

Da Autonomia à Responsabilidade Relacional: Explorando Novas Inteligibilidades para as Práticas de Saúde

*From Autonomy to Relational Responsibility: Exploring New
Understandings of Healthcare Practices*

Celiane Camargo-Borges^{*1}, Silvana Mishima¹ & Sheila McNamee²

¹Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP

²Universidade de New Hampshire, Durham, NH, EUA

Resumo

A organização da saúde e suas práticas vêm se transformando ao longo do tempo articuladas aos movimentos sociais e científicos, adquirindo diferentes significados conforme a época. Mais contemporaneamente, o conceito de autonomia, entendido como princípio da liberdade de escolha, tem sido privilegiado neste contexto. Trata-se de um artigo de revisão e estudo crítico da literatura, problematizando o caráter individualista deste conceito e sua repercussão nas práticas de saúde. A Responsabilidade Relacional (RR) é apresentada como recurso mais consonante com as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS). A RR versa sobre o processo de se relacionar, propondo uma definição mais dialógica das práticas de saúde. Assim, favorece a aproximação e vínculo entre os atores sociais envolvidos, gerando caminhos para o comprometimento e co-responsabilização. Há possibilidade de uma autonomia menos individualista e mais relacional e responsável.

Palavras-chave: autonomia; responsabilidade relacional; construcionismo social; atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Healthcare practices and their organization have changed along the years, in articulation with social and scientific movements, acquiring separate meanings throughout history. Nowadays, the concept of autonomy, understood as the principle of freedom of choice, has been privileged in this context. This study addresses the individualistic character and use of that concept in the healthcare context. Relational Responsibility (RR) is presented as a coherent resource to the premises of the Unified Health Care in Brazil, especially in Primary Health Care. RR concerns relational processes, taken within a dialogical approach toward healthcare practices, allowing practitioners to promote proximity and bonding among social actors involved, creating paths for compromise and co-responsibility. Hence the possibility of a less individualistic and more relational and responsible concept of autonomy.

Keywords: autonomy; relational responsibility; social constructionism; primary healthcare; Unified Healthcare System (Brazil).

A organização da saúde e suas práticas vêm se transformando ao longo do tempo articuladas aos movimentos sociais e científicos, adquirindo diferentes significados conforme a época. Desde a modernidade, 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 Shower (2005) chama de “pré-modernidade”. A pré-modernidade é caracterizada pela autora como um longo estágio

* Endereço eletrônico para correspondência: celianeborges@gmail.com

da história em que predominava a magia e o mito na produção de sentidos e de conhecimento sobre as coisas. 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).

O Iluminismo foi o marco de transição do início da modernidade. 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 a ciência como sua principal aliada.

Através do uso da razão, o Homem tornou-se livre dos desígnios metafísicos e passou a ser dono de si e das ciências. Temos assim, o nascimento do indivíduo racional, do modernismo e da sustentação da ciência moderna. (Sturken & Cartwright, 2001)

No campo da saúde, o processo saúde/doença, marcado por um caráter mágico/religioso, 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. A ciência moderna transforma o indivíduo num corpo biológico, constituído por órgãos e sistemas, numa perspectiva de máquina funcional, tornando este corpo 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 (Capra, 1982; Scliar, 1996).

O modelo vigente de atenção à saúde passa então a ser o biomédico, centrado no corpo biológico, que trocou a cura pela fé por procedimentos científicos. O furor decorrente das rápidas mudanças tecnológicas também foi contribuindo na alteração da visão de Homem na saúde. A enfermidade passa a ser vista como disfunção, ou seja, decorrente da alteração de alguma estrutura anatômica ou fisiológica. O Homem foi transformado então em uma máquina, sendo os órgãos suas peças componentes. A

função do médico seria a reparação de algum enguiço nesta máquina (Capra, 1982). Dentro deste raciocínio, passa a ser responsabilidade do médico o futuro do doente, tornando-se o paciente seu objeto de estudo e intervenção.

Por muito tempo este foi o modo de funcionamento das pesquisas e das práticas na saúde, contudo alguns autores passam a discutir e problematizar o poder delegado às ciências, o estatuto de verdade que esta clama para si, apontando algumas conseqüências desastrosas deste poder (Sevcenko, 1995).

Assim, depois de um longo período de ascensão e poder inquestionável da ciência moderna, estudos voltam a trazer dúvidas e questionamentos sobre tais verdades universais.

A saúde, neste bojo, também passa a ser questionada, apresentando-se dispendiosa demais com a adoção das tecnologias modernas de alta densidade e ao mesmo tempo muito pouco humanizada (Mendes, 1996; Merhy, 2000; Mattos, 2001; Brasil, 2006, 2006a).

Uma crise internacional se abate neste campo que vai se desdobrando em diversas dimensões. As principais dimensões dizem 1) da ineficácia e ineficiência presentes pelo incremento dos gastos com a saúde aliada a irracionalidade na alocação dos recursos e ao baixo impacto nos padrões sanitários da população; 2) da iniquidade, caracterizada pela disponibilidade da atenção médica variando inversamente às necessidades da população e; 3) da satisfação, havendo um generalizado descontentamento popular em relação aos recursos dependidos com a saúde, não havendo correspondência entre a satisfação dos usuários e os gastos per capita em saúde (Mendes, 1996).

Com esta crise, diversos movimentos passam a defender uma atenção em saúde mais integral e humanitária, considerando a amplitude de seus determinantes sociais. Também devido à crise capitalista internacional pós-segunda guerra mundial, há uma tendência de reorientação dos modelos assistenciais em saúde buscando menores gastos junto a este movimento de humanização.

Nessa perspectiva, a trigésima Assembléia Mundial de Saúde apresentou a meta social do que ficou conhecido como “*Saúde para todos no ano 2000*”. Essa consigna trouxe o desafio da conquista

de um nível de saúde satisfatório para todas as pessoas do mundo que as capacitassem para uma vida social e econômica digna e produtiva. A proposta é que isso acontecesse até o ano 2000 (Starfield, 2002).

A Conferência de Alma Ata também foi um marco nesse movimento em prol da transformação da saúde (WHO, 1978). Discutiram-se nesta, ações privilegiando a promoção de saúde e prevenção de doenças com o objetivo de se alcançar a meta social lançada pela Assembléia.

Dentro desse processo de reorientação da organização e práticas em saúde, alguns conceitos são trazidos como apoiadores dessas mudanças. O conceito de autonomia foi um deles, embasando inicialmente as discussões no campo da ética biomédica, num movimento de problematização das pesquisas em saúde da forma como vinham acontecendo.

A reflexão ética foi se fortalecendo neste contexto pela necessidade de conter certos experimentos na área da saúde. O horror suscitado pelas experiências científicas nazistas da segunda guerra mundial e também pelas intervenções com grupos minoritários e excluídos, tais como presidiários, negros e deficientes mentais trouxeram a necessidade de reflexão sobre o poder irrestrito das ciências na saúde. Desta reflexão foram elaborados alguns relatórios, códigos, declarações e diretrizes na tentativa de controlar tais pesquisas (Spink, 2000).

O relatório Belmont se tornou a grande declaração clássica da ética biomédica do chamado principialismo. Trouxe três princípios globais que deveriam reger toda a reflexão na pesquisa em saúde: a autonomia (princípio da liberdade de escolha e da qualidade de agente), a beneficência (princípio de tomar atitudes positivas que contribuam para o bem-estar das pessoas) e a justiça (princípio que considera aquilo que é devido às pessoas, como um tratamento justo, equitativo e apropriado) (Beauchamp & Childress, 2002).

O principialismo teve muita repercussão no campo da saúde em geral, por substituir códigos normativos tradicionais, trazendo um esquema claro, prático e produtivo para primeiramente a pesquisa e, posteriormente também para as decisões clínico-assistenciais, representando como que uma cartilha ética para os médicos

(Beauchamp & Childress, 2002).

Todas estas discussões éticas trouxeram um movimento de retorno ao conceito da autonomia e seus princípios aplicados à saúde, como forma de problematizar e relativizar o poder médico sobre seu objeto de estudo – as pessoas.

A autonomia como princípio

Etimologicamente a autonomia vem do grego significando 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, direitos de liberdade, privacidade e escolha dos próprios comportamentos.

Segundo a definição da enciclopédia Houaiss (Houaiss & Villar, 2001): é a capacidade de se autogovernar, tomar decisões livremente, com liberdade e independência moral ou intelectual.

Na filosofia, Kant é quem introduz o conceito de autonomia. Enaltecendo a razão como detentora de lei própria, caracteriza o indivíduo racional como aquele possuidor de independência para determinar seus desejos e objetos de desejo, com liberdade de vontade. Este seria o indivíduo autônomo. Contrasta com o termo heteronomia, caracterizando-a como um aprisionamento da vontade ao desejo de alcance de ideais como o da moral, felicidade ou perfeição (Abbagnano, 2000).

A autonomia foi bastante aclamada no movimento iluminista, como conquista do homem enquanto indivíduo e dono de si. Foi a ética biomédica quem trouxe este conceito para a área da saúde. A autonomia, segundo o principialismo, seria a capacidade de autogoverno, compreensão, raciocínio, deliberação, escolha independente e ação voluntária de um indivíduo diante de uma intervenção em saúde (quando uma pessoa quer uma ação sem estar sob o controle de alguma influência).

O paradigma básico da autonomia na saúde ficou inicialmente caracterizado pelo uso do consentimento informado e expresso do paciente ou sujeito da pesquisa, ou também em uma intervenção de saúde, para autorização de qualquer procedimento. Duas questões foram colocadas como fundamentais: a liberdade e a qualidade de

agente.

Porém, segundo Beauchamp e Childress (2002), para que a autonomia dos pacientes fosse instituída e respeitada, deveria haver sempre um consenso médico sobre a capacidade competente de se fazer escolhas por parte daqueles. Os autores, discutindo a complexidade da autonomia, discorrem sobre a influência cultural que pode comprometer o que chamam de “autonomia pura” nesse processo. Apesar de considerarem as noções morais como derivativas das tradições culturais, acreditam que uma decisão autônoma deva ter independência moral.

Apesar de a autonomia ser um princípio fundamental a ser exercido para a ética na saúde, os autores dizem ser necessário estabelecer padrões para este exercício e muitas vezes para o seu controle nas decisões dos pacientes: *“Se a escolha é limitada pela ignorância, como no caso de uma crença da qual pode ser demonstrada a falsidade, pode ser admissível, ou talvez obrigatório, promover a autonomia tentando impor as informações recusadas”* (Beauchamp & Childress, 2002, p. 185).

Portanto, o indivíduo para obter o direito da autonomia nas suas decisões, segundo a medicina, deveria primeiramente ter a capacidade para exercê-la. Os autores, em suas discussões, vão apontando vários tipos de capacidades e incapacidades e algumas formas de avaliá-la, podendo ser decorrente de questões física ou mental.

Falam também da questão da compreensão das informações transmitidas sobre uma condução de pesquisa ou de tratamento. Estas devem ser adequadamente comunicadas pelos profissionais da saúde e adequadamente compreendidas pelos pacientes ou sujeitos da pesquisa. A não revelação intencional de alguma informação por parte do médico é admitida e pode ser utilizada em alguns casos muito específicos, como por exemplo, em situações que o princípio da beneficência esteja sobrepujado ao da autonomia.

As divergências morais que podem ocorrer entre profissional e paciente em uma determinada situação podem ser consideradas como incapacidade deste último, um motivo justificado para não autorizar sua autonomia, alegando ignorância do mesmo e risco quanto a sua tomada de decisão. Alguns modelos de decisão substituta

também são aceitáveis em situações que o interessado não tiver condições de ser autônomo, por uma incapacidade temporária ou permanente.

A forma como a autonomia vai sendo discutida e proposta no âmbito da saúde pela área biomédica está totalmente afinada à lógica médica de seu tempo, compreendida dentro do paradigma positivista da ciência moderna, que se apoderou do corpo humano, tomando-o como sua propriedade de entendimento, predição e controle. Nesta perspectiva, a escolha autônoma configura-se como a capacidade de compreender a melhor escolha dentre várias, sendo que a melhor está justificada dentro do arcabouço científico.

A autonomia vai tomando dimensões gigantescas 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, o discurso ao respeito e à satisfação dos usuários passa a ser de extrema importância no sistema de saúde. Nesse sentido, 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 vida, indicando seus rumos tanto no nível individual como coletivo.

Com a reorganização do sistema de saúde em níveis de atenção, a Atenção Primária à Saúde passa a ser o primeiro nível de contato com a população, com a proposta de um trabalho com vínculo, participação, integralidade, marcada sempre pela coordenação das ações em saúde, favorecendo uma intervenção mais contextual, coletiva e de maior proximidade usuário/equipe, permitindo que a longitudinalidade da atenção esteja presente (Starfield, 2002). O planejamento ascendente tem o papel fundamental de garantir esta proximidade, tanto no sentido de se embasar na realidade local para planejar as ações, como também por proporcionar a participação da comunidade na definição de prioridades. As intervenções são então propostas levando sempre em conta a necessidade das pessoas e da comunidade.

Por todas essas características, há o incentivo de uma maior abertura à população a se intervir, reconhecendo e valorizando os saberes populares e locais. Nesse bojo, novamente vê-se a valorização da autonomia, como forma de dar poder ao

usuário e a comunidade.

Os locais que têm sido considerados como potentes para a geração da autonomia na APS são os espaços das intervenções coletivas, por propiciar maior interação entre profissional de saúde e usuário, sendo assim caracterizado como um ambiente de cuidado diferenciado (Sousa & Carvalho, 2003). A produção do acolhimento e do vínculo decorrente dessas intervenções grupais são postas também como contribuintes da produção da autonomia do indivíduo na saúde (Schimith & Lima, 2004).

No entanto, observando de perto a proposta dessas intervenções valorizando a coletividade, gerando assim maior capacidade de interação, fica marcado seu caráter educativo e instrutivo acerca de hábitos mais saudáveis e melhores formas de ser e estar na convivência do usuário com a patologia em questão. Mesmo a educação em saúde, compreendida por muitos profissionais, como uma ferramenta de intervenção democrática e emancipadora, acaba muitas vezes por associar autonomia ao aprendizado do que é tido como melhor, justificada também dentro de um rol privilegiado de atitudes a que o usuário deveria se apropriar. Segue uma fala que exemplifica como tais práticas têm sido compreendidas:

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 valorize a interação e se considere a subjetividade, a proposta acaba sendo de apropriação por parte do usuário de um conhecimento privilegiado - o técnico - para melhor intervir em sua realidade. A construção da coletividade e da aproximação acaba por visar uma melhor apreensão do conhecimento “oficial” da saúde.

Problematizando o conceito de autonomia

A autonomia na saúde, como visto, tem sido

empregada dentro do raciocínio das asserções da ciência moderna. Nesse raciocínio, as intervenções almejam “ensinar” autonomia, sendo as práticas organizadas de modo a permitir o acesso às informações privilegiadas quanto à melhor forma de proceder nos cuidados à saúde. Dessa maneira, apresenta-se muito mais como uma concessão do que como um processo negociado e dialógico.

Dentro dessa tradição, em que a ciência é o termômetro do certo ou errado, do permitido e do proibido, as divergências morais acabam sendo interpretadas como ignorância dos sujeitos envolvidos, ou mesmo como descomprometimento, já que o único saber validado é o legitimado pelas ciências. Muitas divergências também são atribuídas a um entendimento errôneo por parte de um paciente quanto a um tratamento prescrito, e o objetivo, nestes casos, está em aprimorar novas formas de transmissão e aquisição do conhecimento técnico.

Nessa lógica científica, faz sentido não se autorizar à autonomia em alguns casos, já que há um saber certo a se encontrar. Por também estar centrada no indivíduo e não nos processos relacionais em contexto, obviamente todo o foco da autonomia se volta a ele, havendo uma responsabilização unilateral de seus atos.

Considerando essas colocações acima: Qual a repercussão na saúde ao se utilizar a autonomia como conceito e ferramenta privilegiada para a transformação de suas práticas num contexto contemporâneo em que se tem valorizado a diversidade de saberes e a localidade e uma intervenção? Quais as implicações desta forma de compreensão e atuação?

O entendimento da autonomia sob a perspectiva individualista apresentada acima pode ter como produto final da saúde a estigmatização da pessoa. À medida que se considera que é na mente do indivíduo onde o conhecimento é produzido e a ação é criada, todo comportamento será compreendido como decorrente de um julgamento moral individual e a responsabilidade sempre estará voltada a este indivíduo, seja vangloriando-o ou culpabilizando-o. Tomando como exemplo a não adesão a um tratamento prescrito, o sentido atribuído é geralmente o fracasso da intervenção e está remetido a um indivíduo. Pela relação hierárquica que se

estabelece entre profissional de saúde/paciente, a culpabilização acaba sendo dirigida ao paciente, sendo muitas vezes considerado negligente ou mesmo ignorante (Camargo-Borges & Japur, 2008).

Uma outra implicação importante que decorre deste entendimento individualista 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. Voltando ao exemplo da não adesão a um tratamento, outros fatores que poderiam ser analisados, como o processo de trabalho em saúde adotado, a relação estabelecida entre equipe de saúde-usuário, o contexto da intervenção, e mesmo o vínculo com o profissional e o serviço, que poderiam contribuir para complexificar o entendimento da questão, ficam limitados à culpabilização do paciente.

O foco no indivíduo, que inicialmente teve caráter emancipador e libertador acabou por deixá-lo subjugado novamente a algo (ciências) e a alguém (especialistas).

A pós-modernidade e os novos discursos na saúde

Vários movimentos têm revisto e problematizado a tradição individualista e suas implicações, propondo outras formas de compreensão da produção do conhecimento (Burr, 2003; Sampson, 1993; Guanaes, 2006; Raser, 2004, Camargo-Borges, 2007). Estes movimentos têm sido reconhecidos como pós-modernos, numa crítica à epistemologia moderna.

Os teóricos, nessa problematização, passam a por em xeque o paradigma moderno, rompendo com a dicotomia sujeito-objeto e apontando para a impossibilidade de um discurso monovocálico do conhecimento e da verdade. Na perspectiva pós-moderna, a verdade passa a ser tratada como produto de contextos históricos, construída e negociada entre as pessoas em suas relações (Grandesso, 2000).

Nesta perspectiva, questões como a ciência, o poder e o indivíduo são tratados dentro de uma outra lógica, mais localizada, histórica e contextual.

Nesse sentido, a verdade não está em um lugar ou outro, mas nas relações que se estabelecem. Assim, a busca pela mudança passa a focar essas relações e não na transferência de saber e poder de um indivíduo para outro.

Dentro das abordagens pós-modernas, numa perspectiva mais dialógica, temos um discurso, o construcionismo social, que também tem contribuído com novos entendimentos teórico-práticos na produção do conhecimento.

Compartilhando de uma teoria relacional do significado (Gergen, 1997) o construcionismo social traz como premissa o significado produzido na interação entre as pessoas e não por uma mente individual. É o que as pessoas fazem juntas que viabiliza a existência de determinadas linhas de ação e interpretação. O potencial de significação está no relacionamento e na forma como as pessoas enunciam e suplementam suas conversas, coordenando suas ações.

Desta forma os sentidos de uma ação estão sempre referidos, em última instância às relações que se sustentam em uma sociedade. À medida que se compartilha determinada descrição de mundo, gera-se possibilidade de ação e conseqüentemente de realidade.

Tratando-se, de uma teoria relacional, o construcionismo social toma com objeto central de investigação o que acontece entre as pessoas nos seus encontros, como constroem e organizam suas vidas, buscando compreender como se dá suas realidades nas relações. Ocupa-se, portanto, do processo interativo à medida que este vai acontecendo, não se propondo a um repertório de técnicas específicas e métodos estabelecidos a priori para uma intervenção mais eficaz (McNamee, 2001).

O modelo biomédico, neste contexto de crises e transformações, passa também a ser questionado. Muitos autores assinalam seu limite no cuidado com a saúde, apontando determinantes sociais no processo saúde/doença. Assim, há um entendimento mais complexo do ser humano, sendo este compreendido numa inter-relação com as coisas a sua volta e nas suas relações, levando-se em conta a diversidade de saberes que interferem na saúde/doença. O processo saúde/doença desloca então o indivíduo como centro das disfunções para agora ser compreendido mais

integralmente, ou seja, inserido numa unidade familiar, social, cultural, histórica e também econômica. Há então um movimento de reorientação na saúde, que se transpõe de uma abordagem individualista para outra mais relacional (Capra, 1982).

Responsabilidade Relacional: a autonomia na perspectiva pós moderna

Como visto, as questões de saúde vêm sendo problematizadas em seu modelo tradicional e têm sido tratadas como uma complexidade de determinantes que podem favorecer ou impedir um estado saudável. Assim, a ênfase dada indica a elaboração de propostas menos “tecnificadas” de trabalho, que valorizem uma diversidade de saberes e que privilegiem maior proximidade com a comunidade a se intervir. Nesta perspectiva, a autonomia em sua forma tradicionalmente entendida e aplicada na saúde, deve ser problematizada.

Apresentaremos aqui o conceito da Responsabilidade Relacional (McNamee & Gergen 1999), também compreendida como recurso/ferramenta de intervenção, para uma reflexão acerca da autonomia. A Responsabilidade Relacional (RR) é 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.

Também é um recurso que dá forma e sustentação ao sócio construcionismo como uma teoria relacional. Compartilhando das mesmas premissas, a RR sustenta o conceito de dialogismo¹ a que o sócio construcionismo abraça, num esforço de trazê-lo para a prática cotidiana das relações, atentando-se para o processo de se relacionar. Enfatiza o pressuposto central deste discurso: a linguagem significativa gerada dentro dos processos relacionais. Foca-se nas interações como construtoras 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.

Num movimento de questionamento da mente individual como produtora da linguagem e do entendimento, a linguagem aqui é tomada se constituindo e sendo constituinte de práticas sociais. Assim, há uma ênfase nesses processos relacionais como geradores e legitimadores das construções de todas as atividades humanas (Spink, 1999). Este entendimento problematiza a responsabilidade individual que, por promover divisórias bem delimitadas de moralidade, justificadas por uma racionalidade objetiva, em que as pessoas são localizadas estando de um lado ou de outro nas argumentações, acaba por gerar antagonismos e polaridades, dificultando assim a polissemia, a negociação e mesmamente, a inclusão social (Gergen, 1999).

A RR também problematiza a responsabilidade individual, podendo ser versada tanto sob o aspecto teórico/epistemológico como sob o entendimento de ser uma ferramenta/recurso interventivo (McNamee & Gergen, 1999).

O aspecto teórico/epistemológico da RR, trata do processo de produção de conhecimento, sendo tomado como dialógico e relacional. Nesta 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 da construção conjunta nas interações, então há uma responsabilidade coletiva por esta construção e não individual. É por isso que somos implicados e relacionalmente responsáveis em todos nossos atos, pois eles só se sustentam no conjunto das relações a que pertencemos.

A RR apresenta também um aspecto interventivo, uma vez que se constitui um recurso para a promoção do diálogo transformativo. Entendendo que somos seres relacionalmente construídos, a proposta é que se invista nesta condição humana construindo intervenções mais sensíveis às relações, apostando nas aproximações nas interações, num processo de sensibilização para uma comunicação mais colaborativa, contextual e responsável, gerando interações menos polarizadas e hierarquizadas.

Com isso, torna-se sustentável um processo comunicativo que não seja baseado em

¹. Segundo Sampson (1993) dialogismo é um conceito que trata dos processos conversacionais, da qualidade conversacional da natureza humana. Para o autor, estes processos que ocorrem entre as pessoas nas suas relações geram profunda implicação a tudo que somos e fazemos.

antagonismos, mas em multiplicidades e aproximações, acreditando-se que os sentidos e a mudança 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 correspondente a um indivíduo ou a uma realidade abstrata e objetiva, focando-se em uma inteligibilidade relacional, ou seja, no que ocorre entre os indivíduos nas suas relações (McNamee, 2001).

A Responsabilidade Relacional como recurso na transformação das práticas em saúde

Se tomarmos especificamente a Atenção Primária à Saúde, que tem privilegiado uma intervenção mais articulada à comunidade, levando em conta o contexto local e a diversidade de saberes envolvidos no processo saúde/doença, a RR pode ser recurso potente no auxílio à transformação das tradicionais práticas?

Autores vêm discutindo dificuldades na transformação do modelo tradicional em saúde, apontando para complexidade do sistema de saúde em sua organização, havendo interesses hegemônicos e forças ideológicas presentes nas formulações de políticas públicas que impedem esta transformação (Salum, 1999; Miranda, 1998; Franco & Merhy, 2003).

Merhy (2000) aponta que maior atenção deveria ser dada ao processo de trabalho em saúde, principalmente nas relações intercessoras entre trabalhador-usuário, para que fossem reconfiguradas as práticas de saúde e para a produção de cidadãos mais participativos. Questiona a potência da proposta de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde, já que este movimento tem sido dificultado por uma atuação mais tecnicista e menos inclusiva na saúde.

Segundo Hyde e Bineham (2000), a oferta de uma outra inteligibilidade a um campo de conhecimentos e práticas trata-se de tarefa nada fácil. Quebrar o paradigma hegemônico moderno da saúde, fundamentado no tecnicismo, nas relações hierárquicas e com foco no indivíduo para oferecer 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.

Estes autores dizem ainda, das dificuldades de implementação de intervenções dialógicas e co-responsáveis. Um dos principais fatores mencionados, que dificulta a adesão dos profissionais a intervenções com foco na interação e no processo conversacional é por estas serem da ordem do imprevisível, não havendo a oferta de técnicas a-priori.

Especificamente na área da saúde, a dificuldade na adesão a essas intervenções se dá pela formação eminentemente tecnicista do trabalhador de saúde, sentindo-se inseguro e despreparado para uma prática mais relacional ou também desvalorizando práticas que rompem com o saber “especialista”.

Como promover inteligibilidades que incentivem e sustentem intervenções mais dialógicas?

Hyde e Bineham (2000) acreditam que, uma boa maneira de gerar um entendimento epistemológico da construção interativa da realidade seja através da própria realização de práticas comunicativas dialógicas. Tais práticas levariam a uma vivência mais efetiva na direção da interação proporcionando experiências transformadoras e, conseqüentemente, promovendo a compreensão desta inteligibilidade de produção de conhecimento na própria prática.

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

Dentre elas apresentaremos a postura do não saber (Anderson, 1997), de colaboração (Anderson & Goolishian, 1998), de curiosidade (Cecchin, 1998), de ênfase no processo comunicacional (Efran & Clarfield, 1998) e de introdução da diferença e da proposição de novas formas de descrição dos eventos (Fruggeri, 1998) como forma de dar visibilidade ao que estamos propondo,

A *postura do não saber* (Anderson, 1997) é uma postura que 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.

A *postura de colaboração* (Anderson & Goolishian, 1998), semelhante à postura do não saber, é uma postura de dirigir maior atenção à lógica do outro, propiciando a construção de outros entendimentos possíveis. Esta postura diz de momentos em que o usuário é tratado como um especialista de sua própria vida por ser ele quem a vive, enquanto que o profissional se torna um arquiteto do diálogo, contribuindo para construção da conversa, tomando o usuário como participante ativo nesta produção.

A *postura de curiosidade* (Cecchin, 1998) fala do estabelecimento de um interesse genuíno e de um envolvimento nas histórias contadas pelos participantes. A curiosidade sobre uma história permite explorar mais seu acontecimento e interpretação, ampliando a possibilidade de entendimentos e de vislumbre de outras faces da mesma questão.

A *ênfase no processo comunicacional* (Efran & Clarfield, 1998) trata de uma postura que valoriza a atividade interativa comunicacional ao invés de somente focar 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”.

E por último, a *introdução da diferença e da proposição de novas formas de descrição dos eventos* (Fruggeri, 1998) é uma postura que incentiva a diversidade, estimulando diferentes histórias e permitindo a negociação entre os participantes, a desconstrução e reconstrução de conceitos em uma conversa.

A adoção dessas posturas mais relacionais num processo conversacional pode ser apropriada na saúde de uma maneira geral. Levando-se em conta, especificamente, 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 adequadas para conformação de práticas mais colaborativas e mais

atentas à coordenação das ações entre os atores sociais envolvidos.

É importante dizer que, nesta perspectiva de intervenção, não se objetiva em momento algum pôr em cheque a especialidade do profissional, seu saber, ao mesmo tempo em que não se põe em cheque o saber da comunidade. Também não há um objetivo de promover consensos sobre entendimentos. Ao contrário, a proposta é criar um ambiente em que tanto profissional quanto usuário possam continuar permanentemente em diálogo, buscando alternativas para lidar com as mais diversas questões de saúde, criando ações coordenadas de intervenção, mesmo partilhando diferentes opiniões.

Quais as implicações éticas, políticas e práticas ao abraçar a perspectiva da RR como construtora de realidades e de práticas mais colaborativas na saúde?

Este entendimento, de que as pessoas estão relacionalmente responsáveis por seus atos, 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.

Promovendo tal inteligibilidade, estes recursos apresentados podem ser apropriados pelos trabalhadores de saúde em suas mais diversas ações, estando mais atentos ao processo de se relacionar. Assim, eticamente se estabelece uma relação mais próxima e respeitosa entre os atores sociais envolvidos. Politicamente, se incrementa a possibilidade de transformação do modelo assistencial em saúde segundo a lógica proposta pelo SUS e na prática, ações podem ser organizadas em maior consonância entre as necessidades de saúde da comunidade e o projeto de uma equipe.

Segundo McNamee (2001) esta mudança de foco da RR, 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, passando a ser entendidas como 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, evita a tradicional culpabilização individual, revitalizando o sentido de comunidade, de relevância social e cultural.

Transpor o conceito de RR para as práticas de saúde 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) construindo um trabalho que surja das necessidades coletivas em que todos se responsabilizem pelo desenvolvimento e pelas conseqüências deste trabalho.

Este tipo de prática tem seu foco primordial na relação, no “*nós*”, no que as pessoas fazem juntas, promovendo maior comprometimento, responsividade, inclusão, envolvimento e pertença no processo conversacional, gerando assim um respeito maior pela relação e um cuidado na sua preservação.

A Responsabilidade Relacional, portanto, pode ser um entendimento não somente conceitual, potente para o propósito democrático da saúde - apontando responsabilidade coletiva nas ações - como também pode ser uma oferta prática de intervenção para o diálogo, em que os profissionais possam criar intervenções mais responsivas, sendo mais atentos na produção coletiva de sentido e de vínculos. 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 entre eles.

As implicações sobre o processo de trabalho em saúde a partir desta perspectiva apontam para a possibilidade de construções interventivas que reconheçam e valorizem a participação tanto do profissional de saúde quanto do usuário na construção de sentidos sobre saúde/doença e, conseqüentemente, do projeto terapêutico a se seguir, podendo estar eles relacionalmente responsáveis.

Desta forma, a importância dos espaços coletivos de interação não se dá apenas pela

aproximação entre os atores sociais, mas também e, principalmente, pelo que se produz nesta interação.

Neste raciocínio, a autonomia pode ter seu significado redefinido, rompendo com a cultura individualista do indivíduo autocontido e ascendendo à Responsabilidade Relacional. A partir do foco na interação entre profissional de saúde e usuário, incentivando-se posturas relacionalmente responsáveis, possibilita-se a geração do vínculo, da confiança e da construção de um projeto terapêutico comum. Tais narrativas facilitam o engajamento promovendo a sensação de auto-agenciamento, ou seja, implicando-se na situação vivida, tanto usuário como profissional negociam e apropriam-se do que lhes cabe em relação ao cuidado e autocuidado, envolvendo-se na construção de um entendimento e uma ação mais integral, coerente e participativa.

As questões a serem perguntadas passam então a ser outras, assim como a forma de lidar com elas. Ao invés das perguntas como: *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?* ou *Como temos contribuímos para a manutenção desta situação?* ou ainda *Como poderíamos fazer diferente?*

Desta forma, é possível pensarmos numa autonomia responsável ou numa autonomia relacional, ou seja, a interação gerando vínculos e pertencimento que permita ao usuário ter as rédeas de sua vida em suas escolhas.

A proposta da Responsabilidade Relacional enquanto um recurso interventivo, trata-se da busca desta autonomia responsável em que a diversidade possa ser reconhecida e legitimada, estabelecendo uma relação que gere caminhos possíveis de comprometimento e coresponsabilização de todos os atores sociais envolvidos.

Referências

- Abbagnano, N. (2000). *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities. A postmodern approach to therapy*. New York: BasicBooks.
- Anderson, H., & Goolishian, H.A. (1998). O cliente é o

- especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In McNamee, S., & Gergen, K. *A terapia como construção social* (pp. 147-171). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Brasil. Ministério da Saúde (2006). *Portaria 648 de 28 de Março de 2006 – Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil Ministério da Saúde (2006a). *Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS*. Documento Base. Brasília: Ministério da Saúde.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism*. London: Routledge.
- Camargo-Borges, C. (2007) *Responsabilidade Relacional como ferramenta teórico/prática na promoção de novas possibilidades na atenção à saúde: uma análise de processos conversacionais entre trabalhadores e usuários*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Camargo-Borges, C. & Japur, M. (2008). Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enferm*, 17 (1), 64-71..
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Cecchin, G. (1998). Construindo possibilidades terapêuticas In McNamee, S., & Gergen, K (Orgs.), *A terapia como construção social* (pp. 106-116). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Efran, J. S., & Clarfield, L. E. (1998). Terapia construcionista: sentido e contra-senso. In McNamee, S., & Gergen, K. J. (Orgs.), *A terapia como construção social* (pp. 239-259). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2003). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In Merhy, E. E., Junior, H. M. M., Rimoli, J. et.al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp.55-124). São Paulo: Hucitec.
- Fruggeri, L. (1998). O processo terapêutico como construção social da mudança. In McNamee, S., & Gergen, K. J. (Orgs.), *A terapia como construção social* (pp.51-65). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to Social Construction*. London: Sage.
- Gergen, K. (1997). *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Grandesso, M. (2000). Para uma epistemologia da Pós-Modernidade. In Grandesso, M. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica* (pp. 47-112). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- Houaiss, A., & Villar, M. De S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hyde, B., & Bineham, J. L. (2000). From debate to dialogue: Toward a pedagogy of nonpolarized public discourse. *Southern communication journal*, 65 (2/3), 208-223.
- Mattos, R. A. (2001). 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* (pp. 39-64). Rio de Janeiro: IMS, UERJ – Abrasco.
- McNamee, S. (2001). Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. In Gonçalves, M., & Gonçalves, O. (Orgs.) *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 235-264). Coimbra: Quarteto.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (and Associates) (1999). *Relational Responsibility. Resources for sustainable dialogue*. London: Sage Publication.
- Mendes, E.V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- 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.
- Miranda, A. S. de (1998). *Programa de Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito...* Mimeo. Material não publicado. 3ª versão.
- Rasera, F. (2004). *Grupo como construção social: aproximações entre o construcionismo social e a terapia de grupo*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Salum, M. J. L (1999). A responsabilidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. In *Conferência Nacional de Saúde On-line* [online]. São Paulo. <http://www.datasus.gov.br/cns>
- Sampson, E. E. (1993). *Celebrating the other. A dialogic account of human nature*. San Francisco: Westview Press.
- Schmith, M. D., & Lima, M. A. D. da S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (6). <http://www.scielo.br/>
- Scliar, M. (1996). *A paixão transformada. História da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sevcenko, N. (1995). O enigma pós-moderno. In Oliveira, C.; Sevcenko, N.; Santos, J. F.; Peixoto, N. B., & Olalquiaga, M. C. *Pós modernidade* (pp. 43-55). Campinas: Unicamp.

- Shawer, L. (2005). How the western became postmodern. A three part story. In Shawer, L. *Nostalgic postmodernism. Postmodern therapy* (pp. 34-66). (Volume one). Oakland: Paralogic press.
- Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 515-523.
- Spink, M. J. (2000). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Revista Psico*, 31 (1),7-22.
- Spink, M. J. (org.) (1999). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Starfield, B. (2002). Atenção Primária e sua relação com a saúde. In Starfield, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* (pp. 19-42). Brasília: UNESCO.
- Sturken, M., & Cartwright, L. (2001). *Practices of looking. An introduction to visual culture*. New York: Oxford University Press.
- Traesel, C. A. ; Bedin, F. N. P.; Gallina, L. S.; Daneluz, S. F. C.; Dos Santos, A. N. ;Melo, T. T., & Caldas, A. B. (2004). 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* (pp.111-142). São Paulo: Hucitec.
- World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference On Primary Care*. Alma Ata: WHO.

Recebido em 28/06/2007
Aceite final em 01/07/2008