

# O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações

RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA<sup>1</sup>

[Publicado em *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111]

Um primeiro esboço deste texto serviu de roteiro para nossa comunicação durante o seminário “Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano dos Serviços de Saúde” (IMS/UERJ, 2001). Esta versão final, contudo, já incorpora outros elementos e outras dimensões reflexivas, o que decorre — em grande medida, como é de se supor — da própria experiência dialogal do seminário. Além disso, prolongando numa forma escrita os diálogos iniciados no encontro, também teve grande importância para a conformação final deste texto, a leitura da coletânea *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (Pinheiro e Mattos, 2001), dos mesmos organizadores do seminário e lançada alguns dias após o mesmo. Como resultado, no texto a seguir nem sempre é fácil distinguir o que é a expressão do autor e o que é a expressão desses diálogos.

## Breves Comentários Introdutórios Sobre a Integralidade

### *Integrações e apartações*

O já bem decantado caráter polissêmico da noção de *integralidade* no campo da saúde contrasta com o caráter bastante unívoco de seu sentido lexical. O velho *Aurélio* não glosa a palavra *integralidade*, mas se compreende claramente que significa a “qualidade de *integral*” e, de *integral*, ele diz: “*Adj. 2 g. 1. Total, inteiro, global.*” Apresenta mais três sentidos relacionados (cereal que não foi beneficiado; alimento preparado com este cereal; a integral de uma função matemática), mas seu núcleo semântico é bem claro e preciso: estar todo, inteiro, completo.

Ressaltar esse detalhe nos parece importante porque é sempre em torno desse sentido simples e geral que se dá a variação de seus sentidos no campo da saúde. As diferenças entre as várias compreensões de integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos no campo pretendem integrar, isto é, “tomar inteiro: completar, inteirar, integralizar.” E, como há muita coisa cindida, separada, fragmentada, partida, no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada e muitas diferentes apostas a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas. Também é interessante tentar compreender as diferentes noções de integralidade que pululam no campo, a partir das partes que, julga-se, devam ser integradas.

Assim, para cada concepção da integralidade, uma concepção da cisão, uma visão (problemática) de um mundo feito de pelo menos mais que um pedaço. E aí cabe perguntar: que “partes” temos nos proposto a juntar? Que “todos” temos nos proposto a recompor? Qual ou quais das múltiplas apartações instauradas no mundo, e que afetam a

esfera da saúde, temos priorizado, assumindo o desafio de superá-las através de nossos diversos projetos de integralidade?<sup>2</sup>

Tais questões, em parte, já vêm sendo respondidas com grande competência por vários autores (Pinheiro e Mattos, 2001). Não nos ocuparemos delas neste momento, mas tão-somente de uma modalidade particular de apartação, cujo desafio de superação (de reintegração dos elementos apartados) parece vir contribuindo fortemente para a emergência de ainda outros e novos sentidos para a noção de integralidade. De resto, aqueles que mais vêm se sobressaindo no debate atual, como ficou patente nas próprias discussões do seminário. Numa fórmula bastante genérica, parece adequado designá-la cisão eu-outro, com todas as especificidades que esta pode adquirir no campo da saúde, numa relação de serviço, de serviço público e no Brasil.

Revedo nossas anotações do seminário, fica bastante evidente que, entre as várias possibilidades de tratamento da questão da integralidade na prática dos serviços, prevaleceu, de longe, aquelas que iam na direção de uma “ocupação da esfera pública por uma ética da diferença”. Falou-se muito e bem sobre “a necessidade da integração trabalhador-usuário”, sobre a necessária “integração de múltiplos saberes”, sobre a “integração das diferenças e dos diferentes”, quando não da própria integração social, como nos projetos que lidam com situações de exclusão ou apartação social (o que não deixa de ser uma forma especialmente dramática de cisão eu-outro, pelo que revela da intensidade de violência que chega a ser mobilizada nesta cisão<sup>3</sup>). Falou-se, enfim, sobre a necessidade de superação do “monopólio do diagnóstico de necessidades” e de se integrar a “voz do outro” nesse processo.

Em suma, o foco está claramente posto na relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração. Ainda segundo nossa escuta do seminário, é possível entender, nas falas dos técnicos, gestores, pesquisadores e diferentes profissionais da saúde, que essa integração é mais do que a construção de um vínculo/responsabilização (o que também é, sem dúvida, muito valorizado), mas se trata de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário”. À luz dessa concepção de integralidade, a pretendida “reversão do modelo tecnoassistencial” muitas vezes se parece mais com uma “reversão do modelo comunicacional” em vigor nos serviços...

Essa marcada tendência no modo de se formular a questão da integralidade só vem se manifestando nos debates atuais porque, antes, no plano da prática concreta dos serviços, a necessidade urgente de se *integrar o outro* já vinha sendo indicada de múltiplas formas. Em outras palavras, é evidente que os diferentes enfoques que vão se constituindo nos debates a respeito da integralidade não se baseiam em preceitos metafísicos dos intelectuais da área da saúde, que os levariam a conceber totalidades a serem perseguidas, tais como “biopsicossocial”, “individual-coletivo”, “curativo-preventivo” ou outras palavras de ordem. Esses diferentes enfoques correspondem a efetivos focos de “tensionamento” no plano das práticas, problemáticas concretas do fazer cotidiano dos serviços, que premem o sistema como um todo e o mobilizam na busca de soluções. E elas são buscadas em todos os níveis: cotidianamente, no plano das práticas (com uma urgência e uma inventividade sem par), assim como nas construções discursivas dos formuladores de políticas (em geral, com um certo atraso e com uma fecundidade estreitamente dependente do quanto levam em conta as soluções inventadas no fazer cotidiano dos serviços).

De fato, as diferentes formas de apartação do outro têm “tensionado” por dentro as práticas de saúde e, de forma especialmente aguda, aquelas que se realizam nos

serviços de assistência, principalmente porque ela parece comprometer negativamente o duplo cerne da razão de ser desses serviços: sua eficácia técnica e a satisfação da clientela. Apesar das entusiásticas promessas de eficácia da biomedicina triunfalista, o funcionamento concreto dos serviços que distribuem suas tecnologias vem demonstrando uma eficácia e, sobretudo, um grau de satisfação dos usuários bem mais decepcionante. De fato, parece que a coisa não funciona mesmo muito bem sem esse outro, chamado o “paciente”, entre aspas...

É importante assinalar que um tal “tensionamento” não cresce em potência no seio das práticas dos serviços públicos, sem que antes a realidade da oferta maciça desses serviços à população atinja um limiar crítico, que corresponde àquele que poderíamos chamar de uma virtual acessibilidade universal. E esse limiar crítico foi atingido em algum momento ao longo da última década, como consequência das políticas que vêm sendo efetivadas na área da saúde, no Brasil (Reforma Sanitária; criação, implantação e consolidação do SUS; descentralização; municipalização etc.).

Entendemos que é à transposição desse limiar que devemos atribuir, por exemplo, a evolução de algumas das principais linhas temáticas trabalhadas na produção intelectual da Saúde Coletiva. Podemos notar, por exemplo, como, em pouco mais de uma década, a problemática do acesso aos serviços evoluiu no sentido de uma substituição progressiva das análises centradas no tema da extensão de cobertura, pelas análises centradas em temas como o do acolhimento nas unidades prestadoras.

Isso traduz uma progressão do foco de “tensionamento” (relacionado ao problema mais geral da garantia de acesso universal ao sistema de atenção), que vai do problema da quantidade de “portas-de-entrada” ao problema da qualidade dessas “portas”. Com isso, decerto, não queremos dizer que o problema da universalidade do acesso esteja simplesmente resolvido em termos quantitativos, mas significa que já atingimos um patamar crítico de cobertura de serviços, em que o problema do acesso não depende mais apenas da expansão do número de unidades prestadoras, mas, cada vez mais, depende intimamente do tipo de modelo de atenção operante nessas unidades<sup>4</sup>.

Entendemos que a importância que vem adquirindo, por exemplo, a discussão sobre o acolhimento nas unidades ou, mais genericamente, a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços, assinala bem essa migração do foco de “tensionamento” para dentro do serviço, mais exatamente para a relação com o outro que aí se estabelece. Para as várias relações com o outro que aí se estabelecem, a relação médico-paciente é apenas o caso mais emblemático. Emblemático – levando em conta a hegemonia absoluta do trabalho médico dentro dessas unidades de prestação de assistência -, mas restrito. Num sentido mais alargado, que considera a existência de outros profissionais e outras interações também se dando no cotidiano dos serviços, podemos falar em relação trabalhador-usuário<sup>5</sup>.

### ***Crise de alteridade***

Ora, esse “tensionamento” relacionado às dificuldades em lidar com a alteridade não é exclusivo dos serviços públicos de saúde e está, na verdade, instalado no coração do desenvolvimento tecnocientífico da moderna biomedicina, como vem sendo amplamente discutido por diversos autores. Mas é claro que o “tensionamento” assume contornos específicos no âmbito dos serviços públicos em nosso país. E ressaltemos, uma vez mais, que a realidade pré-serviços públicos em larga escala não era propensa a

fazer emergir um tal tipo de “tensionamento” no campo da saúde, e só quando a oferta de serviços atinge uma magnitude significativa, as dificuldades relacionadas à questão da alteridade assumem um caráter decisivamente crítico.

Nesse ponto, uma brevíssima digressão histórica, levando em conta alguns aspectos de nosso processo cultural (identitário) e ético-político, talvez nos permita perceber alguns outros insuspeitados e promissores sentidos nessa crise tão atual.

É interessante notar como a elite letrada (desde que se constituiu uma entre nós) sempre produziu interpretações sobre o Brasil e sobre quem é o “povo brasileiro”. Em outras palavras, ela sempre teorizou sobre esse seu outro, assim dado no contexto de uma sociedade profundamente dual e progressivamente apartada. O chamado movimento sanitário brasileiro participou ativa e centralmente dessa teorização, em especial nas primeiras décadas do século XX.

Referimo-nos, por exemplo, ao papel fundamental desempenhado pelos artigos de Belisário Penna e Arthur Neiva no *Correio da Manhã*, relatando o Brasil descoberto nas expedições realizadas por esses sanitaristas aos sertões (que prolongava, ampliando, o impacto causado pela publicação, anos antes, de *Os sertões*, de Euclides da Cunha) e por todo o debate intelectual amalgamado pela Liga Sanitária Brasileira. Para que se possa estimar a importância desse movimento na discussão sobre o país, basta evocar suas repercussões na literatura. Como exemplos, temos tanto a obra do membro da Liga Sanitária Brasileira, Monteiro Lobato, com seu controverso Jeca Tatu a ilustrar manuais de higiene, quanto, no outro pólo de controvérsia, Mario de Andrade, com seu *Macunaíma*, que escreveria, não sem ironia, no livro de visitas do Instituto Butantã: “Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são...”, fazendo eco satírico ao discurso sanitário da época (Lima e Hochman, 2000).

Já na segunda metade do século, as ciências sociais assumiriam um papel cada vez mais proeminente na interpretação do país, mas o discurso médico-sanitário (agora mais afinado com os ideários desenvolvimentistas, mas também, cada vez mais, “esquerdizante”) continuou a desempenhar papel importante nessa elaboração.

Procurando ver o momento presente dessa perspectiva, parece-nos que o movimento sanitário brasileiro, uma vez mais, pode contribuir de modo peculiar e decisivo para o debate em torno da identidade do “povo brasileiro”. O que confere originalidade à contribuição atual é que o movimento sanitário parece menos preocupado em produzir uma nova interpretação sobre esse outro (das elites letradas), do que em criar as condições para que ele fale diretamente. E se chegamos a esse momento, foi pela passagem representada por um momento anterior, que tomou as últimas décadas do século XX, quando o movimento sanitário, em consonância com o processo mais amplo de democratização do país, produziu a “interpretação” de que o chamado “povo brasileiro” também poderia ser um cidadão com direitos. No campo da saúde, esse processo fundamentalmente ético-político viria a se traduzir não apenas num conjunto importante de regulamentações jurídico-legais, mas sobretudo numa série de políticas públicas.

Esse processo foi uma importante passagem para o momento atual, porque criou as condições mais gerais para que, presentemente, o campo da saúde se tornasse especialmente sensível às questões relacionadas à alteridade. Trata-se, enfim, das condições geradas pelo que chamamos de virtual acessibilidade universal aos serviços de saúde. As práticas médico-sanitárias pré-serviços em larga escala podiam se contentar com interpretações distanciadas do “povo brasileiro”, para pautar suas macropolíticas. Na era dos serviços, dificilmente...

De modo interessante, a realidade da distribuição ampliada de serviços de saúde – e a decorrente presença e participação também ampliada do “povo” nesse novo contexto técnico aberto pelas práticas de atenção – coloca novos desafios para os técnicos, gestores, pesquisadores e profissionais da saúde, e novas possibilidades de participarem, com suas experiências, do contínuo processo de interpretação do país e construção coletiva de nossa identidade. E não parece ser mais o momento de formular novas teorias sobre esse outro, mas de criar as condições para que esse outro fale de viva voz... Este outro: nós.

Da perspectiva do processo de construção da cidadania e do espírito democrático entre nós, como nunca, parece ser o momento de fazer avançar esse processo nos espaços micropolíticos, como são os espaços dos serviços, contribuindo para que a essência de suas práticas seja a realização da democracia viva em ato.

## **Sobre o Acolhimento**

*Para conhecer as coisas que queremos fazer  
é preciso fazer as coisas que queremos saber.  
Aristóteles, Ética Nicomaquéia (1103<sup>a</sup> 32,33)*

### ***Hilemorfismos***

A fórmula com que encerramos a primeira parte deste texto, e que bem pode ser o lema de sua segunda parte – *democracia viva em ato* –, está ostensivamente inspirada na bela e bem conhecida fórmula que nos é oferecida por Emerson E. Merhy, “trabalho vivo em ato” – como esse autor designa a substância dos processos de trabalho que se dão no encontro trabalhador-usuário, porque nele os trabalhadores “podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procederes eficazes a serviço do usuário e de seu problema” (Merhy, 1997, p. 126). A formulação alternativa que propomos pretende introduzir um certo deslocamento de perspectiva em relação a Merhy e, ao mesmo tempo, marcar a existência de uma grande proximidade com as principais preocupações e atenções desse autor, que se dirigem para o que ele mesmo chama de um plano de questões micropolíticas.

O deslocamento em questão diz respeito à assunção de uma visão mais “comunicacional” do mesmo fenômeno, isto é, dos processos de trabalho que se dão no encontro trabalhador-usuário. Postulamos, apoditicamente, que a substância do trabalho em saúde (e, no sentido proposto, igualmente a substância do “trabalho vivo em ato”) seja a conversa. Com toda evidência, é a conversa, a *hylé* do trabalho em saúde. *Hylé* (que quer dizer “matéria”, em grego), aqui, no sentido husserliano de “matéria da sensação considerada como puro dado”. E é a conversa, a “matéria” que se apresenta à sensação como puro dado, no encontro trabalhador-usuário.

Para acentuar ainda mais esta obviedade, basta considerar o quanto a realização do trabalho em saúde de que estamos tratando depende inteiramente dessa “materialidade” do encontro. À observação mais direta e desavisada do que se passa no interior, por exemplo, de uma unidade básica de saúde, o que se percebe essencialmente são conversas, que quando não são exclusivamente conversas (o que se dá na maior parte dos encontros), acompanham outros procedimentos que se realizam no serviço, vindo antes, durante e depois do procedimento. Conversa-se individualmente, conversa-se em grupo. Enfim, conversa-se sem cessar, nos serviços...

Se falamos em “matéria”, nesse sentido de uma substância, podemos nos perguntar sobre a forma. A doutrina aristotélica do hilemorfismo corresponde, como se sabe, à sua ontologia e está fundada numa imagem propriamente “tecnológica” da constituição do ser das coisas: como o que resultaria da ação de um escultor que dá forma à matéria. Como a presente contribuição se situa num plano exatamente tecnológico, talvez valha a pena investir nessa “ontologia” do trabalho em saúde. Assim, se a substância é a conversa, qual, ou melhor, quais suas formas? Nosso pressuposto mais geral é de que as formas decorrem das forças que “trabalham” a substância, que só podem ser ou provir dos próprios atores em presença no encontro e que constroem, juntos, a conversa: trabalhadores e usuários.

A grande vantagem que vemos em se admitir que a conversa é a própria substância do “trabalho em saúde” é o reconhecimento de que se age sobre um objeto, desde o princípio, partilhado, “trabalhado” em conjunto, de um modo mais ou menos simétrico. É só enquanto matéria necessariamente “trabalhada” por todos os atores em presença na conversa, que a conversa ganha forma. É claro que, da perspectiva do trabalhador, essa conversa é preme de trabalho em sentido estrito; há indiscutivelmente um trabalho “vivoperando” nesse ato de conversar: o trabalhador emprega “técnicas de conversa” e outras “tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só têm materialidade em ato” (Merhy, 1997, p. 136).

É claro também que essas técnicas mobilizadas pelos trabalhadores devem ser consideradas em profundidade, já que têm uma participação decisiva na conformação da natureza do encontro. Por outro lado, da perspectiva do usuário, é possível que toda “tecnicalidade” embutida nos seus modos de “trabalhar” a conversa se apresente, para utilizar um termo de Simondon (1989), mais “concretizada”, no sentido de mais “naturalizada”, mais diluída nas formas coloquiais do conversar. Em todo caso, o que temos sempre é a conversa, reconhecida como substância “trabalhada” conjuntamente por trabalhadores e usuários dos serviços de atenção à saúde e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da necessidade de se “desalienar” os nossos modos de conversar e, em especial, de se verificar de que modo as técnicas de conversar – que são, sem dúvida, técnicas de produção de relação – que estamos utilizando, têm participado da configuração do “contexto comunicacional” do encontro.

Numa rápida aproximação entre as questões sobre técnicas de conversar e as teorias lingüísticas de Jakobson (1995) sobre as duas funções da linguagem, temos, por exemplo, que a percepção da conversa como a operação de uma “tecnologia leve” – percepção toda própria ao trabalhador – é mais ou menos como captá-la sintonizando aquilo que Jakobson chamaria de sua “função referencial”, que define a dimensão em que se inscrevem as finalidades postas para o trabalho que se realiza através daquela forma de conversa (o que, ademais, permite uma verificação da “eficácia” desta, por referência à realização daqueles fins). Já a idéia acima – de uma percepção mais “concretizada” das técnicas de conversa, que seria fundamentalmente aquela dos usuários – se aproxima do que Jakobson designaria de sua “função poética”, que define a dimensão em que se inscrevem os elementos que participam da construção de uma certa estética da existência, em particular de uma estética de nossa existência em relação e que, é claro, deve começar por se expressar na própria forma pela qual se dá a conversa (o que, aliás, só permite uma verificação de seus “efeitos”, que são sempre prospectivos, frutos de experimentações).

A utilidade dessas aproximações conceituais vai ficando mais clara quando começamos a perceber seu alcance micropolítico. Na medida em que estamos falando de técnicas de enorme impacto social e que foram nosso meio ambiente existencial, a

ele se incorporando através desse processo de “concretização” ou “naturalização”, temos que essa sua “função poética” assume, na realidade, a dimensão de uma autêntica “poética social”. Assim, nossas técnicas de conversa, entre outras técnicas que mobilizamos no trabalho em saúde, participam indiscutivelmente da constituição de poéticas sociais, que não estão dadas (sendo que o resgate dessa dimensão permite que incorporemos, senão novos critérios de avaliação, pelo menos novos eixos de valoração da qualidade do trabalho).

Talvez essa seja uma perspectiva interessante para que se possa ter uma boa percepção da riqueza dos processos micropolíticos e de algumas de suas importantes particularidades. É nesse plano micropolítico, por exemplo, que podemos reconhecer uma série de experiências que, já há algum tempo, vêm criando algumas possibilidades reais de se efetivar a prática da tecnodemocracia, isto é, um modo de efetivamente ampliarmos as chances de participação de todos nas escolhas que mais diretamente afetam a “poética social” que produzimos e que é, afinal, o modo como realizamos individual e coletivamente uma dada estética da existência.

Descobre-se, assim, que, nesse plano micropolítico os processos de decisão assumem feições especiais, que fazem, por exemplo, com que escapem bem mais das ideologias, porque escapam bem mais de qualquer possibilidade de uma idealização *a priori* de um projeto técnico que, afinal, só se decide em ato (ou, talvez, devêssemos mesmo dizer em uso). Nesse plano, não há instâncias de decisão “em separado”. Nesse nível “micro”, pode-se dizer que o processualismo político é radical! A substância é a conversa, a forma é em grande medida dada pelas técnicas. A conversa – substância e forma – participa de uma “poética” ao mesmo tempo em que é o próprio nível em que se decide o devir permanente dessa “poética”: eis uma possibilidade de se começar a definir o que seria a democracia viva em ato!

Trata-se, sem dúvida, de uma qualidade especial de conversa. Mas também representa uma possibilidade real que, talvez, possa ser suscitada ou, pelo menos, facilitada por um determinado “dispositivo técnico”: uma espécie de “técnica geral de conversa” que deve ser praticada em todas as conversações que se dão no serviço. Para que não se perca em meio à profusão de definições para a noção de acolhimento, chamaremos de acolhimento-diálogo ou acolhimento dialogado, a esta técnica especial de conversar.

### ***O acolhimento e a rede de conversações***

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde.

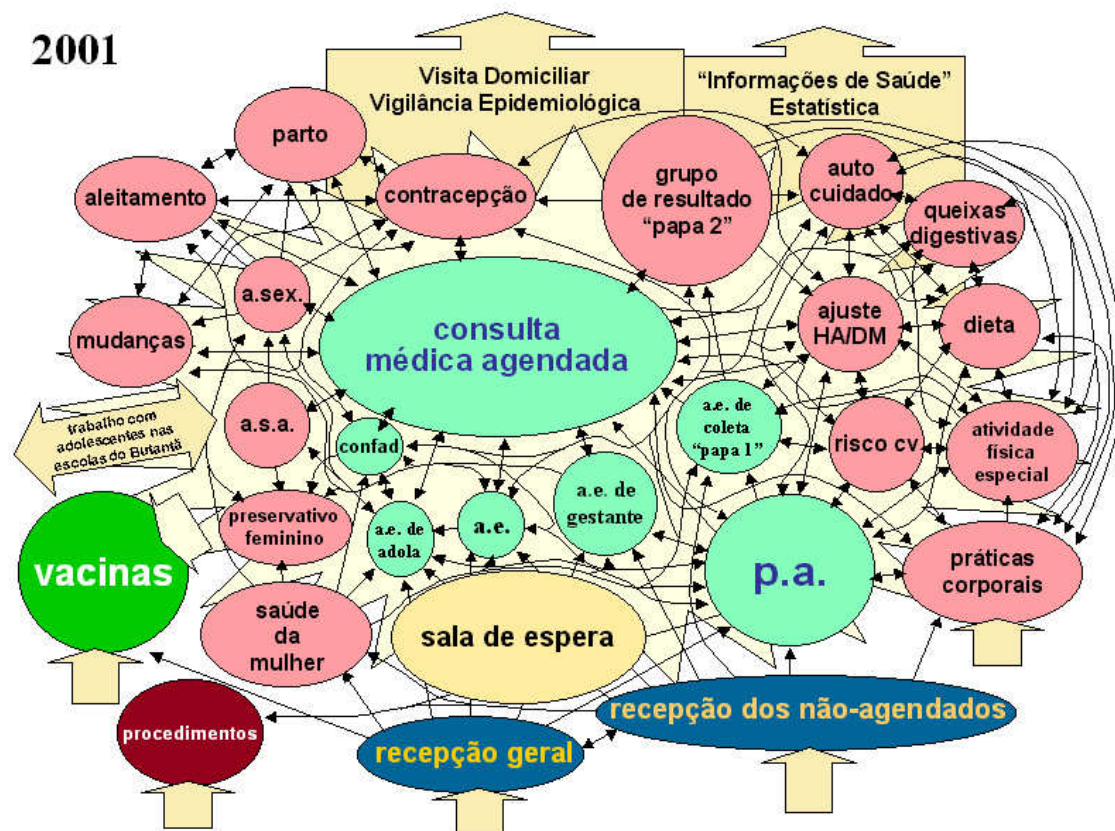
As soluções práticas que temos conhecido ultimamente para a questão do acolhimento na atenção primária, principalmente em unidades de PSF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer uma série de deslocamentos (acesso, porta-de-entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma “velha” atividade (em geral, algum tipo de pronto-atendimento<sup>6</sup>).

Numa revisão preliminar da bibliografia nacional sobre o tema, identificamos sua presença marcadamente associada a algumas áreas específicas, onde assume

sentidos às vezes bem diferenciados, com destaque para: Saúde Mental, Programa HIV/AIDS, Enfermagem e Organização de Serviços. Todas as discussões desenvolvidas nessas diferentes áreas apresentam algum grau de interesse para o tipo de enfrentamento da questão que será aqui buscado, mas este se aproxima bem mais dos enfoques encontrados nos estudos de Organização de Serviços, que é aquele do qual também se aproxima boa parte dos estudos de Enfermagem. Entre estes, destacam-se particularmente aqueles em que o acolhimento aparece como “estratégia de reorganização da assistência” (Leite *et al.*, 1999) ou como o “dispositivo operacional” básico do “modelo tecno-assistencial” (Franco *et al.*, 1999).

Na presente contribuição, o acolhimento também é visto como uma espécie de “mola-mestra” da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde; a particularidade, aqui, será abordá-lo de uma perspectiva essencialmente “comunicacional”, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde. Daí se pode tomar a rede tecnoassistencial do serviço como uma rede de conversações<sup>7</sup> – lembrando que cada nó da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades técnicas específicas (incluindo várias “técnicas de conversa”).

Essa rede de conversações conforma um autêntico espaço coletivo de conversação, composto de várias e distintas “regiões de conversa” interligadas e, como qualquer outro espaço, passível de ser “mapeado”. Como nosso objeto de reflexão está referido a um objeto empírico e, de fato, corresponde à proposta de trabalho e pesquisa de um serviço de saúde real, em sua singularidade, iniciaremos nossa exposição apresentando o “mapa” ou “diagrama do espaço de conversação” desse serviço.



**Diagrama do espaço de conversação do Setor de Atenção à Saúde do Adulto do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, em 2001**



## Descrição sumária dos conteúdos das conversas mapeadas

Conversas individuais	Conversas em grupo
p.a. = pronto atendimento médico	Encontro para <i>práticas corporais</i> (aberto)
consulta médica agendada:	<i>Atividade física</i> para grupos especiais
- pré-natal	Conhecimento do <i>risco cardiovascular</i> (CV)
- “doenças crônicas” (HA/DM)	<i>Ajuste</i> dos níveis pressóricos (HA) e glicêmicos (DM)
- tuberculose	<i>Autocuidado</i> entre idosos (>50 anos)
- ginecologia (DIU, DST, colposcopia / biópsia, menopausa etc.)	<i>Dieta</i> : cuidados alimentares para grupos especiais
	<i>Queixas digestivas</i> : cuidados alimentares
confad = “conflito familiar e doméstico” (atendimento individual por profissional de nível superior especialmente treinado)	Saúde reprodutiva e sexual: ênfase nos meios de <i>contracepção</i>
	Saúde reprodutiva e sexual: ênfase no <i>preservativo feminino</i>
a.e. = atendimento de enfermagem (geral)	
a. e. de coleta de papanicolaou	Resultado de <i>papanicolaou</i>
a. e. de gestantes	Cuidados na gestação: <i>mudanças</i> no corpo e na vida
	Cuidados na gestação: <i>aleitamento</i> e outros cuidados com o bebê
	Cuidados na gestação: o <i>parto</i> (inclui uma visita à maternidade)
a. e. de adolescentes	Adolescência e saúde
	Adolescência e sexualidade

E o acolhimento, que lugar ou papel tem nesse espaço? Pode-se dizer que tem todos os lugares e o papel de tudo receber, tudo interligar, tudo mover por esse espaço. É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de “acolher” novas possíveis demandas que, eventualmente, “convidam” o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. Creditamos a uma dada técnica de conversa ou de relação – designada acolhimento dialogado e cujas principais características e regras operatórias serão expostas nas próximas linhas – a competência em manter todos esses espaços interconectados, oferecendo aos usuários as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede. Nesse sentido, pode-se dizer que esse dispositivo faz com que as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações.

Para que possamos continuar explorando outros significados dessa primeira característica do dispositivo do acolhimento-diálogo – que começa, assim, a ser caracterizado de modo a se destacar sua centralidade no próprio agenciamento da rede e na produção de um “espaço coletivo” –, lançamos mão de uma metáfora que radicaliza, ao mesmo tempo, a noção de rede e a de processos cognitivos: a metáfora neuronal.

Os diferentes encontros formalmente dispostos ao longo da trajetória de um usuário pelo serviço podem ser vistos como sinapses ou como momentos “sinápticos” de uma fluxografia organizacional em rede, cujos fluxos multidirecionais, multicombinatórios e flexíveis interligam diferentes “módulos de atenção”.

O funcionamento ótimo dessa rede depende sobremaneira do desempenho da chamada atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas. Contudo, é mais do que evidente que o conteúdo que caracteriza essa atividade não se restringe apenas ao espaço e ao momento formais da recepção. Prolifera por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um usuário pelo serviço, pois, como já dissemos, nunca se cessa efetivamente de investigar/elaborar/negociar as necessidades que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço. Trata-se, portanto, de um já bem diferenciado conteúdo de atividade, que não se confunde mais com o primeiro contato de um usuário com o serviço.

Esse conteúdo de atividade (a princípio de recepção, mas que está presente como parte de qualquer outra atividade que se dá no serviço) é o cerne do chamado acolhimento-diálogo e desempenha, dessa forma, um papel central no funcionamento da rede, ou, mais exatamente, um papel original. É original, no sentido do gesto que dá origem, que deflagra os diferentes possíveis trânsitos dos usuários pelo serviço, por seus diferentes “módulos de atenção”. O acolhimento-diálogo, da perspectiva do desempenho global da rede, pode ser visto como uma espécie de distribuidor, de operador da distribuição, onipresente em todos os pontos da rede. Sendo tais encontros momentos pautados pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória “necessária” de cada usuário através do serviço.

Vê-se, aqui, a total adequação da metáfora da sinapse para pensar esses encontros (e, eventualmente, da contrametáfora de se pensar as sinapses como “espaços de conversa”), já que nela também se decide o essencial da plasticidade desse sistema de fluxos que é o sistema nervoso. No caso das redes neurais, essa plasticidade favorece a ampliação da inteligência global do sistema. Pode-se admitir que resultado similar se dê no nosso caso (de um sistema de “módulos de atenção à saúde” interligados), em que a plasticidade favorece a diversidade de singularizações possíveis, já que a possibilidade de diferentes usuários realizarem diferentes combinatórias de “atenção” significa que o sistema oferece uma maior margem de adaptabilidade a esquemas de necessidades bastante diversos, significa que ele faculta a diversificação dos usos... Diferentes usuários, diferentes usos.

\*

Bem, pode-se dizer que, até aqui, as considerações sobre o acolhimento-diálogo concentraram-se apenas no que se poderia chamar de uma dimensão “procedural”, isto é, levou-se principalmente em conta sua participação num agenciamento sistêmico, seus efeitos na dinâmica da rede. Contudo, sua caracterização completa também deve levar em conta suas dimensões “declarativas”. Em outras palavras, não basta saber o que faz o acolhimento-diálogo (seu papel na dinâmica da rede), é preciso também saber como faz (conhecer o protocolo de comunicação). Só então aparece com maior clareza o modo como o acolhimento-diálogo define a dimensão pragmática do encontro, os domínios de ação (emoções) e de significação (linguagem) e as utilizações possíveis do próprio encontro.

Examinando mais de perto esse dispositivo presente em cada encontro, identificamos dois traços principais, já indicados nos dois componentes de sua própria designação: acolhimento-diálogo. Primeiramente, o acolhimento, que põe em relevo, antes de tudo, o caráter de um acolhimento “moral” da pessoa (usuária do serviço) e de suas demandas (o que pode envolver, muitas vezes, um sofrimento importante); esse

gesto receptivo se faz acompanhar (dentro dos limites dados pelas circunstâncias concretas, como o bom senso faz supor) de um diálogo, que é o segundo traço descritivo deste dispositivo. Esse diálogo se orienta pela busca de um maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las, o que revela, talvez, a mais fina característica da autêntica operação de passagem promovida por este dispositivo e que está dada no pressuposto geral, a pautar todas as práticas de conhecimento que se dão no serviço (todas as formas de conversa, individuais ou em grupo, em que, de alguma forma, se “pesquisa” alguma coisa), de que as nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas. O papel do acolhimento-diálogo na dinâmica organizacional só pode ser cumprido enquanto resultado de um encontro pautado por tais disposições “morais” e “cognitivas”.

### ***Técnicas de conversa e democracia***

Não ignoramos estar em vias de encerrar um texto, que deixa uma série de questões em aberto – um texto ainda devedor de mais esclarecimentos. Há, porém, dois ou três comentários que não gostaríamos de deixar para uma próxima oportunidade e que dizem respeito às relações entre as técnicas de conversa e a construção daquilo que mais acima denominamos democracia viva em ato.

Certamente, não podemos reduzir a democracia a uma técnica de conversa, mas não podemos tampouco ignorar que determinadas técnicas de conversa são verdadeiros exercícios de democracia. A democracia não é simplesmente um modelo já dado pela razão. É resultado de pesquisa, trabalho experimental, invenção coletiva. Como diz (Maturana, 1997; p. 62):

“a democracia é uma obra de arte, um sistema de convivência artificial gerado conscientemente, que só pode existir através das ações propositivas que lhe dão origem como uma co-inspiração em uma comunidade humana(...). A democracia não é um produto da razão humana, a democracia é uma obra de arte, é um produto de nosso emocionar, uma maneira de viver de acordo com o desejo de uma coexistência dignificada na estética do respeito mútuo”.

Assim, se por um lado, funda-se no “desejo de uma coexistência dignificada na estética do respeito mútuo”, por outro, trata-se de um “sistema de convivência artificial”, produzido “conscientemente” e como uma “obra de arte”. Artificial como uma técnica de conversa. Por isso, deveríamos prestar mais atenção a esses artifícios...

Técnicas de conversa foram e continuam a ser inventadas e desenvolvidas por diferentes povos, religiões, sistemas políticos, sociedades, profissões, ofícios e serviços, comunidades e pequenos grupos, e com todas elas podemos enriquecer nosso repertório e buscar inspiração para nossas buscas e criações. Algumas delas se destacam, justamente, por seu enorme potencial democrático. Contudo, como são, muitas vezes, técnicas muito antigas e que operam num quadro de instituições tradicionais, são muito pouco consideradas pelos nossos tão imperfeitos quanto arrogantes sistemas democráticos “ocidentais”.

Um belo exemplo – e que reúne alguns elementos significativos que o aproximam muito da técnica de conversa que estamos enfocando –, é a *palabre*<sup>8</sup>, uma variante africana do parlamento e a principal instituição política da África pré-colonial.

Para oferecer uma síntese eloqüente das principais características dessa técnica de conversa e de seu potencial democrático, transcrevemos um comentário da filósofa Isabelle Stengers, que participou de *palabres* e ficou impressionada com as transformações que são produzidas pelos constrangimentos impostos aos participantes por suas regras de conversar:

“Por definição, cada um dos associados de uma ‘*palabre*’ sabe alguma coisa da ordem do mundo que deve ser produzido, criado, descoberto, reinventado em torno do caso que os reúne. Mas jamais a intervenção de um deve assumir a forma de uma desqualificação do que diz um outro. Isso é uma regra de conversa: cada um reconhece todos os outros como legítimos e insuficientes – só há ‘*palabre*’ porque nenhum dos saberes presentes é suficiente para fabricar o sentido da situação. É, então, que podem se produzir as convergências. Não há apelo ao acordo entre os participantes, pois cada um é interessante enquanto divergente. Mas, pouco a pouco, palavras que não pertencem mais a uma pessoa em particular se põem a caracterizar a situação de maneira pertinente e ativa” (Mangeot *et al.*, 2002).

Não poderíamos encontrar síntese mais adequada para o tipo de disposições “morais” e “cognitivas” que estamos prescrevendo para o acolhimento dialogado:

- o reconhecimento do outro como um legítimo outro;
- o reconhecimento de cada um como insuficiente;
- o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

Resumindo, todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

\*

Temos, em síntese, que o acolhimento-diálogo corresponde a uma espécie de protocolo geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede. Assim, não se trata necessariamente de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade assistencial. É dessa forma, então, que o acolhimento-diálogo desempenha papel fundamental na dinâmica organizacional, redundando em encaminhamentos, deslocamentos, trânsitos pela rede assistencial, que são, em última instância, o resultado do que se passa e das decisões tomadas num encontro pautado pelas já mencionadas disposições “morais” e “cognitivas”. Trata-se rigorosamente de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior “ciência” das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las.

Essa orientação no sentido de promover maior conhecimento (de si, de suas necessidades e dos meios de satisfazê-las) já é suficiente para caracterizar esse dispositivo como educativo, no sentido mais forte do termo. E, nesse sentido, definimos como educativas todas as práticas de conhecimento que se dão no serviço (das atividades educativas em formatos mais convencionais a todas as formas de conversa em que se “pesquise”, em que se “investigue” alguma coisa), que estão fundadas no pressuposto de que as nossas necessidades (aquilo de que precisamos para ter saúde,

para viver bem, para ser feliz) não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais estão definitivamente definidas, mas são e desde sempre têm sido objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se refaz sem cessar é a nossa própria humanidade.

### Referências Bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 4, n. 6, p. 117-20, 2000.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde*. São Paulo: Ministério da Saúde, 1999. 61 p.

CAMPOS, M. *Acolhimento: uma proposta, um desafio. Análise de uma tendência*. Tese (Especialização) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1997.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15(supl.2), p. 21-31, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-53.

GUIMARÃES, E. M. G. T. *Acolhimento no Centro de Saúde Noraldino de Lima: investigação sobre o acesso e resolutividade*. Tese (Especialista) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1997.

JAKOBSON, R. *Linguística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1995.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 52, n. 2, p. 161-8, 1999.

LÉVY, P. *As tecnologias da inteligência – o futuro do pensamento na era da informática*. São Paulo: Ed. 34, 1993.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.

MANGEOT, P.; GRELET, S.; POTTE-BONNEVILLE, M. Une politique de l'hérésie (entretien avec Isabelle Stengers). *Vacarme*, nº19, avril-juin 2002 (<http://vacarme.eu.org>). Acesso em 2002.

MATURANA, H.; VERDEN-ZÖLLER, G. *Amor y juego – fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago de Chile: Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, 1997.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.

SIMONDON, G. *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris: Aubier, 1958.

SOPOVA, J. Arbres à palabres et systèmes occidentaux. *Courier de l'UNESCO* ([http://www.unesco.org/courier/1999\\_05/fr/signes/txt2.htm](http://www.unesco.org/courier/1999_05/fr/signes/txt2.htm)). Acesso em 1999.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnossemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

WINOGRAD, T.; FLORES, F. *L'Intelligence artificielle em question*. Paris: PUF, 1988.

---

<sup>1</sup> Médico sanitário, docente e pesquisador do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa / Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP ([ricarte@usp.br](mailto:ricarte@usp.br)).

<sup>2</sup> É importante, desde logo, fazer eco à colocação feita por Kenneth Rochel de Camargo Jr., durante o seminário, de que qualquer idéia de integralidade no campo da saúde só pode ser entendida como uma “idéia reguladora”, ou seja, trata-se de um referencial para o pensamento e a ação, e não necessariamente um ideal passível de realização plena. Essa distinção parece fundamental para evitarmos qualquer simplificação mais ingênua da idéia de totalidade e completude, o que quase sempre conduz a violências diversas.

<sup>3</sup> Citamos, como expressão especialmente eloqüente dessa idéia de uma violenta *apartação social* e dos sentidos de *integralidade* que pode engendrar, um texto de Madel T. Luz, sobre o que chama de “síndrome do isolamento e pobreza”: “É compreensível, portanto, que uma parte considerável dos atendimentos em ambulatórios da rede pública das metrópoles brasileiras – acredito mesmo que de todo o mundo contemporâneo – estimada às vezes em cerca de 80%, seja motivada por queixas relativas ao que poderia ser designado como síndrome do isolamento e pobreza. Acentuo a palavra ‘pobreza’ para salientar sua importância no momento atual da sociedade capitalista mundializada, com as conseqüências graves e duradouras que tem sobre as condições de saúde das classes assalariadas do planeta. Quero ressaltar que a situação socioeconômica vem sobredeterminar o isolamento já propiciado pela cultura individualista, piorando a situação de exclusão e de perda de horizonte vital dessas classes. Acentuo também que à pobreza psicológica e cultural onde vivem vem juntar-se a pobreza material, com seu cortejo de privações, de humilhações e de violência cotidiana crescente” (Pinheiro e Mattos, 2001, p. 32) Além de evidenciar a violência contida na dupla *apartação eu-outro* representada por uma cultura marcada pelo individualismo e pela pobreza, a autora aponta para a constituição de novos sentidos de “saúde” que representariam “uma vitória sobre a morte social”, uma vitória sobre as violentas modalidades atuais de *apartação* e uma possível forma de realização da integralidade na prática dos serviços, através das diferentes formas de cuidado, autocuidado e troca de cuidados: “Em outras palavras, a conquista da ‘saúde’ não deixa de ser, muitas vezes, fruto de uma vitória contra a cultura atual. (...) A busca contínua e constante de cuidado é parte de uma estratégia de ruptura com o isolamento, imposto pelo individualismo e pela constante ameaça de perda de *status* e de pobreza a que essa população está exposta” (Pinheiro e Mattos, 2001, p. 33).

Não cabe, no presente momento, adentrar essa discussão sobre o cuidado que, contudo, vem-se mostrando das mais fecundas neste campo de questões em que estamos transitando (ver, a esse respeito, Ayres, 2000 e 2001). O que pretendemos enfatizar, aqui, é aquele aspecto que também é assinalado por Luz, quando afirma que todas essas práticas de saúde, em que “o tratamento é mais perceptível como cuidado”, todas essas práticas ou atividades, “sejam coletivas ou não, favorecem o estabelecimento da comunicação, de interações sociais, a formação de grupos, redes e mesmo movimentos – ainda que muito localizados – pela ‘saúde’ ou pelo menos pela cura.” O que queremos destacar, enfim – e no sentido de uma outra conceitualização possível de integralidade –, é o que essa autora designa, de modo muito feliz, como a “restauração do tecido social comunicativo” (Pinheiro e Mattos, 2001, p. 34).

<sup>4</sup> Exemplar a esse respeito o artigo “Acolhimento e processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil” (Franco *et al.*, 1999): ilustra bastante bem a assinalada tendência na produção intelectual da Saúde Coletiva, já que realiza uma espécie de síntese dos dois pólos do movimento, ao articular, de maneira central, a dimensão quantitativa do acesso, representada pelo número de atendimentos e pelo rendimento profissional, com a dimensão qualitativa do trabalho, representada pelo dispositivo do acolhimento. Citamos seu resumo, para que possa, de forma sintética, destacar como os principais pontos desse trabalho tocam em várias questões que estão sendo aqui levantadas: “Este

---

trabalho relata experiência de inversão do **modelo teçoassistencial** para a saúde, tendo como base a **diretriz operacional do acolhimento**. O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma **usuário-centrada**, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a **acessibilidade universal**; 2) reorganizar o **processo de trabalho**, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma **equipe multiprofissional** – equipe de acolhimento –, que se encarrega da **escuta do usuário**, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a **relação trabalhador-usuário**, que deve se dar por **parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania**. Por meio da investigação realizada, foi possível observar um **aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores não-médicos**, que passaram a atuar na assistência; esse elevado rendimento profissional determinou, por conseqüência, maior oferta e **aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde**” (grifos nossos).

<sup>5</sup> Poderíamos tomar a relação com o outro nos serviços, num sentido ainda mais alargado, levando-se em conta toda e qualquer tipo de relação interpessoal de troca que aí se dá, ou seja, partindo-se de uma visão do serviço como uma rede de trocas generalizadas. Aqui, a insistência em focalizar a relação trabalhador-usuário é justificada pelo assumido viés “tecnológico” da presente contribuição (o que ficará mais claro na sua segunda parte), ainda que procure não perder de vista o contexto mais geral de uma rede rizomática de trocas generalizadas, da qual esta relação binomial é parte.

<sup>6</sup> Em discussão com os gerentes e com 50 equipes de Saúde da Família do projeto “Qualis”, de Itaquera (periferia leste de São Paulo), realizadas durante as atividades de capacitação e educação continuada de 2000, pudemos constatar que “acolhimento” era sinônimo de “pronto-atendimento médico”, sendo inclusive uma terminologia já incorporada pela população usuária, que acorre às unidades demandando por “passar no acolhimento”, isto é, no “pronto-atendimento médico”. Na fala dos gerentes, a preocupação passa a ser a demanda por “acolhimento”.

<sup>7</sup> A idéia de se tratar as organizações ou mesmo, mais amplamente, a cultura, como uma rede de conversações, vem sendo defendida por diversos autores, cujas abordagens se mostram, em mais de um aspecto, de grande valor para a compreensão de nossos problemas específicos.

Winograd e Flores (1988), pesquisadores de sistemas cognitivos e computacionais, chegaram a desenvolver um *groupware* para auxiliar na dimensão pragmática da comunicação nestas redes, e que teria o papel de coordenar as diferentes ações (atos de linguagem) do grupo. Lévy (1993, p. 65) comenta essa leitura das organizações como rede de conversações e discute qual passaria a ser o papel do dirigente nessas organizações: “Pedidos e compromissos, ofertas e promessas, assentimentos e recusas, consultas e resoluções se entrecruzam e se modificam de forma recorrente nestas redes. Todos os membros da organização participam da criação e da manutenção deste processo de comunicação. Portanto, não são meras informações que transitam na rede de conversação, mas sim atos de linguagem, que comprometem aqueles que o efetuam frente a si mesmos e aos outros. Em particular, as promessas devem ser mantidas. Nesta perspectiva ecológica, o trabalho do dirigente ou do executivo não consiste em ‘resolver problemas’ ou em ‘tomar decisões’ sozinho. Ele anima e mantém a rede de conversas onde são trocados os compromissos. Ele coordena as ações. Irá, sobretudo, tentar discernir, durante sua atividade comunicativa, as novas possibilidades que poderiam abrir-se à comunidade e ameaçariam reorientar algumas de suas finalidades, gerando assim novos circuitos de conversa”.

Numa perspectiva ainda mais ampla, o biólogo Maturana estende essa idéia de uma rede de conversações ao conjunto dos processos culturais e soma ainda outras contribuições valiosas para a nossa compreensão desses processos: “Eu sustento que aquilo que conotamos na vida cotidiana, quando falamos de cultura ou de assuntos culturais, é uma rede cerrada de conversações que constitui e define uma maneira do conviver humano, enquanto uma rede de coordenações de emoções e ações que se realiza como uma configuração particular de entrelaçamento do atuar e do emocionar da gente que vive essa cultura. (...) Segue-se, daí, que nenhuma ação ou emoção particular define uma cultura, porque uma cultura, enquanto rede de conversações, é uma configuração de coordenações de ações e emoções” (Maturana e Verden-Zöllner, 1997, p. 22).

<sup>8</sup> Perdoem-me os africanos e os africanistas de língua portuguesa, mas desconheço o termo exato em nossa língua, por isso uso o termo em francês – *palabre* –, língua da maior parte dos textos que pudemos encontrar sobre o assunto. Em língua inglesa, o termo é *palaver* e, como *palabre*, também deriva do espanhol *palabra*, que, como sabemos, quer dizer *palavra*. Em inglês e francês, estas palavras têm mais genericamente o sentido de um debate ou uma longa conversação, mas também designam mais precisamente uma “conferência com um chefe negro ou dos negros entre eles” (que é o primeiro sentido apresentado para essa palavra pelo *Larousse de la Langue Française*). Em nossa língua, *palavra* não significa essa espécie de “assembléia em que são livremente debatidas várias questões e tomadas decisões importantes concernentes à comunidade” (Sopova, 1999) e que constitui, na verdade, uma formidável instituição democrática inventada pelas sociedades tradicionais africanas e disseminada por quase todos

---

os povos da África. Poderia ser traduzida por *conselho* ou, simplesmente, *reunião*, ou ainda, *conversa*. Como, em muitos casos, essas longas discussões costumam se dar à sombra de uma grande árvore, são mais comumente designadas pelo nome completo de *arbre à palabre* ou *árvore da 'palabre'*, que poderia ser traduzida por *árvore do conselho* ou, mesmo, *árvore da conversação*, ou ainda, poeticamente, *árvore da palavra*, *palárvore*, neologicamente, *parlarbore*.