

Diálogos da psicologia com a enfermagem em tempos de transição paradigmática

DIALOGUES IN PSYCHOLOGY AND NURSING IN A TIME OF SHIFTING PARADIGMS

DIÁLOGOS DE LA PSICOLOGÍA CON LA ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE TRANSICIÓN PARADIGMÁTICA

Clarissa Mendonça Corradi-Webster¹, Ana Maria Pimenta Carvalho²

RESUMO

No momento atual, passamos por transição paradigmática em relação a como compreendemos Saúde e Cuidado. O modelo biomédico vem sendo substituído por uma visão integral do homem e, na assistência, privilegia-se a promoção de saúde e a prevenção de agravos. Entretanto, o discurso da responsabilidade pessoal pela saúde pode construir nos usuários sentimentos como culpa, vergonha, medo e paranóia, e nos profissionais, impotência e frustração. Estes sentimentos atrapalham a relação de vínculo e, com isto, a eficácia do atendimento. O objetivo deste estudo, de natureza teórica, é propor um diálogo entre a Psicologia, com sensibilidade construcionista social, e a Enfermagem, a fim de analisar as possibilidades de cuidado construídas a partir deste. Como alternativa ao discurso da responsabilidade pessoal, propõe-se a responsabilidade relacional e a compreensão de saúde e cuidado dentro do tempo longo, do tempo vivido e do tempo curto.

DESCRITORES

Enfermagem
Psicologia
Educação em enfermagem
Equipe de assistência ao paciente
Relações profissional-paciente

ABSTRACT

Currently, we are experiencing a paradigm shift in relation to how we understand health and care. The biomedical model has been replaced by a vision of an integral being, and care emphasis is being placed on health promotion and disease prevention. However, the discourse of personal responsibility for health can generate in patients feelings of guilt, shame, fear and paranoia, while in professionals it can cause feelings of powerlessness and frustration. These feelings disrupt attachments and, thus, reduce the effectiveness of care. The objective of this theoretical study is to propose a dialogue between Psychology, with social constructionist sensitivity, and Nursing, to examine the possibilities of improving care from this approach. As an alternative to the discourse of personal responsibility, relational responsibility and understanding health and care in the long time, lived time and short time, is proposed.

DESCRIPTORS

Nursing
Psychology
Education, nursing
Patient care team
Professional- patient relations

RESUMEN

En la actualidad, atravesamos una transición paradigmática relativa a cómo comprendemos salud y cuidado. El modelo biomédico viene siendo sustituido por una visión integral del hombre, y en la atención se privilegia la promoción de salud y la prevención de complicaciones. Mientras tanto, el discurso de la responsabilidad personal por la salud puede construir en los usuarios sentimientos como culpa, vergüenza, miedo y paranoia, y en los profesionales, impotencia y frustración. Estos sentimientos dificultan la relación vinculante, y de este modo, la eficacia de la atención. Este estudio de naturaleza teórica objetiva proponer un diálogo entre la Psicología, con sensibilidad construccionalista social, y la Enfermería, a fin de analizar las posibilidades de cuidado construídas a partir de tal diálogo. Como alternativa al discurso de responsabilidad personal, se propone la responsabilidad relacional y la comprensión de salud y cuidado a largo plazo, del tiempo vivido y del corto plazo.

DESCRIPTORES

Enfermería
Psicología
Educación en enfermería
Grupo de atención al paciente
Relaciones profesional-paciente

¹Psicóloga. Mestre em Saúde na Comunidade. Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. clarissac@usp.br ²Psicóloga. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. anacar@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Os paradigmas nos oferecem um conjunto de afirmativas sobre o que existe (ontologia), sobre como isto pode ser conhecido (epistemologia) e sobre o modo como a ciência deve trabalhar (ética). A partir do conhecimento destas afirmativas, são estabelecidas as atividades a serem seguidas. As diferentes práticas científicas oferecem modelos que são disseminados e criam formas particulares de tradições na pesquisa científica e de atuação na prática⁽¹⁾.

Entretanto, os paradigmas não são eternos, havendo possibilidades de mudança. A transição paradigmática é um processo acumulativo, que ocorre por articulação ou por extensão do antigo paradigma⁽¹⁾. É uma reconstrução do campo dentro de novos fundamentos, sendo que durante este período de transição haverá problemas que podem ser resolvidos pelo velho paradigma e outros que podem ser resolvidos pelo novo paradigma. Isto ocorre até que a transição esteja completa, quando então se fazem mudanças na visão do campo, dos métodos, dos objetivos e das práticas.

Vivemos atualmente em tempos de transição paradigmática. Dentre outras coisas, nesta transição, as mudanças vêm influenciando o modo como entendemos a saúde, como entendemos o cuidado e como entendemos a formação dos profissionais que cuidam da saúde.

Em relação à saúde, desde a Declaração de Alma-Ata em 1978, esta vem sendo pensada de modo positivo. Pensar a saúde de modo positivo representa uma mudança grande de paradigma, já que o foco não é mais o déficit, a ausência da saúde ou ausência de enfermidade, e sim o bem estar biopsicossocial. Com base nesta visão, serviços de saúde vêm sendo criados e reestruturados, aproximando-se das comunidades, oferecendo cuidados que vão além da cura, incluindo a promoção, a prevenção e a reabilitação. Vem sendo ampliada a participação de profissionais não-médicos no cuidado, já que o médico deixou de ser a figura central da assistência. O cuidado também começa a ser compreendido como integral, ou seja, considera-se que as pessoas devam ter acesso a todos os serviços de saúde necessários e que sejam considerados os aspectos emocionais, físicos e sociais dos usuários. Nesta perspectiva, o usuário passa a ser considerado não como uma unidade individual, mas como alguém que está inserido em uma família, em uma comunidade, em um contexto histórico e social definido⁽²⁾.

A fim de garantir a integralidade da assistência, os profissionais e os serviços não podem trabalhar sozinhos. O trabalho em equipe nos serviços se faz essencial, no qual profissionais com formações e experiências diversas discutem situações, ampliam o olhar e as possibilidades

de intervenção. Este diálogo também é preconizado para acontecer entre os diferentes serviços, não apenas os de saúde, mas entre estes e os equipamentos sociais, de educação e comunitários.

Neste cenário, os profissionais que atuam em saúde estão também repensando suas práticas. A Enfermagem consolidou-se como uma das profissões mais importantes na prestação do cuidado, tendo como ciência a construção de conhecimentos para a assistência e como arte a aplicação destes conhecimentos para ajudar as pessoas a terem o máximo de saúde e de qualidade de vida⁽³⁾.

Com esta proposta, a Enfermagem vem trabalhando com quatro objetivos: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e facilitar o enfrentamento da incapacitação e da doença. Nestas quatro áreas, o enfermeiro tem como enfoque central o usuário, trabalhando com as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais⁽³⁾. O cuidado pode ser oferecido individualmente, na família ou na

comunidade, sendo que a enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores que oferecem cuidado à saúde no mundo⁽²⁾. A cada dia que se passa, o profissional enfermeiro amplia seu campo e seus contextos de atuação e atualmente vem mostrando seu papel fundamental nos serviços de atenção primária à saúde.

A fim de acompanhar todas estas mudanças ocorridas, a formação do enfermeiro tem sido muito discutida. As escolas de enfermagem estão deixando para trás as estratégias que criavam uma dicotomia entre teoria e prática e que levavam a uma formação mecanicista, individualista e sem crítica, propondo uma formação crítico-reflexiva⁽⁴⁾. Nesta perspectiva, é proposto que se integre as dimensões profissionais e pessoais, buscando a formação de profissionais críticos, comprometidos com transformações sociais e competentes para atuar dentro do seu campo

de saber e em interação com outros saberes. Dentre as propostas para a formação do enfermeiro, sugere-se formação voltada para a interdisciplinaridade, raciocínio clínico ampliado a fim de oferecer cuidado integral, percepção de que as dimensões biológicas, psicológicas e sociais são indissociáveis e desenvolvimento de competências que utilizem de diversos recursos (conhecimentos, habilidades e atitudes)⁽⁵⁾.

É com este pano de fundo que faremos neste artigo um diálogo da Psicologia, com sensibilidade construcionista social, com a Enfermagem, a fim de analisar as possibilidades que podem ser construídas para o cuidado a partir deste diálogo.

SOBRE A RESPONSABILIDADE PESSOAL PELA SAÚDE

No campo da saúde, a noção de risco vem sendo um importante tópico de estudo e de intervenção. O estudo

dos fatores de risco vem sendo cada vez mais legitimado e os riscos individuais tornaram-se objeto de ações de educação em saúde e prevenção. Os profissionais de saúde foram posicionados como atores importantes na disseminação de informações sobre o comportamento e os hábitos, dentre eles, como o indivíduo deve alimentar-se, como deve trabalhar, como deve constituir família, como deve lidar com sua vida sexual e como deve aproveitar suas horas de lazer.

O indivíduo tornou-se o único responsável por sua saúde, que passou a ser entendida como algo que repercute na coletividade, já que se o indivíduo não segue as orientações, a coletividade pagará por isto através dos gastos públicos com os serviços e procedimentos de saúde. Isto nos remete à discussão de Foucault sobre o biopoder⁽⁶⁾. De acordo com o autor, as estratégias de poder atuais, embora controle os indivíduos, não são dirigidas ao corpo individual, mas às populações. Desta forma, para manter a governamentalidade, entende-se que é preciso garantir e incentivar a saúde da população através do controle da natalidade, da mortalidade e das enfermidades. Para Foucault, o objetivo do biopoder seria garantir a segurança e o funcionamento das sociedades.

O poder da biopolítica utiliza do discurso do corpo biológico e da biomedicina para olhar para a saúde das populações, tratando as necessidades de diferentes como iguais. Além disto, considera que as políticas públicas são necessárias, e realiza campanhas e programas nas quais a busca pela saúde passa a ser uma obrigação moral de cada indivíduo. Ao conceito de saúde é agregado um valor moral alto, e as pessoas que não adotam os comportamentos de saúde apregoados como saudáveis podem ser rotuladas de *resistentes* e *irresponsáveis*. Entretanto, os discursos sobre saúde nunca se referem apenas à saúde, mas trazem consigo a ordem econômica, política e social em que são gerados⁽⁷⁾.

Além disto, as estratégias de biopoder lançam mão de um recurso poderoso: a culpa. Com o discurso da responsabilidade pessoal pela saúde, são estabelecidos nexos causais entre as ações das pessoas e os eventos de saúde, mesmo sem existir certeza sobre estas conexões. Um exemplo é a relação entre consumo de maconha e esquizofrenia. Ao assistir a um jovem diagnosticado com esquizofrenia e histórico de consumo de maconha, profissionais tendem a rapidamente a estabelecer uma relação causal, dizendo que o consumo de maconha foi o responsável pela esquizofrenia, sendo que ainda não há estudos que comprovem esta relação. Ao pontuar que o indivíduo fez algo que o levou à enfermidade, constrói-se a culpa. O sentimento de culpa pressupõe que haja um julgamento de alguém e uma desaprovação em relação a alguma falha⁽⁷⁾. A pessoa que recebeu orientação do profissional para realizar uma mudança de comportamento e não o fez, quando adoece, pode sentir-se culpada e esconder do profissional seu problema.

Outro recurso utilizado para o controle é a vergonha⁽⁷⁾. Nos últimos anos vemos este sentimento crescendo entre

os fumantes. Com as diversas campanhas realizadas e, mais atualmente, com mudanças feitas na legislação que restringem locais onde é possível fumar, diversos fumantes vêm relatando envergonharem-se ao acender um cigarro. O discurso da responsabilidade individual pela saúde não deixa espaço para que uma pessoa que conhece os males que podem ser causados pelo cigarro continue fumando. Caso isto aconteça, ela pode ser considerada *fraca* ou *sem-vergonha*, precisando, portanto, envergonhar-se para mudar.

Outro sentimento construído com a noção de risco é a paranóia⁽⁷⁾. Mesmo estando saudáveis, as pessoas nunca sabem se não estão fazendo algo que poderá afetar sua saúde. Talvez a pessoa não fume, mas coma demais. Talvez tenha uma alimentação balanceada, mas faz sexo desprotegido. Talvez não tenha vida sexual, mas trabalha demais. E conhecedora do discurso dos fatores de risco, pode tornar-se paranoíca e medrosa.

Culpa, vergonha, paranóia e medo. Estes são alguns dos sentimentos que podem ser construídos com o uso exacerbado do discurso da responsabilidade individual pela saúde.

A Carta de Otawa colocou a saúde como um recurso para a vida e não como razão para se viver. Entretanto, os discursos dos profissionais de saúde muitas vezes vêm colocando tantos *senões* e *cuidados*, que cuidar desta passa a ser a razão para se estar vivo.

Desta forma, é preciso trabalhar em função de melhorar as condições de vida da população, mas sem aniquilar as liberdades individuais, impondo estilos de vida e tornando o cuidado à saúde como uma obrigação. Parece contraditório a construção de sentimentos como os de culpa, vergonha, paranóia e medo a fim de alcançar o bem estar.

PENSANDO A PSICOLOGIA

A Psicologia também passa por momento de transição paradigmática. Atualmente, convivem os paradigmas moderno e o pós-moderno, sendo que o paradigma pós-moderno foi surgindo como resultado de insatisfações e críticas ao paradigma anterior.

Até a metade do século XX, a Psicologia Comportamental ocupava posição de destaque no ocidente. Esta Psicologia tinha como base duas proposições: os experimentos demonstram as relações causais entre estímulos e respostas; a ciência deve se fundamentar em bases racionais⁽⁸⁾. Desta forma, o cientista deveria ter precisão para mapear com fidelidade seu objeto de estudo, objeto este, dado pela natureza. No início, os psicólogos comportamentais focaram seus estudos em pesquisas de observação do comportamento. Entretanto, com o passar do tempo, iniciaram a realização de experimentos que comprovassem a possibilidade de aquisição ou de extinção destes comportamentos, introduzindo a sua teoria alguns constructos psicológicos como *força do hábito* e *potencial*

inibitório. Com isto, os pesquisadores passaram a considerar que não é apenas o ambiente que age determinando o comportamento, mas que o indivíduo tem suas tendências inerentes, que auxiliam a buscar e processar informações, a formular hipóteses e a traçar metas. Ao se abrirem à possibilidade de estudo destes constructos, estavam se abrindo ao estudo do que não é observado, possibilitando que a mente entrasse em questão⁽⁸⁾. Isto influenciou o movimento ocorrido na década de 1950 nos Estados Unidos que ficou conhecido como *Revolução Cognitiva*. Este movimento ocorreu com o debate entre psicólogos, filósofos e pensadores a respeito do lugar que vinha sendo destinado para o estudo das experiências pessoais na ciência e sobre a importância de compreender os significados dados ao mundo e sobre o modo como as pessoas constroem estes significados. Entretanto, os rumos tomados pela Psicologia Cognitiva foram outros. Com o desenvolvimento dos computadores, a Computação tornou-se o modelo utilizado para estudar a mente, desviando o interesse pelo significado e surgindo então o conceito de *computabilidade*. Os processos cognitivos foram iguados aos programas que podiam ser rodados em um dispositivo computacional. Falava-se sobre processamento de informações e não mais sobre construção de significados.

A Psicologia Social também passava por uma crise. Esta disciplina foi criada após a Segunda Guerra Mundial com o intuito de produzir conhecimentos que servissem aos governos norte-americanos e britânicos para a propaganda e manipulação política, servindo então aos interesses de manutenção das relações de poder⁽⁹⁾. Nos anos 1960 e 1970, os psicólogos sociais estavam preocupados com o modo como a Psicologia vinha contribuindo para promover valores de grupos dominantes e deixando de dar voz às pessoas comuns e descontextualizando-as em suas pesquisas laboratoriais. Buscavam construir uma psicologia culturalmente sensível, embasada não apenas no que as pessoas fazem, mas no que elas dizem que fazem e no que elas dizem que as fez fazer o que elas fizeram.

Outro movimento importante na Psicologia, influenciado também pelo paradigma moderno, foi o da Psicanálise. As teorias psicanalistas ajudaram a construir um olhar para além do corpo biológico e dos comportamentos observáveis, compondo a ideia de indivíduo e de *self*, privilegiando um olhar sobre o ser humano que age influenciado por seu mundo interno, através de um aparelho psíquico, formado por consciente, pré-consciente e inconsciente e dinamizado por desejos e pulsões.

Nascendo, como área específica do conhecimento, a partir da visão iluminista, que colocou o indivíduo como foco central, no século XX a Psicologia começou a repensar essa visão. A visão do *indivíduo como foco* ainda é muito forte na área da saúde e vem construindo diversos conhecimentos (bem-estar individual; capacidades individuais; direitos individuais; responsabilidades individuais; desejos individuais; escolhas individuais) e com isto, guia inúmeras ações em nossa sociedade⁽⁸⁾.

No Brasil, a partir da década de 1990, a Psicologia vem repensando sua atuação, num exercício de reflexão a partir do qual questiona muitos posicionamentos que teve e que levaram ao controle social, à exclusão de minorias através da patologização e da eleição do modelo de normalidade, representado muitas vezes pelo homem branco, europeu, heterossexual e vindo de extratos sócio-econômicos médios⁽¹⁰⁾.

Em busca de um maior compromisso social, vem expandido seus olhares para outros segmentos populacionais antes marginalizados, como população indígena e pessoas encarceradas, e repensando suas práticas em contextos já conhecidos, como a saúde e a educação. Nestes contextos, vem buscando posicionar-se de modo crítico e reflexivo, questionando atuações que a aproximem de um caráter policial e normalizador, permeado pela vigilância e pelo controle dos desvios⁽¹¹⁾.

Dentro deste contexto de repensar a Psicologia, diversos autores vêm propondo reflexões e algumas delas são atualmente agrupadas e nomeadas como discursos construcionistas sociais^(8-9,12).

O DISCURSO CONSTRUCIONISTA SOCIAL

O discurso construcionista social vem sendo apontado como uma possibilidade de compreensão dos fenômenos que se difere de perspectivas tradicionais, dentre outras coisas, por compreender a linguagem como construtora da realidade e entender que esta construção ocorre nos relacionamentos, tirando, portanto, o foco do indivíduo e de seu mundo interno. Internacionalmente, data de 1973 os primeiros estudos construcionistas sociais na Psicologia. Entretanto, no Brasil, este vem sendo construído em articulação à Psicologia na última década⁽¹²⁾.

Não há uma definição única do que é o discurso construcionista social, mesmo porque defini-lo como algo, seria reificá-lo, assumindo postura contraditória aos pressupostos construcionistas sociais.

Apesar das divergências entre os autores, a literatura sugere alguns pressupostos que parecem ser comuns a todos^(8-9,12):

1. Postura crítica em relação ao conhecimento tomado como óbvio: os autores construcionistas nos convidam a assumir uma postura crítica diante das afirmativas científicas que são tomadas como certas, ou seja, como óbvias. Problematizam o conhecimento que é tomado como objetivo e valorizam a reflexão sobre o modo como entendemos o mundo e a nós mesmos. No campo da saúde, temos como exemplo um estudo que problematiza o discurso de *adesão ao tratamento*⁽¹³⁾. Neste trabalho, usuárias de um serviço de atenção primária relatam não tomarem os medicamentos prescritos por médicos quando entendem que não foram bem examinadas ou que a

prescrição não foi correta. As autoras sugerem que a não adesão ao tratamento pode ser considerada nestes casos como autocuidado, de usuários protegendo-se de uma não escuta médica, de exames mal realizados e de prescrição mal feita.

2. Especificidade histórica e cultural: os modos pelos quais compreendemos o mundo são construídos dentro de um contexto histórico e cultural definido. Um exemplo é o estudo que descreve a construção do tabagismo como problema de saúde pública⁽¹⁴⁾. Os autores propõem que isto só aconteceu devido ao aumento de estudos científicos que buscavam comprovar os malefícios do cigarro, associado ao novo discurso da saúde pública de controle comportamental para prevenir fatores de risco e também ao cenário político transnacional advindo do pós-guerra, que resultou na criação de instituições com objetivos de organizar políticas mundiais, como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde.

3. Conhecimento sustentado por processos sociais: é através dos relacionamentos que as pessoas constroem sentido para o mundo e para si mesmo e que mantêm estas construções. Um exemplo interessante foi relatado em artigo que analisa uma sessão de terapia familiar, na qual ocorre a negociação de sentidos sobre a identidade patológica⁽¹⁵⁾. Fortemente influenciados pelo discurso médico, pais de uma criança autista relatam comportamentos de seu filho que o descrevem como autista. A terapeuta busca problematizar estas descrições, tratando-as como algo que acontece com todas as crianças da mesma faixa etária. O estudo mostra o modo como estes sentidos são negociados durante a sessão, abrindo a possibilidade para os pais aproximarem-se mais do filho.

4. Conhecimento e ação social andam juntos: os sentidos construídos sobre determinado objeto irão influenciar no modo como nos relacionamos com este objeto. Utilizando o discurso construcionista social, autores analisaram os sentidos construídos sobre doença mental em um grupo terapêutico⁽¹⁶⁾. Descrevem seis diferentes sentidos que foram negociados durante o grupo, apontando para o modo como estes sentidos construíam diferentes visões sobre as possibilidades de mudança. Desta forma, descrever a doença mental como decorrente de experiências sofridas no passado, construiu no grupo a perspectiva de que era impossível melhorar e mudar. No mesmo grupo, descrever a doença mental como decorrente de conflitos atuais motivava uma participação grande dos membros, que davam sugestões e conselhos para a resolução do conflito.

DIÁLOGOS DA PSICOLOGIA COM A ENFERMAGEM

Apesar da Enfermagem já ter desenvolvido seu próprio corpo de conhecimento⁽¹⁷⁾, o diálogo com outras ciências pode promover a compreensão das situações e abrir novas possibilidades para a prática do enfermeiro⁽¹⁸⁾. Fren-

te aos desafios vivenciados nestes tempos de mudanças paradigmáticas, a Psicologia, com sensibilidade construcionista social, tem muito a contribuir para este diálogo.

Em nossa prática profissional, com alunos de graduação de enfermagem, percebemos o sofrimento destes frente aos limites de sua atuação nas orientações em saúde. É importante destacar, tendo como objeto de estudo o cuidado, que é comum entre alunos de Enfermagem a descrição de procura pelo curso como possibilidade para ajudar outras pessoas, para cuidar do outro. Soma-se a isto, os conteúdos aprendidos durante o curso, sobre fatores de risco para adoecimento, os cuidados para prevenir agravos, as orientações e educação em saúde.

Deparamo-nos muitas vezes com o conflito dos alunos: *Se ele tem diversos problemas de saúde, porque não para de fumar e começa a fazer exercícios? Já orientei diversas vezes, não sei mais o que fazer.* Com estas falas, percebemos que o discurso da responsabilidade pessoal pela saúde, constrói também, em futuros profissionais do cuidado, sentimentos de impotência e de frustração, que podem afastar o profissional do usuário⁽¹⁹⁾.

Utilizando os pressupostos construcionistas sociais, a Psicologia busca problematizar o discurso da responsabilidade pessoal pela saúde e da obrigação por adotar determinados comportamentos de saúde. Convida os alunos de graduação a refletirem sobre suas orientações a usuários de serviços de saúde, compreendendo como as pessoas constroem significados sobre a saúde. Para a compreensão desta construção, sugere-se considerar o tempo longo (relativo aos conteúdos culturais, à reprodução social, ao espaço de conhecimentos que antecedem à pessoa e que estão presentes na forma de instituições, normas e discursos), o tempo vivido (refere-se ao processo de ressignificação dos conteúdos históricos a partir dos processos de socialização, ou seja, as experiências da pessoa no curso de sua vida, traduzindo a memória histórica em afetos) e o tempo curto (no qual ocorre a dinâmica de produção de sentidos, e se combinam as vozes, pertencentes ao tempo longo e ao tempo vivido; momento interativo, profissional e usuário)⁽²⁰⁾.

Com isto, busca fortalecer as relações entre profissional e usuário, investindo na tecnologia leve, aquela tecnologia produzida na relação profissional e usuário, através da escuta, do vínculo e da construção conjunta das necessidades de saúde⁽²¹⁾.

Ao invés da responsabilidade individual, autores construcionistas sociais nos convidam a pensar na responsabilidade relacional, prestando atenção ao que as pessoas fazem juntas, já que a construção do significado é entendida como resultante de ações conjuntas. Neste sentido, propõem aos profissionais algumas posturas que ajudam a construir práticas relacionalmente mais responsáveis⁽²²⁾: 1) postura do não saber, na qual o profissional deixa a posição de especialista e adota uma postura de curiosidade sobre o saber do outro; 2) postura de colaboração, na qual

o usuário é especialista em sua vida e o profissional auxilia na construção da conversa e na busca de solução para problemas, posicionando o usuário como ativo; 3) foco no processo comunicacional, em que a interação é entendida como mais importante do que o conteúdo; 4) postura de desconstrução e reconstrução, na qual o profissional incentiva a diversidade, convida outras descrições e perspectivas a fim de expandir as possibilidades de compreender e lidar com a situação.

Com a responsabilidade relacional, não se busca tirar a responsabilidade das pessoas individualmente, mas convidar outras pessoas para se engajarem neste processo de mudança. Os profissionais, a família e a comunidade podem se engajar adotando posturas diferentes.

CONCLUSÃO

No último século, a Psicologia vem dialogando com as ciências da saúde a fim de ampliar a visão do ser humano, considerando-o para além de seu corpo biológico. A visão de saúde atual, com forte foco na prevenção de doenças, pode produzir também sentimentos de culpa, vergonha, paranóia e medo nos usuários, e sentimentos de impotên-

cia e frustração nos profissionais. Estes sentimentos podem afastar usuários de profissionais, tornando ineficazes as ações preventivas.

A Psicologia vem repensando sua atuação, refletindo sobre práticas que podem ser consideradas como disciplinadoras e normalizadoras, usadas em favor da manutenção do *status quo*. A Psicologia com sensibilidade construcionista social convida à ampliação do olhar do comportamento a ser modificado, para uma compreensão deste dentro de um momento histórico e cultural, com sentido construído nos relacionamentos, buscando novas possibilidades de compreensão das situações, com foco nas interações. Convida a voltar-se para a interação profissional e usuário, adotando posturas dialógicas e auxiliando na construção do projeto de vida.

Nos cursos de graduação de Enfermagem, a Psicologia pode auxiliar na reflexão sobre o processo saúde-doença, na compreensão do homem como ser integral, na discussão sobre os limites da atuação profissional e na problematização de discursos científicos hegemônicos, buscando a construção de uma relação de vínculo profissional-usuário que gere novos discursos e, com isto, construa novas práticas profissionais e de saúde.

REFERÊNCIAS

5. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1978.
6. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latino Am Enferm*. 2000;8(6):96-101.
7. Taylor C, Lillis C, LeMone P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. Silva RF, Sá-Chaves I. Reflexive formation: teachers' representations about the use of reflexive portfolio in the forming of medical doctors and nurses. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008;12(27):721-34.
9. Fernandes JD, Almeida Filho N, Rosa DOS, Pontes M, Santana N. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n.esp):830-4.
10. Foucault M. *Microfísica do poder*. 20ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
11. Castiel DL, Diaz CAD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
12. Gergen KJ. *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
13. Burr V. *Social constructionism*. 2ª ed. New York: Routledge; 2003.
14. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional; Conselho Federal de Psicologia. Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do Sistema Prisional Brasileiro [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 set. 15]. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/depen_cartilha.pdf
15. Prado Filho K, Trisotto S. A psicologia como disciplina da norma nos escritos de M. Foucault. *Revista Aulas Dossiê Foucault* [Internet]. 2006/2007 [citado 2009 set. 28];(3):1-14. Disponível em: <http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/KLEBER.pdf>
16. Rasesa EF, Japur M. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*. 2005;15(30):21-9.
17. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):64-71.
18. Spink MJP, Lisboa MS, Ribeiro FRG. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009;13(29):353-65.
19. Avdi E. Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: discourse analysis of a family therapy. *Psychol Psychother*. 2005;78(Pt 4):493-511.

-
20. Guanaes C, Japur M. Sentidos de doença mental em um grupo terapêutico e suas implicações. *Psicol Teor Pesq*. 2005;21(2):227-35.
 21. Carvalho AMP, Camargo GVPA. A psicologia na produção científica nacional de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2001;9(2):61-6.
 22. How does psychology supports nursing practice? [Internet] [cited 2009 Sept 28]. Available from: http://www.blackwell-publishing.com/content/BPL/Images/Content_store/Sample_chapter/9781405155205/9781405155205_4_001.pdf
 23. Camargo-Borges C, Mishima SM, McNamee S. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais Rev Interinstituc Psicol*. 2008;1(1):8-19.
 24. Spink MJP. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2004.
 25. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2000;4(6):109-16.
 26. Camargo-Borges C. O construcionismo social no contexto da Estratégia de Saúde da Família: articulando saberes e práticas [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.