos medicinais de tais remédios caseiros, trazendo para a conversa propriedades curativas de algumas plantas e frutas, assim como também contribuindo para a construção de projetos em saúde entre profissionais de saúde e usuários. O construcionismo

social aposta neste diálogo para a geração de maior proximidade entre trabalhadores de saúde e usuários, promovendo assim a construção coletiva da saúde.

O conceito de RR e diálogo apresentado, é tomado aqui como uma opção discursiva e interventiva profícua que pode auxiliar o profissional de saúde na direção dessas propostas de mudança, contribuindo para a promoção e sustentação de práticas mais dialógicas na saúde.

Conclusão

O esforço teórico empreendido neste capítulo foi o de oferecer a epistemologia relacional do construcionismo social como útil para fortalecer os princípios filosóficos e organizativos do sistema de saúde brasileiro, especificamente articulando à formação do profissional da saúde. A aposta de articulação está na crença da fertilidade desta para a realização da proposta de ampliação dos discursos de saúde, contribuindo com novas formas de pensar e assim operacionalizar as práticas em saúde.

Compartilhando da premissa da construção relacional do significado, o presente capítulo chama atenção a este processo de se relacionar, propondo uma definição mais dialógica de aproximação e interação na saúde.

Como exemplos de ferramentas teórico/prática com suporte construcionista social dois recursos relacionais foram oferecidos como potentes para contribuir com a formação do profissional de saúde: a Responsabilidade Relacional e o diálogo.

Enfatizando o “como se conversa”, a RR e o diálogo oferecem uma postura responsiva de interação e de posicionamento que convida a aberturas e aproximações, potencializando a democratização da saúde assim como co-responsabilidade entre seus atores sociais.

Os recursos oferecidos neste capítulo podem ser apropriados pelo profissional de saúde para conformação de práticas mais colaborativas, mais integradas e integrais, facilitando a coordenação das ações, promovendo uma sensibilidade ao processo de se relacionar, assim como também favorecendo outras leituras da realidade que se apresenta quando o encontro

trabalhador de saúde/usuário se dá, enriquecendo esta relação e conseqüentemente o projeto terapêutico individual e coletivo a ser adotado.

É importante deixar claro, no entanto, que não há um modelo, uma receita de como conduzir o diálogo e a RR, mas alguns recursos e posturas que favorecem a construção de práticas relacionalmente mais co-responsáveis e dialógicas que podem favorecer o engajamento, a participação e conseqüentemente a ampliação das possibilidades de lidar com as questões de saúde/doença (Camargo-Borges e Mishima, 2009).

Por meio da utilização de tais recursos relacionais promove-se espaços conversacionais diferenciados entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema. Um contexto relacional diferenciado constrói relacionamentos diferenciados. Transformando relacionamentos, modificamos também o processo de produção e oferta de cuidados, estando os atores mais implicados e participativos neste processo, tornando-se relacionalmente responsáveis (McNamee e Gergen, 1999).

A interlocução construcionismo social, sistema de saúde e formação profissional apresentada neste capítulo objetivou contribuir com a produção de conhecimento na área, assim como argumentar a necessidade de uma formação profissional mais ampliada, que se produza múltiplas versões possíveis de cuidado em saúde e que gere a democratização na saúde e sua co-responsabilização.

Reconhecer e investir nesta necessidade é tomar usuários e profissionais de saúde como protagonistas na construção das ações em saúde, numa posição ativa e responsável pela forma e andamento que as ações em saúde vão tomando. É promover espaços para que diferentes formas de compreender, cuidar e manter a saúde tenham voz e visibilidade, gerando novas formas de inter-agir em saúde.

Referências:

- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de Março de 2006** – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005) Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda. Pólos de educação permanente em saúde. Conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL (1997). 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.
- Brasil (1990). Lei n. 8080, de 19 Set. 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.
- Brasil (2005). 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.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**, HumanizaSUS. Documento Base. Brasília.
- Campos, C. W. de S. (2000). *Um método para análise e co-gestão e coletivos.* São Paulo: Editora Hucitec.
- Camargo-Borges, C. (2012) Collaborative group practices: exercising dialogue in healthcare setting. In: Rasesa, E. F. (in press) *Social constructionist perspectives in group work.* Chagrin Falls: Taos Institute Press.
- CAMARGO-BORGES, C. *O construcionismo social no contexto da estratégia de saúde da família: articulando saberes e práticas.* 2007. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública). Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

- Camargo-Borges C, Mishima S. M. e McNamee S. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais Rev Interinstituc Psicol.* 2008;1(1):8-19.
- Camargo-Borges, C. e Mishima, S. M. (2009) . A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. *Saúde Soc.* São Paulo, v.18, n.1, p.29-41.
- Fortuna, C. M.; Matumoto, S.; Pereira. M. J. B; Mishima, S.M.; Kawata, L. S.; Camargo-Borges, C. (2011). O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [acesso em: 29 Junho 2012];19(3) maio-jun. [8 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- Fortuna, C. M.; Matumoto, S.; Camargo-Borges, C.; Pereira, M.J.B.; Mishima, S. M.; Kawata, L.S.; Silveira, F. ; Oliveira, N. F. (2012). Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. Revista da Escola de Enfermagem da USP. volume 46 – número 3 – p. 523 - 782 .*
- 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.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational Being. Beyond Self and Community.* Oxford University Press, Oxford.
- Gergen, K. J., McNamee, S. & Barrett, F. J. (2001). Toward transformative dialogue. *International Journal of Public Administration.* 24, 679-707.
- GERGEN, K. J. **An invitation to Social Construction.** London: Sage, 1999. 248p.
- Hurley, M. E Smith, C. (2007). Patients' blogs—do doctors have anything to fear? *bmj.* 335:645.

- MADEIRA, W. Navegar é Preciso: avaliação de impactos de uso da Internet na relação médico paciente. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Programa de Pós-graduação Em Saúde Pública , USP, 2006. p. 50, 63,103, 106, 118,120.
- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 4:6, 109-116.
- MENDES, E.V. **A Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Coletiva do Ceará, 2002.
- McNamee, S. (2003). Therapy as social construction: Back to basics and forward toward challenging issues. In T. Strong & D. Pare (Eds), *Furthering talks: advances in the discursive therapies* (pp.253-269). New York: Kluwer Academic/ Plenum Press.
- MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (and Associates). **Relational Responsibility**. Resources for sustainable dialogue. London: Sage Publication, 1999.
- NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estud. pesquis. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1,abr.2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812010000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jul. 2012.
- Santos, N.R. dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12 (2): 429-435, 2007.
- 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.
- Starfield, B. (2001). New paradigms for quality in primary care. *Br J General Practices*. 51: 303-309.

STEWART, J.; ZEDIKER, K. Dialogue as Tensional, Ethical Practice. **Southern Communication Journal**, v. 65, n. 2/3, p. 224-242, 2002

Tunick, R. e Mednick, L. (2008). Commentary: Electronic Communication in the Pediatric Setting—Dilemmas Associated with Patient Blogs. *Journal of pediatric psychology*. V. 34, n.5. 585-587.