

Camargo-Borges, Celiane; Martins Mishima, Silvana

A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na
Atenção Básica

Saúde e Sociedade, vol. 18, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 29-41

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263688004>

A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica¹

Relational Responsibility as a Useful Tool to Community Participation in Primary Health Care¹

Celiane Camargo-Borges

Psicóloga. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Associada ao Taos Institute (www.taosinstitute.net).

Endereço: Rua Treze de Maio, 21-21, CEP 17014-450, Bauru, SP, Brasil.

E-mail: celianeborges@gmail.com

Silvana Martins Mishima

Enfermeira. Professora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900, CEP 14040-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: smishima@deerp.usp.br

¹ Este estudo trata-se de um excerto da tese de doutorado de Celiane Camargo-Borges, sob orientação de Silvana Martins Mishima, desenvolvida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Projeto financiado pelo CNPq, processo n° 301443/2006-9, e pela CAPES.

Resumo

A participação social tem sido considerada uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa operacionalizar seus princípios garantindo uma assistência integral e democrática, gerando um maior comprometimento e corresponsabilidade pelo projeto de saúde. A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido um espaço privilegiado para tais práticas por estar localizada mais próxima à comunidade a se intervir. O presente artigo é uma pesquisa de cunho qualitativo desenvolvida no período de 2004 a 2006. O grupo estudado pertence a uma Unidade de Saúde da Família do interior do Estado de São Paulo. Utilizando-se do conceito de Responsabilidade Relacional do construcionismo social, o objetivo é apresentar uma análise deste grupo, dando visibilidade para os processos conversacionais entre trabalhadores de saúde e usuários, mostrando como certas posturas favorecem a construção do engajamento, do vínculo e da corresponsabilidade, produzindo um espaço mais participativo. As conversações grupais foram gravadas, transcritas e analisadas. Os recortes selecionados para esta análise apontam o grupo exercendo um elo entre a unidade de saúde e a comunidade, tornando-se um espaço de articulação e escuta dos dois lados. Desta forma, finalizamos apontando a importância das intervenções coletivas na APS como canal importante de comunicação entre profissionais de saúde e comunidade, valorizando a interação, o engajamento e o vínculo. Estes espaços de encontro podem favorecer posturas de Responsabilidade Relacional gerando novas formas de relacionamento e contribuindo, assim, para a produção da corresponsabilidade e da participação social.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Programa de Saúde da Família; Construcionismo social; Responsabilidade relacional; Grupos; Participação social.

Abstract

Social participation has been considered one of the guidelines of the National Health System (SUS - *Sistema Único de Saúde*). SUS aims to operationalize its principles by ensuring integral and democratic assistance, thus generating greater commitment and co-responsibility for the health project. As it is located within the community of intervention, the Primary Health Care (APS - *Atenção Primária em Saúde*) has been an excellent space for such practices. This article is a qualitative research developed from 2004 to 2006. The studied group is part of a Family Health Care Unit (*Unidade de Saúde da Família*) located in the interior of the State of São Paulo. By using the social constructionist concept of Relational Responsibility, the objective is to present an analysis of this group, giving visibility to the conversational processes between health professionals and users. The study shows how certain postures can favor the construction of engagement, of bonds and of co-responsibility, producing a more participative space. The group's conversations were recorded, transcribed and analyzed. The excerpts selected for the present analysis show the group building a link between the health care unit and the community. It becomes a space where both sides can meet and listen to each other. Finally, we emphasize the relevance of collective interventions within the APS as an important space for communication between health professionals and the community, valuing interaction, engagement and the bond. These meeting spaces can favor a posture of relational responsibility, generating new types of relationship, therefore contributing to the production of co-responsibility and social participation.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Program; Social Constructionism; Relational Responsibility; Groups; Social Participation.

Introdução

O envolvimento da população nas questões de saúde tem sido incentivado e preconizado desde a Conferência de Alma Ata e legitimado nacionalmente por meio do SUS. A promoção de espaços de participação social e a implicação coletiva entre comunidade e profissionais da saúde são postas como fundantes de uma efetiva reorganização do processo de trabalho em saúde (Vasconcelos, 1999).

No contexto brasileiro contemporâneo, a Atenção Primária à Saúde (APS) éposta como espaço privilegiado de aproximação e participação da comunidade nas questões da saúde. Por ser o primeiro contato da população com o Sistema de Saúde, ou seja, a entrada do usuário no Sistema, a APS tem na sua organização o compromisso de coordenar com os outros níveis de atenção a formação de uma rede integral dentro do Sistema. Para que isso aconteça, deve estar próxima à comunidade a que intervém, sempre atenta às demandas do contexto local, construindo um projeto de intervenção em saúde condizente com as necessidades da população.

No entanto, estudo bibliográfico relativo ao período de 1990 a 2005, com produções científicas que tratam da APS (Gil, 2006), não demonstra haver pesquisas que problematizam esse nível de atenção como uma política pública potente e estratégica para o Sistema de Saúde. Segundo Gil (2006), a referência à APS se dá como um local em que pesquisas são realizadas e não na perspectiva de um modelo de atenção à saúde.

Acreditando que a APS possui uma política muito mais ampla do que um nível de atenção à saúde, iniciaremos este artigo pontuando a definição e o sentido que esta tem neste trabalho.

Segundo Silva e colaboradores (2003) é fundamental que exista uma problematização em torno do projeto de saúde ao qual estamos nos engajando, já que o grande intento da reforma sanitária foi promover a politização da saúde como tática central para a transformação do sistema e dos atores sociais envolvidos, ou seja, é de extrema importância que haja compreensão de todo o Sistema de Saúde, seus princípios e diretrizes, sua organização e funcionamento, para que um projeto e uma luta comum possam ser sustentados.

Nesta direção, acreditando que a partir de determinado entendimento certo número de ações serão

geradas numa direção específica, que serão tomadas posteriormente 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. Assim, neste trabalho utilizaremos os termos APS e Atenção Básica (AB), como intercambiáveis.

Nosso entendimento a respeito da APS/AB vai além de um modelo organizativo para mudanças na atenção, na gestão e no financiamento do sistema (Mendes, 2002). Seu sentido neste trabalho é de 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).

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) tem estimulado mais recentemente a discussão da renovação da APS nas Américas. Considerando o contexto contemporâneo, marcado por novos desafios, conhecimentos e distintas necessidades de saúde, faz-se necessária esta renovação, acreditando 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, 2007, p.i).

É nesse contexto que, no Brasil, em março de 2006, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 648, aprovaria a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, privilegiando a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como potentes para contribuir no fortalecimento desta política (Brasil, 2006).

Retomando os princípios e diretrizes do SUS, esta portaria caracteriza a Atenção Básica

“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, p. 71).

Esta compreensão de AB coloca a ESF como estratégia prioritária para estruturação de um modelo de atenção voltado para a integralidade e qualidade da assistência prestada, contribuindo para a consolidação dos princípios do SUS.

A estruturação da ESF se dá em torno de uma equipe de trabalho e a organização da assistência se dá dentro de um território delimitado, objetivando um planejamento ascendente, isto é, traçando estratégias de intervenção às famílias de acordo com a necessidade da comunidade daquele território específico. Esse formato de trabalho coloca a participação da população como estratégica, para compor intervenções que estejam de acordo com a realidade local.

A AB, nesta lógica do usuário como sujeito e protagonista dos processos de tomada de decisões nas ações em saúde voltadas a ele ou à sua comunidade, traz a perspectiva da participação e do controle social como fundamental. Isso demanda para a área da saúde a necessidade de espaços conversacionais inclusivos que gerem diálogos transformativos, e, assim, ferramentas viabilizando essas diretrizes do SUS.

Participação Social na Atenção Básica

No Brasil, a participação na saúde se institucionalizou com a implantação do SUS, trazendo novos princípios regulamentadores, mais amplos e abrangentes, privilegiando uma nova organização Estado-Sociedade. Objetivando estabelecer práticas de vigilância coletiva, regulamentou-se o *controle social*, que tem por objetivo a ampliação e o crescimento da participação popular junto ao Estado nas questões de saúde, de modo a construir uma assistência voltada às necessidades locais e, consequentemente, podendo haver maior adesão às suas ações.

Apesar de a participação social ser preconizada, discutida e valorizada, vai adquirindo diferentes formas que são derivadas da política de saúde em vigência. Como a participação não é algo que se nomeia e institui por decreto, o controle social pode ser uma ferramenta legítima de democratização da saúde, como também pode se transformar em uma forma de cooptação do poder estatal, como uma instância para aprovação de projetos na saúde, numa forma de participação passiva da sociedade. Esta configuração dependerá da ideologia, do contexto político e das formas de envolvimento dos atores sociais e de negociação coletiva do projeto que se almeja construir.

As premissas que sustentam a APS valorizam a importância da participação social e a consideram imprescindível na construção da corresponsabilidade de um fazer em saúde comprometido com o contexto e as exigências locais. Dessa forma, espaços que transcendem o campo formal do controle social têm sido valorizados e incentivados na APS como possibilidades de participação social.

Mesmo com toda essa ênfase dada à participação social e a busca de recursos para garantí-la, ainda há uma grande dificuldade em seu estabelecimento, seja em suas instâncias formais, nas comunidades ou junto aos trabalhadores de saúde. Isso porque há todo um contexto complexo em torno dessa questão: não há como desconsiderar toda a produção histórica em torno desse eixo que traz um movimento paradoxal na participação. São movimentos de tensão que circulam trazendo a valorização da participação social, mas ao mesmo tempo um referencial histórico que traz uma grande dificuldade na sua efetiva implementação.

Para que a produção de conhecimento nesse âmbito seja ampliada, fortalecendo a interação e a construção da cidadania e do comprometimento coletivo, é necessário buscar ferramentas teórico/práticas que gerem instrumentos facilitadores desse entendimento e também legitimadores do saber comunitário junto ao saber científico, promovendo maior aproximação entre os atores envolvidos nesse processo.

Compartilhando desse raciocínio e do desejo de democratização da saúde em suas vias privilegiadas - a participação, a acessibilidade, a longitudinalidade, a família (contextualidade), as relações de trabalho e a integralidade da produção de cuidados - a questão colocada é: Seriam somente os fóruns formais os au-

tênticos espaços de exercício da participação? E os microespaços de encontro cotidiano entre trabalhadores de saúde e usuários? Estes não seriam locais favoráveis para ativamente desenvolver o senso participativo e democrático na saúde? Pensar outros espaços que exercitem a interação e a participação poderia contribuir para a tão buscada transformação do sistema de saúde, trazendo mais engajamento? Quais formas de interação possibilitam maior proximidade? A ESF, inserida num território e acompanhando regularmente o cotidiano da comunidade, seria um espaço potente para pensar e exercitar essas questões?

Nesta direção, o objetivo deste estudo é tratar da participação social como recurso fundamental para a sustentação da AB no SUS. Para isso apresentaremos o construcionismo social, enfocando o conceito da Responsabilidade Relacional como ferramenta que pode contribuir com essa sustentação.

A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na AB

Visando contribuir com novas ferramentas que ofereçam ações em saúde mais participativas e democráticas na Atenção Básica, traremos o conceito da Responsabilidade Relacional para articular neste campo da saúde.

A Responsabilidade Relacional é um conceito teórico/prático do construcionismo social. O referencial teórico construcionista social é 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 *a priori* para uma intervenção mais eficaz, mas sim um discurso que orienta uma prática relacional à medida em que esta vai se desenvolvendo. McNamee (2001) associa o construcionismo social a uma teoria relacional.

O construcionismo social se baseia na perspectiva da construção dialógica do conhecimento em que diferentes formas de narrar e interpretar um mesmo evento geram diversas histórias e resultados. Com isso abre-se espaço para a compreensão da realidade socialmente construída, criando outras narrativas, por

meio das interações, mais condizentes com as questões que vivemos na atualidade (Gergen, 1999, 1997; Rasera e Japur, 2006; Guanaes e Japur, 2001).

Nesta direção, a Responsabilidade Relacional é uma ferramenta que dá sustentação ao construcionismo social como uma teoria relacional (McNamee e Gergen, 1999). Centrando-se nos processos microssociais das relações, a Responsabilidade Relacional fortalece o conceito de dialogismo que o sócio construcionismo abraça, num esforço de trazé-lo para a prática cotidiana das interações, chamando atenção para o processo de se relacionar. Nesta lógica de produção de conhecimento a verdade não está em uma polaridade ou outra, mas nos processos interativos que se estabelecem nas relações, gerando possibilidades de abertura e ampliação de sentidos, sua negociação e responsabilização relacional. 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, como tradicionalmente se buscava alcançar.

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

Assim, vemos que os pressupostos deste referencial podem ser férteis no suporte teórico/prático de ações mais interativas e participativas em saúde, um discurso potente para os propósitos da AB. 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.

As questões descritas em termos relacionais deixam de ser tomadas como produção única de uma pessoa, mas construídas no intercâmbio das pessoas em relação. Desta forma, fracasso, sucesso, problemas e dificuldades, não estão localizados em um indivíduo, mas num imbricado processo de coordenação entre as pessoas. Isso possibilita transformar a compreensão tradicional 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 e a geração da corresponsabilidade.

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. Desta forma, pode contribuir com a demanda de práticas mais participativas na saúde, gerando intervenções mais inclusivas.

Como transpor a proposta da Responsabilidade Relacional para a AB e mais especificamente para a Estratégia Saúde da Família, que tem sido tomada com potente estratégia para promover a participação social? Como oferecer inteligibilidade para a convergência desses discursos dando sustentação a novas práticas?

Apesar de não haver técnicas específicas que garantam uma prática relationalmente responsável, algumas posturas, mais relacionais, podem gerar uma interação mais horizontalizada, próxima e produtiva entre trabalhador de saúde/usuário, possibilitando ações mais dialógicas e a Responsabilidade Relacional. Posturas que são profícias para gerar uma sensibilidade ao processo de se relacionar.

A *postura do não saber* (Anderson, 1997), por exemplo, é uma postura que convida o profissional a sair da atitude hierárquica 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.

Outra postura que trata de práticas mais relationalmente responsáveis é a *postura de curiosidade* (Cecchin, 1998), que fala do estabelecimento de um interesse genuíno e de um envolvimento nas histórias contadas por pacientes. A curiosidade sobre uma história permite explorar mais seu acontecimento e interpretação, ampliando as possibilidades de entendimento e de vislumbre de outras faces da mesma questão.

A postura de *ênfase no processo comunicacional* (Efran e Clarfield, 1998) trata de uma postura que valoriza a atividade interativa comunicacional mais do que o foco no conteúdo discutido. 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”.

Essas posturas foram desenvolvidas e são utilizadas no campo da terapia familiar. Sua adoção nos pro-

cessos interativos pode ser apropriada nas práticas de saúde de uma maneira geral, fortalecendo a valorização do processo de relacionar-se, conformando práticas mais colaborativas.

O Percurso da Investigação

Esta pesquisa trata de uma investigação sobre uma intervenção grupal, voltando-se à análise de um grupo de hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família, que, além das atividades assistenciais, desenvolve atividades acadêmicas voltadas à formação de profissionais de saúde de nível universitário e de nível médio, estando ligada à Secretaria Municipal de Saúde e a uma Universidade pública.

A presente pesquisa assume a abordagem qualitativa por interessar-se pelo processo social ocorrido, promovendo uma maior aproximação com a situação investigada e contribuindo na vertente da reflexão e construção de novas perspectivas de conhecimento. Tomando a linguagem nesse aspecto, como prática social e como performance (Spink, 1999), toda mudança narrativa promove também mudança nas ações. Nessa perspectiva, as interações vão gerando sentidos e significados que podem promover ou restringir novas formas de se entender e se relacionar e, consequentemente, de estar no mundo, re-significando antigos discursos e criando novos.

O referencial teórico-metodológico da pesquisa é o construcionismo social, explorando momentos em que o grupo se torna importante referência para a Unidade de Saúde da Família, dando visibilidade para o processo de construção e legitimação desse espaço como participativo, explicitando os sentidos que aí se produzem. As conversações entre trabalhadores de saúde e usuários foram analisadas apontando específicas ações e realidades geradas conforme a interação.

Assim, este estudo teve o esforço de dar visibilidade às conversações entre trabalhadores de saúde e usuários, tomando a participação social como um processo a ser construído coletivamente.

A proposta de dar visibilidade aos processos conversacionais nesta pesquisa tem o objetivo de oferecer ferramentas úteis para o projeto da ESF de integralidade, coletividade e proximidade entre trabalhador de saúde e usuário, mostrando como determinadas formas de conversar podem potencializar o vínculo

e a corresponsabilidade na saúde (Camargo-Borges, 2007). Para isso, uma intervenção em específico foi selecionada.

A escolha dessa intervenção se deu ao buscar uma atividade coletiva em que trabalhadores de saúde e usuários fossem participantes. O grupo escolhido foi um grupo de hipertensão, por se destacar nas atividades da Unidade; por ser o grupo mais antigo, havendo participação, adesão e vínculo por parte dos usuários ao grupo; haver grande rotatividade de trabalhadores de saúde participando; haver uma diversidade de assuntos debatidos, não somente voltados à hipertensão como doença crônica; ser um grupo aberto e receber, ainda, participantes não-hipertensos.

Os encontros grupais semanais, com uma hora de duração, foram acompanhados utilizando-se a técnica da observação participante no grupo, após consentimento livre e informado, conforme aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa (N.0138/CEP/CSE-FMRP-USP).

O procedimento de coleta de dados consistiu do registro áudio-gravado e da transcrição, na íntegra, das conversas grupais, durante o primeiro semestre de 2005, e das anotações de campo. A fase de pré-análise consistiu de leituras sucessivas das transcrições e das anotações, o que permitiu uma aproximação aos processos interativos conversacionais entre trabalhadores de saúde e usuários, buscando posturas mais dialógicas que favoreciam o engajamento entre os participantes. A análise propriamente dita gerou a construção de eixos processuais. Para este artigo apresentaremos o eixo que trata da participação social, tornando este grupo referência para o serviço nas questões relativas à comunidade.

O Grupo de Hipertensão como uma Referência para a Unidade de Saúde da Família

Falando sobre o grupo de hipertensão – a participação sendo construída

O grupo de hipertensão estudado é uma intervenção que faz parte das ações de saúde desta Unidade de Saúde da Família (USF), desde o início de seu funcionamento em 2002. É um grupo que foge à conformação sobre o que se conhece acerca de grupos de hipertensão

em serviços de saúde. Isso porque não se trata de um grupo restrito a hipertensos, recebendo usuários em geral. Também é um grupo que não está focado apenas na mudança de comportamento em relação aos fatores de risco para hipertensão.

É um grupo de caráter espontâneo, não havendo preparação para a entrada de participantes, sejam trabalhadores de saúde, acadêmicos de diferentes cursos (medicina, enfermagem, odontologia etc.) ou usuários. Muitas vezes, um Residente Médico passa a coordenar o grupo e depois de algumas semanas, ao mudar de estágio, outro coordenador entra em seu lugar. Os trabalhadores de saúde, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde em suas visitas domiciliares, quando identificam necessidade de um atendimento mais coletivo ou de aproximação ao serviço, também encaminham para este grupo.

Há grande rotatividade no grupo, o que tradicionalmente não costuma ser recomendado para o seu bom funcionamento, a não ser em grupos já com esta proposta, como os de sala de espera. No entanto, neste em específico, a rotatividade tornou-o mais dinâmico e ativo. Por exemplo, a cada início de grupo, havendo novas pessoas, há a “rodada de apresentação”, dando a todos os presentes a oportunidade de terem a palavra, incentivando-os a dizerem algo de si, do grupo e do serviço. Essa dinâmica faz com que, ao mesmo tempo em que reafirmam seu espaço no grupo, tragam novas histórias de si e do grupo. Apesar de haver rotatividade de participantes, há os usuários fixos, em torno de 10 pessoas, com idade acima de 60 anos, aposentados, classe média baixa.

Também é um grupo que não trabalha com temas pré-estabelecidos. 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 com o assunto escolhido para se discutir, também podendo haver visitantes convidados para debatê-lo. Muitas vezes não há preparação prévia para o grupo, sendo decidido no ato do encontro o tema do dia ou mesmo seguindo o fluxo da conversação grupal.

Com essas características, tornou-se uma referência para a USF, nas mais diversas questões que a comunidade apresenta. Nele, os participantes discutem os acontecimentos administrativos e políticos sobre a Unidade e o sistema local de saúde de modo geral,

sendo também um espaço onde são constantemente informados e consultados sobre festas, atividades e projetos a serem desenvolvidos. Trata-se de um espaço em que diferentes atividades se iniciam para depois terem outros desenvolvimentos na USF, caso haja boa aceitabilidade. 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 pertence.

Eixo de Análise: participação social

O “grupo que se interessa por opinar sobre o que acontece na saúde”

Este eixo processual de análise explorou momentos em que as interações e as posturas conversacionais foram construindo um grupo participativo, tornando-se referência para a Unidade em diversas questões comunitárias. Assim, na análise tentamos compreender como se deu o processo de construção e legitimação deste espaço, e como foram construídos esses sentidos, contribuindo na geração de um grupo participativo e com responsabilidade relacional.

As situações observadas e selecionadas para análise dão visibilidade à construção do grupo como um espaço de engajamento tanto social como político. No início do encontro do dia 30/03, 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 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? (Referindo-se a um serviço de saúde.)

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

Jane - Já ouviu também?

Fátima (enfermeira) - ... já ouvi falar 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? É uma Unidade muuuuito 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 aqui. Então ela atende todos os municípios da região nas especialidades. Mas a mesma especialidade que tem lá, tem na Unidade Distrital 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 Unidade Distrital daqui. (GH 30/03)*

Nessa interação grupal foi possível observar que, além de haver espaço para qualquer tipo de dúvida no grupo, o assunto foi incentivado. Os participantes receberam informações sobre a situação política e administrativa na estruturação do sistema de saúde local; a administração municipal e o grupo de profissionais que está estudando essas questões no município. A nova estrutura do serviço de saúde da área de abrangência, a Unidade Distrital que acabara de ser reformada, também é mencionada e, por ser assunto constante no grupo e referência para esta Unidade, os participantes são convidados nessa conversa a irem conhecer o local de perto, antes mesmo de abrir ao público para o funcionamento.

Analisando essa conversação, observamos 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. Sua postura ampliou a discussão sobre as questões que têm permeado o município, e desdobrou-se em um convite ao grupo para conhecem 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 do “falta médico”, como a própria profissional de saúde citou.

A visita à Unidade Distrital acaba por acontecer e, então, duas semanas mais tarde, a Unidade é aberta ao Grupo de Hipertensão, sendo acompanhados por uma trabalhadora do serviço que explica como será o funcionamento no local. Ao serem escolhidos para conhecerem a nova estrutura, assim como seu funcionamento, são posicionados num lugar privilegiado pela equipe. À medida que são incluídos como atores sociais ativos nesse projeto de re-estruturação da saúde, vai se construindo o processo de Responsabilidade Relacional.

Na semana posterior à visita à Unidade Distrital, o grupo recebe uma trabalhadora da área de farmácia que estava agendada para uma conversa sobre medicamentos. A farmacêutica inicia o grupo, curiosa sobre a visita que fizeram, e incentiva os participantes a emitirem suas impressões sobre a visita e sobre a Unidade de Saúde.

Laila (profissional farmácia) - [...] *Então, eu fiquei sabendo, a Fátima (enfermeira) me contou que vocês na semana passada foram pra... passear, isso?*

Celiane - *Vocês gostaram do passeio?*

Aldo - *Nós gostamos mesmo! Nossa! Mas ficou grande mesmo lá, hein?!(GH 27/04)*

A *postura de curiosidade* (Cecchin, 1998) da profissional de saúde Laila, demonstrando interesse genuíno sobre a visita do grupo à Unidade Distrital, querendo saber de suas histórias, permitiu a exploração da conversação e seu desdobramento. Os participantes do grupo discutem o assunto da nova estrutura da Distrital com envolvimento e demonstrando apropriação, opinando sobre o local, sobre as atividades que serão desenvolvidas e o que ainda falta ficar pronto. No decorrer da conversa, as sugestões se ampliam inclusive para a própria Unidade de Saúde da Família.

O desdobramento dessa conversa leva ao vislumbre de outras facetas da questão, como financiamento e o procedimento para a construção do local, os aspectos

políticos da saúde e a grande amplitude que essas questões tomam no cotidiano dos serviços de saúde. Ainda permanecem nessa conversação por um bom tempo antes de iniciarem o tema previsto para o dia - medicamentos.

A farmacêutica, tendo uma postura de abertura com *enfase no processo conversacional* (Efran e Clarfield, 1998), continuou prontamente conversando sobre essas questões com o grupo, valorizando a atividade interativa comunicacional, sendo assim responiva ao assunto que foi se desenvolvendo, mesmo tendo sido convidada a falar de uma especialidade da sua área.

Essas posturas adotadas na conversação contribuíram para o desdobramento e ampliação desse assunto, que teve início num boato trazido por uma usuária; e que, desdobrando-se em outras possibilidades, colaborou 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 esta.

A situação observada dá visibilidade para o processo conversacional de construção do grupo como dispositivo a discutir questões políticas e administrativas da estrutura de saúde da qual eles são atendidos. Assim, criam-se elementos que reafirmam a sua identidade de “grupo que se interessa por opinar sobre o que acontece na saúde”.

Outro aspecto sobre o grupo, que o torna uma referência para a Unidade, é ter se constituído, no decorrer de seu funcionamento, como um espaço coletivo para discussão e definição de novos projetos a serem organizados pela equipe de saúde.

O encontro a seguir foi quase que em sua totalidade dedicado à 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 estavam sendo organizados na USF.

[...] 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.

Celiane (pesquisadora) - Alguém já fez Tai Chi?

Francisco - Não, o quê que é Tai Chi?

[...] Régis (Residente) - *Tai Chi é uma modalidade de exercício físico como se fosse um... um... karaté, 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?

[...] 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, pra 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)

Régis, numa *postura de curiosidade* (Cecchin, 1998), questiona o interesse do grupo para atividades recreativas, possibilitando ampliar a conversação sobre o tema. Tendo havido receptividade dos participantes nessa conversa, o médico Residente aproveita essa abertura e passa a falar dos projetos que a Unidade está organizando, assim como outros que ainda são ideias não estruturadas. 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, posicionando o grupo como “grupo conselheiro comunitário”.

[...] 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?

[...] Régis (Residente) - E assim, o que seria necessário pra esse grupo, né? A ideia 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 linguiça caseira, fala: - “Vamos lá! Mostra pra gente como é que faz, como 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 haver a proposta de uma demonstração da atividade no grupo, Francisco o nomeia “laboratório”, enfatizando ainda mais seu papel de referência para novas atividades na Unidade. O coordenador, ao imbuir os participantes da responsabilidade de identificar pessoas solitárias para se aproximarem e serem incluídas nas atividades da USF, ainda atribui ao grupo o papel de apoiador, de elo com a comunidade, um espaço de convivência. Francisco valoriza e legitima esses projetos, dizendo da importância em compartilhar os saberes com a comunidade. A inclusão dos participantes na discussão dos projetos, com valorização de suas sugestões, os empodera deixando-os à vontade e gerando um padrão afetivo elevado no grupo. Há uma *postura de curiosidade* (Cecchin, 1998) e também uma *postura de não saber* (Anderson, 1997) por parte do trabalhador de saúde ao estar ativamente curioso e demandando a opinião do grupo para a organização dos projetos.

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

[...] Régis (Residente) - *A ideia dessas atividades assim, pra gente ficar 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 ideia, né? Aquela pessoa que fica em casa, o aposentado que fica o dia inteiro vendo televisão, agora não. Agora tem opção. A ideia 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... entrosa-*

mento que a gente faz com o grupo, né? O que você aprende... [...] 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 ESF tem a missão de promover. Essa articulação entre esses 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 os participantes usuários, 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 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 ideia: “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 vamos... (GH 22/06)*

Ao se colocar numa relação mais horizontalizada com o grupo, implicando-o 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-o relationalmente responsável nessa tarefa. Desta forma vai criando neste grupo uma identidade que dá a ideia metafórica 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.

A posição em 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 para novos projetos a serem

implantados, tornando-se uma referência da comunidade para a Unidade.

Os contextos apresentados deram visibilidade para algumas situações que fazem do grupo este espaço conversacional inclusivo. O posicionamento dos profissionais de saúde 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. Todo esse movimento de inclusão dos participantes nos 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 atividades coletivas, é uma forma de gerar a Responsabilidade Relacional. Dentro dessa perspectiva, 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 e Gergen, 1999).

A proposta da ESF de estar inserida em um território acompanhando as famílias dentro de seu contexto de vida, considerando, portanto, a longitudinalidade da atenção, 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 permanente, considerando a diversidade dos indivíduos e suas famílias. A participação e o controle social, a corresponsabilidade e o planejamento ascendente são diretrizes para que esse desafio se concretize. Para isso é necessário uma aproximação mais qualitativa 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.

As posturas de abertura, curiosidade e respeito dos participantes pelas mais diversas opiniões e ideias, têm feito desse espaço grupal um local de construção e negociação do que é importante tanto para o serviço quanto para a comunidade, sem, contudo, perder sua característica de ser um grupo que cuida de seus pacientes hipertensos. Dessa forma, tem conseguido operacionalizar as abstratas diretrizes de participação e controle social, corresponsabilidade e planejamento ascendente, promovendo inclusão, vínculo, adesão e contribuindo para a viabilidade desse projeto no SUS.

Considerações Finais

A proposta deste artigo foi trazer a perspectiva do construcionismo social, mais especificamente a Responsabilidade Relacional para a AB, como ferramenta útil na contribuição para a transformação das práticas de saúde. Quando o outro na relação é investido de saber e reconhecimento e tomado como participante ativo na intervenção, a história a ser construída entre essas pessoas passa a ser relationalmente responsável. Isso significa as pessoas construírem essa história com tal apropriação e envolvimento que também se responsabilizarão por ela.

Esses momentos conversacionais apontados nas situações apresentadas do grupo são 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 corresponsável pelas mudanças propostas para sua comunidade.

Alguns autores já vêm problematizando o trabalho com grupos propondo uma resignificação e redescrição deste enquanto uma prática discursiva e não enquanto uma entidade em si mesma (Guanaes, 2006; Rasera e Japur, 2006; Rasera e Japur, 2007). Tomando o grupo como um processo de construção social (Rasera e Japur, 2007), este não existe para além das formas de dizer-lo, ou seja, são suas interações e suas conversas que constroem seu funcionamento e permitem 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, esse grupo serve como um exemplo dessa problematização ao não seguir uma orientação mais tradicional e técnica de intervenção e, no entanto, ter construído em suas relações um jeito particular de funcionar que deu certo.

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

Esta forma mais dialógica de funcionamento do grupo promove outra configuração de intervenção possível, oferecendo assim ideias 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 técnicas a serem aplicadas, que acabam por afastá-lo de uma interação espontânea e envolvida com pessoas com 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.

Assim, a análise deu visibilidade aos processos conversacionais, a posturas de Responsabilidade Relacional, promovendo o desenvolvimento de conversas que permitiram a diversidade e a multiplicidade, possibilitando também vínculo e engajamento.

Desta forma, apontamos a importância das práticas dialógicas promovendo relações mais colaborativas entre trabalhadores de saúde e usuários, e a Responsabilidade Relacional como recurso promotor de novas possibilidades em saúde.

Referências

ANDERSON, H. *Conversation, language and possibilities: a postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 - Política Nacional de Atenção Básica, de 28 de março de 2006. Estabelece diretrizes e normas para a Atenção Básica em saúde no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção I, p. 71.

CAMARGO-BORGES, C. *Responsabilidade Relacional como ferramenta teórico/prática na promoção de novas possibilidades na atenção à saúde: uma análise de processos conversacionais entre trabalhadores e usuários*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CECCHIN, G. Construindo possibilidades terapêuticas. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. (Org.). *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 106-116.

EFRAN, J. S.; CLARFIELD, L. E. Terapia construcionista: sentido e contra-senso. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Org.). *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 239-259.

GERGEN, K. J. *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University, 1997.

GERGEN, K. J. *An invitation to social construction*. London: Sage, 1999.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GUANAES, C. *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Votor, 2006.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais: a perspectiva dos participantes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 134-140, 2001.

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.

MCNAMEE, S. Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. In: GONÇALVES, M.; GONÇALVES, O. (Org.). *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto, 2001. p. 235-264.

MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Ed.). *Relational Responsibility: resources for sustainable dialogue*. London: Sage, 1999.

MENDES, E. V. *A Atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Coletiva do Ceará, 2002.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas*. Washington - DC, 2007.

RASERA, E. F.; e JAPUR, M. *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Votor, 2007.

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.

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*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano. aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

TEIXEIRA, C. F. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 423-426, 2002.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

Recebido em: 23/07/2007

Reapresentado em: 12/03/2008

Aprovado em: 13/03/2008